Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Железнов Лев Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 13.03.2026 15:21:37
Уникальный программный ключ:
7f036de85c233e341493b4c0e48bb3a18c939f31

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ
И.о. ректора Л.М. Железнов
«27» июня 2018 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ «ОНКОЛОГИЯ»

Специальность 31.08.57 ОНКОЛОГИЯ

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 2 года

Кафедра ОНКОЛОГИИ

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии:

1. ФГОС ВО по специальности 31.08.57 Онкология, утвержденного Министерством образования и науки РФ«25»августа 2014года приказ № 1100.
2. Учебным планом по специальности 31.08.57 Онкология, одобренного ученым советом ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России «27» июня 2018 г. протокол № 5.

Рабочая программа практики одобрена:
кафедрой онкологии «27» июня 2018 г. (протокол № 1)

Заведующий кафедрой А.Г. Кисличко

Методической комиссией по программам подготовки кадров высшей квалификации
«27» июня 2018г. (протокол № 1)

Председатель комиссии И.А. Коковихина

Центральным методическим советом «27» июня 2018г. (протокол № 1)

Председатель ЦМС Е.Н. Касаткин

Разработчики:
Заведующий кафедрой онкологии , проф. А.Г. Кисличко

Доцент кафедры онкологии М.Ю. Попов

Рецензенты
Заместитель директора ФГБУН
«Кировский НИИ гематологии и переливания крови ФМБА России»
по лечебной и организационно-методической работе, д.м.н. Н.М. Поздеев

Зав. кафедрой госпитальной хирургии
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, профессор В.А. Бахтин

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП 4
1.1. Цель изучения дисциплины 4
1.2. Задачи изучения дисциплины 4
1.3. Место дисциплины в структуре ОПОП 4
1.4. Объекты профессиональной деятельности 5
1.5. Виды профессиональной деятельности 5
1.6. Формируемые компетенции выпускника 5
Раздел 2. Объем дисциплины и виды учебной работы 11
Раздел 3. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) 12
3.1. Содержание разделов дисциплины 12
3.2. Разделы дисциплины и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами 14
3.3. Разделы дисциплины и виды занятий 14
3.4. Тематический план лекций 15
3.5. Тематический план практических занятий (семинаров) 16
3.6. Самостоятельная работа обучающегося 27
3.7. Лабораторный практикум 29
3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ 29
Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины 29
4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине 29
4.2. Перечень основной и дополнительной литературы, необходимой для освоения дисциплины 29
4.2.1. Основная литература 29
4.2.2. Дополнительная литература 29
4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины 30
4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем 31
4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине 31
Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины 32
Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины 34
Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) 35

Раздел 1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения ОПОП

1.1. Цель изучения дисциплины подготовка квалифицированного врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в специализированной области «Онкология».

1.2. Задачи изучения дисциплины

1. Профилактическая деятельность:

- сформировать навыки предупреждения возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- способствовать приобретению знаний по вопросам проведения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- способствовать приобретению навыков проведения сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

2. Диагностическая деятельность:

- способствовать приобретению знаний по вопросам диагностики заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- способствовать приобретению знаний по вопросам диагностики неотложных состояний; диагностика беременности; проведение медицинской экспертизы;

3. лечебная деятельность:

- сформировать навыки оказания специализированной медицинской помощи;
- способствовать приобретению знаний участия в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- способствовать приобретению знаний оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

4. Реабилитационная деятельность:

- способствовать приобретению знаний проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

5. Психолого-педагогическая деятельность:

- способствовать формированию навыков формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

6. Сформировать обширный объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-онколога и способного решать свои профессиональные задачи

7. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-специалиста по специальности 31.08.57 Онкология, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующего в сложной онкологической патологии, способного решать задачи в области организации онкологической службы, профилактики, диагностики, лечения, диспансеризации онкологических заболеваний.

8. Сформировать у врача-специалиста умения в освоении новейших технологий и методик в сфере профессиональных интересов по специальности 31.08.57 Онкология

9. Подготовить врача-специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности в области онкологии.

10. Подготовить врача-специалиста онколога, владеющего навыками лечения и врачебными манипуляциями по профильной специальности.

1.3. Место дисциплины в структуре ОПОП:

Дисциплина «Онкология» относится к блоку Б1. Дисциплины базовой части.

Основные знания, необходимые для изучения дисциплины формируются при изучении дисциплин: «Общественное здоровье и здравоохранение»; «Педагогика»; «Медицина чрезвычайных ситуаций»; «Патология»; «Клиническая фармакология»; «Избранные вопросы фтизиатрии».

Является предшествующей для изучения дисциплин: Государственная итоговая аттестация.

1.4. Объекты профессиональной деятельности

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших рабочую программу дисциплины являются:

физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);

население;

совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан

1.5. Виды профессиональной деятельности

Изучение данной дисциплины направлено на подготовкук следующим видам профессиональной деятельности:

профилактическая;

диагностическая;

лечебная;

реабилитационная;

психолого-педагогическая

1.6. Формируемые компетенции выпускника

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование у выпускника следующих компетенций:

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Результаты освоения ОПОП (содержание компетенции)	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине			Оценочные средства	
			Знать	Уметь	Владеть	Для текущего контроля	Для промежуточной аттестации
1	2	3	4	5	6	7	8
1	УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Основные проблемы здравоохранения. Место онкологии как раздела медицинской науки и шире, как части естествознания.	Критически и творчески воспринимать данные медицинской науки вообще и онкологии в частности.	Клиническим мышлением, онкологическим мировоззрением. Навыками работы с медицинской литературой. Навыками применения достижений онкологической науки в практике, основами медицинской информатики и компьютерной техники	Устный опрос. Проверка практических навыков.	Проверка практических навыков, собеседование.

2	ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям. Проведение динамического наблюдения за больными и необходимого обследования. Осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии. Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний; Основы канцерогенеза. Основы диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологические, цитологические, лучевые, иммунологические). Эпидемиологию онкологическ	Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария. Организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний; Проводить профилактические осмотры населения с целью выявления больных онкологическими заболеваниями; Проводить санитарно-просветительную работу среди населения, осуществлять подготовку общественного актива участка;	Методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики больных в условиях стационара и поликлиник). Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания. Методами проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по	Устный опрос. Проверка практических навыков.	Тесты. Проверка практических навыков, собеседование

			их заболеваний. Задачи онкологической пропаганды и методы санитарного просвещения; статистические отчетные формы;		улучшению качества лечебно-диагностической работы. Методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации). Основами медицинской информатики и компьютерной техники		
3	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям. Осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии Проведение динамического наблюдения за больными и необходимого обследования. Знание этиологии и патогенеза опухолевых заболеваний.	Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария. Организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний. Проводить профилактические осмотры населения с целью выявления больных	Методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, применяемых методов и средств диагностики больных) Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания	Устный опрос. Проверка практических навыков.	Тесты. Проверка практических навыков, собеседование.

				онкологическими заболеваниями			
4	ПК-5	готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Алгоритм постановки диагноза и на основании полученных данных выработать индивидуальный план лечения больного, определить основные прогностические перспективы. Основы диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологические, цитологические, лучевые, иммунологические). Клиническую анатомию основных анатомических областей тела, закономерности метастазирования опухолей. Основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов и систем организма, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;	Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере. Собрать жалобы и анамнез. Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющихся у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария. Оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения	Методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации). Методами операционной диагностики (биопсии опухоли) Основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией МКБ.	Устный опрос. Решение тестовых и ситуационных задач.	Тесты. Проверка практических навыков, собеседование.

				больных из этого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия. Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных). Организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на онкологическое заболевание. Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы.			
5	ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической	Основы хирургического, лекарственного, гормонального и иммунологического	Определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и	Общими принципами лечения злокачественных опухолей. Техникой выполнения оперативных вмешательств при	Устный опрос. Решение тестовых и ситуационных задач.	Тесты. Проверка практических навыков, собеседование.

		медицинской помощи	лечения онкологических больных	другие лечебные мероприятия. Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях.	онкологических заболеваниях. Техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата); Методами обезболивания у онкологических больных; Методиками нутритивной терапии и зондового питания.		
6	ПК-8	готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики.	Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики. Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы.	Методикой определения необходимости проведения тех или иных лечебных и реабилитационных мероприятий в зависимости от конкретной ситуации.	Устный опрос. Решение тестовых и ситуационных задач.	Тесты. Проверка практических навыков, собеседование.
7	ПК-9	готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здо-	Осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии.	Организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний. Проводить санитарно-просветительную работу среди населе-	Методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики,	Устный опрос. Решение тестовых и ситуационных задач.	Собеседование.

		ровья окружающих	Знание принципов врачебной этики и деонтологии. Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний.	ния, осуществлять подготовку общественного актива участка.	применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники. Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания		

Раздел 2. Объем дисциплины и виды учебной работы

Общая трудоемкость дисциплины составляет 31 зачетные единицы, 1116 час.

Вид учебной работы	Всего часов	Семестры			
		№ 1	№ 2	№ 3	№ 4
1	2	3	4	5	6
Контактная работа (всего)	366	76	90	90	110
в том числе:					
Лекции (Л)	34	8	8	10	8
Практические занятия (ПЗ)	168	34	42	40	52
Семинары (С)	164	34	40	40	50
Лабораторные занятия (ЛР)					
Самостоятельная работа (всего)	606	140	162	126	178
В том числе:					
подготовка к занятиям	428	98	114	96	120
подготовка к промежуточной аттестации	98	24	28	16	30
подготовка докладов по предложенной тематике	32	8	8	6	10
участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	48	10	12	8	18
Вид промежуточной аттестации: экзамен	144	36	36	36	36
Общая трудоемкость (часы)	1116	252	288	252	324
Зачетные единицы	31	7	8	7	9

Раздел 3. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам)

3.1. Содержание разделов дисциплины

№ п/п	Код компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела (темы разделов)
1	2	3	4
1.	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9.	**Основы организации онкологической помощи населению**	*Лекции*: «Основы организации онкологической помощи населению» *Семинары:* «Состояние онкологической помощи в России и Кировской области. Пути улучшения диагностики злокачественных опухолей. Активный поиск. Организация онкологической помощи в России» *Практические занятия:* «Вопросы профилактики онкологических заболеваний. Организация работы врача-онколога в поликлинике. Онкологическая документация. Деонтология в онкологии»
2	УК-1; ПК-6	**Хирургическая анатомия и оперативная хирургия**	*Практические занятия: «*Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи*»; «*Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди*»; «*Топографическая анатомия и оперативная хирургия живота*»; «*Топографическая анатомия и оперативная хирургия таза и промежности*»*
3	УК-1; ПК-2; ПК-5	**Морфология опухолей**	*Лекции*: «Опухоли (их виды) и опухолеподобные процессы» *Семинары: «*Морфология опухолей*»* *Практические занятия: «*Морфология опухолей*»*
4	УК-1; ПК-1; ПК-5; ПК-9.	**Основы теоретической и экспериментальной онкологии**	*Лекции*: «Канцерогенез» *Семинары: «*Основы теоретической и экспериментальной онкологии*»* *Практические занятия: «*Основы теоретической и экспериментальной онкологии*»*
5	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6	**Методы диагностики в клинической онкологии**	*Лекции*: «Методы диагностики в клинической онкологии» *Семинары: «*Клиническое обследование пациента*»; «*Лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования*»* *Практические занятия: «*Лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования*»*
6	УК-1; ПК-6; ПК-8	**Общие принципы лечения злокачественных опухолей**	*Лекции*: «Общие принципы лечения злокачественных опухолей» *Семинары: «*Современные принципы хирургического лечения злокачественных опухолей*»; «*Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей*»* *Практические занятия: «*Современные принципы лучевой терапии злокачественных опухо-

			лей»; «Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей»
7	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.	**Опухоли головы и шеи**	*Лекции*: «Злокачественные опухоли слизистой полости рта» *Семинары: «*Злокачественные опухоли губы, полости рта и глотки»; «Опухоли гортани»; «Злокачественные опухоли щитовидной железы» *Практические занятия: «*Злокачественные опухоли губы, полости рта и глотки»; «Опухоли гортани»; «Злокачественные опухоли щитовидной железы»
8	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.	**Опухоли опорно-двигательного аппарата**	*Лекции*: «Опухоли мягких тканей» *Семинары: «*Опухоли костей»; «Опухоли мягких тканей» *Практические занятия: «*Опухоли костей»; «Опухоли мягких тканей»
9	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.	**Опухоли женских половых органов**	*Лекции*: «Опухоли шейки матки» *Семинары: «*Опухоли шейки матки»; «Опухоли тела матки и трофобластические болезни»; «Опухоли яичника» *Практические занятия: «*Опухоли шейки матки»; «Опухоли тела матки и трофобластические болезни»; «Опухоли яичника»; «Опухоли наружных половых органов и влагалища»
10	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.	**Опухоли кожи**	*Лекции*: «Меланома и пигментные невусы» *Семинары: «*Меланома и пигментные невусы» *Практические занятия: «*Эпителиальные опухоли кожи»; «Меланома и пигментные невусы»
11	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.	**Опухоли органов грудной клетки**	*Лекции*: «Рак легкого»; «Рак пищевода» *Семинары: «*Опухоли средостения и пищевода»; «Опухоли легких и плевры» *Практические занятия: «*Опухоли средостения и пищевода»; «Опухоли легких и плевры»
12	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.	**Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства**	*Лекции*: «Рак желудка»; «Колоректальный рак»; «Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны» *Семинары: «*Опухоли желудка»; «Опухоли печени и билиопанкреатодуоденальной области»; «Опухоли колоректальной зоны»; «Забрюшинные внеорганные опухоли» *Практические занятия: «*Опухоли желудка»; «Опухоли печени и билиопанкреатодуоденальной области»; «Опухоли колоректальной зоны»; «Забрюшинные внеорганные опухоли»
13	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.	**Опухоли молочной железы**	*Лекции*: «Рак молочной железы» *Семинары: «*Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез»; «Рак молочной железы» *Практические занятия: «*Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез»; «Рак молочной железы»
14	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.	**Опухоли кроветворной системы**	*Лекции*: «Злокачественные лимфомы» *Семинары: «*Множественная миелома»; «Злокачественные лимфомы» *Практические занятия: «*Лейкозы»; «Злокаче-

			ственные лимфомы»
15	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.	**Онкоурология**	*Лекции*: «Опухоли почки» *Семинары: «*Злокачественные образования мочевых путей*»; «*Злокачественные опухоли мужских половых органов*»;* *Практические занятия: «*Злокачественные образования мочевых путей*»; «*Злокачественные опухоли мужских половых органов*»*
16	УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.	**Онкологические синдромы**	*Лекции*: «Паранеопластические синдромы» *Семинары: «*Паранеопластические синдромы*»* *Практические занятия: «*Паранеопластические синдромы*»; «*Синдромы метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Семейно-ассоциированный опухолевый синдром*»*
17	УК-1; ПК-5; ПК-6	**Паллиативная помощь в онкологии**	*Семинары: «*Правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ, и регулирования фармакотерапии острой и хронической боли*»* *Практические занятия: «*Болевые синдромы и их терапия*»; «*Лечение кахексии, анорексии и некоторых других состояний у онкологических больных*»*

3.2. Разделы дисциплины и междисциплинарные связи с обеспечиваемыми (последующими) дисциплинами

№ п\п	Наименование обеспечиваемых (последующих) дисциплин	№ № разделов данной дисциплины, необходимых для изучения обеспечиваемых (последующих) дисциплин																
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	Государственная итоговая аттестация	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

3.3. Разделы дисциплины и виды занятий

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Основы организации онкологической помощи населению	2	6	-	4	24	36
2	Хирургическая анатомия и оперативная хирургия	-	14	-	-	22	36
3	Морфология опухолей	1	3	-	8	24	36
4	Основы теоретической и экспериментальной онкологии	1	3	-	8	24	36
5	Методы диагностики в клинической онкологии	2	2	-	8	24	36
6	Общие принципы лечения злокачественных опухолей	2	6	-	6	22	36
7	Опухоли головы и шеи	2	10	-	14	46	72
8	Опухоли опорно-двигательного аппарата	2	4	-	8	22	36

9	Опухоли женских половых органов		2	12	-	12	46	72
10	Опухоли кожи		2	16	-	6	48	72
11	Опухоли органов грудной клетки		4	18	-	18	54	94
12	Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства		6	22	-	22	72	122
13	Опухоли молочной железы		2	12	-	14	44	72
14	Опухоли кроветворной системы		2	12	-	14	44	72
15	Онкоурология		2	12	-	14	44	72
16	Онкологические синдромы		2	6	-	4	24	36
17	Паллиативная помощь в онкологии		-	10	-	4	22	36
	Вид промежуточной аттестации:	экзамен	экзамен					144
	Итого:		34	168	-	164	606	1116

3.4. Тематический план лекций

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)			
				1 сем.	2 сем.	3 сем.	4 сем.
1	2	3	4	5	6	7	
1	1	Основы организации онкологической помощи населению.	Структура онкологической службы. Задачи онкологической службы. Структура и задачи онкологического диспансера. Скрининг онкологических заболеваний. Организация работы врача-онколога в поликлинике. Онкологическая документация.	2			
2	3	Опухоли (их виды) и опухолеподобные процессы	Опухоли злокачественные, доброкачественные, местнодеструирующие. Основные характеристики. Современные представления о метаплазии и дисплазии. Значение в развитии опухоли	1			
3	4	Канцерогенез	Канцерогенез на уровне клетки и уровне органа. Нерешённые проблемы канцерогенеза	1			
4	5	Методы диагностики в клинической онкологии	Значение клинических, лабораторных, инструментальных, морфологических методов в диагностике злокачественных опухолей	2			
5	6	Общие принципы лечения злокачественных опухолей	Роль хирургического лечения в онкологии. Современные принципы хирургического лечения злокачественных опухолей. Роль лучевых методов лечения в онкологии. Принципы лучевого лечения. Роль лекарственного лечения в онкологии. Общие принципы и методы лекарственного лечения.	2			
6	7	Злокачествен-	Вопросы этиопатогенеза и эпиде-		2		

		ные опухоли слизистой полости рта	миологии опухолей слизистой полости рта. Классификация. Клиника, диагностика лечение злокачественных опухолей слизистой полости рта.				
7	8	Опухоли мягких тканей	Классификация. Клиника, диагностика лечение сарком мягких тканей		2		
8	9	Опухоли шейки матки	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии рака шейки матки. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака шейки матки		2		
9	10	Меланома и пигментные невусы	Меланомоопасные невусы. Клиника, лечение. Меланома кожи. Эпидемиология, этиология. Клиника, диагностика, лечение.		2		
10	11	Рак легкого	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака лёгкого.			2	
11	11	Рак пищевода	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака пищевода.			2	
12	12	Рак желудка	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака желудка			2	
13	12	Колоректальный рак	Современное состояние проблемы. Клиника, диагностика лечение рака колоректальной зоны.			2	
14	12	Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака билиопанкреатодуоденальной зоны			2	
15	13	Рак молочной железы	Эпидемиологии рака молочной железы. Клиника, диагностика, лечение рака молочной железы				2
16	14	Злокачественные лимфомы	Классификация. Диагностика и лечение лимфом.				2
17	15	Опухоли почки	Рак почки. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение				2
18	16	Паранеопластические синдромы	Классификация. Значение паранеопластических синдромов в деятельности врача-онколога.				2
Итого:				**8**	**8**	**10**	**8**

3.5. Тематический план практических занятий и семинаров

Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)			
				1 сем	2 сем	3 сем	4 сем
1	2	3	4	5	6	7	8

1	1	Вопросы профилактики онкологических заболеваний. Организация работы врача-онколога в поликлинике. Онкологическая документация. Деонтология в онкологии	Вопросы профилактики онкологических заболеваний. Организация работы врача-онколога в поликлинике. Онкологическая документация. Вопросы медицинской психологии, этики и деонтологии в онкологии	6			
2	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи	Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи	3			
3	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди	Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди	3			
4	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия живота	Топографическая анатомия и оперативная хирургия живота	4			
5	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия таза и промежности	Топографическая анатомия и оперативная хирургия таза и промежности	4			
6	3	Морфология опухолей	Общие вопросы морфологии опухолей. Понятие об атипизме. Клеточный и тканевый атипизм. Опухоли (их виды) и опухолеподобные процессы основные характеристики. Современные представления о метаплазии и дисплазии. Значение в развитии опухоли. Гистогенетический принцип классификации опухолей и значение для лечебной тактики, прогноза. Современные представления о лечебном патоморфозе опухоли. Организация морфологического исследования.	3			
7	4	Основы теоретической и экспериментальной онкологии	Факторы, влияющие на возникновение опухоли. Инициация и промоция. Факторы, влияющие на возникновение опухоли. Инициация и промоция. Онкогены и антионкогены. Мишени для блокирования сигнальных путей.	3			
8	5	Лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования	Лабораторные проявления онкологических заболеваний. Методы лучевой диагностики Показания и противопоказанию к применению различных методов лучевой диагностики. Основные проявления	2			

			злокачественной опухоли при лучевой диагностике. Методы эндоскопического исследования. Показания к ним. Методика проведения и подготовка. Основные проявления опухоли при эндоскопическом исследовании. Методы забора материала для морфологического исследования. Основные методы морфологических исследований. Основные проявления опухолевого процесса и предраковых состояний при морфологических исследованиях.				
9	6	Современные принципы лучевой терапии злокачественных опухолей	Принципы лучевого лечения. Разновидности лучевого лечения. Дозирование и фракционирование. Роль в комбинированном и сочетанном лечении.	4			
10	6	Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей	Принципы лекарственного лечения. Химиопрепараты классификация. Роль лекарственного лечения в комбинированном и сочетанном лечении.	2			
11	7	Злокачественные опухоли губы, полости рта и глотки.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии, классификация, закономерности развития опухоли и метастазирования злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух. Клиника, диагностика и лечение данных опухолей. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение рака нижней губы. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей слизистой полости рта и глотки. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей слюнных желез.		6		
12	7	Опухоли гортани	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диа-		2		

			гностика, лечение злокачественных опухолей гортани.				
13	7	Злокачественные опухоли щитовидной железы	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей щитовидной железы.		2		
14	8	Опухоли костей	Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение опухолей костей.		2		
15	8	Опухоли мягких тканей	Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение опухолей мягких тканей.		2		
16	9	Опухоли шейки матки.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей шейки матки. Клиника, диагностика, лечение опухолей шейки матки.		2		
17	9	Опухоли тела матки и трофобластические болезни.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии рака тела матки. Классификация, закономерности развития опухолей тела матки. Клиника, диагностика, лечение опухолей тела матки. Трофобластические болезни; Классификация, клиника, диагностика, лечение.		2		
18	9	Опухоли яичника	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей яичника. Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение опухолей яичника.		4		
19	9	Опухоли наружных половых органов и влагалища	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей наружных половых органов и влагалища. Клиника, диагностика, лечение опухолей наружных половых органов и влагалища.		4		
20	10	Эпителиальные опухоли кожи	Этиопатогенез, эпидемиология рака кожи. Классификация. Профилактика. Закономерности развития опухоли и метастазирования. Предраковые заболевания. Клиника рака кожи. Диагностика, лечение.		10		
21	10	Меланома и пигментные невусы	Меланома кожи вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Профилактика. Закономерности развития		6		

			опухоли и метастазирования. Пигментные невусы. Клиника, диагностика. Врачебная тактика. Клиника, диагностика, лечение меланомы кожи.				
22	11	Опухоли средостения и пищевода	Клиника, диагностика, лечение опухолей средостения Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей пищевода. Клиника, диагностика, лечение опухолей пищевода			8	
23	11	Опухоли легких и плевры.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухоли и метастазирования злокачественных опухолей лёгких и плевры. Клиника, диагностика, лечение опухолей лёгких и плевры.			10	
24	12	Опухоли желудка	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Классификация. Закономерности развития опухолей желудка. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей желудка			6	
25	12	Опухоли печени и билиопанкреатодуоденальной области	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности прогрессирования первичного и метастатического рака печени. Клиника, диагностика, лечение первичного и метастатического рака печени. Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей билиопанкреатодуоденальной области. Клиника, диагностика, лечение опухолей билиопанкреатодуоденальной области			6	
26	12	Опухоли колоректальной зоны	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей ободочной и прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение опухолей колоректальной зоны.			6	
27	12	Забрюшинные внеорганные опухоли	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей забрюшинного пространства Клиника, диагностика, лечение забрюшинных внеорганных опухолей.			4	
28	13	Предопухолевые заболевания и доброкачественные	Классификация, Распространённость. Этиопатогенез мастопатий и доброкачественных опухолей мо-				6

		опухоли молочных желез.	лочной железы. Клиника, диагностика, лечение.				
29	13	Рак молочной железы	Этиопатогенез, эпидемиология рака молочной железы. Классификация. Скрининг. Клинические формы рака молочной железы. Клиника, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.				6
30	14	Лейкозы	Острые лейкозы. Классификация. Вопросы этиопатогенеза, эпидемиологии. Хронические лейкозы. Классификация. Вопросы этиопатогенеза, эпидемиологии. Клиника, диагностика, лечение. Хронические лейкозы. Клиника, диагностика, лечение				6
31	14	Злокачественные лимфомы	Классификация. Эпидемиология. Закономерности прогрессирования. Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение болезни Ходжкина. Клиника, диагностика, лечение неходжкинских лимфом.				6
32	15	Злокачественные образования мочевых путей.	Этиопатогенез, эпидемиология, классификация, закономерности прогрессирования опухолей почки, лоханки мочеточника, мочевого пузыря, уретры. Клиника, диагностика, лечение данных опухолей.				8
33	15	Злокачественные опухоли мужских половых органов.	Этиопатогенез, эпидемиология, классификация, закономерности прогрессирования опухолей предстательной железы, яичка, полового члена. Клиника, диагностика, лечение данных опухолей.				4
34	16	Паранеопластические синдромы.	Клинические паранеопластические синдромы. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Значение в практике онколога. Лечение.				2
35	16	Синдромы метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Семейно-ассоциированный опухолевый синдром	Синдромы метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Клиника, диагностика, лечение. Семейно-ассоциированный опухолевый синдром. Распознавание. Значение в практике онколога. Тактика онколога.				4
36	17	Болевые синдромы и их терапия.	Молекулярно-генетические и нейротрансмиттерные механизмы				6

			боли и её модуляции. Понятие «нейроматрикс боли». Терапия болевых синдромов. Классификация средств лекарственной терапии боли. Адъювантные и симптоматические лекарственные средства. Лечение хронического болевого синдрома в онкологии.				
37	17	Лечение кахексии, анорексии и некоторых других состояний у онкологических больных.	Механизм формирования. Лечение кахексии, анорексии, и других отдельных состояний у онкологического больного.				4
Итого:				**34**	**42**	**40**	**52**

Тематический план семинаров

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий (семинаров)	Содержание практических (семинарских) занятий	Трудоемкость (час)			
				1 сем	2 сем	3 сем	4 сем
1	2	3	4	5	6	7	8
1	1	Состояние онкологической помощи в России и Кировской области. Пути улучшения диагностики злокачественных опухолей. Активный поиск. Организация онкологической помощи в России	Состояние онкологической помощи в России и Кировской области. Пути улучшения диагностики злокачественных опухолей. Скрининг злокачественных опухолей. Организация онкологической помощи в России.	4			
2	3	Морфология опухолей	Общие вопросы морфологии опухолей. Понятие об атипизме. Клеточный и тканевый атипизм. Опухоли (их виды) и опухолеподобные процессы основные характеристики. Современные представления о метаплазии и дисплазии. Значение в развитии опухоли. Гистогенетический принцип классификации опухолей и значение для лечебной тактики, прогноза. Современные представления о лечебном патоморфозе опухоли. Организация морфологического исследования.	8			
3	4	Основы теоретической и экспериментальной онкологии	Факторы, влияющие на возникновение опухоли. Инициация и промоция. Факторы,	8			

			влияющие на возникновение опухоли. Инициация и промоция. Онкогены и антионкогены. Мишени для блокирования сигнальных путей.				
4	5	Клиническое обследование пациента	Общие принципы диагностики злокачественных заболеваний. Значение жалоб, анамнеза, данных объективного для диагностики злокачественной опухоли.	2			
5	5	Лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования	Лабораторные проявления онкологических заболеваний. Методы лучевой диагностики Показания и противопоказанию к применению различных методов лучевой диагностики. Основные проявления злокачественной опухоли при лучевой диагностике. Методы эндоскопического исследования. Показания к ним. Методика проведения и подготовка. Основные проявления опухоли при эндоскопическом исследовании. Методы забора материала для морфологического исследования. Основные методы морфологических исследований. Основные проявления опухолевого процесса и предраковых состояний при морфологических исследованиях.	6			
6	6	Современные принципы хирургического лечения злокачественных опухолей	Выбор метода лечения онкобольных. Классификация методов лечения в онкологии. Принципы хирургического лечения. Абластика и антибластика. Виды хирургических операций.	2			
7	6	Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей	Принципы лекарственного лечения. Химиопрепараты классификация. Роль лекарственного лечения в комбинированном и сочетанном лечении.	4			
8	7	Злокачественные опухоли губы, полости рта и глотки.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии, классификация, закономерности развития опухоли и метастазирования злокачественных опу-		6		

			холей полости носа и придаточных пазух. Клиника, диагностика и лечение данных опухолей. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение рака нижней губы. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей слизистой полости рта и глотки. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей слюнных желез.				
9	7	Опухоли гортани	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей гортани.		4		
10	7	Злокачественные опухоли щитовидной железы	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей щитовидной железы.		4		
11	8	Опухоли костей	Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение опухолей костей.		4		
12	8	Опухоли мягких тканей	Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение опухолей мягких тканей.		4		
13	9	Опухоли шейки матки.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей шейки мат-		4		

			ки. Клиника, диагностика, лечение опухолей шейки матки.				
14	9	Опухоли тела матки и трофобластические болезни.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии рака тела матки. Классификация, закономерности развития опухолей тела матки. Клиника, диагностика, лечение опухолей тела матки. Трофобластические болезни; Классификация, клиника, диагностика, лечение.		4		
15	9	Опухоли яичника	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей яичника. Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение опухолей яичника.		4		
16	10	Меланома и пигментные невусы	Меланома кожи вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Профилактика. Закономерности развития опухоли и метастазирования. Пигментные невусы. Клиника, диагностика. Врачебная тактика. Клиника, диагностика, лечение меланомы кожи.		6		
17	11	Опухоли средостения и пищевода	Клиника, диагностика, лечение опухолей средостения. Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей пищевода. Клиника, диагностика, лечение опухолей пищевода			8	
18	11	Опухоли легких и плевры.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухоли и метастазирования злокачественных опухолей лёгких и плевры. Клиника, диагностика, лечение опухолей лёгких и плевры.			10	
19	12	Опухоли желудка	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Классификация. Закономерности развития опухолей желудка. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей желудка.			6	

20	12	Опухоли печени и билиопанкреатодуоденальной области	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности прогрессирования первичного и метастатического рака печени. Клиника, диагностика, лечение первичного и метастатического рака печени. Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей билиопанкреатодуоденальной области. Клиника, диагностика, лечение опухолей билиопанкреатодуоденальной области			6	
21	12	Опухоли колоректальной зоны	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей ободочной и прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение опухолей колоректальной зоны.			6	
22	12	Забрюшинные внеорганные опухоли	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей забрюшинного пространства Клиника, диагностика, лечение забрюшинных внеорганных опухолей.			4	
23	13	Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез.	Классификация, Распространённость. Этиопатогенез мастопатий и доброкачественных опухолей молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.				4
24	13	Рак молочной железы	Этиопатогенез, эпидемиология рака молочной железы. Классификация. Скрининг. Клинические формы рака молочной железы. Клиника, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.				10
25	14	Множественная миелома	Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение множественной миеломы.				4
26	14	Злокачественные лимфомы	Классификация. Эпидемиология. Закономерности прогрессирования. Вопросы этиопатогенеза. Клиника,				10

			диагностика, лечение болезни Ходжкина. Клиника, диагностика, лечение неходжкинских лимфом.				
27	15	Злокачественные образования мочевых путей.	Этиопатогенез, эпидемиология, классификация, закономерности прогрессирования опухолей почки, лоханки мочеточника, мочевого пузыря, уретры. Клиника, диагностика, лечение данных опухолей.				8
28	15	Злокачественные опухоли мужских половых органов.	Этиопатогенез, эпидемиология, классификация, закономерности прогрессирования опухолей предстательной железы, яичка, полового члена. Клиника, диагностика, лечение данных опухолей.				6
29	16	Паранеопластические синдромы.	Клинические паранеопластические синдромы. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Значение в практике онколога. Лечение.				4
30	17	Правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ, и регулирования фармакотерапии острой и хронической боли.	Правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ. Нормативные правовые документы, регламентирующие оборот наркотических средств, психотропных средств и их прекурсоров. Варианты организации работы с наркотическими и психотропными веществами в медицинской организации. Отчётная документация работы с наркотическими и психотропными веществами в медицинской организации.				4
Итого:				**34**	**40**	**40**	**50**

3.6. Самостоятельная работа обучающегося

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	1	Основы организации онкологической помощи населению	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-	24

			практических конференциях, семинарах и т.п.	
2		Хирургическая анатомия и оперативная хирургия	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	22
3		Морфология опухолей	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	24
4		Основы теоретической и экспериментальной онкологии	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	24
5		Методы диагностики в клинической онкологии	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	24
6		Общие принципы лечения злокачественных опухолей	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	22
Итого часов в семестре:				140
7	2	Опухоли головы и шеи	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	46
8		Опухоли опорно-двигательного аппарата	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	22
9		Опухоли женских половых органов	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	46
10		Опухоли кожи	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	48
Итого часов в семестре:				162
11	3	Опухоли органов грудной клетки	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	54
12		Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	72
Итого часов в семестре:				126
13	4	Опухоли молочной железы	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	44
14		Опухоли кроветвор-	Подготовка к занятиям; подготовка к промежу-	44

		ной системы	точной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	
15		Онкоурология	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	44
16		Онкологические синдромы	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	24
17		Паллиативная помощь в онкологии	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	22
Итого часов в семестре:				178
Всего часов на самостоятельную работу:				**606**

3.7. Лабораторный практикум – не предусмотрен учебным планом.

3.8. Примерная тематика курсовых проектов (работ), контрольных работ – не предусмотрены учебным планом.

Раздел 4. Перечень учебно-методического и материально-технического обеспечения дисциплины

4.1. Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Методические указания по изучению дисциплины

4.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)

4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Онкология: учебник	Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х.	2010 Москва ГЭОТАР	48	«Консультант студента»
2	Онкология национальное руководство. Краткое издание	В. И. Чиссов, М. И. Давыдов	2017 М.: ГЭОТАР-Медиа	-	«Консультант врача»
3	Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей	Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова.	2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,	-	«Консультант врача»

4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор(ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1	Онкогинекология в практике гинеколога	Венедиктова М. Г.	2015 ГЭОТАР-Медиа,	-	«Консультант врача»
2	Методы диагностики в клинической онкологии. Учебное пособие для ординаторов	А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко	2018 Киров: Кировский ГМУ,	-	ЭБС Кировского ГМУ
3	Рак молочной железы руководство для врачей	ред. Ш. Х. Ганцев.	2015 М. ГЭОТАР-Медиа,	-	«Консультант врача»
4	Пигментные опухоли кожи	Л.В. Червонная	2016. М.: ГЭОТАР-Медиа	-	«Консультант врача»
5	Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов	А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко	2017 Киров: Кировский ГМУ,	4	ЭБС Кировского ГМУ
6	Оперативное лечение больных опухолью почки (прошлое, настоящее, будущее)	Ю. Г. Аляев, П. В. Глыбочко.	2015. М.: ГЭОТАР-Медиа,	1	«Консультант врача»
7	Контроль симптомов в паллиативной медицине: руководство	ред. Г. А. Новиков	2015 М.: "ГЭОТАР-Медиа",	20	«Консультант врача»
8	Рак легкого руководство	Ш. Х. Ганцев, В.М. Моисеенко, А. И. Арсеньев, А. В. Чижиков.	2017. - М.: ГЭОТАР-Медиа,	-	«Консультант врача»
9	Рациональная фармакотерапия в онкологии	ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова.	2017. М.: Изд-во "Литтерра",	2	«Консультант врача»
10	Клиника, диагностика и лечение опухолей яичников: учеб.пособие для системы послевуз. и доп. образования врачей	сост. Дворянский [и др.].	2009 Киров: Кировская ГМА,	100	ЭБС Кировского ГМУ

Онкология. Клинические рекомендации МЗ РФ (https://medi.ru)
Клинические рекомендации – взрослые. Ассоциация онкологов России http://oncology-association.ru/

4.3. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

4.4. Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине (модулю), программного обеспечения и информационно-справочных систем

Для осуществления образовательного процесса используются:
видеозаписи, связанные с программой курса, компьютерные демонстрации, презентации.

В учебном процессе используется лицензионное программное обеспечение:

1. Договор MicrosoftOffice (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный),

2. Договор MicrosoftOffice (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),

3. Договор MicrosoftOffice (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный).

4. Договор Windows (версия 2003) №0340100010912000035_45106 от 12.09.2012г. (срок действия договора - бессрочный)

5. Договор Windows (версия 2007) №0340100010913000043_45106 от 02.09.2013г. (срок действия договора - бессрочный),

6. Договор Windows (версия 2010) № 340100010914000246_45106 от 23.12.2014г. (срок действия договора - бессрочный),

7. Договор Антивирус KasperskyEndpointSecurity для бизнеса – Стандартный RussianEdition. 100-149 Node 1 yearEducationalRenewalLicense от 12.07.2018, лицензии 685B-МУ\05\2018 (срок действия – 1 год),

8. Медицинская информационная система (КМИС) (срок действия договора - бессрочный),

9. Автоматизированная система тестирования Indigo Договор № Д53783/2 от 02.11.2015 (срок действия бессрочный, 1 год технической поддержки),

10. ПО FoxitPhantomPDF Стандарт, 1 лицензия, бессрочная, дата приобретения 05.05.2016г.

Обучающиеся обеспечены доступом (удаленным доступом) к современным профессиональным базам данных и информационно-справочным системам:

1) Научная электронная библиотека e-LIBRARY. Режим доступа: http://www.e-library.ru/.
2) Справочно-поисковая система Консультант Плюс – ООО «КонсультантКиров».
3) «Электронно-библиотечная система Кировского ГМУ». Режим доступа: http://elib.kirovgma.ru/.
4) ЭБС «Консультант студента» - ООО «ИПУЗ». Режим доступа: http://www.studmedlib.ru.
5) ЭБС «Университетская библиотека онлайн» - ООО «НексМедиа». Режим доступа: http://www.biblioclub.ru.
6) ЭБС «Консультант врача» - ООО ГК «ГЭОТАР». Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/
7) ЭБС «Айбукс» - ООО «Айбукс». Режим доступа: http://ibooks.ru.

4.5. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Образовательный процесс осуществляется на базе КОГБУЗ Кировский областной клинический онкологический диспансер Г. Киров проспект Строителей 23

В процессе преподавания дисциплины (модуля) используются следующие специальные помещения:

- аудитории, оборудованные мультимедийными средствами обучения – КОГБУЗ КОКОД помещение № 820; 520.

- помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторирования основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, дефибриллятор с функцией синхронизации, гастродуоденоскоп, колоноскоп фибробронхоскоп, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, эндоскопический отсасывающий насос, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, видеогастроскоп операционный, видеоколоноскоп операционный, видеоколоноскоп диагностический, электрохирургический блок, набор для эндоскопической резекции слизистой, баллонный дилататор) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры

Специальные помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечены доступом в электронную информационно-образовательную среду организации.

Раздел 5. Методические рекомендации по организации изучения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины предусматривает: контактную (работа на лекциях и практических занятиях) и самостоятельную работу.

Основное учебное время выделяется на работу с пациентами, разбор клинических примеров по теме занятия, решения тестовых и ситуационных задач. Соответственно разделам программы знания студентов проверяются текущим и итоговым тестовым контролем.

В качестве основных форм организации учебного процесса по дисциплине выступают классические лекционные и практические занятия (с использованием интерактивных технологий обучения), а также самостоятельная работа обучающихся.

При изучении учебной дисциплины (модуля) обучающимся необходимо освоить практические умения по овладению онкологическим мышлением, навыков работы с онкологическими больными, способностью в письменной и устной речи логически правильно оформить его результаты; готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации. А также восприятию инноваций; формирования способности и готовность к самосовершенствованию, самореализации, личностной и предметной рефлексии.

При проведении учебных занятий кафедра обеспечивает развитие у обучающихся навыков командной работы, межличностной коммуникации, принятия решений, лидерских качеств (путем проведения интерактивных лекций, групповых дискуссий, ролевых игр, тренингов, анализа ситуаций и имитационных моделей, преподавания дисциплины (модуля) в форме курса, составленного

на основе результатов научных исследований, проводимых Университетом, в том числе с учетом региональных особенностей профессиональной деятельности выпускников и потребностей работодателей).

Лекции:

Классическая лекция. Рекомендуется при изучении тем: «Основы организации онкологической помощи населению», «Опухоли (их виды) и опухолеподобные процессы», «Канцерогенез», «Методы диагностики в клинической онкологии», «Общие принципы лечения злокачественных опухолей», «Злокачественные опухоли слизистой полости рта», «Опухоли мягких тканей», «Опухоли шейки матки», «Меланома и пигментные невусы», «Рак легкого», «Рак пищевода», «Рак желудка», «Колоректальный рак», «Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны», «Рак молочной железы», «Злокачественные лимфомы», «Опухоли почки», «Паранеопластические синдромы».

На лекциях излагаются темы дисциплины, предусмотренные рабочей программой, акцентируется внимание на наиболее принципиальных и сложных вопросах дисциплины, устанавливаются вопросы для самостоятельной проработки. Конспект лекций является базой при подготовке к практическим занятиям, к экзамену, а также для самостоятельной работы.

Изложение лекционного материала рекомендуется проводить в мультимедийной форме. Смысловая нагрузка лекции смещается в сторону от изложения теоретического материала к формированию мотивации самостоятельного обучения через постановку проблем обучения и показ путей решения профессиональных проблем в рамках той или иной темы. При этом основным методом ведения лекции является метод проблемного изложения материала.

Лекция-дискуссия - обсуждение какого-либо вопроса, проблемы, рассматривается как метод, активизирующий процесс обучения, изучения сложной темы, теоретической проблемы. Рекомендуется использовать при изучении тем: «Основы организации онкологической помощи населению», «Методы диагностики в клинической онкологии», «Общие принципы лечения злокачественных опухолей».

Важной характеристикой дискуссии, отличающей её от других видов спора, является аргументированность. Обсуждая дискуссионную проблему, каждая сторона, оппонируя мнению собеседника, аргументирует свою позицию. Отличительной чертой дискуссии выступает отсутствие тезиса и наличие в качестве объединяющего начала темы.

Практические занятия:

Практические занятия по дисциплине проводятся с целью приобретения практических навыков в области онкологии.

Практические занятия проводятся в виде собеседований, обсуждений, дискуссий в микрогруппах, демонстрации тематических больных и использования наглядных пособий, отработки практических навыков на тренажерах, симуляторах центра манипуляционных навыков, решения ситуационных задач, тестовых заданий, разбора клинических больных.

Выполнение практической работы обучающиеся производят как в устном, так и в письменном виде, в виде презентаций и докладов.

Практическое занятие способствует более глубокому пониманию теоретического материала учебного дисциплины, а также развитию, формированию и становлению различных уровней составляющих профессиональной компетентности обучающихся.

При изучении дисциплины используются следующие формы практических занятий:

- семинар традиционный по темам: «Состояние онкологической помощи в России и Кировской области. Пути улучшения диагностики злокачественных опухолей. Активный поиск. Организация онкологической помощи в России», «Морфология опухолей», «Основы теоретической и экспериментальной онкологии», «Лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования», «Современные принципы хирургического лечения злокачественных опухолей», «Злокачественные опухоли губы, полости рта и глотки»; «Опухоли гортани», «Злокачественные опухоли щитовидной железы», «Опухоли костей», «Опухоли мягких тканей», «Опухоли шейки матки», «Опухоли тела матки и трофобластические болезни», «Опухоли яичника», «Меланома и пигментные невусы», «Опухоли средостения и пищевода», «Опухоли легких и плевры», «Опухоли желудка», «Опухоли печени и билиопанкреатодуоденальной области», «Опухоли колоректальной зоны», «Забрюшинные внеорганные опухоли», «Предопухолевые заболевания и доброкачествен-

ные опухоли молочных желез.», «Рак молочной железы», «Множественная миелома», «Злокачественные лимфомы», «Злокачественные образования мочевых путей», «Паранеопластические синдромы», «Правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ, и регулирования фармакотерапии острой и хронической боли».

- семинар-дискуссия по теме «Клиническое обследование пациента», «Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей», «Злокачественные опухоли мужских половых органов».

- практические занятия традиционные по темам: «Вопросы профилактики онкологических заболеваний. Организация работы врача-онколога в поликлинике. Онкологическая документация. Деонтология в онкологии», «Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи», «Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди», «Топографическая анатомия и оперативная хирургия живота», «Топографическая анатомия и оперативная хирургия таза и промежности», «Морфология опухолей», «Основы теоретической и экспериментальной онкологии», «Лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования», «Современные принципы лучевой терапии злокачественных опухолей», «Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей», «Злокачественные опухоли губы, полости рта и глотки», «Опухоли гортани»; «Злокачественные опухоли щитовидной железы», «Опухоли костей», «Опухоли мягких тканей», «Опухоли шейки матки», «Опухоли тела матки и трофобластические болезни», «Опухоли яичника», «Опухоли наружных половых органов и влагалища», «Эпителиальные опухоли кожи», «Меланома и пигментные невусы», «Опухоли средостения и пищевода», «Опухоли легких и плевры», «Опухоли желудка», «Опухоли печени и билиопанкреатодуоденальной области», «Опухоли колоректальной зоны», «Забрюшинные внеорганные опухоли», «Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез», «Рак молочной железы», «Лейко- зы», «Злокачественные лимфомы», «Злокачественные образования мочевых путей, «Злокаче- ственные опухоли мужских половых органов», «Паранеопластические синдромы», «Синдромы метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множе- ственности злокачественных опухолей. Семейно-ассоциированный опухолевый синдром», «Боле- вые синдромы и их терапия», «Лечение кахексии, анорексии и некоторых других состояний у онкологических больных».

Самостоятельная работа:

Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку по всем разделам дисциплины «Онкология» и включает подготовку к занятиям, подготовку к промежуточной аттестации, подготовку докладов по предложенной тематике, участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.

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. Во время изучения дисциплины, обучающиеся (под контролем преподавателя) самостоятельно проводят работу с больными, оформляют и представляют их на занятиях. Подготовка доклада способствует формированию навыков использования учебной и научной литературы, глобальных информационных ресурсов, способствует формированию клинического мышления. Работа обучающегося в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Обучение способствует воспитанию у обучающихся навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию должного с этической стороны поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний, обучающихся определяется собеседованием.

Текущий контроль освоения дисциплины проводится в форме устного опроса, проверки практических навыков, решения тестовых и ситуационных задач.

В конце изучения дисциплины проводится промежуточная аттестация с использованием тестирования, проверки практических навыков, собеседования.

Вопросы по дисциплине включены в государственную итоговую аттестацию выпускников.

Раздел 6. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля) (приложение А)

Изучение дисциплины следует начинать с проработки данной рабочей программы, методических указаний, прописанных в программе, особое внимание уделяется целям, задачам, структуре и содержанию дисциплины.

Успешное изучение дисциплины требует от обучающихся посещения лекций, активной работы на практических занятиях, выполнения всех учебных заданий преподавателя, ознакомления с базовыми учебниками, основной и дополнительной литературой. Лекции имеют в основном обзорный характер и нацелены на освещение наиболее трудных вопросов, а также призваны способствовать формированию навыков работы с научной литературой. Предполагается, что обучающиеся приходят на лекции, предварительно проработав соответствующий учебный материал по источникам, рекомендуемым программой.

Основным методом обучения является самостоятельная работа студентов с учебно-методическими материалами, научной литературой, Интернет-ресурсами.

Правильная организация самостоятельных учебных занятий, их систематичность, целесообразное планирование рабочего времени позволяют обучающимся развивать умения и навыки в усвоении и систематизации приобретаемых знаний, обеспечивать высокий уровень успеваемости в период обучения, получить навыки повышения профессионального уровня.

Основной формой промежуточного контроля и оценки результатов обучения по дисциплине является экзамен. На экзамене обучающиеся должны продемонстрировать не только теоретические знания, но и практические навыки, полученные на практических занятиях.

Постоянная активность на занятиях, готовность ставить и обсуждать актуальные проблемы дисциплины - залог успешной работы и положительной оценки.

Подробные методические указания к практическим занятиям и внеаудиторной самостоятельной работе по каждой теме дисциплины представлены в приложении А.

Раздел 7. Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю)

Оценочные средства – комплект методических материалов, нормирующих процедуры оценивания результатов обучения, т.е. установления соответствия учебных достижений запланированным результатам обучения и требованиям образовательной программы, рабочей программы дисциплины.

ОС как система оценивания состоит из следующих частей:

1. Перечня компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы.
2. Показателей и критерий оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания.
3. Типовых контрольных заданий и иных материалов.
4. Методических материалов, определяющих процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации по дисциплине представлены в приложении Б.

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины

«ОНКОЛОГИЯ»

Специальность 31.08.57 ОНКОЛОГИЯ (3+)

Форма обучения очная

Кафедра онкологии

Автор М.Ю. Попов.

На 2024 / 2025 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. Раздел 2. Объем дисциплины и виды учебной работы изменить и читать в следующей редакции:
Общая трудоемкость дисциплины составляет 31 зачетную единицу, 1116 час.

Вид учебной работы		Всего часов	Семестры	
			№ 1	№ 2
1		2	3	4
Контактная работа (всего)		344	148	196
в том числе:				
Лекции (Л)		38	16	22
Практические занятия (ПЗ)		156	68	88
Семинары (С)		150	64	86
Лабораторные занятия (ЛР)				
Самостоятельная работа (всего)		700	320	380
в том числе:				
подготовка к занятиям		470	214	256
подготовка к промежуточной аттестации		118	54	64
подготовка докладов по предложенной тематике		42	20	22
участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.		70	32	38
Вид промежуточной аттестации	экзамен	72	36	36
Общая трудоемкость (часы)		1116	504	612
Зачетные единицы		31	14	17

2. Раздел 3. Пункт 3.3. Разделы дисциплины и виды занятий изменить и читать в следующей редакции:

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Л	ПЗ	ЛЗ	Сем	СРС	Всего часов
1	2	3	4	5	6	7	8
1	Основы организации онкологической помощи населению	2	6	-	4	24	36
2	Хирургическая анатомия и оперативная хирургия	-	10	-	-	26	36
3	Морфология опухолей	1	3	-	6	26	36
4	Основы теоретической и экспериментальной онкологии	1	3	-	6	26	36
5	Методы диагностики в клинической онкологии	2	2	-	8	24	36
6	Общие принципы лечения злокачественных опухолей	2	6	-	6	22	36
7	Опухоли головы и шеи	2	6	-	12	50	70

8	Опухоли опорно-двигательного аппарата		2	4	-	8	22	36
9	Опухоли женских половых органов		2	12	-	8	50	72
10	Опухоли кожи		2	16	-	6	50	74
11	Опухоли органов грудной клетки		4	18	-	18	74	114
12	Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства		6	22	-	20	110	158
13	Опухоли молочной железы		4	10	-	14	48	76
14	Опухоли кроветворной системы		2	12	-	12	48	74
15	Онкоурология		2	12	-	14	48	76
16	Онкологические синдромы		2	6	-	4	26	38
17	Паллиативная помощь в онкологии		2	8	-	4	26	40
	Вид промежуточной аттестации:	экзамен	экзамен					72
	Итого:		38	156	-	150	700	1116

3. Раздел 3. Пункт 3.4. Тематический план лекций изменить и читать в следующей редакции:

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)	
				1 сем.	2 сем.
1	2	3	4	5	6
1	1	Основы организации онкологической помощи населению.	Структура онкологической службы. Задачи онкологической службы. Структура и задачи онкологического диспансера. Скрининг онкологических заболеваний. Организация работы врача-онколога в поликлинике. Онкологическая документация.	2	
2	3	Опухоли (их виды) и опухолеподобные процессы	Опухоли злокачественные, доброкачественные, местнодеструирующие. Основные характеристики. Современные представления о метаплазии и дисплазии. Значение в развитии опухоли	1	
3	4	Канцерогенез	Канцерогенез на уровне клетки и уровне органа. Нерешённые проблемы канцерогенеза	1	
4	5	Методы диагностики в клинической онкологии	Значение клинических, лабораторных, инструментальных, морфологических методов в диагностике злокачественных опухолей	2	
5	6	Общие принципы лечения злокачественных опухолей	Роль хирургического лечения в онкологии. Современные принципы хирургического лечения злокачественных опухолей. Роль лучевых методов лечения в онкологии. Принципы лучевого лечения. Роль лекарственного лечения в онкологии. Общие принципы и методы лекарственного лечения.	2	
6	7	Злокачественные опухоли слизистой полости рта	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии опухолей слизистой полости рта. Классификация. Клиника, диагностика лечение злокачественных опухолей слизистой полости рта.	2	
7	8	Опухоли мягких тканей	Классификация. Клиника, диагностика лечение сарком мягких тканей	2	
8	9	Опухоли шейки матки	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии рака шейки матки. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака шейки матки	2	

9	10	Меланома и пигментные невусы	Меланомоопасные невусы. Клиника, лечение. Меланома кожи. Эпидемиология, этиология. Клиника, диагностика, лечение.	2	
10	11	Рак легкого	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака лёгкого.		2
11	11	Рак пищевода	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака пищевода.		2
12	12	Рак желудка	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака желудка		2
13	12	Колоректальный рак	Современное состояние проблемы. Клиника, диагностика лечение рака колоректальной зоны.		2
14	12	Опухоли билиопанкреато дуоденальной зоны	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака билиопанкреатодуоденальной зоны		2
15	13	Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез	Этиопатогенез мастопатий и доброкачественных опухолей молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.		2
16	13	Рак молочной железы	Эпидемиологии рака молочной железы. Клиника, диагностика, лечение рака молочной железы		2
17	14	Злокачественные лимфомы	Классификация. Диагностика и лечение лимфом.		2
18	15	Опухоли почки	Рак почки. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение		2
19	16	Паранеопластические синдромы	Классификация. Значение паранеопластических синдромов в деятельности врача-онколога.		2
20	17	Паллиативная помощь в онкологии	Болевые синдромы и их терапия. Кахексии, анорексия и некоторые другие состояния у онкологических больных.		2
Итого:				**16**	**22**

4. Раздел 3. Пункт 3.5. Тематический план практических занятий и семинаров изменить и читать в следующей редакции:

Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	
				1 сем	2 сем
1	2	3	4	5	6
1	1	Вопросы профилактики онкологических заболеваний. Организация работы врача-онколога в поликлинике.	Вопросы профилактики онкологических заболеваний. Организация работы врача-онколога в поликлинике. Онкологическая документация. Вопросы медицинской психологии, этики и деонтологии в онкологии	6	

		Онкологическая документация. Деонтология в онкологии			
2	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи	Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи	2	
3	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди	Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди	2	
4	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия живота	Топографическая анатомия и оперативная хирургия живота	3	
5	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия таза и промежности	Топографическая анатомия и оперативная хирургия таза и промежности	3	
6	3	Морфология опухолей	Общие вопросы морфологии опухолей. Понятие об атипизме. Клеточный и тканевый атипизм. Опухоли (их виды) и опухолеподобные процессы основные характеристики. Современные представления о метаплазии и дисплазии. Значение в развитии опухоли. Гистогенетический принцип классификации опухолей и значение для лечебной тактики, прогноза. Современные представления о лечебном патоморфозе опухоли. Организация морфологического исследования.	3	
7	4	Основы теоретической и экспериментальной онкологии	Факторы, влияющие на возникновение опухоли. Инициация и промоция. Факторы, влияющие на возникновение опухоли. Инициация и промоция. Онкогены и антионкогены. Мишени для блокирования сигнальных путей.	3	
8	5	Лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования	Лабораторные проявления онкологических заболеваний. Методы лучевой диагностики Показания и противопоказанию к применению различных методов лучевой диагностики. Основные проявления злокачественной опухоли при лучевой диагностике. Методы эндоскопического исследования. Показания к ним. Методика проведения и подготовка. Основные проявления опухоли при эндоскопическом исследовании. Методы забора материала для морфологического исследования. Основные методы морфологических исследований. Основные проявления опухолевого процесса и предраковых	2	

			состояний при морфологических исследованиях.		
9	6	Современные принципы лучевой терапии злокачественных опухолей	Принципы лучевого лечения. Разновидности лучевого лечения. Дозирование и фракционирование. Роль в комбинированном и сочетанном лечении.	4	
10	6	Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей	Принципы лекарственного лечения. Химиопрепараты классификация. Роль лекарственного лечения в комбинированном и сочетанном лечении.	2	
11	7	Злокачественные опухоли губы, полости рта и глотки.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии, классификация, закономерности развития опухоли и метастазирования злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух. Клиника, диагностика и лечение данных опухолей. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение рака нижней губы. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей слизистой полости рта и глотки. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей слюнных желез.	2	
12	7	Опухоли гортани	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей гортани.	2	
13	7	Злокачественные опухоли щитовидной железы	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей щитовидной железы.	2	
14	8	Опухоли костей	Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение опухолей костей.	2	
15	8	Опухоли мягких тканей	Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение опухолей мягких тканей.	2	
16	9	Опухоли шейки матки.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей шейки	2	

			матки. Клиника, диагностика, лечение опухолей шейки матки.		
17	9	Опухоли тела матки и трофобластические болезни.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии рака тела матки. Классификация, закономерности развития опухолей тела матки. Клиника, диагностика, лечение опухолей тела матки. Трофобластические болезни; Классификация, клиника, диагностика, лечение.	2	
18	9	Опухоли яичника	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей яичника. Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение опухолей яичника.	4	
19	9	Опухоли наружных половых органов и влагалища	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей наружных половых органов и влагалища. Клиника, диагностика, лечение опухолей наружных половых органов и влагалища.	4	
20	10	Эпителиальные опухоли кожи	Этиопатогенез, эпидемиология рака кожи. Классификация. Профилактика. Закономерности развития опухоли и метастазирования. Предраковые заболевания. Клиника рака кожи. Диагностика, лечение.	10	
21	10	Меланома и пигментные невусы	Меланома кожи вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Профилактика. Закономерности развития опухоли и метастазирования. Пигментные невусы. Клиника, диагностика. Врачебная тактика. Клиника, диагностика, лечение меланомы кожи.	6	
22	11	Опухоли средостения и пищевода	Клиника, диагностика, лечение опухолей средостения Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей пищевода. Клиника, диагностика, лечение опухолей пищевода		8
23	11	Опухоли легких и плевры.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухоли и метастазирования злокачественных опухолей лёгких и плевры. Клиника, диагностика, лечение опухолей лёгких и плевры.		10
24	12	Опухоли желудка	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Классификация. Закономерности развития опухолей желудка. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей желудка		6
25	12	Опухоли печени и билиопанкреатодуоденальной области	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности прогрессирования первичного и метастатического рака печени. Клиника, диагностика, лечение		6

			первичного и метастатического рака печени. Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей билиопанкреатодуоденальной области. Клиника, диагностика, лечение опухолей билиопанкреатодуоденальной области		
26	12	Опухоли колоректальной зоны	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей ободочной и прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение опухолей колоректальной зоны.		6
27	12	Забрюшинные внеорганные опухоли	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей забрюшинного пространства Клиника, диагностика, лечение забрюшинных внеорганных опухолей.		4
28	13	Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез.	Классификация, Распространённость. Этиопатогенез мастопатий и доброкачественных опухолей молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.		4
29	13	Рак молочной железы	Этиопатогенез, эпидемиология рака молочной железы. Классификация. Скрининг. Клинические формы рака молочной железы. Клиника, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.		6
30	14	Лейкозы	Острые лейкозы. Классификация. Вопросы этиопатогенеза, эпидемиологии. Хронические лейкозы. Классификация. Вопросы этиопатогенеза, эпидемиологии. Клиника, диагностика, лечение. Хронические лейкозы. Клиника, диагностика, лечение		6
31	14	Злокачественные лимфомы	Классификация. Эпидемиология. Закономерности прогрессирования. Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение болезни Ходжкина. Клиника, диагностика, лечение неходжкинских лимфом.		6
32	15	Злокачественные образования мочевых путей.	Этиопатогенез, эпидемиология, классификация, закономерности прогрессирования опухолей почки, лоханки мочеточника, мочевого пузыря, уретры. Клиника, диагностика, лечение данных опухолей.		8
33	15	Злокачественные опухоли мужских половых органов.	Этиопатогенез, эпидемиология, классификация, закономерности прогрессирования опухолей предстательной железы, яичка, полового члена. Клиника, диагностика, лечение данных опухолей.		4
34	16	Паранеопластические синдромы.	Клинические паранеопластические синдромы. Классификация. Клиника,		2

			диагностика, лечение. Значение в практике онколога. Лечение.		
35	16	Синдромы метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Семейно-ассоциированный опухолевый синдром	Синдромы метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Клиника, диагностика, лечение. Семейно-ассоциированный опухолевый синдром. Распознавание. Значение в практике онколога. Тактика онколога.		4
36	17	Болевые синдромы и их терапия.	Молекулярно-генетические и нейротрансмиттерные механизмы боли и её модуляции. Понятие «нейроматрикс боли». Терапия болевых синдромов. Классификация средств лекарственной терапии боли. Адъювантные и симптоматические лекарственные средства. Лечение хронического болевого синдрома в онкологии.		4
37	17	Лечение кахексии, анорексии и некоторых других состояний у онкологических больных.	Механизм формирования. Лечение кахексии, анорексии, и других отдельных состояний у онкологического больного.		4
Итого:				**68**	**88**

Тематический план семинаров

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика семинаров	Содержание семинаров	Трудоемкость (час)	
				1 сем	2 сем
1	2	3	4	5	6
1	1	Состояние онкологической помощи в России и Кировской области. Пути улучшения диагностики злокачественных опухолей. Активный поиск. Организация онкологической помощи в России	Состояние онкологической помощи в России и Кировской области. Пути улучшения диагностики злокачественных опухолей. Скрининг злокачественных опухолей. Организация онкологической помощи в России.	4	
2	3	Морфология опухолей	Общие вопросы морфологии опухолей. Понятие об атипизме. Клеточный и тканевый атипизм. Опухоли (их виды) и опухолеподобные процессы основные характеристики. Современные представления о метаплазии и дисплазии. Значение в развитии опухоли. Гистогенетический принцип классификации	6	

			опухолей и значение для лечебной тактики, прогноза. Современные представления о лечебном патоморфозе опухоли. Организация морфологического исследования.		
3	4	Основы теоретической и экспериментальной онкологии	Факторы, влияющие на возникновение опухоли. Инициация и промоция. Факторы, влияющие на возникновение опухоли. Инициация и промоция. Онкогены и антионкогены. Мишени для блокирования сигнальных путей.	6	
4	5	Клиническое обследование пациента	Общие принципы диагностики злокачественных заболеваний. Значение жалоб, анамнеза, данных объективного для диагностики злокачественной опухоли.	2	
5	5	Лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования	Лабораторные проявления онкологических заболеваний. Методы лучевой диагностики Показания и противопоказанию к применению различных методов лучевой диагностики. Основные проявления злокачественной опухоли при лучевой диагностике. Методы эндоскопического исследования. Показания к ним. Методика проведения и подготовка. Основные проявления опухоли при эндоскопическом исследовании. Методы забора материала для морфологического исследования. Основные методы морфологических исследований. Основные проявления опухолевого процесса и предраковых состояний при морфологических исследованиях.	6	
6	6	Современные принципы хирургического лечения злокачественных опухолей	Выбор метода лечения онкобольных. Классификация методов лечения в онкологии. Принципы хирургического лечения. Абластика и антибластика. Виды хирургических операций.	2	
7	6	Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей	Принципы лекарственного лечения. Химиопрепараты классификация. Роль лекарственного лечения в комбинированном и сочетанном лечении.	4	
8	7	Злокачественные опухоли губы, полости рта и глотки.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии, классификация, закономерности развития опухоли и метастазирования злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух. Клиника, диагностика и лечение данных опухолей. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение рака нижней губы. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных	4	

			опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей слизистой полости рта и глотки. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей слюнных желез.		
9	7	Опухоли гортани	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей гортани.	4	
10	7	Злокачественные опухоли щитовидной железы	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей щитовидной железы.	4	
11	8	Опухоли костей	Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение опухолей костей.	4	
12	8	Опухоли мягких тканей	Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение опухолей мягких тканей.	4	
13	9	Опухоли шейки матки.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей шейки матки. Клиника, диагностика, лечение опухолей шейки матки.	4	
14	9	Опухоли тела матки и трофобластические болезни.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии рака тела матки. Классификация, закономерности развития опухолей тела матки. Клиника, диагностика, лечение опухолей тела матки. Трофобластические болезни; Классификация, клиника, диагностика, лечение.	2	
15	9	Опухоли яичника	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей яичника. Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение опухолей яичника.	2	
16	10	Меланома и пигментные невусы	Меланома кожи вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Профилактика. Закономерности развития опухоли и метастазирования. Пигментные невусы. Клиника, диагностика. Врачебная тактика. Клиника, диагностика, лечение меланомы кожи.	6	
17	11	Опухоли средостения и пищевода	Клиника, диагностика, лечение опухолей средостения. Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей пищевода. Клиника, диагностика, лечение опухолей пищевода		8

18	11	Опухоли легких и плевры.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухоли и метастазирования злокачественных опухолей лёгких и плевры. Клиника, диагностика, лечение опухолей лёгких и плевры.		10
19	12	Опухоли желудка	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Классификация. Закономерности развития опухолей желудка. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей желудка.		4
20	12	Опухоли печени и билиопанкреатодуоденальной области	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности прогрессирования первичного и метастатического рака печени. Клиника, диагностика, лечение первичного и метастатического рака печени. Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей билиопанкреатодуоденальной области. Клиника, диагностика, лечение опухолей билиопанкреатодуоденальной области		6
21	12	Опухоли колоректальной зоны	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей ободочной и прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение опухолей колоректальной зоны.		6
22	12	Забрюшинные внеорганные опухоли	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей забрюшинного пространства Клиника, диагностика, лечение забрюшинных внеорганных опухолей.		4
23	13	Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез.	Классификация, Распространённость. Этиопатогенез мастопатий и доброкачественных опухолей молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.		4
24	13	Рак молочной железы	Этиопатогенез, эпидемиология рака молочной железы. Классификация. Скрининг. Клинические формы рака молочной железы. Клиника, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.		10
25	14	Множественная миелома	Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение множественной миеломы.		4
26	14	Злокачественные лимфомы	Классификация. Эпидемиология. Закономерности прогрессирования. Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение болезни Ходжкина. Клиника, диагностика, лечение неходжкинских лимфом.		8
27	15	Злокачественные образования мочевых путей.	Этиопатогенез, эпидемиология, классификация, закономерности прогрессирования опухолей почки, лоханки мочеточника, мочевого пузыря, уретры. Клиника, диагностика, лечение данных опухолей.		8

28	15	Злокачественные опухоли мужских половых органов.	Этиопатогенез, эпидемиология, классификация, закономерности прогрессирования опухолей предстательной железы, яичка, полового члена. Клиника, диагностика, лечение данных опухолей.		6
29	16	Паранеопластические синдромы.	Клинические паранеопластические синдромы. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Значение в практике онколога. Лечение.		4
30	17	Правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ, и регулирования фармакотерапии острой и хронической боли.	Правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ. Нормативные правовые документы, регламентирующие оборот наркотических средств, психотропных средств и их прекурсоров. Варианты организации работы с наркотическими и психотропными веществами в медицинской организации. Отчётная документация работы с наркотическими и психотропными веществами в медицинской организации.		4
Итого:				**64**	**86**

4. Раздел 3. Пункт 3.6. Самостоятельная работа изменить и читать в следующей редакции:

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды СРС	Всего часов
1	2	3	4	5
1	1	Основы организации онкологической помощи населению	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	24
2		Хирургическая анатомия и оперативная хирургия	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	26
3		Морфология опухолей	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	26
4		Основы теоретической и экспериментальной онкологии	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	26
5		Методы диагностики в клинической онкологии	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	24
6		Общие принципы лечения злокачественных опухолей	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	22
7		Опухоли головы и шеи	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	50
8		Опухоли опорно-двигательного аппарата	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов	22

			по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	
9		Опухоли женских половых органов	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	50
10		Опухоли кожи	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	50
Итого часов в семестре:				320
11	2	Опухоли органов грудной клетки	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	74
12		Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	110
13		Опухоли молочной железы	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	48
14		Опухоли кроветворной системы	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	48
15		Онкоурология	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	48
16		Онкологические синдромы	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	26
17		Паллиативная помощь в онкологии	Подготовка к занятиям; подготовка к промежуточной аттестации; подготовка докладов по предложенной тематике; участие в научно-практических конференциях, семинарах и т.п.	26
Итого часов в семестре:				380
Всего часов на самостоятельную работу:				**700**

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
“16” мая 2024 г. Протокол № 9
Зав. кафедрой С.А. Кисличко

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
“16” мая 2024 г., протокол № 5

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины

«ОНКОЛОГИЯ»

Специальность 31.08.57 ОНКОЛОГИЯ (3+)

Профиль - Онкология

Форма обучения очная

Кафедра онкологии

Автор М.Ю. Попов.

На 2024 / 2025 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. Раздел 3. Пункт 3.4. Тематический план лекций изменить и читать в следующей редакции:

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика лекций	Содержание лекций	Трудоемкость (час)	
				1 сем.	2 сем.
1	2	3	4	5	6
1	1	Основы организации онкологической помощи населению.	Структура онкологической службы. Задачи онкологической службы. Структура и задачи онкологического диспансера. Скрининг онкологических заболеваний. **Ранняя диагностика онкологических заболеваний** Организация работы врача-онколога в поликлинике. Онкологическая документация.	2	
2	3	Опухоли (их виды) и опухолеподобные процессы	Опухоли злокачественные, доброкачественные, местнодеструирующие. Основные характеристики. Современные представления о метаплазии и дисплазии. Значение в развитии опухоли	1	
3	4	Канцерогенез	Канцерогенез на уровне клетки и уровне органа. Нерешённые проблемы канцерогенеза	1	
4	5	Методы диагностики в клинической онкологии	Значение клинических, лабораторных, инструментальных, морфологических методов в диагностике злокачественных опухолей	2	
5	6	Общие принципы лечения злокачественных опухолей	Роль хирургического лечения в онкологии. Современные принципы хирургического лечения злокачественных опухолей. Роль лучевых методов лечения в онкологии. Принципы лучевого лечения. Роль лекарственного лечения в онкологии. Общие принципы и методы лекарственного лечения. **Новейшие методы лечения. Иммунотерапия, таргетная терапия**	2	
6	7	Злокачественные опухоли слизистой полости рта	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии опухолей слизистой полости рта. Классификация. Клиника, диагностика лечение злокачественных опухолей слизистой полости рта.	2	
7	8	Опухоли мягких тканей	Классификация. Клиника, диагностика лечение сарком мягких тканей	2	
8	9	Опухоли шейки матки	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии рака шейки матки. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака шейки матки	2	

9	10	Меланома и пигментные невусы	Меланомоопасные невусы. Клиника, лечение. Меланома кожи. Эпидемиология, этиология. Клиника, диагностика, лечение.	2	
10	11	Рак легкого	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака лёгкого.		2
11	11	Рак пищевода	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака пищевода.		2
12	12	Рак желудка	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака желудка		2
13	12	Колоректальный рак	Современное состояние проблемы. Клиника, диагностика лечение рака колоректальной зоны.		2
14	12	Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Клиника, диагностика лечение рака билиопанкреатодуоденальной зоны		2
15	13	Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез	Этиопатогенез мастопатий и доброкачественных опухолей молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.		2
16	13	Рак молочной железы	Эпидемиологии рака молочной железы. Клиника, диагностика, лечение рака молочной железы		2
17	14	Злокачественные лимфомы	Классификация. Диагностика и лечение лимфом.		2
18	15	Опухоли почки	Рак почки. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение		2
19	16	Паранеопластические синдромы	Классификация. Значение паранеопластических синдромов в деятельности врача-онколога.		2
20	17	Паллиативная помощь в онкологии	Болевые синдромы и их терапия. Кахексии, анорексия и некоторые другие состояния у онкологических больных.		2
Итого:				**16**	**22**

2. Раздел 3. Пункт 3.5. Тематический план практических занятий и семинаров изменить и читать в следующей редакции:

Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	
				1 сем	2 сем
1	2	3	4	5	6
1	1	Вопросы профилактики онкологических заболеваний. Организация работы врача-онколога в поликлинике. Онкологическая	Вопросы профилактики онкологических заболеваний. Организация работы врача-онколога в поликлинике. Онкологическая документация. Вопросы медицинской психологии, этики и деонтологии в онкологии	6	

		документация. Деонтология в онкологии			
2	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи	Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи	2	
3	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди	Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди	2	
4	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия живота	Топографическая анатомия и оперативная хирургия живота	3	
5	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия таза и промежности	Топографическая анатомия и оперативная хирургия таза и промежности	3	
6	3	Морфология опухолей	Общие вопросы морфологии опухолей. Понятие об атипизме. Клеточный и тканевый атипизм. Опухоли (их виды) и опухолеподобные процессы основные характеристики. Современные представления о метаплазии и дисплазии. Значение в развитии опухоли. Гистогенетический принцип классификации опухолей и значение для лечебной тактики, прогноза. Современные представления о лечебном патоморфозе опухоли. Организация морфологического исследования.	3	
7	4	Основы теоретической и экспериментальной онкологии	Факторы, влияющие на возникновение опухоли. Инициация и промоция. Факторы, влияющие на возникновение опухоли. Инициация и промоция. Онкогены и антионкогены. Мишени для блокирования сигнальных путей.	3	
8	5	Лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования	Лабораторные проявления онкологических заболеваний. Методы лучевой диагностики Показания и противопоказанию к применению различных методов лучевой диагностики. Основные проявления злокачественной опухоли при лучевой диагностике. Методы эндоскопического исследования. Показания к ним. Методика проведения и подготовка. Основные проявления опухоли при эндоскопическом исследовании. Методы забора материала для морфологического исследования. Основные методы морфологических исследований. Основные проявления опухолевого процесса и предраковых состояний при морфологических исследованиях.	2	

9	6	Современные принципы лучевой терапии злокачественных опухолей	Принципы лучевого лечения. Разновидности лучевого лечения. Дозирование и фракционирование. Роль в комбинированном и сочетанном лечении.	4	
10	6	Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей	**Обсуждение комплексных клинических случаев и анализ современных протоколов лечения. (Рак молочной железы, рак легкого, колоректальный рак, рак яичников, меланома кожи. Персонализированная онкология.)**	2	
11	7	Злокачественные опухоли губы, полости рта и глотки.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии, классификация, закономерности развития опухоли и метастазирования злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух. Клиника, диагностика и лечение данных опухолей. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение рака нижней губы. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей слизистой полости рта и глотки. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей слюнных желез.	2	
12	7	Опухоли гортани	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей гортани.	2	
13	7	Злокачественные опухоли щитовидной железы	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей щитовидной железы.	2	
14	8	Опухоли костей	Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение опухолей костей.	2	
15	8	Опухоли мягких тканей	Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение опухолей мягких тканей.	2	
16	9	Опухоли шейки матки.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей	2	

			шейки матки. Клиника, диагностика, лечение опухолей шейки матки.		
17	9	Опухоли тела матки и трофобластические болезни.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии рака тела матки. Классификация, закономерности развития опухолей тела матки. Клиника, диагностика, лечение опухолей тела матки. Трофобластические болезни; Классификация, клиника, диагностика, лечение.	2	
18	9	Опухоли яичника	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей яичника. Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение опухолей яичника.	4	
19	9	Опухоли наружных половых органов и влагалища	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей наружных половых органов и влагалища. Клиника, диагностика, лечение опухолей наружных половых органов и влагалища.	4	
20	10	Эпителиальные опухоли кожи	Этиопатогенез, эпидемиология рака кожи. Классификация. Профилактика. Закономерности развития опухоли и метастазирования. Предраковые заболевания. Клиника рака кожи. Диагностика, лечение.	10	
21	10	Меланома и пигментные невусы	Меланома кожи вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Профилактика. Закономерности развития опухоли и метастазирования. Пигментные невусы. Клиника, диагностика. Врачебная тактика. Клиника, диагностика, лечение меланомы кожи.	6	
22	11	Опухоли средостения и пищевода	Клиника, диагностика, лечение опухолей средостения Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей пищевода. Клиника, диагностика, лечение опухолей пищевода.		8
23	11	Опухоли легких и плевры.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухоли и метастазирования злокачественных опухолей лёгких и плевры. Клиника, диагностика, лечение опухолей лёгких и плевры.		10
24	12	Опухоли желудка	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Классификация. Закономерности развития опухолей желудка. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей желудка.		6
25	12	Опухоли печени и билиопанкреатодуоденальной области	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности прогрессирования		6

			первичного и метастатического рака печени. Клиника, диагностика, лечение первичного и метастатического рака печени. Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей билиопанкреатодуоденальной области. Клиника, диагностика, лечение опухолей билиопанкреатодуоденальной области.		
26	12	Опухоли колоректальной зоны	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей ободочной и прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение опухолей колоректальной зоны.		6
27	12	Забрюшинные внеорганные опухоли	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей забрюшинного пространства Клиника, диагностика, лечение забрюшинных внеорганных опухолей.		4
28	13	Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез.	Классификация, Распространённость. Этиопатогенез мастопатий и доброкачественных опухолей молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.		4
29	13	Рак молочной железы	Этиопатогенез, эпидемиология рака молочной железы. Классификация. Скрининг. Клинические формы рака молочной железы. Клиника, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.		6
30	14	Лейкозы	Острые лейкозы. Классификация. Вопросы этиопатогенеза, эпидемиологии. Хронические лейкозы. Классификация. Вопросы этиопатогенеза, эпидемиологии. Клиника, диагностика, лечение. Хронические лейкозы. Клиника, диагностика, лечение		6
31	14	Злокачественные лимфомы	Классификация. Эпидемиология. Закономерности прогрессирования. Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение болезни Ходжкина. Клиника, диагностика, лечение неходжкинских лимфом.		6
32	15	Злокачественные образования мочевых путей.	Этиопатогенез, эпидемиология, классификация, закономерности прогрессирования опухолей почки, лоханки мочеточника, мочевого пузыря, уретры. Клиника, диагностика, лечение данных опухолей.		8
33	15	Злокачественные опухоли мужских половых органов.	Этиопатогенез, эпидемиология, классификация, закономерности прогрессирования опухолей предстательной железы, яичка, полового		4

			члена. Клиника, диагностика, лечение данных опухолей.		
34	16	Паранеопластические синдромы.	Клинические паранеопластические синдромы. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Значение в практике онколога. Лечение.		2
35	16	Синдромы метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Семейно-ассоциированный опухолевый синдром	Синдромы метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Клиника, диагностика, лечение. Семейно-ассоциированный опухолевый синдром. Распознавание. Значение в практике онколога. Тактика онколога.		4
36	17	Болевые синдромы и их терапия.	Молекулярно-генетические и нейротрансмиттерные механизмы боли и её модуляции. Понятие «нейроматрикс боли». Терапия болевых синдромов. Классификация средств лекарственной терапии боли. Адъювантные и симптоматические лекарственные средства. Лечение хронического болевого синдрома в онкологии.		4
37	17	Лечение кахексии, анорексии и некоторых других состояний у онкологических больных.	Механизм формирования. Лечение кахексии, анорексии, и других отдельных состояний у онкологического больного.		4
Итого:				**68**	**88**

Тематический план семинаров

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика семинаров	Содержание семинаров	Трудоемкость (час)	
				1 сем	2 сем
1	2	3	4	5	6
1	1	Состояние онкологической помощи в России и Кировской области. Пути улучшения диагностики злокачественных опухолей. Активный поиск. Организация онкологической помощи в России	Состояние онкологической помощи в России и Кировской области. Пути улучшения диагностики злокачественных опухолей. **Скрининг онкологических заболеваний. Ранняя диагностика онкологических заболеваний. Содержание понятий способы осуществления.** Организация онкологической помощи в России.	4	
2	3	Морфология опухолей	Общие вопросы морфологии опухолей. Понятие об атипизме. Клеточный и тканевый атипизм.	6	

			Опухоли (их виды) и опухолеподобные процессы основные характеристики. Современные представления о метаплазии и дисплазии. Значение в развитии опухоли. Гистогенетический принцип классификации опухолей и значение для лечебной тактики, прогноза. Современные представления о лечебном патоморфозе опухоли. Организация морфологического исследования.		
3	4	Основы теоретической и экспериментальной онкологии	Факторы, влияющие на возникновение опухоли. Инициация и промоция. Факторы, влияющие на возникновение опухоли. Инициация и промоция. Онкогены и антионкогены. Мишени для блокирования сигнальных путей.	6	
4	5	Клиническое обследование пациента	Общие принципы диагностики злокачественных заболеваний. Значение жалоб, анамнеза, данных объективного для диагностики злокачественной опухоли.	2	
5	5	Лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования	Лабораторные проявления онкологических заболеваний. Методы лучевой диагностики Показания и противопоказанию к применению различных методов лучевой диагностики. Основные проявления злокачественной опухоли при лучевой диагностике. Методы эндоскопического исследования. Показания к ним. Методика проведения и подготовка. Основные проявления опухоли при эндоскопическом исследовании. Методы забора материала для морфологического исследования. Основные методы морфологических исследований. Основные проявления опухолевого процесса и предраковых состояний при морфологических исследованиях.	6	
6	6	Современные принципы хирургического лечения злокачественных опухолей	Выбор метода лечения онкобольных. Классификация методов лечения в онкологии. Принципы хирургического лечения. Абластика и антибластика. Виды хирургических операций.	2	
7	6	Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей	Принципы лекарственного лечения. Химиопрепараты классификация. Роль лекарственного лечения в комбинированном и сочетанном лечении. **Новейшие методы лечения. Биотерапии рака (цитокины, моноклональные антитела, противоопухолевые вакцины, генотерапия, гемопоэзстимулирующие факторы). Понятие о персонализированной онкологи.**	4	

8	7	Злокачественные опухоли губы, полости рта и глотки.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии, классификация, закономерности развития опухоли и метастазирования злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух. Клиника, диагностика и лечение данных опухолей. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение рака нижней губы. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей слизистой полости рта и глотки. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей слюнных желез.	4	
9	7	Опухоли гортани	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей гортани.	4	
10	7	Злокачественные опухоли щитовидной железы	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей щитовидной железы.	4	
11	8	Опухоли костей	Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение опухолей костей.	4	
12	8	Опухоли мягких тканей	Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение опухолей мягких тканей.	4	
13	9	Опухоли шейки матки.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей шейки матки. Клиника, диагностика, лечение опухолей шейки матки.	4	
14	9	Опухоли тела матки и трофобластические болезни.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии рака тела матки. Классификация, закономерности развития опухолей тела матки. Клиника, диагностика, лечение опухолей тела матки. Трофобластические болезни; Классификация, клиника, диагностика, лечение.	2	
15	9	Опухоли яичника	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей яичника. Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение опухолей яичника.	2	

16	10	Меланома и пигментные невусы	Меланома кожи вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Профилактика. Закономерности развития опухоли и метастазирования. Пигментные невусы. Клиника, диагностика. Врачебная тактика. Клиника, диагностика, лечение меланомы кожи.	6	
17	11	Опухоли средостения и пищевода	Клиника, диагностика, лечение опухолей средостения. Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей пищевода. Клиника, диагностика, лечение опухолей пищевода		8
18	11	Опухоли легких и плевры.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухоли и метастазирования злокачественных опухолей лёгких и плевры. Клиника, диагностика, лечение опухолей лёгких и плевры.		10
19	12	Опухоли желудка	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Классификация. Закономерности развития опухолей желудка. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей желудка.		4
20	12	Опухоли печени и билиопанкреатодуоденальной области	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности прогрессирования первичного и метастатического рака печени. Клиника, диагностика, лечение первичного и метастатического рака печени. Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей билиопанкреатодуоденальной области. Клиника, диагностика, лечение опухолей билиопанкреатодуоденальной области		6
21	12	Опухоли колоректальной зоны	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей ободочной и прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение опухолей колоректальной зоны.		6
22	12	Забрюшинные внеорганные опухоли	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей забрюшинного пространства Клиника, диагностика, лечение забрюшинных внеорганных опухолей.		4
23	13	Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез.	Классификация, Распространённость. Этиопатогенез мастопатий и доброкачественных опухолей молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.		4
24	13	Рак молочной железы	Этиопатогенез, эпидемиология рака молочной железы. Классификация. Скрининг. Клинические формы рака		10

			молочной железы. Клиника, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.		
25	14	Множественная миелома	Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение множественной миеломы.		4
26	14	Злокачественные лимфомы	Классификация. Эпидемиология. Закономерности прогрессирования. Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение болезни Ходжкина. Клиника, диагностика, лечение неходжкинских лимфом.		8
27	15	Злокачественные образования мочевых путей.	Этиопатогенез, эпидемиология, классификация, закономерности прогрессирования опухолей почки, лоханки мочеточника, мочевого пузыря, уретры. Клиника, диагностика, лечение данных опухолей.		8
28	15	Злокачественные опухоли мужских половых органов.	Этиопатогенез, эпидемиология, классификация, закономерности прогрессирования опухолей предстательной железы, яичка, полового члена. Клиника, диагностика, лечение данных опухолей.		6
29	16	Паранеопластические синдромы.	Клинические паранеопластические синдромы. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Значение в практике онколога. Лечение.		4
30	17	Правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ, и регулирования фармакотерапии острой и хронической боли.	Правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ. Нормативные правовые документы, регламентирующие оборот наркотических средств, психотропных средств и их прекурсоров. Варианты организации работы с наркотическими и психотропными веществами в медицинской организации. Отчётная документация работы с наркотическими и психотропными веществами в медицинской организации.		4
Итого:				**64**	**86**

3. Раздел 4, пункт «4.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)» дополнить и читать в следующей редакции:

- Приказ Минздрава России от 27.04.2021 N 404н (ред. от 19.07.2024) "Об утверждении Порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"
- Приказ Минздрава России от 15.03.2022 N 168н (ред. от 28.02.2024) "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми».

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
“08” апреля 2025 г. Протокол № 9
Зав. кафедрой С.А. Кисличко

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин

«17» апреля 2025 г., протокол № 4

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины

«ОНКОЛОГИЯ»

Специальность 31.08.57 ОНКОЛОГИЯ (3+)

Направленность (профиль) – Онкология

Форма обучения очная

Кафедра онкологии

Автор М.Ю. Попов.

На 2025 / 2026 учебный год в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. Пункт **4.2 «Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины (модуля)»** изменить и читать в следующей редакции

4.2.1. Основная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Онкология: учебник	ред. Ш. Х. Ганцев.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023.	50 - Уч. Аб.(50).	
2.	Онкология: национальное руководство. Краткое издание	ред.: В. И. Чиссов, М. И. Давыдов	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017		СИС "MedBaseGeotar
3.	Рациональная фармакотерапия в онкологии: руководство для практикующих врачей	ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова.	М.: Изд-во "Литтерра", 2017	2	СИС "MedBaseGeotar

4.2.2. Дополнительная литература

№ п/п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Кол-во экземпляров в библиотеке	Наличие в ЭБС
1	2	3	4	5	6
1.	Диагностика и дифференцированная фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических больных	Г. Р. Абузарова	2015 М.: ГЭОТАР-Медиа,		СИС "MedBaseGeotar
2.	Онкогинекология в практике гинеколога	М.Г. Венедиктова, Ю.Э. Доброхотова.	2015 М.: ГЭОТАР-Медиа,		СИС "MedBaseGeotar
3.	Доброкачественные заболевания молочной железы	ред.: А. Д. Каприн, Н. И. Рожкова.	2019 ГЭОТАР-Медиа,		СИС "MedBaseGeotar
4.	Контроль симптомов в паллиативной медицине: руководство	ред. Г. А. Новиков	2015М.: "ГЭОТАР-Медиа",	20	
5.	Медицинская радиология в онкологии: учебное пособие	А. Г. Кисличко [и др.]	2017 Кировский ГМУ. - Киров	4	СИС "MedBaseGeotar
6.	Онкогинекология национальное руководство	ред.: А. Д. Каприн [и др	2019 ГЭОТАР-Медиа,		СИС "MedBaseGeotar

7.	Рак молочной железы: руководство для врачей	ред.: Д. А. Рябчиков, А. В. Петровский.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023.		СИС "MedBaseGeotar
8.	Лимфаденопатии у взрослых и детей: учебное пособие	Е. О. Утенкова	2019 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ. - Киров	10	СИС "MedBaseGeotar
9.	Иммунитет и рак	Р. М. Хаитов, З. Г. Кадагидзе	2018 М.: ГЭОТАР-Медиа,		СИС "MedBaseGeotar
10.	Пигментные опухоли кожи: монография	Л. В. Червонная.	2016 М.: ГЭОТАР-Медиа,		СИС "MedBaseGeotar
11.	Рак легкого: руководство для врачей	В. А. Горбунова, К. К. Лактионов, В. В. Делекторская [и др.].	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 152 с.		СИС "MedBaseGeotar
12	Методы диагностики в клинической онкологии	А. Г. Кисличко [и др.]	2018 Кировский ГМУ. - Киров	6	СИС "MedBaseGeotar
13	Онкология: учебник	под ред. О. О. Янушевича, Л. З. Вельшера, Г. П. Генс, А. Ю. Дробышева. - 2-е изд., испр. и доп.	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019		СИС "MedBaseGeotar
14	Рак кожи. Меланома: руководство для врачей	Ш. Х. Ганцев, Ш. Р. Кзыргалин, К. Е. Тимин.	Москва: "ГЭОТАР-Медиа", 2020. - 160 с	1	СИС "MedBaseGeotar
15	Онкоурология: руководство	К. Ш. Ганцев, А. А. Измайлов, А. А. Хмелевский	Москва: "ГЭОТАР-Медиа", 2022.	2	СИС "MedBaseGeotar
16	Нутритивная поддержка в онкологии руководство для врачей	сост.: Л. В. Шакирова, А. Х. Гайнуллин	Москва: "ГЭОТАР-Медиа", 2020		СИС "MedBaseGeotar
17	Рак щитовидной железы руководство для врачей		Москва: "ГЭОТАР-Медиа", 2020		СИС "MedBaseGeotar
18	Дерматоонкопатология: иллюстрированное руководство для врачей	Чупров, А. А. Сыдиков, Д. В. Заславский, А. А. Насыров	М.: ГЭОТАР-Медиа,2021		СИС "MedBaseGeotar
19	Хирургические методы лечения в онкологии: руководство для врачей	Ганцев, К. В. Меньшиков	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021		СИС "MedBaseGeotar
20	Клиническая онкология груди и живота: руководство для врачей	ред.: Б. Н. Котив, Л. Н. Бисенков	Санкт-Петербург: СпецЛит, 2023. -	5	
21	Рак пищевода: диагностика и комплексное лечение	С. Ю. Дворецкий, Г. И. Синенченко, А. О. Иванцов [и др.]; ред. С. Ф. Багненко	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023		СИС "MedBaseGeotar
22	Диагностика и лечение злокачественных лимфом	Д. Т. Арыбжанов, Д. Р. Исаметов, Ш. Р. Кзыргалин, Ш. Х. Ганцев	ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 168 с.		СИС "MedBaseGeotar"
23	Общие принципы лечения злокачественных опухолей: учебное пособие	/ А. Г. Кисличко, М. Ю. Попов, М. С. Рамазанова, С. А. Кисличко ;	ФГБОУ ВО Кировский ГМУ. - Киров: Кировский ГМУ, 2022. - 106 с	10	
24	Морфологические методы диагностики: руководство для врачей	сост.: С. В. Щекин [и др.].	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 272 с.		СИС "MedBaseGeotar

25	Онкология 2.0 : учебник [для ординаторов и аспирантов]	ред. Ш. Х. Ганцев.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 360 с		СИС "MedBaseGeotar
26	Онконастороженность в работе врача поликлиники	ред. В. Н. Ларина.	ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 128 с		СИС "MedBaseGeotar
27	Паллиативная медицинская помощь в онкологии учебник	ред.: Г. А. Новиков, Е. П. Куликов. - 2-е изд	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2025. - 312 с.		СИС "MedBaseGeotar
28	Противоопухолевая лекарственная терапия: национальное руководство	ред.: В. А. Горбунова, М. Б. Стенина.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 708 с		СИС "MedBaseGeotar
29	Симптомы и синдромы в онкологии: руководство для врачей	В. М. Тимербулатов, Ш. Х. Ганцев.	Москва: "ГЭОТАР-Медиа", 2021. - 224 с		СИС "MedBaseGeotar
30	Атлас онкологических операций	ред. В. И. Чиссов.	2008 М.: "ГЭОТАР-Медиа"	3	СИС "MedBaseGeotar
31	Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс]	Ш.Х. Ганцев, В.В. Старинский, И.Р. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова, Р.З. Султанов, Д.Д. Сакаева	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014		СИС "MedBaseGeotar

2. В пункте **4.4. «Перечень информационных технологий, используемых для осуществления образовательного процесса по дисциплине программного обеспечения и информационно-справочных систем»**: п. 7. изменить и читать в следующей редакции:

7. Договор Антивирус Kaspersky Endpoint Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 150-249 Node 1 year Educational Renewal License, срок использования с 11.08.2025 до 09.09.2026 г., номер лицензии 2B1E-250808-154818-2-497-4841

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«10» сентября 2025 г., протокол № 2
Заведующий. кафедрой С.А. Кисличко

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
и.о. проректора по учебной работе М.П. Разин
18 сентября 2025 г., протокол № 1

Дополнения и изменения в рабочей программе учебной дисциплины

«ОНКОЛОГИЯ»

Специальность 31.08.57 ОНКОЛОГИЯ (3+)

Направленность (профиль) – Онкология

Форма обучения очная

Кафедра онкологии

Автор М.Ю. Попов.

С 2025 / 2026 учебного года в рабочую программу вносятся следующие дополнения и изменения:

1. Пункт 3.5. Тематический план практических занятий и семинаров изменить и читать в следующей редакции:

Тематический план практических занятий

№ п/п	№ раздела дисциплины	Тематика практических занятий	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	
				1 сем	2 сем
1	2	3	4	5	6
1	1	Вопросы профилактики онкологических заболеваний. Организация работы врача-онколога в поликлинике. Онкологическая документация. Деонтология в онкологии	Вопросы профилактики онкологических заболеваний. Организация работы врача-онколога в поликлинике. Онкологическая документация.	6	
2	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи	Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи	2	
3	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди	Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди	2	
4	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия живота	Топографическая анатомия и оперативная хирургия живота	3	
5	2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия таза и промежности	Топографическая анатомия и оперативная хирургия таза и промежности	3	
6	3	Морфология опухолей	Общие вопросы морфологии опухолей. Понятие об атипизме. Клеточный и тканевый атипизм. Опухоли (их виды) и опухолеподобные процессы основные характеристики. Современные представления о метаплазии и дисплазии. Значение в развитии опухоли. Гистогенетический принцип классификации опухолей и значение для лечебной тактики, прогноза. Современные представления о лечебном патоморфозе опухоли. Организация морфологического исследования.	3	
7	4	Основы теоретической и экспериментальной онкологии	Факторы, влияющие на возникновение опухоли. Инициация и промоция. Факторы, влияющие на возникновение опухоли. Инициация и промоция.	3	

			Онкогены и антионкогены. Мишени для блокирования сигнальных путей.		
8	5	Лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования	Лабораторные проявления онкологических заболеваний. Методы лучевой диагностики Показания и противопоказанию к применению различных методов лучевой диагностики. **Значение использования искусственного интеллекта, практическое его применение при интерпретации результатов лучевых методов исследования** Основные проявления злокачественной опухоли при лучевой диагностике. Методы эндоскопического исследования. Показания к ним. Методика проведения и подготовка. Основные проявления опухоли при эндоскопическом исследовании. Методы забора материала для морфологического исследования. Основные методы морфологических исследований. Основные проявления опухолевого процесса и предраковых состояний при морфологических исследованиях. **Значение использования искусственного интеллекта, практическое его применение при интерпретации результатов морфологических методов исследования.**	2	
9	6	Современные принципы лучевой терапии злокачественных опухолей	Принципы лучевого лечения. Разновидности лучевого лечения. Дозирование и фракционирование. Роль в комбинированном и сочетанном лечении.	4	
10	6	Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей	Обсуждение комплексных клинических случаев и анализ современных протоколов лечения. (Рак молочной железы, рак легкого, колоректальный рак, рак яичников, меланома кожи. Персонализированная онкология.)	2	
11	7	Злокачественные опухоли губы, полости рта и глотки.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии, классификация, закономерности развития опухоли и метастазирования злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух. Клиника, диагностика и лечение данных опухолей. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение рака нижней губы. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей слизистой полости рта и глотки. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей слюнных желез.	2	
12	7	Опухоли гортани	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей гортани.	2	
13	7	Злокачественные опухоли щитовидной железы	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей	2	

			щитовидной железы.		
14	8	Опухоли костей	Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение опухолей костей.	2	
15	8	Опухоли мягких тканей	Закономерности развития опухоли и метастазирования данных опухолей. Клиника, диагностика, лечение опухолей мягких тканей.	2	
16	9	Опухоли шейки матки.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей шейки матки. Клиника, диагностика, лечение опухолей шейки матки.	2	
17	9	Опухоли тела матки и трофобластические болезни.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии рака тела матки. Классификация, закономерности развития опухолей тела матки. Клиника, диагностика, лечение опухолей тела матки. Трофобластические болезни; Классификация, клиника, диагностика, лечение.	2	
18	9	Опухоли яичника	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей яичника. Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение опухолей яичника.	4	
19	9	Опухоли наружных половых органов и влагалища	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей наружных половых органов и влагалища. Клиника, диагностика, лечение опухолей наружных половых органов и влагалища.	4	
20	10	Эпителиальные опухоли кожи	Этиопатогенез, эпидемиология рака кожи. Классификация. Профилактика. Закономерности развития опухоли и метастазирования. Предраковые заболевания. Клиника рака кожи. Диагностика, лечение	10	
21	10	Меланома и пигментные невусы	Меланома кожи вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Профилактика. Закономерности развития опухоли и метастазирования. Пигментные невусы. Клиника, диагностика. Врачебная тактика. Клиника, диагностика, лечение меланомы кожи.	6	
22	11	Опухоли средостения и пищевода	Клиника, диагностика, лечение опухолей средостения Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей пищевода. Клиника, диагностика, лечение опухолей пищевода		8
23	11	Опухоли легких и плевры.	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухоли и метастазирования злокачественных опухолей лёгких и плевры. Клиника, диагностика, лечение опухолей лёгких и плевры.		10
24	12	Опухоли желудка	Вопросы этиопатогенеза. Эпидемиология. Классификация. Закономерности развития опухолей желудка. Клиника, диагностика, лечение злокачественных опухолей желудка		6
25	12	Опухоли печени и билиопанкреатодуоденальной области	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности прогрессирования первичного и метастатического рака печени. Клиника, диагностика, лечение первичного и метастатического рака печени. Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей билиопанкреатодуоденальной области. Клиника,		6

			диагностика, лечение опухолей билиопанкреатодуоденальной области.		
26	12	Опухоли колоректальной зоны	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей ободочной и прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение опухолей колоректальной зоны.		6
27	12	Забрюшинные внеорганные опухоли	Вопросы этиопатогенеза и эпидемиологии. Классификация. Закономерности развития опухолей забрюшинного пространства Клиника, диагностика, лечение забрюшинных внеорганных опухолей.		4
28	13	Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез.	Классификация, Распространённость. Этиопатогенез мастопатий и доброкачественных опухолей молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.		4
29	13	Рак молочной железы	Этиопатогенез, эпидемиология рака молочной железы. Классификация. Скрининг. Клинические формы рака молочной железы. Клиника, диагностика, лечение. Диспансерное наблюдение.		6
30	14	Лейкозы	Острые лейкозы. Классификация. Вопросы этиопатогенеза, эпидемиологии. Хронические лейкозы. Классификация. Вопросы этиопатогенеза, эпидемиологии. Клиника, диагностика, лечение. Хронические лейкозы. Клиника, диагностика, лечение		6
31	14	Злокачественные лимфомы	Классификация. Эпидемиология. Закономерности прогрессирования. Вопросы этиопатогенеза. Клиника, диагностика, лечение болезни Ходжкина. Клиника, диагностика, лечение неходжкинских лимфом.		6
32	15	Злокачественные образования мочевых путей.	Этиопатогенез, эпидемиология, классификация, закономерности прогрессирования опухолей почки, лоханки мочеточника, мочевого пузыря, уретры. Клиника, диагностика, лечение данных опухолей.		8
33	15	Злокачественные опухоли мужских половых органов.	Этиопатогенез, эпидемиология, классификация, закономерности прогрессирования опухолей предстательной железы, яичка, полового члена. Клиника, диагностика, лечение данных опухолей.		4
34	16	Паранеопластические синдромы.	Клинические паранеопластические синдромы. Классификация. Клиника, диагностика, лечение. Значение в практике онколога. Лечение.		2
35	16	Синдромы метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Семейно-ассоциированный опухолевый синдром	Синдромы метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Клиника, диагностика, лечение. Семейно-ассоциированный опухолевый синдром. Распознавание. Значение в практике онколога. Тактика онколога.		4
36	17	Болевые синдромы и их терапия.	Молекулярно-генетические и нейротрансмиттерные механизмы боли и её модуляции. Понятие «нейроматрикс боли». Терапия болевых синдромов.		4

			Классификация средств лекарственной терапии боли. Адъювантные и симптоматические лекарственные средства. Лечение хронического болевого синдрома в онкологии.		
37	17	Лечение кахексии, анорексии и некоторых других состояний у онкологических больных.	Механизм формирования. Лечение кахексии, анорексии, и других отдельных состояний у онкологического больного.		4
Итого:				**68**	**88**

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
«18» февраля 2026 г., протокол № 7
Заведующий. кафедрой С.А. Кисличко

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«19» февраля 2026 г., протокол № 3

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии

Приложение А к рабочей программе дисциплины

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины «Онкология»

Специальность 31.08.57 Онкология
(очная форма обучения)

Раздел 1. Основы организации онкологической помощи населению
Тема 1.1: Состояние онкологической помощи в России и Кировской области. Пути улучшения диагностики злокачественных опухолей. Активный поиск. Организация онкологической помощи в России (семинар)

Цель:Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного оценивать состояние онкологической помощи на государственном и регионарном уровне, пути улучшения диагностики злокачественных новообразований, проводить скрининг злокачественных опухолей, решать задачи в области организации онкологической помощи.

Задачи: сформировать специалиста врача онколога, способного самостоятельно организовывать онкологическую помощь населению, организовать проведение скрининга опухолевых заболеваний.

Обучающийся должен знать: состояние онкологической помощи населению и пути её улучшения. Принципы организации онкологической помощи.

Обучающийся должен уметь: организовать проведение скрининга злокачественных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: методиками активного поиска злокачественных новообразований.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Каковы основные статистические показатели, характеризующие распространенность злокачественных новообразований среди населения России?
2. Чем объяснить половозрастные различия статистических показателей в динамике заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них?
3. Какие основные научные направления определяют актуальность исследований в онкологии?
4. Охарактеризуйте динамику показателей излечения онкологических больных.
5. Что подразумевает понятие активный поиск злокачественных опухолей?
6. Каким условиям должны отвечать опухоли, чтобы скрининг был целесообразным?
7. Какие программы скрининга злокачественных опухолей применяются в России?
8. Какие задачи онкологического диспансера?

2. Практическая работа

Решение тестовых заданий.

Примеры тестовых заданий:

1. Основным структурным звеном онкологической службы является

а) НИИ онкологии

б) онкологический диспансер

в) онкологическое отделение

г) онкологический кабинет

2. В индустриальных странах главной причиной увеличения смертности от злокачественных новообразований является

а) старение населения

б) резкое ухудшение экологической обстановки

в) увеличение влияния профессиональных вредностей

г) нет правильного ответа

3. В онкологической статистике целесообразно использовать

а)только стандартизованные показатели

б)только обычные (грубые показатели)

в)и стандартизованные показатели, и обычные (грубые) показатели заболеваемости и смертности

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1.б; 2. а; 3. в.

3. Задания для групповой работы

Какие имеются реальные пути улучшения организации онкологической помощи в Кировской области и городе Кирове?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Каковы динамика заболеваемости злокачественными опухолями и смертности от них в России?
2. Какие имеются онкологические учреждения в России и какие их задачи и функции?
3. Как улучшить диагностику злокачественных опухолей?
4. Что такое скрининг и какие онкологические заболевания подлежат скринингу?
5. Какие методики проведения скрининга злокачественных опухолей?
6. Дайте определение понятия «хоспис».
7. Организация паллиативнойпомощи онкологическим больным

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Как изменяется смертность от онкологических заболеваний в России за последние 20 лет?

А. Снижается за счёт уменьшения количества больных.

Б. Стабилизировалась.

В. Снижается за счёт повышения качества лечения больных онкологическими заболеваниями.

Г. Растёт за счёт увеличения удельного веса запущенных форм.

2. Что должно стать результатом любой скрининговой программы в онкологии?

А. Повышение качества ранней диагностики онкологических заболеваний.

Б. Снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями.

В. Снижение смертности от злокачественных опухолей.

Г. Повышение качества жизни больных.

Д. Снижение затрат на лечение онкологических заболеваний.

3. Когда целесообразно проводить женщинам маммографическое исследование в качестве скринингового метода диагностики рака молочной железы?

А. При рождении.

Б. В возрасте 10-29 лет.

В. В возрасте 35-69 лет.
Г. В возрасте 40-55 лет.
Д. Старше 70 лет.

4. Какой метод скрининга рака молочной железы наиболее эффективен?
А. Маммография.
Б. Самообследование молочных желёз.
В. УЗИ молочных желёз.
Г. Компьютерная томография молочных желёз.
Д. Осмотр маммологом.

5. Что должно быть скрининговым методом диагностики рака шейки матки?
А. Осмотр гинеколога.
Б. Кольпоцитодиагностика.
В. Трансабдоминальное УЗИ органов малого таза.
Г. Трансвагинальное УЗИ органов малого таза.
Д. Раздельное диагностическое выскабливание.

6. Использование рентгенографии грудной клетки в качестве скринингового метода диагностики рака лёгких?
А. Целесообразно.
Б. Целесообразно в группах повышенного риска.
В. Целесообразно у лиц старше 50 лет.
Г. Целесообразно у курильщиков.
Д. Нецелесообразно.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1.В; 2. В; 3. Г; 4. А; 5. Б; 6. Д.

4) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:
История организации онкологической службы в России.
Перспективные методы скрининга в онкологии.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:
ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

6. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
7. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
8. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
9. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
10. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 1: Основы организации онкологической помощи населению

Тема 1.2.Вопросы профилактики онкологических заболеваний. Организация работы врача-онколога в поликлинике. Онкологическая документация. Деонтология в онкологии (практическое занятие)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного организовать работу в качестве врача-онколога в поликлинике, грамотно вести онкологическую документацию, владеющего познаниями в области

профилактики онкологических заболеваний.

Задачи:сформировать специалиста врача онколога, способного самостоятельно организовывать работу в качестве онколога поликлиники, работать с онкологической документацией, организовать и проводить работу по профилактике злокачественных заболеваний, способного осуществлять деятельность в соответствии с требованиями медицинской психологии, этики и деонтологии в онкологии

Обучающийся должен знать:Вопросы медицинской психологии, этики и деонтологии в онкологии. Порядок работы онколога в поликлинике. Факторы, влияющие на заболеваемость злокачественными опухолями.

Обучающийся должен уметь: заполнять и грамотно вести онкологическую документацию, организовать работу онколога в поликлинике.Провести разбор запущенного случая онкологического заболевания. Определять тактику диспансерного наблюдения за онкологическими больными и больными с предопухолевыми заболеваниями. Выявлять различные факторы, увеличивающие риск развития рака.

Обучающийся должен владеть:основами медицинской психологии, этики и деонтологии в онкологии.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

Укажите функции и задачи онкологического кабинета.

Чем объяснить деление онкологических больных на клинические группы?

Какие категории больных относят к Ia и Ib, II и IIa, III и IV клиническим группам?

Каковы сроки и правила диспансеризации?

Назовите основные медицинские учетные документы. Охарактеризуйте правила их заполнения и заполните на примере представленного пациента.

Перечислите основные факторы, способствующие запущенности злокачественного процесса у больного.

Перечислите факторы, способствующие возникновению опухолей.

Охарактеризуйте значение образа жизни человека и факторов окружающей среды в возникновении и развитии злокачественных новообразований.

Какова роль наследственного фактора в возникновении и развитии злокачественного новообразования?

Укажите основные источники химических канцерогенов и возможные пути циркуляции химических канцерогенов во внешней среде.

Дайте определение понятиям «первичная профилактика» и «вторичная профилактика».

Перечислите и обоснуйте индивидуальные и социально-гигиенические меры профилактики рака.

Сформулируйте основные положения борьбы против курения.

Что входит в понятие «основы гигиены питания»?

Каково значение антиоксидантов в профилактике возникновения рака?

2. Практическая работа.

Разбор вопросов по теме занятия.

Решение ситуационных задач, тестовых заданий,

Примеры тестовых заданий:

1. Больной с удаленным ворсинчатым полипом прямой кишки должен наблюдаться

а) у хирурга

б) у проктолога

в) у онколога

г) у терапевта

2. К Iб клинической группе больных относятся

а) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественное образование

б) больные с предопухолевыми заболеваниями

в) лица, излеченные от злокачественных новообразований
г) правильного ответа нет
3. Основными звеньями первичной профилактики являются все перечисленные, кроме
а) формирования здорового образа жизни у населения
б) диспансерного наблюдения за здоровыми людьми
в) диспансерного наблюдения за больными
г) создания здоровых условий жизни

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1.в; 2. б; 3. б.

Отработка практических навыков (заполнения онкологической документации, разбор случая запущенности онкологического заболевания)

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная находилась на диспансерном наблюдении по поводу радикально излеченного рака молочной железы. Через 3 года у неё наступила диссеминация процесса.
Какая клиническая группа была и стала у больной? Следует ли заполнить «Протокол»?

Ответ: У больного была III клиническая группа. В связи с диссеминацией рака она переводится в IV клиническую группу. «Протокол запущенности» не заполняется.
Обоснование: После окончания радикального лечения при отсутствии данных на наличие опухолевого процесса устанавливается III клиническая группа. IV клиническая группа устанавливается больным с опухолевыми процессами, которые не подлежат лечению по радикальной программе. «Протокол» не заполняется, так как заполнение протокола производится при установлении запущенной стадии опухолевого процесса. В данном случае у больной поменялась не стадия, а клиническая группа.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. К гинекологу на контрольное обследование пришла женщина 52 лет без специфических жалоб. При гинекологическом осмотре врач не обнаружил какой-либо выраженной патологии.

Вопросы

- Какие манипуляции с данной пациенткой должен произвести врач?
- На какие дополнительные исследования он должен её направить?

2. К хирургу обратилась женщина 47 лет с жалобами на увеличение подмышечных лимфатических узлов справа. При осмотре в правой аксиллярной области обнаружены единичные плотные лимфатические узлы с ограниченной подвижностью, размером до 1-1,5 см, не спаянные между собой. При физикальном осмотре узловые образования в молочных железах не определяются. Соски, ареолы не изменены. Другие группы регионарных лимфатических узлов не увеличены. Признаков воспаления в правой молочной железе не выявлено. Пациентка направлена на маммографическое исследование, при котором в обеих молочных железах обнаружена картина умеренно выраженной двусторонней фиброзно-кистозной мастопатии. Узловые образования в ткани молочных желёз не обнаружены. Пациентке было рекомендовано контрольное обследование через 3 месяца.

Вопросы

Правильная ли тактика выбрана хирургом?
Какие дополнительные исследования вы порекомендуете?
Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением аксиллярных лимфатических узлов?

3. На профосмотре у больного обнаружен рак нижней губы, I стадия.

Вопросы

Заполните соответствующие документы, определите клиническую группу.

4. При приёме в поликлинике у больного заподозрен рак желудка.

Вопросы

К какой клинической группе Вы его отнесёте?
Какова Ваша тактика?

5. На вскрытии у больного, погибшего от инфаркта миокарда, обнаружен рак желудка, II стадия.

Вопросы

Какую учётную форму следует заполнить?

6. При фиброскопии у больного обнаружена каллезная язва желудка.

Вопросы

К какой клинической группе Вы его отнесёте?
Какая учётная форма заполняется, и кто осуществляет диспансерное наблюдение за больным?

7. На осмотре выявлен больной с жалобами на постоянные боли в подложечной области, потерю аппетита, быстро нарастающее похудание и слабость. При рентгеноскопии обнаружен обширный рак тела желудка. Слева в прескаленной области пальпируется безболезненный плотный несмещаемый бугристый узел.

Вопросы

Поставьте стадию заболевания, клиническую группу.
Какие учётные формы следует заполнить?
Какое организационное мероприятие проводится?

8. В хирургическом отделении районной больницы на операции выявлен рак желудка. Произведена субтотальная резекция.

Вопросы

Какие онкологические документы заполняются на больного?
К какой клинической группе он относится?

9. Больная находилась на диспансерном наблюдении по поводу радикально излеченного рака молочной железы. Через 3 года у неё наступила диссеменация.

Вопросы

Какая клиническая группа была и стала у больной?
Следует ли заполнить «Протокол»?

10. Больной направлен в онкологический диспансер с диагнозом рак нижней губы, III стадия.

Вопросы

Следует ли заполнить «Протокол»?
К какой клинической группе отнести больного?

11. В онкологический диспансер поступил больной с диагнозом: рак тела желудка. Длительность анамнеза две недели. Общее состояние удовлетворительное. На операции обнаружены метастазы в печени, которые клинически не выявлялись. Произведена пробная лапаротомия.

Вопросы

Какова причина запущенности?
Следует ли заполнить «Протокол»?

4. Задания для групповой работы

Дискуссия по теме витамины и профилактика рака.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и/или рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Задачи врача-онколога поликлиники.

2. Учетные формы онкологической документации. Правила и порядок заполнения .Дальнейшая судьба этих документов.

3. Роль факторов внешней и внутренней среды в возникновении онкологических заболеваний.

4. Первичная профилактика рака.

5. Вторичная профилактика рака.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. При выявлении раннего рака с первично установленным диагнозом в онкологический диспансер врач любой специальности обязан составить и направить:
а) ф. № 25/у;
б) ф. № 271у;
в) ф. № 27/2у;
г) ф. № 90/у;
д) верно а, б и г;
е) верно б и г.
2. При выявлении запущенного случая рака IV стадии или III визуальной локализации нужно заполнить дополнительно форму:
а) ф. № 25/у;
б) ф. № 27Лу;
в) ф. № 27/2у;
г) ф. № 90/у;
д) верно а, б и г.
3. Классификация по клиническим группам в отличие от классификации по стадиям отражает:
а) распространенность процесса;
б) морфологическую классификацию опухоли;
в) лечебно-диагностическую тактику;
г) общее состояние больных;
д) группы повышенного онкориска.
4. Подозревая у больного злокачественную опухоль, врач его наблюдает
по: клинической группе:
а) Iа
б) Iб
в) II
г)III
д)IV
5. На смотровые кабинеты поликлиник, врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов возлагается:
а) цитологический скрининг (взятие мазков с шейки матка);
б) физикальное обследование молочных желез;
в) осмотр кожи, полости рта, щитовидной железы, пальпация лимфатических узлов;
г) осмотр на зеркалах, пальцевое исследование прямой кишки;
д) верно а, б, в, г.
6. Подозревая у больного злокачественную опухоль, врач обязан:
а) обследовать больного в 3-дневный срок;
б) обеспечить обследовании в течение 10 дней;
в) поставить на очередь для обследования;
г) направлять всех больных в онкологический диспансер;

д) составить извещение.
7. В профессиональном плане в понятие «деонтология вонкологии» входит:
а) установление доверительных отношений с больным и родственниками больных;
б) должное и своевременное обследование;
в) обеспечить должным лечением;
г) говорить правду о заболевании;
д) все перечисленное верно.
8. При обращении женщины старше 40 лет к врачу поликлиники, при плановой госпитализации лечащий врач с позиций онкологической настороженности и принятых стандартов документально устанавливает результаты обследования:
а) флюорографии органов грудной клетки (не позднее 6 мес);
б) результаты осмотра в смотровом кабинете;
в) маммографии (не позднее 1-2 лет с учетом возраста);
г) верно а и б;
д) верно а, б и в.
9. Учетно-оперативная документация в онкологии необходима для:
а) преемственности лечения больного;
б) ранней диагностики опухолей;
в) регистрации и диспансерного наблюдения за больными;
г) проведения первичной профилактики злокачественных опухолей;
д) верно а и б;
е) верно а ив.
10. Наиболее частые причины запущенности онкологической патологии по вине медицинских работников:
а) позднее обращение больных к врачу;
б) неполное обследование больных;
в) отсутствие онкологической настороженности врачей;
г) ошибки при морфологическом или рентгенологическом исследовании;
д) верно б и в;
е) верно а, б ив.
11. К методам вторичной профилактики злокачественных опухолей относят:
а) лечение предраковых состояний;
б) проведение диспансерного наблюдения за больными с предраковыми состояниями;
в) проведение мероприятий по улучшению экологии;
г) проведение проф. осмотров с использованием скрининговых тестов;
д) верно а, б и в;
е)верно а, б и г.
12. Комитет Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) устанавливает новые приоритеты в скрининге дисплазий и ранних форм рака шейки матки:
а) Пап-тест от 18 до 65 лет + полимеразная цепная реакция (ПЦР) на HPV;
б) Пап-тест от 18 до 65 лет + ПЦР на HPVгрупп риска;
в) Пап-тест от 18 до 65 лет + мазок на чистоту влагалища;
г) Пап-тест + HPV+ ВОУК от 30 до 65 лет 1 раз в 3 года при нормальной цитограмме (если в анамнезе была LSIL или HSIL до 80 лет);
д) при ранней половой жизни Пап-тест от 21, а при LSIL или HSIL-HPV;
е) верно а и б;
ж) верно г и д.

Эталоны ответов: 1 е; 2 в; 3 в; 4 а; 5 д; 6 б; 7 д; 8 д; 9 е; 10 д; 11 е; 12 ж.

4) Подготовить доклад
Примерные темы доклада:
1. Питание и рак.

2. Возможности медикаментозной профилактики злокачественных опухолей.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 2. Хирургическая анатомия и оперативная хирургия

Тема 2.1: Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи (практическое занятие)

Цель: Подготовка квалифицированного врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций в области топографической анатомии и оперативной хирургии головы и шеи, позволяющей решать профессиональные задачи по оказанию лечебной помощи больным опухолями головы и шеи.

Задачи: Рассмотреть топографическую анатомию головы и шеи. Изучить основные этапы хирургического лечения опухолей данной зоны.

Обучающийся должен знать: Анатомию головы и шеи, этапы типовых операций при опухолевом поражении данной зоны.

Обучающийся должен уметь: Определять пути распространения опухоли при опухолях головы и шеи, а также ориентироваться в вопросах хирургического лечения данных опухолей. **Обучающийся должен владеть:** Техникой хирургических вмешательств при опухолях головы и шеи.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   Топографическая анатомия клетчаточных пространств шеи.
   Топографическая анатомия рото и носоглотки.
   Топографическая анатомия гортани.
   Топографическая анатомия слюнных желез.
   Топографическая анатомия щитовидной железы.
   Типовые операции при опухолях губы и полости рта.
   Типовые операции про опухолях гортани.
   Типовые операции при опухолях слюнных желез.
   Типовые операции при опухолях щитовидной железы.
2. **Практическая работа.**
   Клинические разборы – ***определение характера и объема хирургического лечения у конкретного больного с опухолью органа головы или шеи***
   Чтение рентгенограмм
   Выполнения тестовых заданий

Примеры тестовых заданий:

1. Лимфатический отток из подвижной части языка осуществляется

а) в подбородочные лимфоузлы
б) в подчелюстные лимфоузлы
г) только в подчелюстные лимфоузлы
д) во все перечисленные лимфоузлы

2. Кровоснабжение щеки осуществляется за счет
а) задней ушной артерии
б) поверхностной височной артерии
в) внутренней челюстной артерии
г) восходящей глоточной артерии

3. Типичной операцией при высокодифференцированном раке щитовидной железы Т1-2 является
а) энуклеация узла
б) резекция доли
в) гемитиреоидэктомия
г) гемитиреоидэктомия с перешейком
д) субтотальная резекция железы

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ
1.д; 2. б; 3. г.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока рото и носоглотки.
2. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока гортани.
3. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока языка, верхней и нижней челюсти.
4. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока слюнных желез.
5. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока щитовидной железы.
6. Этапы радикальных операций при опухолях рото и носоглотки.
7. Этапы радикальных операций при опухолях гортани.
8. Этапы радикальных операций при опухолях языка и слизистой полости рта.
9. Этапы радикальных операций при опухолях слюнных желез.
10. Этапы радикальных операций при опухолях щитовидной железы.
11. Этапы радикальных лимфодиссекций при опухолях головы и шеи.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Оперативная хирургия - это
а) раздел хирургии, изучающий основы патологии и общие принципы применения оперативных хирургических методов лечения
б) раздел хирургии, изучающий отдельные хирургические доступы
в) раздел хирургии, разрабатывающий и изучающий оперативные приемы
г) раздел хирургии, разрабатывающий оперативные методы восстановления анатомической целости, формы и функции поврежденных органов и тканей
д) правильные ответы б) и в)
2. Основной путь лимфооттока в нормальных условиях
а) ортоградный
б) ретроградный
в) коллатеральный

г) смешанный
3. При естественном течении опухолевого процесса возможными путями метастазирования могут быть: 1) лимфогенный 2) гематогенный 3) лимфогематогенный 4)имплантационный 5) распространение по протяженности
а) все перечисленные
б) все перечисленные, кроме 5
г) все перечисленные, кроме 3 и 5
4. Иннервация мягкого неба осуществляется
а) второй ветвью тройничного нерва
б) ветвями языкоглоточного нерва
в) ветвями блуждающего нерва
г) симпатическим нервом
д) всеми перечисленными
5. Кровоснабжение языка осуществляется за счет язычной артерии, отходящей от системы
а) внутренней сонной артерии
б) наружной сонной артерии
в) позвоночной артерии
г) все ответы верны
д) правильного ответа нет
6. Типичной операцией при раке подвижной части языка II-III стадии является
а) половинная электрорезекция языка
б) субтотальная резекция языка
в) удаление языка
г) любая из вышеперечисленных
7. Хемодектома блуждающего нерва клинически локализуется в зачелюстной ямке. Она расположена
а) в переднебоковом фарингеальном пространстве
б) в заднебоковом парафарингеальном пространстве
в) в ретрофарингеальном пространстве
г) в сонном треугольнике

Эталоны ответов 1. д; 2. а; 3. а 4. б. 5. б; 6. а; 7. б;

4) Подготовить доклад

Примерные темы доклада

1. История хирургии рака слизистой полости рта.
2. Реконструктивно-восстановительные операции после лечения опухолей головы.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

2. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения

(http://www.univadis.ru).

Раздел 2. Хирургическая анатомия и оперативная хирургия

Тема 2.2: Топографическая анатомия и оперативная хирургия груди (практическое занятие)

Цель: Подготовка квалифицированного врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций в области топографической анатомии и оперативной хирургии груди, позволяющей решать профессиональные задачи по оказанию лечебной помощи больным опухолями молочной железы, опухолей грудной полости, опухолями средостения.

Задачи: Рассмотреть топографическую анатомию молочной железы, органов грудной полости, средостения.Изучить основные этапы хирургического лечения опухолей данной зоны.

Обучающийся должен знать: Анатомию молочной железы, органов грудной полости, средостения, этапы типовых операций при опухолевом поражении данной зоны.

Обучающийся должен уметь: Определять пути распространения опухоли при опухолях молочной железы, органов грудной полости, средостения, а также ориентироваться в вопросах хирургического лечения данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой хирургических вмешательств при опухолях молочной железы, органов грудной полости, средостения.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

Топографическая анатомия молочной железы.
Топографическая анатомия лёгких.
Топографическая анатомия пищевода.
Топографическая анатомия средостения.
Топографическая анатомия щитовидной железы.
Типовые операции при опухолях молочной железы.
Типовые операции про опухолях пищевода.
Типовые операции при опухолях лёгких.
Типовые операции при опухолях средостения.

2. **Практическая работа.**

Клинические разборы ***определение характера и объема хирургического лечения у конкретного больного с опухолью органа грудной полости***

Чтение рентгенограмм

Выполнения тестовых заданий:

1. Венозный круг в молочной железе (венозный анастоматический круг) располагается
а) в области фасции большой грудной мышцы
б) в области ареолы
в) во внутренних квадрантах
г) в верхненаружном квадранте
д) в области переходной складки
2. При радикальной мастэктомии по Холстеду - Майеру большая и малая грудные мышцы
а) сохраняются
б) удаляются
в) большая грудная мышца сохраняется, малая грудная мышца удаляется
г) малая грудная мышца сохраняется, большая грудная мышца удаляется
3. В хирургической анатомии средостения предусмотрено выделение следующих его отделов: 1) верхнее средостение 2) нижнее средостение 3) переднее средостение 4) среднее (центральное) средостение 5) заднее средостение
а) правильно все перечисленное
б) правильно все, кроме 5
в) правильно 1, 2, 3
г) правильно 2, 3, 4

д) правильно 3, 4, 5

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1.б; 2. б; 3. а.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока молочной железы.
2. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока пищевода.
3. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока лёгких.
4. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока средостения.
5. Этапы радикальных операций при опухолях молочной железы.
6. Этапы радикальных операций при опухолях пищевода.
7. Этапы радикальных операций при опухолях лёгких.
8. Этапы радикальных операций при опухолях средостения.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Сосок молочной железы рефлекторно может изменять свою форму за счет
а) волокон гладких мышц
б) кожи
в) жировой ткани
г) соединительной ткани
д) капилляров
2. Внутренняя артерия молочной железы (внутренняя грудная артерия) начинается
а) из подключичной артерии
б) из общей сонной артерии
в) из верхней щитовидной артерии
г) из позвоночной артерии
3. При операции радикальной мастэктомии по Пейти
а) обе грудные мышцы удаляются
б) большая грудная мышца сохраняется
в) малая грудная мышца сохраняется, большая грудная мышца удаляется
г) удаляются парастернальные лимфоузлы
4. В верхнем средостении располагаются: 1) дуга аорты 2) три ветви дуги аорты 3) трахея 4) главные бронхи 5) нижний полюс вилочковой железы
а) правильно 1 и 4
б) правильно 2 и 5
в) правильно 3 и 4
г) правильно 3, 4 и 5
д) правильно 1, 2 и 3*
5. Из абдоминального сегмента пищевода лимфа оттекает преимущественно в следующие группы лимфатических узлов: 1) верхние трахеобронхиальные 2) нижние трахеобронхиальные 3) околокардиальные 4) верхние желудочные лимфатические узлы по малой кривизне 5) лимфатические узлы желудочно-поджелудочной связки
а) правильно 1 и 3
б) правильно 2 и 4
в) правильно 1 и 2
г) правильно 1, 2 и 3
д) правильно 3, 4, 5*
6. Первым этапом ортоградного лимфогенного метастазирования периферического рака легких следует считать

а) пульмональные, лимфатические узлы*
б) бронхопульмональные лимфатические узлы
в) паратрахеальные лимфатические узлы
г) нижние трахеобронхиальные (бифуркационные)
7. Грудной лимфатический проток проникает из брюшной полости в грудную
а) через пищеводное отверстие диафрагмы
б) через аортальное отверстие*
в) через венозное отверстие
г) между внутренней и средней ножками диафрагмы слева
8. Трансстернальный оперативный доступ наиболее часто применяется при операциях по поводу опухолей: 1)переднего средостения 2)заднего средостения 3)трахеи 4)пищевода 5)легкого
а) правильно 1 и 3*
б) правильно 2 и 4
в) правильно 3 и 5
г) правильно 1 и 2
д) правильно 4 и 5
9. Методом выбора при лейомиоме пищевода является
а) эндоскопическая лазерная деструкция опухоли
б) сегментарная резекция пищевода
в) энуклеация опухоли с сохранением целости слизистой оболочки*
г) резекция грудного отдела пищевода с одномоментной эзофагопластикой
д) все варианты правильные
10. Повторные хирургические вмешательства оправданы при рецидивах следующих злокачественных новообразований средостения: 1) нейрофибросаркомы 2) фибросаркомы 3) липосаркомы 4) лимфоцитарной тимомы 5) лимфогранулематоза
а) правильно 1, 2 и 3*
б) правильно 2, 3 и 4
в) правильно 3, 4, 5
г) правильно 4 и 5
д) все ответы правильные

Эталоны ответов 1. а; 2. а; 3. б 4. д. 5. д; 6. а; 7. б; 8. а; 9. в; 10. а.

4) Подготовить доклад

Примерные темы доклада

1. Способы пластики пищевода.
2. Реконструктивно-пластические операции молочной железы.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

2. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 2. Хирургическая анатомия и оперативная хирургия
Тема 2.3: Топографическая анатомия и оперативная хирургия живота (практическое занятие)

Цель: Подготовка квалифицированного врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций в области топографической анатомии и оперативной хирургии живота, позволяющей решать профессиональные задачи по оказанию лечебной помощи больным опухолями брюшной полости и забрюшинного пространства.

Задачи: Рассмотреть топографическую анатомию брюшной полости и забрюшинного пространства. Изучить основные этапы хирургического лечения опухолей данной зоны.

Обучающийся должен знать: Анатомию органов брюшной полости, анатомию забрюшинного пространства этапы типовых операций при опухолевом поражении данной зоны.

Обучающийся должен уметь: Определять пути распространения опухоли при опухолях, органов брюшной полости и забрюшинного пространства, а также ориентироваться в вопросах хирургического лечения данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой хирургических вмешательств при опухолях органов брюшной полости, забрюшинного пространства.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   Топографическая анатомия желудка.
   Топографическая анатомия тонкой кишки.
   Топографическая анатомия ободочной и прямой кишки.
   Топографическая анатомия печени.
   Топографическая анатомия органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
   Топографическая анатомия забрюшинного пространства.
   Типовые операции про опухолях желудка.
   Типовые операции при опухолях тонкой кишки.
   Типовые операции при опухолях ободочной и прямой кишки.
   Типовые операции при опухолях печени.
   Типовые операции при опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны.
   Типовые операции при опухолях забрюшинного пространства.

2. **Практическая работа.**

Клинические разборы – ***определение характера и объема хирургического лечения у конкретных больных с опухолью органа брюшной полости.***

Чтение рентгенограмм

Выполнения тестовых заданий:

1. Приток крови к печени осуществляется из системы
а) печеночной артерии
б) печеночной артерии и портальной вены*
в) печеночной артерии и печеночной вены
г) печеночной артерии и пупочной вены
д) все ответы правильные
2. В печени выделяется (по портальной системе)
а) 10 сегментов
б) 8 сегментов*
в) 6 сегментов
г) 4 сегментов
д) деления печени на сегменты по портальной системе нет
3. Короткие сосуды желудка проходят в составе

а) желудочно-ободочной связки
б) желудочно-селезенчатой связки*
в) печеночно-диафрагмальной связки
г) печеночно-желудочной связки
д) желудочно-поджелудочной связки

Эталоны ответов 1. б; 2. б; 3. б

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока желудка.
2. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока тонкой кишки.
3. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока ободочной и прямой кишки.
4. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока печени.
5. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
6. Топография, кровоснабжение, забрюшинного пространства.
7. Этапы радикальных операций при опухолях желудка.
8. Этапы радикальных операций при опухолях тонкой кишки.
9. Этапы радикальных операций при опухолях ободочной и прямой кишки.
10. Этапы радикальных операций при опухолях печени.
11. Этапы радикальных операций при опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны.
12. Этапы радикальных операций при опухолях забрюшинного пространства.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Печень покрыта брюшиной
а) со всех сторон
б) со всех сторон, за исключением ворот печени
в) со всех сторон, за исключением дорсальной поверхности, прилежащей к диафрагме
г) со всех сторон, за исключением ворот печени и дорсальной поверхности, прилежащей к диафрагме
д) правильного ответа нет
2. Портальная вена расположена в печеночно-двенадцатиперстной связке
а) между желчным протоком и печеночной артерией
б) между желчным протоком, печеночной артерией и кзади от них
в) между желчным протоком, печеночной артерией и кпереди от них
г) правильного ответа нет
д) деления печени на сегменты по портальной системе нет
3.Кровоснабжение желчного пузыря чаще всего осуществляется из системы
а) правой печеночной артерии
б) левой печеночной артерии
в) собственно печеночной артерии
г) общей печеночной артерии
д) из других источников
4. Левая желудочная артерия чаще всего отходит
а) от собственно печеночной артерии
б) от селезенчатой артерии
в) от печеночной артерии
г) от аорты
д) от чревного ствола
5. Правая желудочная артерия чаще всего отходит

а) от собственно печеночной артерии
б) от общей печеночной артерии
в) от желудочно-двенадцатиперстной артерии
г) от чревного ствола
д) от аорты
6. Левая желудочная артерия проходит в составе
а) желудочно-ободочной связки
б) желудочно-селезеночной связки
в) печеночно-диафрагмальной связки
г) печеночно-желудочной связки
д) желудочно-поджелудочной связки
7. Кровоснабжение 12-перстной кишки осуществляется из системы
а) верхней брыжеечной артерии
б) общей печеночной артерии
в) и той, и другой
г) ни той, ни другой
8. Кровоснабжение поджелудочной железы осуществляется из системы
а) чревного ствола
б) верхней брыжеечной артерии
в) и той, и другой
г) ни той, ни другой
9. Селезеночная вена
а) впадает в нижнюю полую вену
б) впадает в верхнюю брыжеечную вену
в) впадает в воротную вену
г) сливается с верхней брыжеечной веной и образует воротную вену
д) правильного ответа нет
10. Тонкокишечные артерии
а) анастомозируют между собой во всех случаях
б) анастомозируют между собой не всегда
в) никогда не анастомозируют между собой
11. Кровоснабжение ободочной кишки осуществляется
а) из системы верхней брыжеечной артерии
б) из системы нижней брыжеечной артерии
в) и той, и другой
г) ни той, ни другой
12. Отток крови от восходящего отдела ободочной кишки осуществляется
а) в систему верхней брыжеечной артерии
б) в систему нижней брыжеечной артерии
в) и той, и другой
г) ни той, ни другой
13. Отток крови от нисходящего отдела ободочной кишки осуществляется
а) в систему верхней брыжеечной артерии
б) в систему нижней брыжеечной артерии
в) и той, и другой
г) ни той, ни другой
14. При кровоснабжении ободочной кишки
а) ветви верхней брыжеечной артерии обязательно анастомозируют с ветвями нижней брыжеечной артерии
б) ветви верхней брыжеечной артерии анастомозируют с ветвями нижней брыжеечной артерии не всегда
в) во всех случаях нет сосудистых анастомозов между ветвями верхней и нижней брыжеечных артерий

г) все три варианта возможны
15. Отток крови от прямой кишки осуществляется
а) в систему нижней брыжеечной вены
б) в систему подвздошной вены
в) и той, и другой
г) ни той, ни другой
16. Из перечисленных фасций к забрюшинному пространству не относится
а) забрюшинная фасция
б) предпочечная фасция
в) позадипочечная фасция
г) позадиободочная фасция
д) поверхностная фасция
17. Забрюшинное клетчаточное пространство расположено
а)позади почечной и внутрибрюшной фасций
б) между предпочечной и внутрибрюшной фасцией
в) позади ободочной и предпочечной фасций
г) позади ободочной и внутрибрюшной фасций

Эталоны ответов 1. г; 2. б; 3. а 4. д. 5. а; 6. д; 7. в; 8. в; 9. г; 10. а; 11. в 12. а; 13. б; 14. а; 15. в; 16. д; 17 а.

4) Подготовить доклад

Примерные темы доклада

1. Сфинктеросохраняющие операции при раке прямой кищки.
2. Способы формирования эзофагоеюноанастомоза.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

2. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 2. Хирургическая анатомия и оперативная хирургия

Тема 2.4: Топографическая анатомия и оперативная хирургия таза и промежности (практическое занятие)

Цель: Подготовка квалифицированного врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций в области топографической анатомии и оперативной хирургии таза и промежности, позволяющей решать профессиональные задачи по оказанию лечебной помощи больным опухолями таза и промежности

Задачи: топографическую анатомию таза и промежности. Изучить основные этапы хирур-

гического лечения опухолей данной зоны.

Обучающийся должен знать: Анатомию органов таза, анатомию промежности, этапы типовых операций при опухолевом поражении данной зоны.

Обучающийся должен уметь: Определять пути распространения опухоли при опухолях, органов таза, а также ориентироваться в вопросах хирургического лечения данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой хирургических вмешательств при опухолях таза и промежности.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   Топографическая анатомия почек и мочеточников.
   Топографическая анатомия мочевого пузыря и уретры.
   Топографическая анатомия органов мужской половой системы.
   Топографическая анатомия женских половых органов.
   Типовые операции про опухолях почек и мочеточников.
   Типовые операции при опухолях мочевого пузыря и уретры.
   Типовые операции при опухолях мужской половой системы.
   Типовые операции при опухолях женских половых органов.
2. **Практическая работа.**
   Клинические разборы ***определение характера и объема хирургического лечения у конкретных больных с опухолью женской и мужской половой сферы, мочевыделительной системы.***

Чтение рентгенограмм

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. В воронке-тазовой связке проходят
а) мошоночные артерии и вена
б) яичниковые артерии и вена
в) пузырные артерия и вена
г) срамные артерия и вена
2. Маточная артерия является ветвью
а) внутренней подвздошной артерии
б) наружной подвздошной артерии
в) общей подвздошной артерии
г) яичниковой артерии
3. Яичники кровоснабжаются от следующих артерий
а) внутренней подвздошной и маточной артерий
б) яичниковой от брюшной части аорты и ветвями яичников от маточной артерий
в) от наружной подвздошной и яичниковой
г) от общей подвздошной и маточной

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ
1.б; 2. а; 3. б.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока почек и мочеточников.
2. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока мочевого пузыря и уретры.
3. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока предстательной железы.
4. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока яичек.

5. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока полового члена.
6. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока матки.
7. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока яичников.
8. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока влагалища.
9. Топография, кровоснабжение, пути лимфооттока вульвы.
10. Этапы радикальных операций при опухолях почек и мочеточников.
11. Этапы радикальных операций при опухолях мочевого пузыря и уретры.
12. Этапы радикальных операций при опухолях предстательной железы.
13. Этапы радикальных операций при опухолях яичек.
14. Этапы радикальных операций при опухолях полового члена.
15. Этапы радикальных операций при опухолях шейки и тела матки.
16. Этапы радикальных операций при опухолях яичников
17. Этапы радикальных операций при опухолях влагалища
18. Этапы радикальных операций при опухолях вульвы.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. "Брыжейкой" матки является
а) круглая связка
б)широкая связка*
в) кардинальная связка
г) воронко-тазовая связка
2. Кровоснабжение матки осуществляется в основном из системы
а) внутренней подвздошной артерии*
б) общей подвздошной артерии
в) наружной подвздошной артерии
г) допустимы все три варианта
3. К связочному аппарату яичника относятся все перечисленные связки, кроме
а) собственной связки яичника
б) связки, подвешивающей яичники
в) брыжейки
г) круглой связки*
4. Все органы, расположенные в тазу, покрыты брюшной, кроме
а) матки
б) маточных труб
в) яичника*
г) мочевого пузыря
5. Типичная операция при раке шейки матки Iб стадии
а) конизация шейки матки
б) ампутация шейки матки
в) экстирпация матки с придатками
г) расширенная экстирпация матки с придатками*
6. К операции Вертгейма относится
а) экстирпация матки с придатками
б) расширенная экстирпация матки с придатками*
в) надвлагалищная ампутация матки с придатками
г) экстирпация матки с придатками + резекция большого сальника
7. Правая почечная артерия проходит
а) позади нижней половой вены*
б) впереди нижней половой вены
в) оба варианта возможны
г) правильного ответа нет
8. Мочеточники располагаются
а) позади и кнутри от восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки*

б) позади и кнаружи от восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки
в) спереди и кнутри от восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки
г) спереди и кнаружи от восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки
9. В клетчатку малого таза свободно переходит из брюшинного пространства
а) клетчатка забрюшинная*
б) околопочечная клетчатка
в) околокишечная клетчатка
г) все три вида клетчатки свободно переходят из брюшинного пространства в клетчатку малого таза
10. Надпочечниковые артерии не отходят
а) от нижней диафрагмальной артерии
б) от аорты
в) от чревного ствола*
г) от почечной артерии
11. Мочеточники расположены
а) позади подвздошных сосудов
б) спереди подвздошных сосудов*
в) возможны оба варианта
г) правильного ответа нет

Эталоны ответов 1. б; 2. а; 3. г 4. в. 5. г; 6. б; 7. а; 8. а; 9. а; 10. в; 11. б

4) Подготовить доклад

Примерные темы доклада

1. Сфинктеросохраняющие операции при раке прямой кишки.
2. Способы формирования эзофагоеюноанастомоза.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

2. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 3. Морфология опухолей

Тема 3.1: Морфология опухолей (Практическое занятие)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного оценивать морфологическую характеристику опухолевого процесса применительно к клинической онкологии.

Задачи: Рассмотреть общие вопросы морфологии опухолей, основные характеристики опухолей и опухолеподобных процессов. Сформировать современные понятия о клеточном и ткане-

вом атипизме, о метаплазии и дисплазии. Обучить гистогенетическому принципу классификации опухолей, организации морфологического исследования.Рассмотреть значение морфологии опухолей для лечебной тактики, прогноза и современные представления о лечебном патоморфозе опухоли.

Обучающийся должен знать: Общие вопросы морфологии опухолей, основные характеристики опухолей и опухолеподобных процессов.

Обучающийся должен уметь: Определять лечебную тактику в соответствии с морфологией опухоли.

Обучающийся должен владеть: Организацией морфологического исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   Содержание понятия «морфология опухоли».
   Современные понятия об органоидности опухоли.
   Тканевый и клеточный атипизм опухоли.
   Современные представления о метаплазии и дисплазии.
   Гистогенетическая классификация опухолей.
   Макроскопические виды опухоли.
   Какое значение морфологии опухоли для выбора метода лечения и прогноза.
   Лечебный патоморфоз опухоли.

2. **Практическая работа.**
   Клинические разборы ***определение лечебной тактики, прогноза у кокретных больных в зависимости от морфологического строения опухоли***

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Паренхима и строма опухоли.
2. Морфологический атипизм опухоли.
3. Функциональный атипизм опухоли.
4. Антигенный атипизм опухоли.
5. Метаболический атипизм опухоли.
6. Гистогенетические разновидности опухолей.
7. Значение морфологии опухоли для клиники.
8. Патоморфоз опухоли.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения

(http://www.univadis.ru).

Раздел 3. Морфология опухолей

Тема 3.1: Морфология опухолей (Семинар)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного оценивать морфологическую характеристику опухолевого процесса применительно к клинической онкологии.

Задачи: Рассмотреть общие вопросы морфологии опухолей, основные характеристики опухолей и опухолеподобных процессов. Сформировать современные понятия о клеточном и тканевом атипизме, о метаплазии и дисплазии. Обучить гистогенетическому принципу классификации опухолей, организации морфологического исследования.Рассмотреть значение морфологии опухолей для лечебной тактики, прогноза и современные представления о лечебном патоморфозе опухоли. **.**

Обучающийся должен знать: Общие вопросы морфологии опухолей, основные характеристики опухолей и опухолеподобных процессов.

Обучающийся должен уметь: Определять лечебную тактику в соответствии с морфологией опухоли.

Обучающийся должен владеть: Организацией морфологического исследования.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

   Содержание понятия «морфология опухоли».
   Современные понятия об органоидности опухоли.
   Тканевый и клеточный атипизм опухоли.
   Современные представления о метаплазии и дисплазии.
   Гистогенетическая классификация опухолей.
   Макроскопические виды опухоли.
   Какое значение морфологии опухоли для выбора метода лечения и прогноза.
   Лечебный патоморфоз опухоли.

2. **Практическая работа.**

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Паренхимуновообразования составляют
а) собственно опухолевые клетки
б) соединительная ткань
в) кровеносные и лимфатические сосуды
г) нервные и клеточные элементы стромы
2. Вновь образованные сосуды злокачественных опухолей
а) редко приближаются по строению к нормальным венам и артериям
б) могут быть представлены в виде каналов, выстланных эндотелием
в) на уровне капилляров могут быть выстланы самими опухолевыми клетками
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и в)
3. Хемодектомы шеи по гистологической принадлежности относятся
а) к нейрогенным
б) к мезенхимальным
в) к дисэмбриональным
г) к неклассифицируемым опухолям
Эталоны ответов 1. а; 2. г; 3. а;

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием кон-

спектов лекций рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Паренхима и строма опухоли.
2. Морфологический атипизм опухоли.
3. Функциональный атипизм опухоли.
4. Антигенный атипизм опухоли.
5. Метаболический атипизм опухоли.
6. Гистогенетические разновидности опухолей.
7. Значение морфологии опухоли для клиники.
8. Патоморфоз опухоли.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Строма опухоли
а) является необходимой поддерживающей структурой
б) обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода
в) обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток
г) в ряде случаев не является обязательным компонентом новообразования
д) все правильно, кроме г)*
2. Клеточные мембраны стромы опухоли могут быть представлены
а) лимфоцитами и нейтрофилами
б) эозинофилами
в) плазматическими клетками
г) макрофагами и гигантскими клетками инородных тел
д) всеми перечисленными типами клеток*
3. К дизонтогенетическим новообразованиям относятся
а) рак желудка
б) рак легкого
в) бронхогенная киста средостения*
г) папиллома пищевода
4. В тератоме могут развиться производные
а) эктодермы
б) мезодермы
в) эндодермы
г) все ответы правильные*
д) правильные ответы а) и б)
5. Рак in situ может быть
а) в шейке матки
б) в бронхе
в) в желудке
г) ни в одном из перечисленных органов
д) во всех перечисленных органах*
6. Рак in situ по Международной классификации TNM относится
а) к раку*
б) к предраку
в) к доброкачественным опухолям
г) отношение не определено
7. К опухолеподобным процессам относятся
а) гиперпластический полип*
б) аденоматозный полип
в) адено-папилломатозный полип
г) папилломатозный полип
д) ни один из перечисленных

8. К опухолям с местнодеструирующим ростом относятся
а) десмоид*
б) фиброаденома
в) миома
г) липома
9. Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта обладают преимущественно
а) инфильтративным ростом*
б) экзофитным ростом
в) смешанным ростом
г) все перечисленные типы встречается с одинаковой частотой
10. К доброкачественным опухолям молочных желез относятся
а) диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
б) узловая фиброзно-кистозная мастопатия
в) фиброаденома*
г) все перечисленные
д) ни одна из перечисленных
11. Для папилломы мочевого пузыря характерны
а) склонность к рецидивам
б) множественность поражений
в) частое озлокачествление
г) все ответы правильные*
д) правильные ответы а) и б)
12. К местно деструирующим опухолям можно отнести
а) десмоид*
б) эритроплакию Кейра
г) мышьяковый дерматит
д) болезнь Педжета
13. К новообразованиям АПУД-системы относятся
а) рак большой слюнной железы
б) медуллярный рак щитовидной железы*
в) бронхиогенный рак
г) менингиома
д) хордома
14. Наиболее часто встречающаяся морфологическая форма рака эндометрия
а) плоскоклеточный рак
б) аденокарцинома*
в) железисто-плоскоклеточный рак
г) недифференцированный рак
д) светлоклеточная аденокарцинома
15. Аденокарцинома чаще встречается при опухолях
а) шейки матки
б) тела матки*
в) влагалища
г) вульвы
Эталоны ответов 1. д; 2. д; 3. в; 4. г; 5. д; 6. а; 7. а; 8. а; 9. а; 10. в; 11. г; 12. а; 13. б; 14. б; 15. б.

Рекомендуемая литература:

Основная:
1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 4. Основы теоретической и экспериментальной онкологии

Тема 4.1: Основы теоретической и экспериментальной онкологии (практическое занятие)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного оценивать факторы, влияющие на возникновение и развитие опухолей.

Задачи: Рассмотреть причины возникновения и закономерности развития опухолей.

Обучающийся должен знать: Этиологию опухолей, этапы канцерогенеза и факторы на него влияющие.

Обучающийся должен уметь: Определять причины возникновения злокачественных опухолей, и этапы её развития.

Обучающийся должен владеть: Основами теоретической и экспериментальной онкологии.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

   Каковы признаки злокачественной опухоли?
   Какие основные теории онкогенеза?
   Что такое онкогены, в каких клетках они есть?
   Каковы экзогенные и эндогенные канцерогены?
   Какие ткани могут быть источником опухолей?
2. **Практическая работа.**

   Клинические разборы - ***определение факторов способствующих возникновению опухолевого заболевания у конкретных***

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Охарактеризуйте понятие опухолевого роста.
2. Назовите основные биологические особенности опухолевой ткани.
3. Чем характеризуется автономность опухолевого роста?
4. Как меняются процессы апоптоза в опухолевых клетках?
5. Чем объясняется неограниченный репликативный потенциал опухолевых клеток?
6. Какова роль неоангиогенеза при опухолевом росте?
7. Охарактеризуйте процессы инвазии и метастазирования.
8. Какова роль геномной нестабильности при опухолевом росте?
9. Дайте понятия онкогенов и антионкогенов. Каковы их функции в норме и при опухолевом росте?
10. Охарактеризуйте типы генетических нарушений в опухолях.
11. Какие методы используются для анализа молекулярных нарушений в опухолях?
12. В чем заключается прикладное значение достижений молекулярной онкологии?

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 4. Основы теоретической и экспериментальной онкологии

Тема 4.1: Основы теоретической и экспериментальной онкологии (семинар)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного оценивать факторы, влияющие на возникновение и развитие опухолей.

Задачи: Рассмотреть причины возникновения и закономерности развития опухолей.

Обучающийся должен знать: Этиологию опухолей, этапы канцерогенеза и факторы на него влияющие.

Обучающийся должен уметь: Определять причины возникновения злокачественных опухолей, и этапы её развития.

Обучающийся должен владеть: Основами теоретической и экспериментальной онкологии.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

   Каковы признаки злокачественной опухоли?
   Какие основные теории онкогенеза?
   Что такое онкогены, в каких клетках они есть?
   Каковы экзогенные и эндогенные канцерогены?
   Какие ткани могут быть источником опухолей?
2. **Практическая работа.**

   Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Носитель генетической информации находится
   а) в клеточной мембране
   б) в цитоплазме
   в) в ядре*
   г) правильно а) и б)
   д) во всех структурах клетки
2. Гормональная регуляция роста опухоли в организме чаще всего осуществляется
   а) непосредственным воздействием на генетический аппарат
   б) непосредственным воздействием на цитоплазму
   в) воздействием на гормональные рецепторы в клеточной мембране*
   г) правильно а) и б)
   д) все ответы правильные
3. Злокачественные опухоли могут быть вызваны воздействием
   а) полициклических ароматических углеводородов
   б) ионизирующего излучения
   в) ретровирусов

г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные*
Эталоны ответов 1. в; 2. в; 3. д.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Охарактеризуйте понятие опухолевого роста.
2. Назовите основные биологические особенности опухолевой ткани.
3. Чем характеризуется автономность опухолевого роста?
4. Как меняются процессы апоптоза в опухолевых клетках?
5. Чем объясняется неограниченный репликативный потенциал опухолевых клеток?
6. Какова роль неоангиогенеза при опухолевом росте?
7. Охарактеризуйте процессы инвазии и метастазирования.
8. Какова роль геномной нестабильности при опухолевом росте?
9. Дайте понятия онкогенов и антионкогенов. Каковы их функции в норме и при опухолевом росте?
10. Охарактеризуйте типы генетических нарушений в опухолях.
11. Какие методы используются для анализа молекулярных нарушений в опухолях?
12. В чем заключается прикладное значение достижений молекулярной онкологии?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Носителем генетической информации клетки человека в основном является
   а) РНК
   б) АТФ
   в) ДНК
   г) правильно только а) и б)
   д) все ответы правильные
2. Основными биохимическими процессами в опухолевой клетке являются
   а) фотосинтез
   б) анаэробный гликолиз
   в) окислительно-восстановительные процессы
   г) правильного ответа нет
   д) все ответы правильные
3. Основным свойством клеток злокачественных новообразований является
   а) неконтролируемый рост
   б) контролируемый рост
   в) обязательное укорочение клеточного цикла
   г) обязательное удлинение клеточного цикла
4. Ионизирующие излучения обладают канцерогенным действием при воздействии
   а) в малых дозах
   б) в больших дозах
   в) не обладают канцерогенным действием
   г) не доказано
5. Необходимым элементом вирусного канцерогенеза является
   а) размножение вируса в клетке
   б) гибель клетки
   в) внедрение генома вируса в геном клетки
   г) изменение иммунологического статуса
   д) все ответы правильные
6. С воздействием вируса не связывают возникновение

а) рака шейки матки
б) рака печени
в) рака желудка
г) рака носоглотки
д) лейкозов

7. В результате воздействия одного химического канцерогена возникают опухоли
а) только одного гистологического типа
б) тип опухоли зависит от типа клеток, подвергаемых воздействию канцерогена
в) тип опухоли зависит от факторов развития (эмбриогенез, половое созревание)
г) правильно б) и в)
д) правильного ответа нет
8. Частота возникновения рака на фоне состояний, относимых к облигатному предраку, составляет
а) менее 1%
б) 6-10%
в) 20-30%
г) 50%
д) 80% и более
9. К облигатному предраку можно отнести
а) неспецифический язвенный колит
б) болезнь Крона
в) гиперпластический полип
г) диффузный семейный полипоз толстой кишки
д) все перечисленное
10. К химическим канцерогенным веществам относятся следующие классы соединений
а) полициклические ароматические углеводороды и гетероциклические соединения
б) ароматические азотсоединения и аминосоединения
в) нитрозосоединения
г) металлы, металлоиды, неорганические соли
д) все перечисленные
11. Дробление общей дозы при действии химических канцерогенов
а) увеличивает онкогенный эффект
б) не оказывает какого-либо влияния
в) снижает онкогенный эффект
12. Онкогенные вирусы
а) являются инфекционными
б) не являются инфекционными
в) нет сведений о неинфекционных свойствах
13. Онкогенные вирусы передаются, главным образом
а) горизонтально, от особи к особи
б) вертикально, через наследственный аппарат
в) механизм передачи неизвестен
14. Онкогенными являются
а) только РНК-вирусы
б) только ДНК-вирусы
в) и те, и другие
г) ни те, ни другие
15. Трансформация клеток-мишеней в опухолевые под воздействием онкогенных вирусов
а) не сопровождается гибелью клеток
б) сопровождается гибелью клеток
в) в равной мере возможны оба варианта а) и б)
16. Современная схема вирусного канцерогенеза включает в себя
а) проникновение вируса в клетку и физическую интеграцию его с клеточной ДНК

б) функционирование интегрированного вирусного генома с образованием специфических мРНК и онкобелков

в) онкобелки воздействуют на функции клеток, приводят ее к опухолевой трансформации

г) все ответы правильные

д)правильно только а) и б)

17. Генетические нарушения (повреждения) нормальной клетки, предрасполагающие ее к опухолевой трансформации, могут быть реализованы в виде

а) генных мутаций

б) хромосомных аберраций

в) изменений в количестве копий генов

г) изменений в количестве хромосом

д) все ответы верные

18. Современную концепцию онкогенов, утверждающую, что возникновение клеток со специфически измененным генотипом происходит в результате индуцируемых канцерогенами точечных мутаций, подтверждающих известные данные о том, что

а) практически все канцерогенные вещества (или агенты) обладают мутагенным эффектом

б) подавляющее большинство мутагенных веществ обладает канцерогенной активностью

в) оба ответа правильные

г) нет правильного ответа

19. Протоонкогены клетки существуют в виде

а) лишней хромосомы

б) участка клеточной мембраны

в) небольшой области нуклеотидных последовательностей ДНК

20. Онкоген является

а) активным гомологом протоонкогена*

б) небольшой нуклеотидной последовательностью, расположенной в ДНК рядом с протоонкогеном

в) оба ответа правильные

г) правильного ответа нет

21. Онкогены обнаружены в геномах

а) простейших одноклеточных организмов

б) вирусов

в) растений

г) животных

д) во всех перечисленных

22. Процессы пролиферации клеток в организме находятся под контролем

а) факторов роста (ФР)

б) ингибиторов пролиферации

в) и того, и другого

г) ни того, ни другого

23. Независимость пролиферации раковых клеток от факторов роста и ингибиторов пролиферации может быть обусловлена

а) активацией синтеза белков, аутологических фактору(ам) роста -"аутокринная активация"

б) образованием поврежденных (видоизмененных) рецепторов

в) возбуждением пострецепторных путей переноса сигналов, позволяющих обходиться раковым клеткам вообще без рецепторов факторов роста

г)всем перечисленным

д) только б) и в)

24. Онкобелки, продуцируемые клеткой вследствие активации протоонкогена, могут быть гомологичными

а) ростовому фактору тромбоцитов (РФТ)

б) трансферрину (фактору роста гемопоэтических клеток)

в) гастрину (фактору роста некоторых эпителиальных клеток)

г)эпидермальному фактору роста

д) всему перечисленному

25. Концепция противоопухолевого иммунного надзора (Burnet F., 1970) основывается на следующих известных положениях

а) наличие на поверхности опухолевых клеток антигенов, распознаваемых иммунной системой хозяина, которая в ряде случаев элиминирует опухолевые клетки или длительное время сдерживает их рост

б) высокая вероятность развития злокачественных опухолей у больных с первичными иммунодефицитами (в 100-1000 раз) или иммунодепрессией у больных при трансплантации органов (в 10-100 раз)

в)индукция иммунной недостаточности (тимэктомия) сопровождается учащением возникновения новообразований

г) все ответы правильные

26. Отличительными чертами системы естественной (неспецифической) противоопухолевой резистентности организма от специфического противоопухолевого иммунитета являются

а)иммунный неспецифический характер распознавания опухолевых клеток

б) готовность к немедленной реакции, не требующей предварительной иммунизации ("спонтанная" цитотоксичность)

в) отсутствие иммунной памяти

г) правильно а) и б)

д) все ответы правильные

27. Для распознавания системой естественной (неспецифической) противоопухолевой резистентности опухолевых клеток достаточным является следующее их количество

а) единичные

б) 10^3

в) 10^6

г) 10^9

д) 10^{12}

28. К эффекторам системы естественной противоопухолевой резистентности относятся

а) активированные макрофаги

б) естественные киллеры и цитостатические клетки, естественные антитела

в) гуморальные факторы (фактор некроза опухоли, интерферон, интерлейкины и др.)

г) все перечисленные

д) только а) и б)

Эталоны ответов 1. в; 2. б; 3. а; 4. а. 5. в; 6. в; 7. г; 8. д; 9. г; 10. д 11. а; 12. б; 13. б; 14. в; 15. а; 16. г; 17. д; 18. в; 19. в; 20. а; 21. д; 22. в; 23. г; 24. д; 25. г; 26 д; 27. а; 28. г.

4) Подготовить доклад

Примерные темы доклада

1. Закономерности метастазирования злокачественных опухолей.
2. Достижения экспериментальной онкологии..

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 5. Методы диагностики в клинической онкологии
Тема 5.1: Клиническое обследование пациента (семинар)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного провести качественное клиническое обследование пациента.

Задачи: Сформировать знания и умения клинического обследования пациента.

Обучающийся должен знать: Алгоритм постановки диагноза Клинические основы диагностики онкологических заболеваний.

Обучающийся должен уметь: Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания.

Обучающийся должен владеть: Методами объективного осмотра онкологических больных

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по темезанятия**

Первичная и вторичная диагностика злокачественных опухолей.
Выявление злокачественных опухолей при обращении и активное.
Деление пациентов на группы повышенного риска.
Патогенез симптомов злокачественного заболевания.
Основные и дополнительные клинические симптомы злокачественного заболевания.
Как формулируется диагноз опухолевого заболевания по стадиям, в том числе TNM.
Сбор жалоб, анамнеза и объективный осмотр больного.

2. **Практическая работа.**

Клинические разборы – определение алгоритма постановки диагноза у конкретных онкологических больных.

Отработка практических навыков сбора жалоб и анамнеза у пациентов, проведение объективного осмотра

Отработка практических навыков по формулированию диагноза по стадиям, в том числе TNM

Решение тестовых задач Примеры тестовых заданий:

1. Опорный симптом, выявляемый во всех фазах развития злокачественной опухоли:
а) нарушение функции органа;
б) патологические выделения;
в) факт наличия опухолевого роста;
г) интоксикация;
д) болевые ощущения;
е) паранеоплазия.
2. Метастатический лимфоузел имеет характеристику:
а) мягкая консистенция с бугристой поверхностью, неподвижный;
б) плотная консистенция, шаровидная форма, гладкая поверхность;
в) плотная консистенция, болезненность, бугристая поверхность;
г) мягко-эластичная консистенция, плоский, безболезненный.

Эталоны ответов 1. в; 2. б.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием кон-

спектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение понятия «сигналы тревоги» у онкологических больных.
2. Дайте определение понятий «скрининг» и «мониторинг».
3. Задачи первичной и вторичной диагностики опухолей.
4. Изложите особенности сбора анамнеза и объективного осмотра у онкологических больных.
5. Какие имеются клинические феномены злокачественной опухоли?
6. Какие данные за наличие злокачественной опухоли можно получить при сборе жалоб, анамнеза и объективном осмотре пациента?
7. Как формулируется диагноз у онкологического больного?
8. Какие критерии стадийности опухоли, в том числе по TNM.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

Необходимо выбрать один или несколько правильных ответов

1. Ведущая причина поздней диагностики злокачественных опухолей (запущенности):
а) несвоевременно обращение пациента к врачу;
б) скрытое течение заболевания;
в) длительное обследование пациента;
г) врачебные ошибки.

2. В классификации TNM категория T может определять (в зависимости от вида и локализиции опухоли:
а) глубину инвазии опухоли;+
б) размер опухоли;+
в) метастатическое поражение лимфоузлов;
г) прорастание опухоли соседних структур;
д) наличие гематогенных метастазов;
е) степень дифференцировки опухоли.

3. В классификации TNM категория N отражает:
а) размер первичной опухоли;
б) метастатическое поражение регионарных лимфоузлов;
в) метастатическое поражение и регионарных и нерегионарных лимфоузлов;
г) наличие гематогенных метастазов;
д) степень дифференцировки опухоли.

4. В классификации TNM категория M отражает:
а) размер первичной опухоли;
б) наличие любых метастазов;
в) метастатическое поражение нерегионарных лимфоузлов;
г) наличие гематогенных метастазов;
д) степень дифференцировки опухоли.

5. В классификации TNM категория G отражает:
а) размер первичной опухоли;
б) инвазию вен;
в) метастатическое поражение нерегионарных лимфоузлов;
г) наличие гематогенных метастазов;
д) степень дифференцировки опухоли.

6. Активное выявление онкологического заболевания это:
а) выявление при обращении больного с клиникой онкозаболевания;

б) выявление при обнаружении клинических проявлениях заболевания при параллельном обследовании больного по поводу другого заболевания;
в) случайное выявление при инструментальной диагностике при параллельном обследовании больного по поводу другого заболевания;
г) выявление заболевания при скрининге.

7. Подавляющее большинство онкологических больных выявляется при:
а) скрининге;
б) при инструментальной диагностике при параллельном обследовании больного по поводу другого заболевания;
в) при обнаружении клинических проявлениях заболевания при параллельном обследовании больного по поводу другого заболевания;
г) при обращении больного с клиникой онкозаболевания.

8. Задача первичной диагностики онкологического заболевания:
а) подтвердить или опровергнуть предположение о наличии упациента злокачественного новообразования;
б) установить форму роста опухоли;
в) установить распространенность первичной опухоли;
г) установить наличие метастазов.

9. Клинические проявления онкологического заболевания зависят от:
а) локализации опухоли;
б) величины опухоли;
в) макроскопического вида опухоли;
г) микроскопического строения опухоли.

10. Интоксикация у онкологического больного наступает вследствие:
а) продукции опухолевой клеткой токсинов;
б) потребления опухолью глюкозы;
в) потребления опухолью аминокислот;
г) всасывания продуктов опухолевого распада.

Эталоны ответов 1. б; 2. а, б, г; 3. б; 4. в, г. 5. д; 6. г 7. г; 8. а; 9. а, б, в, г; 10. г

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова. Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей. 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Методы диагностики в клинической онкологии. Учебное пособие для ординаторов 2018 Киров : Кировский ГМУ,

Раздел 5. Методы диагностики в клинической онкологии

Тема 5.2: Лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования (практическое занятие)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного провести качественное клиническое обследование пациента.

Задачи: Сформировать знания и умения клинического обследования пациента.

Обучающийся должен знать: Основы диагностики онкологических заболеваний.

Обучающийся должен уметь: Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных). Грамотно толковать результаты обследования.

Обучающийся должен владеть: Основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией МКБ, в том числе с применением инструментальных и лабораторных методов диагностики.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

Рациональное построение инструментальной и лабораторной диагностики злокачественных опухолей.

Виды лучевых методов диагностики.

Задачи и возможности лучевых методов диагностики злокачественных опухолей.

Виды эндоскопических методов диагностики.

Задачи и возможности эндоскопических методов диагностики злокачественных опухолей.

Биохимические методы диагностики.

Опухолевые маркеры.

Иммунологические методы в диагностике.

Перспективные методы диагностики злокачественных новообразований.

Морфологическая диагностика в деятельности онколога (виды морфологических исследований, способы забора материала)

2. **Практическая работа.**

клинические разборы - – ***определение характера и объема обследования у конкретных больных злокачественными опухолями. Разбор полученных результатов обследования больных.***

чтение рентгенограмм,

ознакомление с работой диагностических отделений;

отработка практических навыков взятия материала на морфологическое исследование

3. **Задания для групповой работы**

Построение плана диагностического процесса на примере подобранного пациента.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие основные этапы обследования больных с подозрением на злокачественное новообразование?
2. Основные методы базовой рентгенодиагностики онкологических заболеваний.
3. Какие основные рентгеноскопические симптомы рака органов пищеварения?.
4. Какие инвазивные исследования, выполняемые под рентгенотелевизионным контролем, применяются в онкологии?
5. Какие рентгенологические симптомы злокачественных заболеваний легких и средостения?
6. Какие рентгенологические симптомы злокачественных опухолей костно-суставной системы?
7. Укажите цели и области использования линейной томографии.
8. Назовите специальные виды рентгенографии, их возможности.

9. Дайте характеристику метода КТ.
10. Укажите области применения КТ.
11. Охарактеризуйте диагностические возможности МРТ.
12. Перечислите виды УЗИ с их предназначением.
13. Назовите виды радионуклидных исследований.
14. Какие уровни получения медицинских изображений вы знаете?
15. Какими возможностями обладают эндоскопические исследования?
16. Какие основные виды эндоскопических исследований и области их применения?
17. Какие существуют особенности изменений периферической крови, биохимических и иммунологических тестов у онкологических больных?
18. Роль опухолевых маркеров в онкологии.
19. Как проводится выявление рака в доклиническом периоде?

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова. Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей. 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Методы диагностики в клинической онкологии. Учебное пособие для ординаторов 2018 Киров : Кировский ГМУ,
3. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
1. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
2. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
3. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
4. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 5. Методы диагностики в клинической онкологии

Тема 5.2: Лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования (семинар)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного провести качественное клиническое обследование пациента.

Задачи: Сформировать знания и умения клинического обследования пациента.

Обучающийся должен знать: Основы диагностики онкологических заболеваний.

Обучающийся должен уметь: Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных). Грамотно толковать результаты обследования.

Обучающийся должен владеть: Основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией МКБ, в том числе с применением инструментальных и лабораторных методов диагностики.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

Рациональное построение инструментальной и лабораторной диагностики злокачественных опухолей.

Виды лучевых методов диагностики.

Задачи и возможности лучевых методов диагностики злокачественных опухолей.

Виды эндоскопических методов диагностики.

Задачи и возможности эндоскопических методов диагностики злокачественных опухолей.

Биохимические методы диагностики.

Опухолевые маркеры.

Иммунологические методы в диагностике.

Перспективные методы диагностики злокачественных новообразований.

Морфологическая диагностика в деятельности онколога (виды морфологических исследований, способы забора материала)

2. **Практическая работа.**

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. К достоинствам метода ультразвуковой томографии относятся: 1) неинвазивный характер исследования 2) безвредность 3) практически отсутствие противопоказаний 4) возможность выявления мелких (до 1 см в диаметре) новообразований в легких 5) высокая информативность при исследовании желудка и толстой кишки

а) все ответы правильные

б) правильные ответы 1, 2 и 3

в) правильные ответы 2, 3 и 4

г) правильные ответы 3, 4 и 5

д) правильные ответы 4 и 5

2. Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных с опухолями

а) легких

б) органов брюшной полости

в) молочной железы

г) щитовидной железы

д)правильные ответы в) и г)

3. Инструментальным методом, позволяющим дифференцировать магистральные сосуды без их контрастирования, может быть

а) ультразвуковая томография

б) ангиография

в) обзорная рентгенография

г) правильного ответа нет

Эталоны ответов 1. б; 2. д; 3. а;

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие основные этапы обследования больных с подозрением на злокачественное новообразование?
2. Основные методы базовой рентгенодиагностики онкологических заболеваний.
3. Какие основные рентгеноскопические симптомы рака органов пищеварения?
4. Какие инвазивные исследования, выполняемые под рентгенотелевизионным контролем, применяются в онкологии?
5. Какие рентгенологические симптомы злокачественных заболеваний легких и средостения?

6. Какие рентгенологические симптомы злокачественных опухолей костно-суставной системы?
7. Укажите цели и области использования линейной томографии.
8. Назовите специальные виды рентгенографии, их возможности.
9. Дайте характеристику метода КТ.
10. Укажите области применения КТ.
11. Охарактеризуйте диагностические возможности МРТ.
12. Перечислите виды УЗИ с их предназначением.
13. Назовите виды радионуклидных исследований.
14. Какие уровни получения медицинских изображений вы знаете?
15. Какими возможностями обладают эндоскопические исследования?
16. Какие основные виды эндоскопических исследований и области их применения?
17. Какие существуют особенности изменений периферической крови, биохимических и иммунологических тестов у онкологических больных?
18. Роль опухолевых маркеров в онкологии.
19. Как проводится выявление рака в доклиническом периоде?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. К эндоскопическим исследованиям с применением фиброволоконной оптики, используемым в настоящее время в клинике, относятся
   а) лапароскопия
   б) торакоскопия
   в) цистоскопия
   г) артроскопия
   д) все перечисленные
2. Применение рентгенотелевидения
   а) уменьшает лучевую нагрузку на рентгенолога и больного
   б) увеличивает лучевую нагрузку
   в) не влияет на величину лучевой нагрузки
   г) повышает качество рентгенограммы
   д) ухудшает качество рентгенограммы
3. Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить
   а) морфологический диагноз
   б) топический диагноз
   в) клинический диагноз
   г) все ответы правильные
   д) правильного ответа нет
4. Уровень стероидных гормонов может быть определен
   а) в моче
   б) в крови
   в) в слюне
   г) в слюне и крови
   д) в моче и крови
5. При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается
   а) гипокоагуляция
   б) нормокоагуляция
   в) гиперкоагуляция
   г) все варианты встречаются с одинаковой частотой
6. Для рака молочной железы I стадии характерны следующие изменения анализа крови
   а) анемия
   б) лейкоцитоз
   в) ускоренное СОЭ
   г) все ответы верные

д) правильного ответа нет

7. Из перечисленных методик дуоденографии наиболее информативной является

а) беззондовая дуоденография без гипотонии двенадцатиперстной кишки

б) зондовая дуоденография без гипотонии двенадцатиперстной кишки

в) зондовая гипотензивная дуоденография

г) беззондовая гипотензивная дуоденография

д) все перечисленные методики обладают одинаковой информативностью

8. Наиболее информативным из перечисленных методов диагностики метастатического поражения паренхимы печени является

а) лапароскопия

б) ангиография

в) биохимическое исследование крови

г) сканирование печени

д) все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью

9. На поперечных срезах грудной клетки при рентгеновской компьютерной томографии нельзя

а) точно локализовать опухоль

б) рассчитать ее размеры

в) оценить плотность и однородность опухоли

г) определить доброкачественный или злокачественный характер новообразования

10. Рентгенокинематографическое исследование

а) является основной методикой изучения морфологии органа и патологического процесса

б) применение метода связано с большими трудностями

в) увеличивает лучевую нагрузку на больного и рентгенолога

г) качество изображения не уступает таковому на высококачественной рентгенограмме

д) правильные ответы б) и в)

11. Свойством, не характерным для электрорентгенографии, является

а) получение скрытого изображения на селеновой пластинке

б) быстрота изготовления снимков

в) невозможность визуального контроля при производстве электрорентгенограмм

г) нечеткое изображение контуров отдельных органов и деталей

д) отсутствие необходимости затемнения помещения

12. Абсолютными противопоказаниями к бронхографии являются

а) тяжелая декомпенсация при пороках сердца

б) выраженная недостаточность внешнего дыхания

в) острое воспаление верхних дыхательных путей

г) массивное легочное кровотечение

д) все ответы верные

13. Условиями выполнения диагностического пневмоторакса являются: 1) проводится в стационаре 2) проводится амбулаторно 3) оптимальное количество газа, вводимое в плевральную полость, - 400-800 мл 4) обязательное введение не менее 1500 мл газа

а) правильно 1 и 3

б) правильно 2 и 4

в) правильно 1 и 4

г) правильно 2 и 3

д) правильного ответа нет

14. Показаниями к проведению сиалографии являются

а) аденома слюнной железы

б) рак слюнной железы

в) хронический сиалоаденит

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

15. Диагностика опухолевых образований молочных желез возможна

а) при ультразвуковом исследовании
б) при маммографии
в) при термографии
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет
16. К инвазивным методам рентгенологического исследования относятся
а) компьютерная томография
б) ирригоскопия
в) ангиография
г) флюорография
17. К неинвазивным методам рентгенологического исследования относятся
а) аортография
б) лимфография
в) компьютерная томография
г) илиокавография
д) веноазигография
18. К рентгенологическим методикам исследования мочевыводящих путей относятся
а) гистерография
б) экскреторная урография
в) холецистография
г) бронхография
19. К непрямым методам диагностики увеличенных лимфоузлов относятся
а) лимфография
б) илиокавография
в) рентгеновская компьютерная томография
г) ультразвуковая томография
20. Ангиография наиболее информативна при диагностике опухолей
а) шейки матки
б) почки
в) желудка
г) легких
21. Использование лимфографии целесообразно при следующих опухолях яичников
а) серозная цистаденокарцинома
б) дисгерминома
в) муцинозный рак
г) эндометриоидный рак
22. Радиоизотопные исследования в клинической онкологии используются
а) для выявления первичной опухоли
б) для определения распространенности злокачественного процесса
в) для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов
г) правильны только ответы а) и б)
д) все ответы правильные
23. Опухоль характеризуется
а) повышенным накоплением радионуклида в опухоли
б) пониженным накоплением радионуклида в опухоли
в) нарушением распространения радиоактивного вещества по сосудам
г) все ответы правильные
д) правильные только ответы а) и б)
24. Радиофосфорный тест применяют для диагностики
а) поверхностных опухолей
б) опухолей полостных органов, доступных для введения датчика
в) только для опухолей, имеющих тропность к фосфору
г) все ответы правильные

д) правильные ответы а) и б)

25. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей

а) поджелудочной железы

б) желудка

в) щитовидной железы

г) все ответы правильные

д) правильного ответа нет

26. Радиоактивный йод может быть применен для выявления

а) первичной опухоли щитовидной железы

б) метастазов рака щитовидной железы в легкие, печень

в) метастазов рака щитовидной железы в кости

г) правильно а) и б)

д) все ответы правильные

27. Для диагностики метастатического поражения костей чаще всего используются

а) радиоактивный 32P

б) радиоактивный 99Sr

в) радиоактивный 90Co

г) радиоактивный 131J

д) все ответы правильные

28. Радиоизотопные исследования лимфатических узлов с цитратом галлия 67Ga информативны

а) для рака легкого

б) для лимфомы

в) для рака пищевода

г) все ответы правильные

29. Радиоизотопное исследование легких с внутривенным введением 133Xe используется

а) для диагностики злокачественных опухолей

б) для диагностики доброкачественных опухолей

в) для оценки регионарного легочного кровотока

г) для оценки вентиляции легких

30. Радиоиммунологическое определение уровня РЭА (раково-эмбрионального антигена) может быть использовано

а) для установления диагноза рака

б) для уточнения степени распространенности опухоли

в) для динамического наблюдения

г) правильно а) и б)

д) все ответы правильные

31. Повышение уровня кальцитонина, определяемое радиоиммунологическим методом, характерно

а) для папиллярного рака щитовидной железы

б) для фолликулярного рака щитовидной железы

в) для недифференцированного рака щитовидной железы

г) для медуллярного рака щитовидной железы

д) все ответы правильные

32. Рецепторы стероидных гормонов выявляются в опухолях

а) молочной железы

б) матки

в) гортани

г) правильные ответы а) и б)

д) все ответы правильные

33. Для диагностики злокачественных опухолей тела матки наиболее информативной является

а) лапароскопия

б) гистероскопия
в) кольпоскопия
г) кульдоскопия
34. Противопоказанием к выполнению бронхофиброскопии не является
а) тяжелый астматический статус (при самостоятельном дыхании)
б) искусственная вентиляция легких в связи с дыхательной недостаточностью
в) профузное легочное кровотечение (при самостоятельном дыхании)
г) наличие крупного инородного тела в трахее (при самостоятельном дыхании)
д) в настоящее время перечисленные ситуации противопоказанием не являются
35. Экстренная эзофагоскопия показана: 1) для подтверждения или исключения диагноза злокачественного новообразования в пищеводе 2) для уточнения распространенности опухолевого процесса 3) при подозрении на повреждение или перфорацию пищевода 4) при пищеводно-желудочном кровотечении 5) для оценки эффективности противоопухолевого лечения
а) правильно 1 и 2
б) правильно 3 и 4
в) правильно 4 и 5
г) правильно 1 и 4
д) правильно 1 и 5
36. Абсолютным противопоказанием к выполнению медиастиноскопии является
а) увеличение щитовидной железы (I-II степени)
б) выраженный синдром сдавления верхней полой вены
в) синусовая тахикардия до 100 в минуту
г) недостаточность легочной вентиляции II степени
37. Методами, позволяющими определить функциональное участие правого и левого легкого в вентиляции, являются: 1) сканирование органов средостения с цитратом галлия (67Ga) 2) сканирования легких с макроагрегатом альбумина, меченного 131J 3) общая спирография (спирометрия) 4) раздельная бронхоспирография (-спирометрия) 5) латеротест (Бергана)
а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 4 и 5
д) правильно 2 и 4
38. Аспирационный (пункционный) метод исследования наиболее информативен в цитологической диагностике
а) эпителиальных опухолей
б) мезенхимальных опухолей
в) нейрогенных опухолей
г) дисэмбриональных опухолей
39. Для диагностики хориокарциномы матки целесообразно применять следующие иммунологические методы исследования
а) АФП, РЭА (а-фетопротеин, раково-эмбриональный антиген)
б) ХГ, ТБГ (хронический гонадотропин, трофобластический b-глобулин)
в) правильного ответа нет
г) все ответы правильные
40. Абсолютно достоверная интраоперационная диагностика распространенности опухолевого процесса возможна
а) на основании срочного цитологического исследования материала, взятого во время операции
б) на основании срочного гистологического исследования биопсийного материала, взятого во время операции
в) на основании комплексного обследования (пальпация, осмотр, срочное гистологическое и цитологическое исследование)
г) нет абсолютно достоверных методов интраоперационной диагностики распространенно-

сти опухолевого процесса

д) правильного ответа нет

Эталоны ответов 1. д; 2. а; 3. б; 4. д; 5. в; 6. д; 7. в; 8. б; 9. г; 10. Д; 11. г; 12. д; 13. а; 14. г; 15. г; 16. в; 17. в; 18. б; 19. б; 20. б; 21. б; 22. д; 23. г; 24. г; 25. в; 26 д; 27. б; 28. г; 29. в; 30. в; 31. г; 32. д; 33. б; 34. д; 35. б; 36. б; 37. г; 38. а; 39. б; 40. г.

4) Подготовить доклад

Примерные темы доклада

1. ДНК-диагностика в онкологии.
2. ПЭТ-диагностика в онкологии.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова. Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей. 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Методы диагностики в клинической онкологии. Учебное пособие для ординаторов 2018 Киров : Кировский ГМУ,
3. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ

ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 6. Общие принципы лечения злокачественных опухолей

Тема 6.1: Современные принципы хирургического лечения злокачественных опухолей (семинар)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного провести хирургическое лечение онкологического пациента.

Задачи: Сформировать знания и умения хирургического лечения онкологических больных.

Обучающийся должен знать: Основы хирургического лечения онкологических больных

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения онкологических больных, необходимые хирургические лечебные мероприятия. Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях.

Обучающийся должен владеть: Техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**.

Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение в онкологии.

Комбинированное и сочетанное лечение онкологических больных.

Показания и противопоказания к применению хирургического метода лечения онкологиче-

ских больных.

Стандартные, расширенные, комбинированные, экономные операции в онкологии.

Особенности хирургических операций в онкологии.

Лимфодиссекция.

Паллиативные и симптоматические операции в онкологии.

2. **Практическая работа.**

Клинические разборы ***определение показаний к определенному виду лечения; характера и объема хирургического лечения у конкретных больных хлокачественными опухолями***

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Отработка практических навыков хирургического лечения больных (участие в операциях).

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Факторами, которые могут влиять на объем операции, являются
   а) стадия заболевания
   б) возраст больного
   в) сопутствующие заболевания
   г) все ответы верные*
2. Показанием для паллиативной мастэктомии может быть
   а) наличие изъязвленной опухоли
   б) тяжелые сопутствующие заболевания
   в) преклонный возраст больной
   г) все ответы верные*
   д) правильного ответа нет

1. г; 2. г;

3. **Задания для групповой работы**

Обсуждение характера хирургического лечения у больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Приведите классификацию методов лечения в онкологии.
2. Какие виды хирургических операций в онкологии?
3. Охарактеризуйте термины «операбельность» и «резектабельность».
4. Раскройте значение радикализма хирургического лечения в онкологии, укажите принципы абластики, антибластики, футлярности, зональности.
5. В чем суть циторедуктивных и симптоматических операций.
6. Значение лимфодиссекции при хирургическом лечении онкологических больных.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено
   а) на обеспечение антибластики
   б) на обеспечение абластики
   в) на снижение риска хирургических вмешательств
   г) на максимальное сохранение функции органа
2. Главной целью симптоматической операции является
   а) удаление пораженного опухолью органа
   б) удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли

в) устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти
г) все ответы верные

3. Недостатком метода электрокоагуляции опухоли являются
а) пригорание фрагментов опухоли к электроду
б) опасность глубокого поражения стенки органа
в) отторжение коагулированных тканей в течение нескольких дней
г) все ответы правильные
д) верные ответы а) и в)
4. Факторами, предрасполагающими к тромбоэмболии легочной артерии, являются
а) длительная катетеризация крупных вен
б) операции на органах малого таза и нижних конечностях
в) длительное неподвижное положение в постели, пожилой возраст
г) посттромботический синдром
д) все ответы правильные
5. Тромбоэмболия легочной артерии может проявляться следующими синдромами (синдромом)
а) легочно-плевральным
б) кардиальным
в) абдоминальным и почечным
г) церебральным
д) всеми перечисленными
6. Проводниковая аналгезия в послеоперационном периоде имеет перед применением наркотических анальгетиков (при подкожном, внутримышечном и внутривенном введении) следующие преимущества
а) сохранение сознания больного и возможность контроля его субъективных ощущений
б) отсутствие отрицательного влияния на функции жизненно важных органов
в) депрессию дыхания
г) рвоту, тошноту
д)правильные ответы а) и б)
7. Профилактика послеоперационной пневмонии включает следующие мероприятия: 1) санацию полости рта, зева, верхних дыхательных путей 2) раннюю активизацию больного 3) комплекс дыхательных упражнений 4) адекватное обезболивание 5) длительное применение наркотических анальгетиков (больших доз)
а) все ответы правильные
б) правильные все, кроме 5
в) правильные все, кроме 4, 5
г) правильные все, кроме 3, 4 и 5
д) правильные все, кроме 1 и 2
8. К расширенной операции следует относить
а) удаление опухоли в пределах здоровых тканей
б) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером
в) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
г) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс.
д) правильного ответа нет
9. К комбинированной операции следует относить
а) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером
б) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьеромиз всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
в) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс

г) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого заболевания

д) все ответы правильные

10. Термину "операбельность" больше всего соответствует

а) состояние больного, позволяющее выполнить операцию

б) состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию

в) выявленная во время хирургического вмешательства возможность выполнить радикальную операцию

г) правильного ответа нет

11. На отдаленные результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний оказывает наименьшее влияние

а) тип роста опухоли

б) гистологическая структура опухоли

в) наличие метастазов в регионарных лимфоузлах

г) наличие отдаленных метастазов

д) возраст больного

12. Предоперационная подготовка гепарином (по Коккару) целесообразна

а) при наличии гиперкоагуляции

б) больным с избыточным весом

в) при наличии тромбоэмболических осложнений в анамнезе

г) при наличии варикозно-расширенных подкожных вен нижних конечностей

д) все ответы правильные

13. На частоту развития несостоятельности швов могут оказывать влияние: 1) гипопротеинемия 2) анемия3) погрешности хирургической техники 4) наличие опухолевых клеток по линии резекции 5) натяжение сшиваемых органов

а) все ответы правильные

б) правильные все, кроме 5

в) правильные все, кроме 4 и 5

г) правильные все, кроме 1 и 2

д) правильные все, кроме 3 и 4

14. Радикальная резекция молочной железы оправдана при локализации опухоли

а) в верхневнутреннем квадранте

б) в верхненаружном квадранте

в) в нижневнутреннем квадранте

г) в нижненаружном квадранте

Эталоны ответов 1. б; 2. в; 3. г; 4. д; 5. д; 6. д; 7. б; 8. г; 9. в; 10. а 11. д; 12. д; 13. а; 14. б.

4) Подготовить реферат

Примерные темы реферата

1. Экономные операции при раке прямой кишки.
2. Способы формирование эзофагоеюноанастомоза.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

2. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 6. Общие принципы лечения злокачественных опухолей
Тема 6.2: Современные принципы лучевой терапии злокачественных опухолей (практическое занятие)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного уверенно ориентироваться в лучевом лечении онкологического пациента.

Задачи: Сформировать знания и умения применения лучевого лечения онкологических больных.

Обучающийся должен знать: Основы лучевого лечения онкологических больных.

Обучающийся должен уметь: Определять показания к лучевому лечению, план и тактику лучевого лечения у онкологических больных.

Обучающийся должен владеть: Общими принципами применения лучевой терапии в онкологии.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   Механизмы лучевого воздействия на опухоль.
   Корпускулярные и волновые методы облучения.
   Задачи лучевой терапии в онкологии.
   Радиочувствительность опухолей.
   Дистанционная лучевая терапия.
   Фракционирование облучения
   Радиомодификация.
   Брахитерапия.
   Радионуклидная терапия.
   Лучевая терапия, как часть комбинированного лечения.
   Лучевые реакции и осложнения.

2. **Практическая работа**
   Клинические разборы - ***определение показаний к лучевому лечению, выбор метод лечения у конкретных больных злокачественными опухолями***
   Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
   Знакомство с работой радиологического отделения.

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Для профилактики и лечения лучевых реакций слизистых оболочек применяют
а) антисептические растворы
б) витаминизированные растворы
в) метилурацил
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного
2. Для профилактики и лечения общих лучевых реакций применяют
а) антигистаминные препараты
б) витамины
в) седативные средства
г) правильные ответы а) и б)

д) все ответы правильные

Эталоны ответов 1. г; 2. д;

3. Задания для групповой работы

Обсуждение необходимости проведения лучевого лечения и характера данного лечения у больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие задачи лучевой терапии?
2. Как опухоли различаются по радиочувствительности и чем вызвана разная радиочувствительность опухолей?
3. Разовые и суммарные дозы облучения.
4. Режимы фракционирования.
5. Способы радиомодификации.
6. Какие методы лучевой терапии по способуподведения доз к опухоли?
7. Каковы функции радикальной, паллиативной и симптоматической лучевой терапии?
8. Предоперационная, интраоперационная, послеоперационная лучевая терапия.

3) Проверить свои знания с использованием тестового

01. Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется
    а) как самостоятельный метод
    б) в комбинации с хирургическим методом
    в) в комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией)
    г) все ответы правильные
    д) правильные первые два ответа
02. Основная цель радикальной лучевой терапии
    а) подведение максимально возможной дозы излучения
    б) снижение биологической активности опухолевых клеток
    в) вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
    г) достижение частичной регрессии опухоли
    д) достижение полной регрессии опухоли
03. Паллиативная лучевая терапия решает следующие задачи
    а) подведение максимально возможной дозы излучения
    б) вызов гибели наиболее чувствительного пула опухолевых клеток
    в) получить торможение роста опухоли
    г) получить частичную регрессии опухоли
    д) все ответы правильные
04. Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются
    а) повышение операбельности
    б) повышение резектабельности
    в) достижение значительного уменьшения опухоли
    г) получение полной регрессии опухоли
    д) понижение жизнеспособности опухолевых клеток
05. К радиочувствительным могут быть отнесены все перечисленные ниже опухоли, кроме
    а) лимфогранулематоза
    б) лимфосаркомы
    в) семиномы
    г) аденокарциномы желудка
    д) мелкоклеточного рака легкого

06. Наиболее радиорезистентной опухолью из перечисленных является
а) плоскоклеточный неороговевающий рак
б) семинома
в) опухоль Юинга
г) остеогенная саркома
д) все перечисленные опухоли
07. Послеоперационная лучевая терапия может быть проведена в случае
а) нерадикальности операции
б) неабластичности операции
в) выявленных во время операции регионарных метастазов
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)
08. На радиочувствительность опухоли оказывают влияние
а) напряжение кислорода опухоли
б) дифференцировка опухолевых клеток
в) форма роста опухоли
г) правильные первые два фактора
д) все перечисленные фактор
09. Следующие факторы модификации радиочувствительности опухоли и нормальных тканей используют в лучевой терапии
а) локальную гипертермию
б) искусственную гипергликемию
в) гипербарическую оксигенацию
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет
10. Расщепленный курс лучевой терапии применяют
а) для повышения радиочувствительности опухоли
б) для защиты нормальных тканей
в) для снижения числа рецидивов
г) для повышения дозы облучения
11. Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является
а) пожилой возраст
б) молодой возраст
в) активный туберкулез
г) все перечисленные факторы
д) ни один из перечисленных факторов
12. В практике лучевой терапии пока не применяется
а) дистанционное облучение
б) внутриполостное облучение
в) внутритканевое облучение
г) внутреннее облучение
д) нейтронзахватная терапия
13. Сочетанная лучевая терапия означает
а) применение двух способов облучения или двух видов излучения
б) расщепление курса лучевой терапии
в) облучение с радиомодификаторами
г) облучение в сочетании с химиотерапией
д) правильного ответа нет
14. Единицей измерения экспозиционной дозы излучения является
а) Грей
б) Рад
в) Кюри
г) Рентген

15. Единицей измерения поглощенной дозы излучения является
а) Грей
б) Кюри
в) Рентген
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет
16. К лучевым реакциям относится
а) фиброз
б) лучевая язва
в)эритема кожи
г)лучевой рак
17. На частоту местных лучевых реакций не влияет
а) пожилой возраст
б) аллергические заболевания
в) сахарный диабет
г) тиреотоксикоз
д) правильного ответа нет
Эталоны ответов 1. г; 2. д; 3. д; 4. д; 5. г; 6. г; 7. г; 8. д; 9. г; 10. б 11. в; 12. д; 13. а; 14. г; 15. а; 16. в; 17. а.

4) Подготовить доклад
Примерные темы доклада:
1. Брахитерапия при раке предстательной железы.
2. Неинвазивная радиохирургия.

Рекомендуемая литература:
Основная:
1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
Дополнительная:
1. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ
2. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
1. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
2. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
3. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
4. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 6. Общие принципы лечения злокачественных опухолей
Тема 6.3: Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей (практическое занятие)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять лекарственное лечение онкологических больных.

Задачи: Сформировать знания и умения применения лекарственного метода в лечении онкологических больных.

Обучающийся должен знать: Основы лекарственного лечения онкологических больных.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения онкологических больных, проводить лекарственное лечение онкологических больных.
Обучающийся должен владеть: Общими принципами лекарственного лечения злокачественных опухолей,техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   Модели и методы для изучения противоопухолевой активности различных соединений.
   Принципы химиотерапии.
   Биологическое поведение опухолей и их ответ на лекарственную терапию.
   Классификация противоопухолевых цитостатиков по механизму действия.
   Химиотерапия как самостоятельный метод лечения и составная комбинированного лечения.
   Осложнения химиотерапии.
   Таргетные препараты и их эффективность при различных злокачественных опухолях.
   Группы гормональных препаратов и антигормоны.
   Механизм действия гормонального лечения и показания к нему.
   Модификаторы биологических реакций. Классификация, механизм действия.

2. **Практическая работа**
   Клинические разборы - ***определение показаний к лекарственному виду лечения; лечения у конкретных больных злокачественными опухолями, определение схем лечения***
   Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

3. **Задания для групповой работы**
   Обсуждение необходимости проведения лекарственного лечения и характера данного лечения у больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение понятий «химиотерапия», таргетная терапия», «гормональная терапия», «иммунотерапия» применительно к онкологии.
2. Какие опухоли которые могут быть принципиально излечены более чем в 50 % случаев с помощью химиотерапии?
3. Какие опухоли чувсвительные. Какие малочувствительные к химиотерапии?
4. Какие критерии оценки результатов лекарственного лечения?
5. Назовите основные виды химиотерапии.
6. Какие основные принципы и задачи химиотерапии?
7. Как подразделяются осложнения химиотерапии?
8. Какие противопоказания к проведению химиотерапии?
9. Как подразделяются цитостатики по механизму действия и происхождению?
10. Какие механизмы действия таргетных препаратов?
11. Какие известны препараты для гормонотерапии?
12. Какие методы иммунотерапии применяются в настоящее время?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Механизм действия алкилирующих препаратов состоит
а) в реакции алкилирования
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты

в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина - белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК
2. Механизм действия противоопухолевых антибиотиков состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина - белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК
3. Механизм действия антиметаболитов состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина - белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК
4. Механизм действия препаратов растительного происхождения (например, таксола) состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина - белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК
5. Механизм действия производных платины состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б)в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина - белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК
6. Наиболее часто лекарственная терапия может считаться самостоятельным высокоэффективным методом при лечении
а) рака почки
б) мелкоклеточного рака легкого
в) рака мочевого пузыря
г) рака желудка
д) рака яичников
7. Эффективная предоперационная химиотерапия в ряде случаев может привести
а) к уменьшению объема опухоли
б) к переводу больного в операбельное состояние
в) к возможному сокращению объема оперативного вмешательства
г) ко всему перечисленному
д) верных ответов нет
8. Высокочувствительными к цитостатикам являются: 1) ретинобластома 2) герминогенные опухоли 3) саркома матки 4) саркома Юинга 5) рак вульвы
а) все перечисленное правильно
б) правильно 1, 2 и 3
в) правильно 1, 2 и 4
г) правильно 1, 2 и 5
д) правильно 2, 3, 4
9. Наиболее уязвима для цитостатиков опухолевая клетка, находящаяся в фазе
а) M
б) G1
в)S
г) G2

д) G

10. К цитостатикам с преимущественно фазово-неспецифическим действием относятся

а) адриамицин

б) платидиам

в) метотрексат

г) алкилирующие агенты

д) правильно все перечисленное

11. К алкилирующим препаратам относятся

а) ифосфамид

б) эмбихин

в) вепезид

г) тио-ТЭФ

д) все перечисленные, кроме в)

12. К противоопухолевым антибиотикам относятся

а) адриамицин

б) митрамицин

в) стрептозотоцин

г) проспидин

д) правильно а) и б)

13. К антиметаболитам относятся

а) фторурацил

б) цитозар

в) хлодитан

г) цитембена

д) правильные ответы все, кроме в)

14. Противопоказанием для назначения антрациклинов является

а) диссеминация опухолевого процесса

б) сердечно-сосудистая недостаточность

в) повышение температуры тела до 37,5-С

г) отсутствие одной почки

15. Противопоказанием для применения ифосфамида является

а) геморрагический цистит

б) инфаркт в анамнезе

в) повышение трансаминаз в 2 раза

г) аллергия в анамнезе

16. Согласно рекомендации ВОЗ под полным эффектом (полной ремиссией) понимают

а) полную резорбцию опухоли

б) полную резорбцию опухоли сроком не менее, чем на 1 месяц

в) полную резорбцию опухоли сроком не менее, чем на 2 месяца

г) уменьшение опухоли и улучшение состояния больного

17. Согласно рекомендации ВОЗ под частичным эффектом (частичной ремиссией) понимают

а) уменьшение опухоли, улучшение состояния больного

б) уменьшение размеров опухоли >50%*

в) уменьшение размеров опухоли >50% сроком не менее, чем на 2 месяца

18. Статистически значимое увеличение жизни больных с диссеминированным опухолевым процессом достигается

а) при получении полного эффекта

б) при получении эффекта <50%

в) при получении субъективного эффекта

г) верно а) и б)

19. К побочным реакциям химиотерапии относятся

а) тошнота и рвота

б) гипертермия
в) агранулоцитоз
г) нефротоксичность
д) правильно а) и б)
20. К осложнениям химиотерапии относятся
а) диарея
б) анорексия
в) стоматит
г) цистит
д)правильные ответы а), в) и г)
21. Андрогены применяются
а) при раке мочевого пузыря
б) при раке молочной железы
в) при злокачественных опухолях яичника
г) при раке предстательной железы
д) верные ответы б) и г)
22. Эстрогены применяются
а) при раке предстательной железы
б) при злокачественных опухолях яичка
в) при раке яичников
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)

Эталоны ответов 1. а; 2. в; 3. б; 4. г; 5. д; 6. б; 7. г; 8. в; 9. в; 10. г 11. д; 12. д; 13. д; 14. б; 15. а; 16. б; 17. б; 18. а; 19. д; 20. д; 21. б; 22. а.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»

2. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 6. Общие принципы лечения злокачественных опухолей

Тема 6.3: Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей (семинар)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять лекарственное лечение онкологических больных.

Задачи: Сформировать знания и умения применения лекарственного метода в лечении онкологических больных.

Обучающийся должен знать: Основы лекарственного лечения онкологических больных.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения онкологических больных, проводить лекарственное лечение онкологических больных.
Обучающийся должен владеть: Общими принципами лекарственного лечения злокачественных опухолей,техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   Модели и методы для изучения противоопухолевой активности различных соединений.
   Принципы химиотерапии.
   Биологическое поведение опухолей и их ответ на лекарственную терапию.
   Классификация противоопухолевых цитостатиков по механизму действия.
   Химиотерапия как самостоятельный метод лечения и составная комбинированного лечения.
   Осложнения химиотерапии.
   Таргетные препараты и их эффективность при различных злокачественных опухолях.
   Группы гормональных препаратов и антигормоны.
   Механизм действия гормонального лечения и показания к нему.
   Модификаторы биологических реакций. Классификация, механизм действия.

2. **Практическая работа**
   Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
   Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:
   1. Антиандрогены применяются
   а) при раке предстательной железы
   б) при раке почки
   в) при злокачественных опухолях яичка
   г) при меланоме кожи
   2. К средствам неспецифической иммунотерапии относятся
   а) БЦЖ
   б) зимозан, летинол
   в) Poly-A-Poly-И
   д) все перечисленное
   Эталоны ответов 1. а; 2. д;

3. **Задания для групповой работы**
   Обсуждение необходимости проведения лекарственного лечения и характера данного лечения у больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение понятий «химиотерапия», т»аргетная терапия», «гормональная терапия», «иммунотерапия» применительно к онкологии.
2. Какие опухоли которые могут быть принципиально излечены более чем в 50 % случаев с помощью химиотерапии?
3. Какие опухоли чувсвительные. Какие малочувствительные к химиотерапии?
4. Какие критерии оценки результатов лекарственного лечения?
5. Назовите основные виды химиотерапии.
6. Какие основные принципы и задачи химиотерапии?
7. Как подразделяются осложнения химиотерапии?

8. Какие противопоказания к проведению химиотерапии?
9. Как подразделяются цитостатики по механизму действия и происхождению?
10. Какие механизмы действия таргетных препаратов?
11. Какие известны препараты для гормонотерапии?
12. Какие методы иммунотерапии применяются в настоящее время?

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Осложнения химиотерапии.
2. Интерлейкины в онкологии.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»

2. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 7. Опухоли головы и шеи

Тема 7.1: Злокачественные опухоли губы, полости рта и глотки. (Практическое занятие)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение злокачественных опухолей губы, полости рта и глотки.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей губы, полости рта, (включая рак языка, слизистой полости рта, больших слюнных желез), полости носа и прида- точных пазух, глотки. Обучить диагностике и лечению данной патологии.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, клинику, профилактику данных опухолей.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачествен-ными опухолями губы, слизистой полости рта и глотки. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях губы, полости рта и глотки. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях губы, слизистой полости рта и глотки.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

   Распространенность и причины возникновения опухолей губы, слизистой полости рта и глотки.

   Предопухолевые состояния.

   Макро- и микроскопические формы данных опухолей.

Закономерности прогрессирования опухолей губы, слизистой полости рта и глотки.

Диагностика опухолей губы, слизистой полости рта и глотки.

Лечение опухолей губы, слизистой полости рта и глотки.

Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

2. Практическая работа.

Клинические разборы – ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными опухолями опухолей губы, слизистой полости рта и глотки.***

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Отработка практических навыков пункционной и ножевой бипсии.

Освоение хирургической техники.

3. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите предопухолевые заболевания губы.
2. Какие формы рака губы вы знаете?
3. Что такое хейлит Манганотти?
4. В какие лимфатические узлы наиболее часто метастазирует рак губы?
5. Перечислите методы, используемые при диагностике рака губы.
6. Как меняется лечебная тактика в зависимости от стадии рака губы?
7. Каков прогноз при раке губы?
8. Какова распространенность опухолей слюнных желез?
9. Перечислите причины возникновения опухолей слюнных желез.
10. Назовите наиболее часто встречающуюся доброкачественную опухоль околоушной слюнной железы.
11. Какая злокачественная опухоль больших слюнных желез развивается чаще у женщин?
12. Приведите клинико-морфологическую классификацию опухолей слюнных желез эпителиальной природы.
13. Какие методы применяются в диагностике опухолей слюнных желез?
14. Каков минимальный объем операции при опухолях околоушных слюнных желез?
15. Охарактеризуйте методы лечения рака слюнных желез и приведите их результаты.
16. Какие предопухолевые заболевания полости рта вы знаете?
17. Какие отделы слизистой оболочки полости рта наиболее часто поражаются раком?
18. Перечислите этапы диагностики при раке слизистой оболочки полости рта.
19. Какие существуют особенности лечения рака слизистой оболочки полости рта на ранних стадиях?
20. Что такое операция Крайля?
21. Назовите принципы лечения местнораспространенного рака слизистой оболочки полости рта.
22. Какие проявления опухолей полости носа?
23. Какие гистологически формы опухолей полости носа и околоносовых пазух?
24. Какие этапы обследования при опухолях полости носа и околоносовых пазух?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. К предракам нижней губы относятся: 1) очаговый и диффузный гиперкератоз 2) образивный хейлит Манганноти 3) лейкоплакия 4) кожный рог 5) кератоакантома 6) эритроплакия 7) папиллома

а) правильно все перечисленное*

б) правильно все перечисленное, кроме 5, 6

в) правильно все перечисленное, кроме 1, 2 и 6

г) правильно все перечисленное, кроме 3, 5 и 6

д) правильно все перечисленное, кроме 2, 3 и 4

2. Криодеструкция первичной опухоли нижней губы может применяться

а) при I стадии

б) при IIа стадии

в) при IIб стадии

г) при рецидиве опухоли

д)при всех перечисленных стадиях*

3. Радикальная лучевая терапия рака нижней губы IIIа стадии возможна с помощью

а) близкофокусной рентгенотерапии

б) дистанционной g-терапии

в) сочетанной лучевой терапии*

г) все ответы правильные

д) правильные ответы а) и б)

4. Для лечения регионарных метастазов рака нижней губы применяется

а) близкофокусная рентгенотерапия

б) дистанционная g-терапия

в) облучение электронами

г) все ответы правильные

д) правильные ответы б) и в)*

5. При опухолях головы и шеи в настоящее время считается наиболее эффективной

а) системная химиотерапия

б) регионарная внутриартериальная инфузия*

в) эндолимфатическое введение

г) все методы одинаково эффективны

6. Заболеваемость раком слизистой полости рта в РФ

а) снижается

б) стабильная

в) повышается*

7. Наибольшая частота рака слизистой полости рта отмечается

а) в государствах Балтии

б) в средней полосе России

в) в Узбекистане*

г) в Сибири

8. Наиболее частой морфологической формой злокачественных опухолей слизистой полости рта является

а) плоскоклеточный рак*

б) саркома

в) мукоэпидермоидная опухоль

г) цилиндрома

д) недифференцированный рак

9. Привентивное фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи оправдано

а) при раке подвижной части языка Iа стадии

б) при раке подвижной части языка IIа садии

в) при раке корня языка IIа стадии*

г) при раке слизистой дна полости рта IIа стадии

10. Лучевая терапия в лечении рака слизистой полости рта может быть применена

а) как самостоятельный радикальный метод

б) как паллиативный метод

в) как этап комбинированного лечения

г) правильные ответы б) и в)

д) все ответы правильные*

11. Для установления диагноза злокачественной опухоли слюнной железы необходимо выполнить

а)сиалографию

б) биопсию с морфологическим исследованием*

в) компьютерную томографию

г) ангиографию

12. В полости носа из перечисленных злокачественных опухолей встречаются: 1) аденокарцинома 2) плоскоклеточный рак 3) мягкотканные саркомы 4) меланома 5) цилиндрома 6) эстезионтробластома

а) все перечисленные*

б) все перечисленные, кроме 1 и 5

в) все перечисленные, кроме 1, 3 и 5

г) все перечисленные, кроме 3, 4 и 6

д) все перечисленные, кроме 4, 5 и 6

13. У больного 65 лет плоскоклеточный рак нижней носовой раковины I стадии. Из методов лучевой терапии ему наиболее целесообразна

а) дистанционная g-терапия

б) внутритканевая лучевая терапия

в) внутриполостная лучевая терапия

г) сочетанная лучевая терапия (дистанционная g-терапия + внутриполостная лучевая терапия)*

14. Среди новообразований носоглотки встречаются следующие опухоли эпителиальной природы:1) аденома 2) ангиома 3) краниофарингиома 4) папиллома 5) кератома 6) невринома

а) все перечисленные

б) все перечисленные, кроме 6

в) все перечисленные, кроме 1 и 2

г) все перечисленные, кроме 1, 4 и 6

д) все перечисленные, кроме 2, 3, 5 и 6*

15. Лучевая терапия при опухолях носоглотки используется

а) как радикальный метод лечения

б) как паллиативный метод лечения

в) в комбинации с хирургическим лечением

г) правильно а) и б)*

д) правильно б) и в)

16. Облучение регионарных зон при лучевой терапии рака носоглотки

а) обязательно во всех случаях*

б) проводится только при верификации метастазов в лимфатических узлах шеи

в) проводится только при подозрении на наличие метастазов в лимфатических узлах шеи

г) облучение регионарных зон нецелесообразно

д) правильные ответы б) и в)

17. Для лечения рака носоглотки наиболее целесообразен

а) хирургический метод

б) лучевой метод*

в) химиотерапия

г) комбинированный (хирургический + лучевая терапия)

Эталоны ответов 1. а; 2. д; 3. в; 4. д; 5. б; 6. в; 7. в; 8. а; 9. в 10. д; 11. б; 12. а; 13. г; 14. д; 15. г; 16. а; 17. б.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ
3. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 7. Опухоли головы и шеи

Тема 7.1: Злокачественные опухоли губы, полости рта и глотки. (семинар)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение злокачественных опухолей губы, полости рта и глотки.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей губы, полости рта, (включая рак языка, слизистой полости рта, больших слюнных желез), полости носа и прида- точных пазух, глотки. Обучить диагностике и лечению данной патологии.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, клинику, профилактику данных опухолей.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями губы, слизистой полости рта и глотки. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях губы, полости рта и глотки. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях губы, слизистой полости рта и глотки.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

Распространенность и причины возникновения опухолей губы, слизистой полости рта и глотки.

Предопухолевые состояния.

Макро- и микроскопические формы данных опухолей.

Закономерности прогрессирования опухолей губы, слизистой полости рта и глотки.

Диагностика опухолей губы, слизистой полости рта и глотки.

Лечение опухолей губы, слизистой полости рта и глотки.

Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

2. Практическая работа.

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Частота рака нижней губы имеет

а) тенденцию к увеличению

б) остается на том же уровне

в) тенденцию к уменьшению

2. У больного 55 лет рак IIа стадии боковой поверхности языка в средней трети. Среди вариантов лучевой терапии наиболее предпочтительна

а) дистанционная g-терапия

б) внутритканевая лучевая терапия

в) сочетанная лучевая терапия

г) правильные ответы б) и в)

д) правильные ответы а) и б)

3. К факторам, сказывающим влияние на возникновение рака нижней губы, относятся: 1) курение 2) травма 3) контакт с мышьяковистыми соединениями 4) лучистая энергия 5) климатические условия 6) эндогенные факторы

а) правильно все, кроме 2 и 3

б) правильно все, кроме 5 и 6

в) правильно все, кроме 2 и 4

г) правильно все, кроме 2, 4 и 6

д) правильно все

Эталоны ответов 1. в; 2. г; 3. д.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

У пациента 56 лет, обратившегося к стоматологу, обнаружен в правой подчелюстной области плотный, ограниченно подвижный, увеличенный до 2 см, безболезненный лимфатический узел. При расспросе выяснено, что год назад пациенту проводили облучение в онкологическом диспансере (со слов пациента, под языком была небольшая язвочка). В настоящее время при осмотре слизистой оболочки полости рта патологии выявлено не было.

Вопросы: Поставьте предположительный диагноз. Определите тактику

Ответы: 1. Метастазы рака слизистой оболочки полости рта в шейные лимфатические узлы.

2. Выполнить УЗИ шейных лимфатическихузлов, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, пункцию лимфатического узла подчелюстной области, при подтверждении метастаза рака — хирургическое лечение в объеме фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи справа.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. При раке нижней губы III стадии (опухоль занимала более половины нижней губы и инфильтрировала мягкие ткани подбородка) проведена криодеструкция опухоли.

Вопросы: Правильно ли выбран метод лечения? Какой метод лечения Вы бы предложили?

2. У пациента во время контрольного осмотра (спустя год после лучевого лечения по поводу рака языка) обнаружена язва на боковой поверхности языка. При цитологическом исследовании соскоба из области язвы найдены атипичные клетки плоского эпителия.

Вопросы: Поставьте диагноз. К какой клинической группе следует отнести пациента?

3. Пациенту с хронической трещиной нижней губы в течение года проводили лечение с

применением мазей с глюкокортикоидами и антибиотиками, новокаиновых блокад, и лучей Букки. Лечение не дало эффекта. Произведённая биопсия позволила исключить озлокачествление трещины губы.

Вопрос: Предложите дальнейшую тактику лечения данного пациента.

4. Больная 45 лет обратилась с жалобами на внезапно возникшую асимметрию лица с ограничением мимики справа. За несколько месяцев до этого отмечала постепенно нараставшую «припухлость» в области правой щеки. При осмотре - признаки пареза маргинальной ветви правого лицевого нерва. В правой околоушно-жевательной области пальпируется плотноэластическое, ограниченно-смещаемое образование без четких контуров до 4 см в диаметре, инфильтрирующее кожу, в верхней трети шеи справа пальпируется плотный, безболезненный, смещаемый лимфатический узел до 2 см в диаметре.

Вопросы: Назовите наиболее вероятный диагноз и предположительную стадию заболевания. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и уточнения распространенности процесса? Каков возможный план лечения?

5. Больной 48 лет курит трубку более 30 лет. На нижней губе, ближе к углу рта, определяется бородавчатая опухоль диаметром 3 см., инфильтрирует подлежащие ткани. Гистологическое заключение – плоскоклеточный ороговевающий рак. Регионарные метастазы не определяются.

Вопрос: Определите стадию заболевания и составьте план лечения.

6. Больной 59 лет заболел 3 месяца назад. На нижней губе имеется язва неправильной формы с неровным дном размерами 2×2,7 см., края язвы приподняты над уровнем губы. Основание её плотное. Инфильтрация нижней губы распространяется и на мягкие ткани подбородка. Регионарные и отдалённые метастазы не определяются.

Вопрос: Поставьте диагноз и составьте план лечения.

7. Больному 52 года, год тому назад проведения лучевая терапия по поводу рака нижней губы. За месяц до поступления в диспансер появилась вновь опухоль и к моменту курации достигает 2,5 см.

Вопрос: Ваша тактика в лечении больного?

8. Больной 71 года живёт в отдалённой местности, болен 7 месяцев. Язва занимает всю нижнюю губу, инфильтрация мягких тканей подбородка деревянистой плотности. Двухсторонние несмещаемые метастазы в подбородочных и челюстных лимфатических узлах.

Вопрос: Поставьте диагноз, составьте план лечения.

9. У больного 36 лет, спустя 2 года после комбинированного лечения по поводу рака нижней губы, определяются с обеих сторон плотные несмещаемые среднеярёмные лимфатические узлы.

Вопрос: Ваша лечебная тактика?

10. Больной 60 лет, работает путевым обходчиком.
На нижней губе свыше одного года чётко очерченная опухоль диаметром 0,8 см. с шероховатостью, выступающая над губой.

Вопрос: Диагноз? Ваша тактика?

11. Больного в течении последнего года беспокоят периодические боли в области левой околоушной слюнной железы. Около 2-х месяцев назад появилась ассиметрия лица и уплотнение на этом месте. Обратился к врачу.

Вопросы: Тактика действия врача? Наиболее вероятный диагноз?

12. Через 2 года после лечения рака правой подчелюстной слюнной железы у мужчины появились плотные лимфатические узлы на шее слева.

Вопросы: Тактика действия врача? Наиболее вероятный диагноз?

13. Больная жалуется на периодические сукровичные выделения из левой половины носа, затруднение носового дыхания слева в течение 2 лет. При передней риноскопии в передненижнем отделе перегородки носа (в месте перехода кожи в слизистую оболочку) виден инфильтрат с изъязвлением, легко кровоточащий при дотрагивании зондом. Остальные ЛОР - органы без патоло- гии.

Вопросы: Предположительный диагноз. Как его подтвердить?

14. Больная обратилась с жалобами на нарушение носового дыхания, выделения с приме- сью крови из левой половины носа, боль и припухлость левой щеки. Считает себя боль- ной около 5 лет, не лечилась. За последние 6 месяцев состояние ухудшилось: заболели зубы на верхней че- люсти слева, появились слабость и потливость. При осмотре определяются инфильтрация и гипе- ремия слизистой оболочки преддверия полости рта по переходной складке слева. Зубы на верхней челюсти слева подвижны.

Вопросы: Предположительный диагноз. Необходимые методы исследования для подтверждения диагноза.

15. Больной жалуется на головную боль, снижение слуха справа, кровянистые выделения из правой половины полости носа. Страдает около 2-х лет, за последние полгода стал отмечать усиление головной боли. При отоскопии и передней риноскопии патологии не выявлено. При осмотре носоглотки определяются плоские бугристые разрастания без четких границ. Окружающая инфильтрат слизистая оболочка резко гиперемирована, пастозна.

Вопросы: Предположительный диагноз. Почему у больного снизился слух? Тактика врача.

16. Больной жалуется на кровянистые выделения из левой половины носа, затруднение носового дыхания слева, отсутствие обоняния, нарушение чувствительности левой половины лица. Затруднение дыхания беспокоит несколько лет, около полугода назад появились кровянистые выделения, исчезла чувствительность кожи щеки и верхней губы слева.

Вопросы: Предположительный диагноз. Чем обусловлено нарушение чувствительности? Тактика врача.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите предопухолевые заболевания губы.
2. Какие формы рака губы вы знаете?
3. Что такое хейлит Манганотти?
4. В какие лимфатические узлы наиболее часто метастазирует рак губы?
5. Перечислите методы, используемые при диагностике рака губы.
6. Как меняется лечебная тактика в зависимости от стадии рака губы?
7. Каков прогноз при раке губы?
8. Какова распространенность опухолей слюнных желез?
9. Перечислите причины возникновения опухолей слюнных желез.
10. Назовите наиболее часто встречающуюся доброкачественную опухоль околоушной слюнной железы.
11. Какая злокачественная опухоль больших слюнных желез развивается чаще у женщин?

12. Приведите клинико-морфологическую классификацию опухолей слюнных желез эпителиальной природы.
13. Какие методы применяются в диагностике опухолей слюнных желез?
14. Каков минимальный объем операции при опухолях околоушных слюнных желез?
15. Охарактеризуйте методы лечения рака слюнных желез и приведите их результаты.
16. Какие предопухолевые заболевания полости рта вы знаете?
17. Какие отделы слизистой оболочки полости рта наиболее часто поражаются раком?
18. Перечислите этапы диагностики при раке слизистой оболочки полости рта.
19. Какие существуют особенности лечения рака слизистой оболочки полости рта на ранних стадиях?
20. Что такое операция Крайля?
21. Назовите принципы лечения местнораспространенного рака слизистой оболочки полости рта.
22. Какие проявления опухолей полости носа?
23. Какие гистологически формы опухолей полости носа и околоносовых пазух?
24. Какие этапы обследования при опухолях полости носа и околоносовых пазух?

3) Подготовить реферат

Примерные темы реферата:

1. Превентивная лимфодиссекция при раке языка..
2. Эстезионейробластома. Перспективы лечения.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ
3. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 7.

Тема 7.2: Опухоли гортани. (Практическое занятие)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение злокачественных опухолей гортани.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей гортани. Обучить диагностике и лечению данной патологии

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, клинику, профилактику опухолей гортани..

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями гортани. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях гортани. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях гортани.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

   Распространенность и причины возникновения опухолей гортани.
   Предопухолевые состояния.
   Макро- и микроскопические формы данных опухолей.
   Закономерности прогрессирования опухолей гортани.
   Диагностика опухолей гортани.
   Лечение опухолей гортани.
   Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

2. **Практическая работа.**

Клинические разборы – ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными опухолями гортани.***

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Отработка практических навыков осмотра гортани.
Освоение хирургической техники.

3. **Задания для групповой работы**

   Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите основные пути метастазирования при раке гортани?
2. Какие основные формы роста рака гортани?
3. Как проводится обследование больных с подозрением на рак гортани?
4. Этапы диагностики при раке гортани.
5. Как проводится стадирование рака гортани?
6. Опишите клинические признаки рака гортани.
7. Каковы принципы лечения больных раком гортани?
8. Перечислите виды операций при раке гортани.
10. Каков прогноз при раке гортани?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. При раке гортани эффективны следующие химиопрепараты

а) метотрексат
б) проспедин
в) блеомицин
г) верные ответы а) и б)
д) все перечисленные

2. Профилактическая химиотерапия применяется

а) при раке гортани

б) при раке щитовидной железы

в) при злокачественной цилиндроме

г) правильного ответа нет

3. У больного 43 лет плоскоклеточный ороговевающий рак гортани Ia стадии с поражением левой голосовой складки. Ему следует

а) провести самостоятельную дистанционную лучевую терапию

б) провести боковую резекцию гортани с предоперационной лучевой терапией

в) провести боковую резекцию гортани с послеоперационной лучевой терапией

г) выполнить ларингэктомию

4. У больного 60 лет плоскоклеточный неороговевающий рак гортани IIIa стадии, инфильтративная форма с явлениями перихондрита. Ему необходимо

а) ларингэктомия

б) комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией

в) комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией

г) самостоятельный полный курс лучевой терапии по радикальной программе

5. Больному 45 лет по поводу плоскоклеточного рака гортани IIIa стадии с преимущественно экзофитной формой роста проведено предоперационное облучение в дозе 40 Гр. Через 2 недели отмечено клинически практически полное исчезновение опухоли. Ему следует

а) выполнить резекцию гортани

б) выполнить лагинэктомию

в) продолжить лучевую терапию по радикальной программе

г) наблюдать

6. Какие ранние симтомы при поражений опухолью вестибулярного отдела гортани

а) осиплость голоса

б) боли в горле

в) дискомфорт и ощущение инородго тела в горле

г) затрудненное глотание

д) увеличенные лимфоузлы шеи

7. Наиболее часто злокачественные опухоли гортани локализуются

а) вестибулярном отделе

б) среднем отделе

в) подсвязочном отделе

8. Наиболее часто регионарные метастазы определяют при раке гортани

а) вестибулярного отдела

б) среднего отдела

в) подсвязочного отдела

9. Одним из основных методов диагностики рака гортани является

а) ларингоскопия

б) рентгенологические методы

в) наружный осмотр

г) ультразвуковые методы

д) правильный А, Б, Г

10. Какой объем операции производится при I- II стадиях рака гортани

а) ларингоэктомия

б) ларингофарингоэктомия

в) резекция гортани

г) энекуляция опухоли гортани

11. К предраковым заболеваниям с высокой частотой озлокачествления (облигатные) гортани относятся

а) контактная фиброма

б) папиллома
в) дискератозы
г) кисты
д) правильный Б, В

12. Лучевая терапия как самостоятельный метод лечения рака гортани показана при I-II стадии рака

а) надскладочного и складочного отделов гортани
б) среднего отдела
в) вестибулярного отдела
г) подсвязочного отдела

Эталоны ответов 1. д; 2. г; 3. а; 4. в; 5. в; 6. в; 7. а; 8. а; 9. д; 10. в 11. д; 12. а;

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ
3. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 7. Опухоли головы и шеи

Тема 7.2: Опухоли гортани. (Семинар)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение злокачественных опухолей гортани.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей гортани. Обучить диагностике и лечению данной патологии

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, клинику, профилактику опухолей гортани..

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями гортани. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях гортани. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях гортани.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   Распространенность и причины возникновения опухолей гортани.

Предопухолевые состояния.
Макро- и микроскопические формы данных опухолей.
Закономерности прогрессирования опухолей гортани.
Диагностика опухолей гортани.
Лечение опухолей гортани.
Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

2. Практическая работа.

Решение тестовых задач Примеры тестовых заданий:

1. Частота рака нижней губы имеет

а) тенденцию к увеличению

б) остается на том же уровне

в) тенденцию к уменьшению+

2. У больного 55 лет рак IIа стадии боковой поверхности языка в средней трети. Среди вариантов лучевой терапии наиболее предпочтительна

а) дистанционная g-терапия

б) внутритканевая лучевая терапия

в) сочетанная лучевая терапия

г) правильные ответы б) и в)*

д) правильные ответы а) и б)

3. К факторам, сказывающим влияние на возникновение рака нижней губы, относятся: 1) курение 2) травма 3) контакт с мышьяковистыми соединениями 4) лучистая энергия 5) климатические условия 6) эндогенные факторы

а) правильно все, кроме 2 и 3

б) правильно все, кроме 5 и 6

в) правильно все, кроме 2 и 4

г) правильно все, кроме 2, 4 и 6

д) правильно все*

Эталоны ответов 1. в; 2. г; 3. д.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больного на протяжении двух лет беспокоили неприятные ощущения в гортани. За последние полгода значительно ухудшилось общее самочувствие, появились слабость, резкие боли при глотании, охриплость, увеличились лимфатические узлы на шее. Курит более пачки сигарет в сутки. При непрямой ларингоскопии на гортанной поверхности надгортанника видны бугристые разрастания, захватывающие обе вестибулярные складки, гортанные желудочки и голосовую складку справа. В верхней трети шеи справа пальпируются два спаянных с мягкими тканями лимфатических узла до 3 см в диаметре.

Вопросы: Предположительный диагноз. Тактика врача.

Ответы: 1. Предположительный диагноз: рак гортани. 2. Тактика врача: рентгенография гортани в боковой проекции, рентгенотомография гортани, биопсия образования гортани и цитологическое исследование пунктата из увеличенного лимфоузла.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии

1. Больная, учитель по профессии, обратилась с жалобами на охриплость и периодический кашель. Не курит. При непрямой ларингоскопии у свободного края левой голосовой складки определяется округлой формы беловатого цвета новообразование на ножке размером до 4 мм. Дыхание не затруднено. Остальные ЛОР - органы без патологии.

Вопросы: Предположительный диагноз. Лечение.

2. Больной обратился с жалобами на боль в горле и охриплость. Работает на цементном заводе. Не курит. При непрямой ларингоскопии в гортани видны бугристые разрастания в области ле-

вой вестибулярной складки, гортанного желудочка и левой голосовой складки. Левая половина гортани при фонации неподвижна. Дыхание не нарушено. На шее слева пальпируется конгломерат лимфатических узла до 5 мм в диаметре. Предположительный диагноз.

Вопросы: Тактика врача.

3. Больной жалуется на охриплость, резкое затруднение дыхание, боль в горле, отдающую в ухо, кашель. При осмотре гортани обнаружена опухоль, занимающая заднюю треть правой голосовой складки, черпал и вестибулярную складку. Подвижность этой половины гортани ограничена. На боковой поверхности шеи справа определяется несколько подвижных лимфоузлов. Гистологическое заключение – неороговевающий рак гортани. На рентгенограмме органов грудной клетки в правом легком на верхушке определяется затемнение округлой формы 2х2 см.

Вопросы: Определите стадию заболевания по системе TNM и объясните ваш ответ.

4. Мужчина 30 лет обратился с жалобой на охриплость, сухой кашель в течение 2 мес. При непрямой ларингоскопии выявлены утолщение, инфильтрация и гиперемия правой голосовой складки, её подвижность несколько ограничена.

Вопросы; Предварительный диагноз, дифференциальный диагноз?

5. При осмотре у мужчины 45 лет оториноларинголог на слизистой оболочке вестибулярных складок обнаружил белесоватое пятно диаметром около 7 мм, не возвышающееся над поверхностью. Жалобы отсутствуют.

Вопросы: Предварительный диагноз? Что необходимо предпринять для уточнения? Тактика лечения?

6. Обратился мужчина 40 лет, курильщик с 20-летним стажем, с жалобами на охриплость в течение 3 мес. При осмотре выявлено образование бугристого характера на левой голосовой складке размером с горошину.

Вопросы: Предварительный диагноз, лечение, прогноз? Причина охриплости?

7. Больная Н., 53 лет. Предъявляет жалобы на поперхивание, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле, охриплость. При осмотре шейные лимфоузлы не увеличены. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована опухолью, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит, голосовые складки фиксированы. Выполнена биопсия. Гистологическое заключение: аденокарцинома. При дообследовании отдаленных метастазов не обнаружено.

Вопросы: Ваш диагноз? Каков предполагаемый объем лечения?

8. У курильщика 58 лет появилась охриплость постоянного характера и одышка при малейшей физической нагрузке. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см.

Вопросы: Ваш наиболее вероятный диагноз? Какой метод это может точно подтвердить? Тактика лечения этого больного

9. Больной 3 года назад оперировался по поводу рака гортани. Выполнена резекция гортани. За последние 2-3 месяца появились жалобы на одышку при малейшей физической нагрузке и усиление охриплости.

Вопросы: Дальнейшая тактика действия врача? Какие методы лечения нужно применить у этого больного?

10. Больной поступил с диагнозом рак гортани и метастазами в лимфатические узлы шеи с обеих сторон.

Вопросы: Какой объем операции требуется на первом этапе? Какой метод лечения требуется на втором этапе? Какое минимальное специализированное лечение в послеоперационном периоде больному еще требуется проводить?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите основные пути метастазирования при раке гортани?
2. Какие основные формы роста рака гортани?
3. Как проводится обследование больных с подозрением на рак гортани?
4. Этапы диагностики при раке гортани.
5. Как проводится стадирование рака гортани?
6. Опишите клинические признаки рака гортани.
7. Каковы принципы лечения больных раком гортани?
8. Перечислите виды операций при раке гортани.
10. Каков прогноз при раке гортани?

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Реабилитация после операций на гортани.
2. Лучевая терапия при раке гортани.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ
3. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 7. Опухоли головы и шеи

Тема 7.3: Злокачественные опухоли щитовидной железы (практическое занятие)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение злокачественных опухолей щитовидной железы.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей щитовидной же-

лезы. Обучить диагностике и лечению данной патологии

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, клинику, профилактику рака щитовидной железы.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями щитовидной железы. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях щитовидной железы. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях щитовидной железы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

   Распространенность и причины возникновения опухолей щитовидной железы.
   Гистологические формы данных опухолей.
   Закономерности прогрессирования опухолей рака щитовидной железы.
   Диагностика опухолей щитовидной железы.
   Лечение опухолей щитовидной железы.
   Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

2. **Практическая работа.**

Клинические разборы
Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Отработка практических навыков пункционной бипсии.
Освоение хирургической техники.

3. **Задания для групповой работы**

   Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите причины возникновения рака щитовидной железы.
2. Гистологические формы рака щитовидной железы.
4. Пути метастазирования рака щитовидной железы.
5. Перечислите методы, используемые при диагностике рака щитовидной железы.
6. Как меняется лечебная тактика в зависимости от стадии и морфологической структуры рака щитовидной железы?
7. Каков прогноз при раке раке щитовидной железы?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Профилактическая химиотерапия применяется
а) при раке гортани
б) при раке щитовидной железы
в) при злокачественной цилиндроме
г) правильного ответа нет
2. Заболеваемость раком щитовидной железы в России за последние годы
а) снижается
б) остается на том же уровне
в) растет
3. К наиболее часто встречающимся морфологическим формам рака щитовидной железы относятся

а) папиллярная аденокарцинома
б) фолликулярная аденокарцинома
в) медуллярный рак
г) недифференцированный рак
4. Медуллярный рак щитовидной железы развивается
а) из А-клеток
б) из В-клеток
в) из С-клеток
г) из любой вышеуказанной
5. Частота высокодифференцированных аденокарцином щитовидной железы составляет
а) 10%
б) 20%
в) 50%
г) 70%
6. Частота медуллярного рака щитовидной железы составляет
а) 10%
б) 20%
в) 50%
г) 70%
7. Под понятием "скрытый" рак щитовидной железы подразумевают
а) наличие малых размеров опухоли в ткани щитовидной железы без клинических ее проявлений
б) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи без клинических признаков первичной опухоли
в) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи
г) все ответы правильные
8. Частота регионарного метастазирования рака щитовидной железы составляет
а) от 10 до 20%
б) от 25 до 35%
в) от 40 до 50%
г) от 60 до 80%
9. Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются
а) лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены
б) надключичные
в) паратрахеальные
г) претрахеальные
д) загрудинные
10. Для медуллярного рака щитовидной железы характерно
а) наличие плотных "каменистых" узлов в щитовидной железе
б) диарея
г) все вышеперечисленное
11. Этиологическими моментами в развитии рака щитовидной железы следует считать
а) наличие неопластических процессов в ткани щитовидной железы
б) ионизирующее излучение
в) длительную стимуляцию организма повышенным содержанием
г) все вышеперечисленное
12. Минимальным объемом хирургического вмешательства при раке щитовидной железы следует считать
а) энуклиацию узла
б) резекцию доли
в) гемитиреоидэктомию
г) гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка
д) субтотальную резекцию щитовидной железы

13. У больного 55 лет медуллярный рак щитовидной железы T3N1M0. Ему наиболее целесообразно

а) выполнить тиреоидэктомию с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи

б) провести комбинированное лечение с преодоперационной дистанционной лучевой терапией на I этапе с последующей тиреоидэктомией и фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи

в) провести комбинированное лечениес предоперационной дистанционной лучевой терапией с последующим лечением радиоактивным йодом

г) провести самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе

14. У больной 50 лет папиллярный рак щитовидной железы T2N0M0 с локализацией в правой доли. Ей следует

а) выполнить субтотальную резекцию

б) провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией

г) провести самостоятельную лучевую терапию

15. Больному 55 лет произведена гемитиреодэктомия с резекцией перешейка по поводу аденоматоза щитовидной железы. В двух узлах - фолликулярная аденома. В 1-м (размером в 1 см) - папиллярный рак. Ему следует назначить

а) повторную операцию - в объеме тиреоидэктомии

б) профилактическую лучевую терапию

г) лечение радиоактивным йодом

д) наблюдение

16. Показаниями для химиотерапии рака щитовидной железы могут быть

а) неоперабельная недифференцированная форма рака

б) быстрорастущая рецидивная опухоль

в) метастазы в отдаленные органы

г) все перечисленное

д) только б) и в)

17. Наиболее эффективным химиотерапевтическим препаратом при раке щитовидной железы является

а) адриамицин

б) циклофосфан

в) блеомицин

г) метотрексат

д) тио-ТЭФ

1. г; 2. в; 3. а; 4. в; 5. г; 6. а; 7. г; 8. г; 9. а; 10. г 11. г; 12. г; 13. б; 14. а; 15. д; 16. г; 17. а.

Рекомендуемая литература:

Основная:

3. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
4. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
5. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ
3. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008

М. : ГЭОТАР-Медиа

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
   11. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
   12. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
   13. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
   14. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
   15. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 7. Опухоли головы и шеи

Тема 7.3: Злокачественные опухоли щитовидной железы (семинар)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение злокачественных опухолей щитовидной железы.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей щитовидной железы. Обучить диагностике и лечению данной патологии

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, клинику, профилактику рака щитовидной железы.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями щитовидной железы. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях щитовидной железы. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях щитовидной железы.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   - Распространенность и причины возникновения опухолей щитовидной железы.
   - Гистологические формы данных опухолей.
   - Закономерности прогрессирования опухолей рака щитовидной железы.
   - Диагностика опухолей щитовидной железы.
   - Лечение опухолей щитовидной железы.
   - Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.
2. **Практическая работа.**

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Эффективность адриомицина при раке щитовидной железы составляет
а) 5-10%
б) 25-30%*
в) 55-60%
г) 70-75%
д) 90-95%
2. Химиотерапия наиболее эффективна
а) при папиллярном раке щитовидной железы
б) при фолликулярном раке щитовидной железы
в) при низкодифференцированном раке щитовидной железы*
г) эффективность не зависит от морфологической структуры
Эталоны ответов 1. б; 2. в.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа рост зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результа- там обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина.

Вопросы: Ваш диагноз? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

Ответ: Медуллярный рак щитовидной железы. Диф.диагноз: 1) острые и хронические струмиты. 2) тиреоидит де Кервеля, Хашимото, Риделя. 3) опухоли паращитовидных желез.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа рост зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина. При сцинтиграфии костей скелета выявлены очаги повышенного накопления радиофармпрепарата в бедренных костях, которые расценены как метастатические.

   Вопросы: Ваш диагноз? Тактика лечения?
2. Больной Т., 45 лет. Предъявляет жалобы на снижение звучности голоса, затруднение акта глотания, боли в костях, за грудиной. Больной длительно лечился тиреостатиками. При осмотре щитовидная железа увеличена в размерах, отмечается ограничение ее смещаемости, увеличение шейных лимфоузлов.

   Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какие современные методы диагностики позволяют подтвердить диагноз?
3. У больной 50 лет диагностирован рак щитовидной железы. При осмотре определяется плотный узел в правой доле, лимфоузлы 3×4 см по ходу кивательной мышцы плотные, увеличенные, безболезненные.

   Вопросы: А) Как радикально лечить больную? Б) Следует ли после операции проводить еще дополнительное лечение?
4. Больная 38 лет поступила с жалобами на слабость, периодическую диарею и наличие увеличенных лимфатических узлов в правой надключичной области, принятых врачом за туберкулёзный лимфаденит. В анамнезе: мать умерла вроде бы от зоба, страдала гипертонической болезнью. При пальпации изменений в щитовидной железе не выявлено. При УЗИ в правой доле щитовидной железы определён опухолевый узел повышенной эхогенности величиной до 0,8 см в диаметре. В левом надпочечнике — объемные образования.

   Вопросы: Назовите наиболее вероятный диагноз. Перечислите необходимые методы уточняющей диагностики. Определите тактику лечения.
5. Женщина 40 лет. Жалоб не предъявляет. При УЗИ в правой доле щитовидной железы обнаружено узловой образование 0,5 см шаровидной формы однородное, с ровной поверхностью. Пальпаторно патологии в щитовидной железе не выявлено, шейные лимфоузлы и другие группы лимфоузлов не увеличены.

   Вопросы: Какую патологию следует предположить упациентки. Какая дальнейшая тактика врача?
6. У больной 51 года 15 лет назад был диагностирован узловой эутиреоидный зоб размером 3х3 см. Все годы образование не причиняло ей никакого беспокойства, за последние 3 месяца образование несколько увеличилось в размерах. Больная отмечает ухудшение общего состояния: слабость, быструю утомляемость. При пальпации в левой доле щитовидной железы опухолевидное образование 4 см в диаметре, поверхность неровная, консистенция плотная. Образова-

ние ограничено в подвижности. Лимфатические узлы по ходу левой кивательной мышцы увеличены до 3 см, плотные.
Вопросы: Назовите предположительный диагноз. Назовите стадию заболевания. .Назовите методы дополнительного исследования для определения лечебной тактики. Определите методы лечения. Назовите возможные осложнения.

7. Больная 31 года 2 месяца назад обнаружила у себя узел в щитовидной железе, обратилась к онкологу. При осмотре: область щитовидной железы визуально не изменена, при пальпации в правой доле обнаруживается узловое образование округлой формы, эластической консистенции, подвижное 2,5 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. В пунктате - группы клеток фолликулярного эпителия.
Вопросы: Назовите предположительный диагноз. Проведите дифференциальную диагностику. Составьте план обследования для верификации диагноза. Определите лечебную тактику.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите причины возникновения рака щитовидной железы.
2. Гистологические формы рака щитовидной железы.
4. Пути метастазирования рака щитовидной железы.
5. Перечислите методы, используемые при диагностике рака щитовидной железы.
6. Как меняется лечебная тактика в зависимости от стадии и морфологической структуры рака щитовидной железы?
7. Каков прогноз при раке раке щитовидной железы?

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Лечение недифференцированного рака щитовидной железы.
2. Тактика при узловых образованиях щитовидной железы.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ
3. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 8. Опухоли опорно-двигательного аппарата
Тема 8.1:Опухоли костей (практическое занятие)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять диагностику и лечение злокачественных опухолей костей.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей костей. Обучить диагностике и лечению данной патологии**.**

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, закономерности развития, клинику, опухолей костей.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями костей. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях костей. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях костей.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   Распространенность и причины возникновения опухолей костей.
   классификация данных опухолей.
   Закономерности прогрессирования опухолей костей.
   Диагностика опухолей костей.
   Лечение опухолей костей.
   Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.
2. **Практическая работа.**
   Клинические разборы ***определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными опухолями костей.***

   Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
   Отработка практических навыков пункционной бипсии.
   Освоение хирургической техники.

3. **Задания для групповой работы**
   Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите причины возникновения опухолей костей.
2. Какие разновидности опухолей костей существуют?
3. Какие пути метастазирования опухолей костей?

4. Как себя клинически проявляют саркомы костей?
5. Перечислите методы, используемые при диагностике костных сарком.
6. Какие данные в пользу саркомы костей можно получить при инструментальных методах исследования?
7. Как меняется лечебная тактика в зависимости от гистологической формы, стадии и локализации костной саркомы?
8. Каков прогноз раке саркоме костей?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Остеогенные саркомы чаще всего встречаются в возрасте
а) до 25 лет
б) от 30 до 40 лет
в) от 40 до 50 лет
г) старше 50 лет
2. Саркомы Юинга наиболее часто встречаются в возрасте
а) до 25 лет
б) от 30 до 40 лет
в) от 40 до 50 лет
г) старше 50 лет
3. Хондросаркомы наиболее часто встречаются
а) в детском возрасте
б) в юношеском возрасте
в) у людей старше 40 лет
г) в любом возрасте
4. К факторам, влияющим на развитие первичных опухолей костей, относятся
а) нарушение внутриутробного развития
б) влияние физических факторов
в) влияние химических факторов
г) хронический остеомиелит
д) все ответы верные
5. Остеогенная саркома, как правило, метастазирует
а) в легкие
б) в кости
в) к лимфоузлы
г) все ответы верные
6. При лечении саркомы Юинга ведущая роль отводится
а) лучевой терапии + химиотерапии
б) хирургическому лечению
в) хирургическому лечению с последующей послеоперационной химиотерапией
г) все ответы верные
7. Лучшие отдаленные результаты после хирургического лечения первичной хондросаркомы получены
а) при I степени злокачественности
б) при II степени злокачественности
в) при III степени злокачественности
г) степень злокачественности значения не имеет
8. У больной 48 лет выявлена хондросаркома бедренной кости II степени злокачественности. Наиболее целесообразно проведение
а) комплексного лечения
б) только хирургического лечения
в) лучевого лечения
г) лекарственного лечения

9. Применение комплексного лечения при остеогенной саркоме нижних конечностей позволяют получить 5-летнюю выживаемость
а) 12%
б) 20%
в) 30%
г) 50%
10. Первичной саркомой Юинга могут поражаться
а) только длинные трубчатые кости
б) только плоские кости
в) длинные трубчатые и плоские кости
11. Гигантоклеточные опухоли могут развиваться
а) как доброкачественные опухоли
б) как первичные злокачественные опухоли
в) как вторичные злокачественные опухоли
г) все ответы верные
12. Для злокачественной остеобластокластомы характерны
а) ограничения подвижности
б) локализация в метаэпифизарных отделах длинных трубчатых костей
в) умеренные боли локального характера
г) все ответы верные
13. Рентгенологическая картина остеобластокластомы характеризуется
а) крупным литическим очагом в эпифизе кости, иногда с остатками ячеистой структуры
б) нарушением кортикального слоя
в) экстраоссальным компонентом, не содержащим дополнительных включений
г) периостальной реакцией в виде "козырька"
д) все ответы верные
14. Прогноз при хондросаркоме зависит 1) от формы опухоли (первичной или вторичной) 2) от степени морфологической зрелости 3) от возраста больного 4) от адекватного объема хирургического вмешательства 5) от дозы лучевой терапии 6) от методики послеоперационной химиотерапии
а) все ответы правильные
б) правильные 1, 2, 3 и 4
в) правильные 3, 4, 5 и 6
г) правильные 1, 2 и 3
д) правильные 4, 5 и 6
15. Лучевая терапия может быть адекватным методом лечения
а) при хондроме
б) при ретикулосаркоме
в) при саркоме Юинга
г) при фиброме
д) правильные ответы б) и в)
16. Суммарная лечебная очаговая доза при лучевой терапии гемангиомы костей должна составлять
а) 20-25 Гр
б) 30-40 Гр
в) 40-50 Гр
г) более 50 Гр
17. Наиболее радиочувствительной является
а) хондросаркома
б) остеогенная саркома
в)саркома Юинга
г) фибросаркома
18. В лечении остеогенной саркомы лучевая терапия используется
а) как возможный компонент радикального лечения

б) как один из элементов комплексного лечения
в) как паллиативный метод при неоперабельных опухолях
г) лучевая терапия нецелесообразна
д) правильные ответы б) и в)
19. При лечении метастазов остеогенной саркомы в легкие лучевая терапия
а) целесообразна
б) целесообразна только в комбинации с химиотерапией
в) нецелесообразна
г) правильные ответы а) и б)
20. Лучевая терапия является ведущим методом лечения
а) при хондросаркоме
б) при фибросаркоме
в) при опухоли Юинга
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет
21. При лучевой терапии саркомы Юинга лечебными дозами принято считать
а) 30-35 Гр
б) 40-45 Гр
в) 50-60 Гр
г) более 60 Гр
22. В лечение ретикулосаркомы костей лучевая терапия используется
а) как основной метод лечения
б) как паллиативный метод лечения
в) в качестве предоперационного курса
г)правильные ответы а) и б)
д) правильные ответы б) и в)
23. При лучевой терапии ретикулосаркомы кости наиболее целесообразно подведение СОД
а) 30-35 Гр
б) 40-45 Гр
в) 50-60 Гр
г) более 60 Гр

Эталоны ответов 1. а; 2. а; 3. в; 4. д; 5. а; 6. а; 7. а; 8. б; 9. г; 10. в; 11. г; 12. г; 13. д; 14. б; 15. д; 16. б; 17. в; 18. д; 19. в; 20. в; 21. в; 22. г 23. в.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ
3. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 8. Опухоли опорно-двигательного аппарата
Тема 8.1: Опухоли костей (семинар)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять диагностику и лечение злокачественных опухолей костей.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей костей. Обучить диагностике и лечению данной патологии**.**

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, закономерности развития, клинику, опухолей костей.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями костей. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях костей. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях костей.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

Распространенность и причины возникновения опухолей костей.
классификация данных опухолей.
Закономерности прогрессирования опухолей костей.
Диагностика опухолей костей.
Лечение опухолей костей.
Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.
Практическая работа.
Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. В основе дифференциальной диагностики первичных опухолей костей лежит
а) рентгенологическое исследование
б) морфологическое исследование
в) ультразвуковое исследование
г) ангиография
2. Первичные злокачественные опухоли костей необходимо дифференцировать
а) с фиброзной дисплазией
б) с хроническим остеомиелитом
в) с костно-хрящевым экзостозом
г)все ответы верные
3. К костно-мозговым саркомам относятся
а) остеогенная саркома
б) саркома Юинга
в) хондросаркома
г) паростальная саркома
1. б; 2. г; 3. б.

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

2. **Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной С, 19 лет. Заболевание началось остро, 6 мес. назад с озноба, повышения температуры тела до 39,3 °С, слабости, умеренных болей и отёчности по передней поверхности верхней трети правой голени. Боли усиливались в ночное время. При осмотре в поликлинике установлен диагноз «грипп» и, учитывая анамнез и умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, назначена симптоматическая терапия. Через 10 дней температура тела нормализовалась, но сохранялись боли и отёчность правой голени. Эти явления были расценены как осложнения гриппа. Назначили физиотерапевтические процедуры на поражённую область правой голени, наложили заднюю гипсовую лангету. На фоне проводимого лечения мягкие ткани верхней трети правой голени немного уплотнились, отёчность распространилась выше (к колен- ному суставу), боли усилились. Направляясь на очередной сеанс физиотерапии, больной упал. Рентгенологически диагностирован перелом правой большеберцовой кости; наложено скелетное вытяжение. Через 3 нед при контрольном рентгенологическом исследовании было отмечено нарастание деструктивных изменений в сломанной кости. Был заподозрен патологический перелом; проведена открытая биопсия фрагментов деструктивно изменённой кости с последующей морфологической диагностикой. По совокупности анамнестических, клинических, рентгенологических и морфологических данных диагностирована саркома Юинга правой большеберцовой кости.

Вопросы: Что в данной клинической картине позволяет усомниться в диагнозе «Осложнённый грипп»? Какие исследования следовало провести перед назначением физиотерапии? Отметьте симптомы, характерные для диагноза «Саркома Юинга большеберцовой кости». Охарактеризуйте основные этапы лечения саркомы Юинга.

Ответы: Боли и отечность по передней поверхности верхней трети правой голени. Рентгенография костей правой голени. Повышение температуры тела, острое начало боли и отечность правой голени. Химиолучевая терапия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больной А., 22 лет, занимался спортом и получил травму коленного сустава 7 мес назад. В этот момент больной отметил появление практически постоянной боли в этой области, а через месяц стала определяться значительная припухлость коленного сустава (она медленно нарастала с момента травмы). Обратился к хирургу поликлиники. На основании анамнеза и пальпации был установлен диагноз «Травматическая гематома нижней трети левого бедра». Назначено консервативное лечение, включая физиотерапию. Через месяц при повторном осмотре хирург отметил, что боли в области коленного сустава стали более интенсивными, особенно в ночное время; обычные анальгетики практически не дают эффекта. При осмотре он обнаружил опухолевидное образование в нижней трети левого бедра по передне-внутренней его поверхности; при пальпации оно каменистой плотности, неподвижное, болезненное, размером примерно 8х10 см. Выявлена контрактура коленного сустава. С предварительным диагнозом «Оссифицированная гематома» больной направлен на рентгенологическое исследование бедра. По выполненному в передней проекции снимке заподозрили опухолевое поражение дистального отдела левой бедренной кости, и больной направлен в областной онкологический диспансер.

Вопросы: Поясните оптимальный алгоритм действий областного онколога с целью установления диагноза. Найдите ошибки в действиях специалистов районной поликлиники.

2. Больная Х., 23 лет. Жалобы на боли в левой ноге, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: в области латеральной поверхности средней трети левого бедра пальпируется опухолевидное образование, малоподвижное, каменистой плотности, размерами 5х6 см. Паховые лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, размерами от 1 до 2 см, безболезненны. Больной выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ: опу- холь располагается в средней трети бедренной кости, протяженностью до 6 см, выходит за преде- лы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы

и ЛДГ.

Вопросы: Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

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

Вопросы: Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

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

Вопросы: Какая стадия заболевания? Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении остеосаркомы конечности? Наиболее целесообразная тактика лечения.

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

Вопросы: Какая была стадия? Какова пятилетняя выживаемость при лечении остеосаркомы с наличием рецидива и метастазов в легкие? Тактика лечения.

3. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите причины возникновения опухолей костей.
2. Какие разновидности опухолей костей существуют?
3. Какие пути метастазирования опухолей костей?
4. Как себя клинически проявляют саркомы костей?
5. Перечислите методы, используемые при диагностике костных сарком.
6. Какие данные в пользу саркомы костей можно получить при инструментальных методах исследования?
7. Как меняется лечебная тактика в зависимости от гистологической формы, стадии и локализации костной саркомы?
8. Каков прогноз раке саркоме костей?

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Органосохраняющие операции при костных саркомах.
2. Возможности лекарственного лечения костных сарком.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ
3. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 8. Опухоли опорно-двигательного аппарата

Тема 8.2: Опухоли мягких тканей (практическое занятие)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять диагностику и лечение злокачественных опухолей мягких тканей.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей костей. Обучить диагностике и лечению данной патологии**.**

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, закономерности развития, клинику, опухолей мягких тканей.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями мягких тканей. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях мягких тканей. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях мягких тканей.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

   Распространенность и причины возникновения опухолей мягких тканей.
   классификация опухолей мягких тканей.
   Закономерности прогрессирования опухолей мягких тканей.
   Диагностика опухолей мягких тканей.
   Лечение опухолей мягких тканей.
   Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

2. **Практическая работа.**

   Клинические разборы – ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабора-***

торных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными опухолями мягких тканей.

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Отработка практических навыков пункционной бипсии.
Освоение хирургической техники.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите причины возникновения опухолей мягких тканей
2. Какие разновидности опухолей мягких тканей?
3. Какие пути метастазирования опухолей мягких тканей?
4. Как себя клинически проявляют саркомы мягких тканей?
5. Перечислите методы, используемые при диагностике сарком мягких тканей.
6. Какие данные в пользу саркомы мягких тканей можно получить при инструментальных методах исследования?
7. Как меняется лечебная тактика в зависимости от гистологической формы, стадии и локализации саркомы мягких тканей?
8. Каков прогноз при саркоме мягких тканей?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. К радиочувствительным может быть отнесена
а) фибросаркома
б) веретеноклеточная саркома
в) синовиальная саркома
г) правильные ответы а) и б)
д) правильного ответа нет
2. При лечении злокачественных опухолей мягких тканей применение лучевой терапии наиболее целесообразно
а) как самостоятельный метод лечения
б) в предоперационном периоде
в) в послеоперационном периоде
г) правильные ответы а) и б)
д)правильные ответы б) и в)
3. Злокачественные опухоли мягких тканей могут развиваться из следующих исходных тканей
а) мезенхимы
б) фиброзной ткани
в) жировой ткани
г) мышечной ткани
д) все ответы верные
4. Функция конечностей при саркоме мягких тканей нарушается
а) редко
б) как правило, при запущенных процессах
в) всегда
5. Постоянным признаком, который наблюдается у больных саркомами мягкими тканей, является

а) ограничение подвижности опухоли
б) медленный рост
в) боли
г) нарушение функции конечности
6. Для диагностики злокачественной опухоли мягких тканей могут быть применены следующие рентгенологические методы исследования
а) обзорная рентгенограмма
б) ангиография и флебография
в) пневмография
г) лимфография
д) все перечисленные
7. К метастазирующим опухолям мягких тканей относятся
а) ангиосаркомы
б) миогенные бластомы
в) злокачественные невриномы
г) липосаркомы
д) все перечисленные
8. Метастазировать в кости может
а) рак молочной железы
б) рак яичников
в) меланома
г) правильные ответы а) и б)
д) все ответы верные
9. К доброкачественным костеобразующим опухолям относятся
а) остеома
б) остеобластома
в) все ответы верные
10. К костно-мозговым опухолям относятся
а) саркома Юинга
б) остеобластокластома
в) остеогенная саркома
11. К доброкачественным опухолям из хрящевой ткани относятся
а) хондрома
б) хондробластома
в) хондромиксоидная фиброма
г) все ответы верные
12. Злокачественные опухоли костей относятся к соединительнотканным
а) злокачественным мезенхимам
б) фибросаркомам
в) все ответы верные
13. К опухолям мягких тканей из фиброзной ткани относятся
а) дерматофиброма
б) эластофиброма
в) фибросаркома
г) все ответы верные
14. Опухоли мягких тканей могут развиваться
а) из фиброзной ткани
б) из жировой ткани
в) из мышечной ткани
г) из синовиальной ткани
д) все ответы верные

Эталоны ответов 1. д; 2. д; 3. д; 4. б; 5. а; 6. д; 7. б; 8. д; 9. в; 10. а 11. г; 12. в; 13. г; 14. д.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ
3. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 8. Опухоли опорно-двигательного аппарата

Тема 8.2: Опухоли мягких тканей (семинар)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять диагностику и лечение злокачественных опухолей мягких тканей.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей костей. Обучить диагностике и лечению данной патологии**.**

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, закономерности развития, клинику, опухолей мягких тканей.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями мягких тканей. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях мягких тканей. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях мягких тканей.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

   Распространенность и причины возникновения опухолей мягких тканей.
   классификация опухолей мягких тканей.
   Закономерности прогрессирования опухолей мягких тканей.
   Диагностика опухолей мягких тканей.
   Лечение опухолей мягких тканей.
   Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

2. **Практическая работа.**

   Участие в консилиумах по определению тактики лечения уонкологических больных.
   Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Опухоли из синовиальных тканей могут быть
а) доброкачественными
б) злокачественными
в) все ответы верные
2. Феохромоцитома и хемодектома относятся к опухолям
а) параганглионарных структур
б) периферических нервов
в) мезотелиальной ткани
Эталоны ответов 1. в; 2. а.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная Д., 46 лет, поступила в отделение с рецидивом опухоли мягких тканей левого плеча. Около двух лет назад под местной анестезией в поликлинике произведено иссечение опухоли примерно 3 см в диаметре, расположенной в средней трети левого плеча по внутренней его поверхности. Оперирующим хирургом установлен диагноз липомы, гистологическое исследование не производилось. Через 1,5 года после операции в проекции рубца появилось опухолевидное образование, которое постепенно увеличивалось в размерах. Тогда же стала отмечать нарастающую отёчность руки и, периодически, чувство онемения пальцев кисти. При осмотре в средней трети левого плеча по внутренней его поверхности обнаружен послеоперационный рубец длиной около 10 см. В его проекции определяется плотная, бугристая, малоподвижная опухоль размером 10х8 см, умеренно болезненная при пальпации. Кожа над ней истончена, с выраженным венозным рисунком. В левой подмышечной области пальпируется 2-3 увеличенных лимфатических узла.

Вопросы: Выберите необходимые диагностические действия. Какое лечение предстоит пациентке?

Ответы: Пункционная или открытая биопсия опухоли. Рентгенография легких и левой плечевой кости. УЗИ левой подмышечной области. Химио-лучевая терапия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больной С, 35 лет, обратился к хирургу в районную поликлинику с жалобами на наличие боли и опухоли в области правого бедра. Приблизительно 6 мес назад обнаружил небольшое опухолевидное образование в этой зоне. На фоне проводимого самостоятельного лечения «народны- ми средствами» опухоль увеличилась примерно в 3 раза, появились боли ноющего характера. Обычные анальгетики стали давать всё менее значительный эффект, что и послужило поводом для обращения к хирургу. Принимая во внимание столь быстрый рост опухоли и усиление болевого синдрома, хирург направил больного в онкологический диспансер. В верхней трети правого бедра (в проекции «скарповского треугольника») онколог обнаружил плотную, неподвижную, болезнен- ную при пальпации опухоль размером 12х8 см. Кожные покровы над ней были несколько гипере- мированы. Проведена рентгенография правой бедренной кости и флюорография лёгких. Учитывая анамнестические и клинические данные сделан вывод о наличии саркомы мягких тканей. В течение 5 нед проводили лучевую терапию. К концу 5-й недели размеры опухоли несколько увеличились, сохранялись выраженные боли в зоне расположения опухоли. Учитывая неэффективность проводимого лечения, выполнена экзартикуляция правого бедра. Гистологический диагноз: «Злокачественная фиброзная гистиоцитома». Через 4 мес больной умер от обширного метастатического поражения лёгких; в зоне выполненной операции была рецидивная опухоль.

Вопросы: Поясните неверные тактические варианты диагностики и лечения данного больного на разных этапах:

2. Больной Е., 41 года. Жалобы на наличие опухолевидного образования в верхней трети левого бедра. Объективно: на латеральной поверхности верхней трети левого бедра определяется опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размерами 5х6 см, ограниченной

подвижности, кожа над ним гиперемирована. Больному выполнено РКТ, МРТ, УЗИ: опухоль располагается в мягких тканях средней трети бедра, размерами до 5см в диаметре, прорастания бедренной кости нет, выражен сосудистый компонент. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

Вопросы: Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

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

Вопросы: Какая стадия? Наиболее целесообразная тактика лечения?

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

Вопросы: Какая стадия? Наиболее целесообразная тактика лечения?

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

Вопросы: Какая стадия? Наиболее целесообразная тактика лечения?

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

Вопросы: Какая стадия? Какая СОД при проведении послеоперационного курса дистанционной лучевой терапии подводится в подобных случаях? Наиболее целесообразная тактика лечения?

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите причины возникновения опухолей мягких тканей
2. Какие разновидности опухолей мягких тканей?
3. Какие пути метастазирования опухолей мягких тканей?
4. Как себя клинически проявляют саркомы мягких тканей?
5. Перечислите методы, используемые при диагностике сарком мягких тканей.
6. Какие данные в пользу саркомы мягких тканей можно получить при инструментальных методах исследования?
7. Как меняется лечебная тактика в зависимости от гистологической формы, стадии и локализации саркомы мягких тканей?
8. Каков прогноз при саркоме мягких тканей?

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Возможности органосохраняющего лечения при массивных опухолях мягких тканей.
2. Лекарственная терапия при саркомах мягких тканей.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ
3. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 9. Опухоли женских половых органов

Тема 9.1: Опухоли шейки матки (практическое занятие).

Цель:Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение злокачественных опухолей шейки матки.**…**

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей шейки матки. Обучить диагностике и лечению данной патологии.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, клинику рака шейки матки, профилактику данных опухолей.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями шейки матки. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях шейки матки. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях шейки матки.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

   Распространенность и причины возникновения опухолей шейки матки.

   Предопухолевые состояния.

   Макро- и микроскопические формы данных опухолей.

Закономерности прогрессирования опухолей шейки матки.
Диагностика опухолей шейки матки.
Лечение опухолей шейки матки.
Профилактика рака шейки матки.
Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

2. **Практическая работа.**

Клинические разборы – ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными шейки матки.***
Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Отработка практических навыков гинекологического осмотра и бипсии.
Освоение хирургической техники.

3. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите предопухолевые заболевания шейки матки.
2. Какие методы лечения предраковых заболеваний шейки матки?
3. Какая профилактика рака шейки матки?
4. Какие пути метастазирования рака шейки матки?
5. Какие клинические проявления рака шейки матки?
6. Скрининг рака шейки матки.
7. Какая диагностика рака шейки матки?
8. Какое лечение рака шейки матки в зависимости от стадии?
9. Какой прогноз при раке шейки матки?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

01. К дисгормональным патологическим состояниям шейки матки относятся
а) лейкоплакия
б) карцинома in situ
г) эктропион
д) дисплазия лейкоплакия*
02. К гиперпластическим процессам, связанным с гормональными нарушениями, относятся
а) рубцовые изменения
б) цервицит
в) шеечно-влагалищные свищи
г) дисплазия
д) полип
03. К фоновым посттравматическим процессам шейки матки относятся
а) дисплазия
б) истинная эрозия
в) лейкоплакия
г) эндометриоз
04. У женщины 23 лет выявлена эктопия шейки матки. При цитологическом исследовании - клетки плоского и промежуточного слоев. При кольпоскопии - эктопия. Тактика включает
а) наблюдение
б) криодеструкцию

в) иссечение
г) электрокоагуляцию
д) электроконизацию

05. К фоновым посттравматическим процессам шейки матки относятся
а) дисплазия
б) эктропион
в) эндоцервикоз
г) лейкоплакия
) цервицит

06. При лечении фоновых процессов шейки матки можно использовать
а) криодеструкцию
б) электрокоагуляцию
в) электроконизацию
г) лазерное лечение
д) все ответы правильные

07. У больной 29 лет при осмотре в зеркалах шейка матки деформирована послеродовыми разрывами с эрозированным эктропионом. Цитологически: клетки промежуточного и парабазального слоя эпителия с явлениями пролиферации. Кольпоскопически: немые йодотрицательные участки, зона превращения. Тактика включает
а) наблюдение
б) диатермокоагуляцию
в) криодеструкцию шейки матки
г) конизацию шейки матки
д) все перечисленное

08. Выраженная дисплазия относится
а) к фоновым процессам, связанным с гормональными нарушениями
б) к фоновым процессам, связанным с воспалением
в) к предраку
г) к раннему раку
д) правильные ответы а) и б)

09. Для диагностики дисплазии ведущим методом исследования является
а) цитологическое исследование
б) гистологическое исследование
в) осмотр в зеркалах
г) кольпоскопия

10. Для уточненной диагностики предраки шейки матки целесообразно проводить
а) осмотр в зеркалах
б) кольпоскопию
в) цитологическое исследование
г) гистологическое исследование
д) все перечисленное

11. Для лечения предрака шейки матки целесообразно использовать
а) диатермокоагуляцию
б) криодеструкцию
в) конизацию шейки матки
г) правильные ответы б) и в)
д)правильные ответы а) и б)

12. При осмотре в зеркалах выявлена грубая лейкоплакия на деформированной шейке матки. Тактика предусматривает
а) биопсию конхотомом
б) биопсию скальпелем
в) электрокоагуляцию
г) конизацию шейки матки

13. Для возникновения рака шейки матки наибольшее значение придается (один ответ)
а)вирусу папилломы человека
б) разрывам шейки в родах
в) курению
г) все ответы верные
д)правильные ответы а) и б)
14. Рак шейки матки у женщин молодого возраста чаще локализуется
а) на влагалищной порции шейки матки
б) в нижней трети цервикального канала
в) в средней трети цервикального канала
г) в верхней трети цервикального канала
д) одинаково часто
15. Для возникновения рака шейки матки наибольшее значение придается (один ответ)
а) вирусу папилломы человека
б) разрывам шейки в родах
в) курению
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)
16. Рак шейки матки у женщин молодого возраста чаще локализуется
а) на влагалищной порции шейки матки
б) в нижней трети цервикального канала
в) в средней трети цервикального канала
г) в верхней трети цервикального канала
д) одинаково часто
17. Регионарными лимфоузлами при раке шейки матки являются: 1) запирательные 2) наружные и внутренние подвздошные 3) общие подвздошные 4) парааортальные 5) паховые
а) все ответы правильные
б) правильные все, кроме 5
в) правильные все, кроме 4 и 5
г) правильные все, кроме 1 и 3
д) правильные все, кроме 1 и 2
18. К отдаленным лимфогенным метастазам при раке шейки матки относятся метастазы в лимфатические узлы
а) запирательные
б) внутренние подвздошные
в) наружные подвздошные
г) общие подвздошные
д) парааортальные
19. Базальноклеточная гиперплазия может быть связана
а) с беременностью
б) с хроническим цервицитом
в) с заживлением эрозии
д)правильные ответы б) и в)
20. Интраэпителиальный рак шейки матки характеризуется
а) распространением в железы шейки матки
б) отсутствием инвазии
в) наличием атипических клеток
г) большим количеством патологических митозов
д) всем перечисленным
21. Рак шейки матки чаще всего возникает
а) у внутреннего зева
б) у границы плоского и цилиндрического эпителиев
в) на влагалищной порции шейки матки

г) в железах шейки матки
д) правильные ответы а) и г)
22. Наиболее частыми симптомами при аденокарциноме цервикального канала являются
а) боли
б) меноррагия
в) повышение температуры
г) аменорея
23. Методами диагностики распространенного рака шейки матки являются
а) гинекологический осмотр
б) лимфография
в) экскреторная урография и цистоскопия
г) ректороманоскопия
д) все перечисленное
24. Для лечения ранних форм рака шейки матки чаще используются
а) хирургический метод
б) комбинированный метод
в) сочетанный лучевой метод
г) лекарственный метод
25. При расширенной экстирпации матки с придатками удаляются все перечисленные лимфоузлы, кроме
а) параметральных
б) запирательных
в)с наружной и внутренней подвздошной артерий
г) с общей подвздошной
д)парааортальных
26. У больной 35 лет выявлен микроинвазивный рак шейки матки с инвазией опухоли до 3 мм. Тактика лечения предусматривает
а) конизацию шейки матки
б) экстирпацию матки без придатков
в) расширенную экстирпацию матки с придатками
г) расширенную экстирпацию матки без придатков
Эталоны ответов 1. а; 2. д; 3. б; 4. а; 5. б; 6. д; 7. г; 8. в; 9. б; 10. д 11. г; 12. г; 13. а; 14. а; 15. д; 16. а; 17. в; 18. д; 19. в; 20. д; 21. б; 22. б; 23. д; 24. а; 25. д; 26 б.

Рекомендуемая литература:

Основная:
1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:
1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ
3. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
4. Венедиктова М. Онкогинекология в практике гинеколога 2015 ГЭОТАР-Медиа, «Консультант врача»

5. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 9. Опухоли женских половых органов

Тема 9.1: Опухоли шейки матки (семинар)

Цель:Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение злокачественных опухолей шейки матки.**…**

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей шейки матки. Обучить диагностике и лечению данной патологии.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, клинику рака шейки матки, профилактику данных опухолей.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями шейки матки. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных опухолей.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях шейки матки. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях шейки матки.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия** Распространенность и причины возникновения опухолей шейки матки. Предопухолевые состояния.
   Макро- и микроскопические формы данных опухолей.
   Закономерности прогрессирования опухолей шейки матки.
   Диагностика опухолей шейки матки.
   Лечение опухолей шейки матки.
   Профилактика рака шейки матки.
   Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.
2. **Практическая работа.**
   Клинические разборы
   Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
   Решение тестовых задач

1. У больной 26 лет выявлен рак шейки матки IIб стадии Тактика лечения включает
а) операцию Вертгейма с предоперационным облучением
б) операцию Вертгейма с послеоперационным облучением
в) сочетанное лучевое лечение
г) экстирпацию матки без придатков
д) экстирпацию матки с придатками
2. Для рака шейки матки наиболее характерно метастазирование
а) лимфогенное
б) гематогенное
в) имплантационное
г) все пути встречаются с одинаковой частотой
Эталоны ответов 1. б; 2. а;

3. **Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная Т.Н.В. 42 лет, предъявляет жалобы на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. В зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, деформирована опухолью до 4 см в диаметре. Тело матки не увеличено. Придатки с обеих сторон без особенностей. Параметрии свободные, своды глубокие.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответы: Рак шейки матки; Бимануальное ректовагинальное исследование и цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса, кольпоскопия, выскабливание цервикального канала, биопсия шейки матки, конизация шейки матки. Для уточнения распространенности опухоли проводят: УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; рентгенографию грудной клетки, цистоскопию, КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, рентгенография костей, рентгеноконтрастные исследования ЖКТ; хирургическое лечение.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больная Т.Р.М. 51 года. В течение последних 2-х месяцев предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, водянистые бели из половых путей и контактные кровянистые выделения из половых путей. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки раздута, плотная, слизистая оболочка темно-багрового цвета. При пальпации шейка матки ригидная. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.
   Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?
2. Больная М. 35 лет, обратилась с жалобами на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Данные анамнеза: в течение 2-х лет стояла внутриматочная спираль. После появления кровянистых выделений внутриматочную спираль удалили и провели противовоспалительное лечение, после которого вновь установили ВМС. Через три месяца появились контактные кровянистые выделения из половых путей. Через месяц ВМС удалили. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки несколько гипертрофирована, слизистая ее не изменена. При пальпации шейка матки эластичная. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие. Прямая кишка при пальцевом исследовании не изменена.
   Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Клиническая группа? Составьте план дополнительных методов обследования для уточнения характера заболевания. Составьте план дополнительных методов обследования для оценки местной распространенности процесса и установления стадии заболевания. Какой метод лечения нужно применить в данном случае?
3. Больная Т., 39 лет, обратилась с жалобами на контактные кровянистые выделения и водянистые бели из половых путей. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки в виде мелкобугристых разрастаний, напоминает цветную капусту, покрыта темными корками. При пальпации: тело матки нормальных размеров, область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.

   Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Клиническая группа? Составьте план дополнительных методов обследования для уточнения характера заболевания и оценки распространенности процесса. Составьте план лечения больной.
4. Больная К., 40 лет. Жалобы на межменструальные выделения, водянистые мутные бели. В анамнезе: лечение по поводу папилломавирусной инфекции. При гинекологическом осмот-

ре:шейка матки уплотнена, отмечается ранимость, повышенная кровоточивость слизистой. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие. Прямая кишка при пальцевом исследовании не изменена. Кольпоскопия:картина соответствует высокоатипичному эпителию. Результаты биопсии: стромальная инвазия в глубину до 4 мм, инвазия по горизонтальному распространению до 7 мм. При дообследовании (рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ органов малого таза и брюшной полости): признаков поражения регионарных лимфоузлов, диссеминации процесса нет.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Клиническая группа? Определите стадию опухолевого процесса. Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

5. Больная Т., 59 лет. Жалоб не предъявляет. При профилактическом осмотре в смотровом кабинете участковой поликлиники патологии со стороны женских гениталий не обнаружено. Взят соскоб с шейки матки на цитологическое исследование. Данные цитологического исследования: IV тип мазка – подозрение на рак шейки матки. Данные гинекологического осмотра:наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища и шейка чистая. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные.
Вопросы: Какие методы диагностики нужно применить для уточнения диагноза? Какие методы потребуются для определения распространенности опухолевого процесса? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?
6. Больная К., 45 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на контактные кровотечения. Наследственность не отягощена. Было три беременности, одни роды и два медицинских аборта. Последний раз у гинеколога пациентка была 5 лет назад. Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей женщины, шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» 2х3 см., кровоточащая при дотрагивании. Матка и придатки без особенностей. При ректальном исследовании в малом тазу инфильтраты не определяются.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз и стадия заболевания? Что необходимо сделать для уточнения диагноза? Какой метод лечения можно выбрать?
7. Больная К., 27 лет обратилась с жалобами на контактные выделения из половых путей в течение 2-х последних месяцев. Из анамнеза установлено: менструации с 14 лет по 3-5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет, замужем. Б-1, закончившаяся самостоятельными родами крупным плодом (вес 4,2 кг). В родах отмечен разрыв шейки матки, накладывались кетгутовые швы. Последнее посещение гинеколога спустя 7 месяцев после родов. Патологии не выявлено. При осмотре шейки матки в зеркалах обнаружено: шейка матки гипертрофирована, эрозирована вокруг цервикального канала, при контакте кровоточит. Из цервикального канала – скудные мажущие выделения. Матка и придатки пальпаторно не изменены. В параметриях – инфильтратов нет.
Вопросы: Предполагаемый диагноз, клиническая группа. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. План обследования больной. План лечения. Прогноз работоспособности, режим диспансеризации.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Назовите предопухолевые заболевания шейки матки.
2. Какие методы лечения предраковых заболеваний шейки матки?
3. Какая профилактика рака шейки матки?
4. Какие пути метастазирования рака шейки матки?
5. Какие клинические проявления рака шейки матки?

6. Скрининг рака шейки матки.
7. Какая диагностика рака шейки матки?
8. Какое лечение рака шейки матки в зависимости от стадии?
9. Какой прогноз при раке шейки матки?

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

4. Рак шейки матки и беременность.
5. Экономные операции при раке шейки матки

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология ру- ководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. А.Г. Кисличко, М.Ю. Попов, М.С. Рамазанова, С.А. Кисличко. Медицинская радиология в онкологии Учебное пособие для ординаторов 2017 Киров : Кировский ГМУ
3. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
4. Венедиктова М. Онкогинекология в практике гинеколога 2015 ГЭОТАР-Медиа, «Консультант врача»

5. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 9. Опухоли женских половых органов

Тема 9.2: Опухоли тела матки и трофобластические болезни (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение злокачественных опухолей тела матки и трофобластических болезней.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей тела матки. Изучить вопросы причин, развития болезней трофобласта. Обучить диагностике и лечению данных патологий.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, клинику рака тела матки, профилактику данных опухолей. Причины возникновения, клинику болезней трофобласта.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями тела матки, болезнями трофобласта. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях те-

ла матки и болезнях трофобласта. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях тела матки.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Распространенность и причины возникновения опухолей тела матки.
Предопухолевые состояния.
Макро- и микроскопические формы данных опухолей.
Закономерности прогрессирования опухолей тела матки.
Диагностика опухолей тела матки.
Лечение опухолей тела матки матки.
Профилактика рака тела матки.
Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.
Классификация трофобластической болезни.
Клиника и диагностика трофобластической болезни.
Лечение трофобластической болезни.
Диспансерное наблюдение при трофобластической болезни.

2. Практическая работа.

Клинические разборы – ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными опухолями тела матки.***
Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Отработка практических навыков гинекологического осмотра и биопсии.
Освоение хирургической техники.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы способствуют возникновения рака тела матки.
2. Какая профилактика рака тела матки?
4. Какие пути метастазирования рака тела матки?
5. Какие клинические проявления рака тела матки?
6. Какая диагностика рака тела матки?
8. Какое лечение рака тела матки в зависимости от стадии?
9. Какой прогноз при раке тела матки?
10. Как формируется полный и частичный пузырные заносы?
11. Какие особенности хориокарциномы?
12. Клиника трофобластической болезни.
13. Диагностика трофобластической болезни.
14 Лечение и диспансерное наблюдение при трофобластической болезни.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Наиболее информативным методом исследования предопухолевого заболевания эндометрия является все перечисленное, кроме

а) осмотра в зеркалах

б) аспирата из полости матки

в) гистероскопии или гистерографии

г) морфологического исследования соскоба

2. Диагностическое выскабливание матки является диагностикой и одновременно лечебной процедурой (без дополнения гормональным лечением) при следующих гиперпластических процессах

а) выраженном аденоматозе

б) нерезко выраженном аденоматозе

в) железистой гиперплазии эндометрия

г) железистом полипе

д) правильные ответы в) и г)

3. У больной 30 лет при гистологическом исследовании соскоба слизистой полости матки выявлен выраженный аденоматоз. Ей необходимо

а) наблюдение

б) лечение гестагенами

в) лечение андрогенами

г) операция

4. Больной 35 лет по поводу выраженного аденоматоза проводилась гормонотерапия 17-ОПК. При контрольном обследовании через 6 месяцев положительной динамики не отмечено. Дальнейшее лечение предусматривает

а) продолжать лечение гестагенами

б) лечение андрогенами

в) операцию

г) наблюдение

5. Для рака эндометрия наиболее характерно метастазирование

а) лимфогенное

б) гематогенное

в) имплантационное

г) правильные ответы а) и б)

д)правильные ответы а) и в)

6. Для III стадии по системе TNM рака эндометрия характерны

а) инфильтрация серозной оболочки

б) метастазы в придатках матки

в) метастазы в регионарных лимфоузлах

г) метастазы во влагалище

д) правильно все вышеперечисленное

7. Решающим для постановки диагноза рака эндометрия является

а) осмотр в зеркалах

б) пальпация

в) ультразвуковое исследование малого таза

д) диагностическое выскабливание

8. Для определения распространенности опухолевого процесса при раке эндометрия наибольшее значение имеют: 1) осмотр в зеркалах 2) гистерография 3) ультразвуковое исследование малого таза4) рентгенография грудной клетки 5) ангиография 6) лимфография

а) все ответы правильные

б) все ответы правильные, кроме 1 и 5

в) все ответы правильные, кроме 1, 2 и 6

г) все ответы правильные, кроме 2, 5 и 6

д) все ответы правильные, кроме 1, 4 и 5

9. Экстирпацию матки с придатками при раке эндометрия следует выполнять: 1) при локализации опухоли в области дна 2) при высокой степени дифференцировки опухоли 3) при ожирении 4) при переходе опухоли на цервикальный канал 5) при низкой степени дифференцировки опухоли

а) правильно 1 и 2

б) правильно 2 и 3

в) правильно 1, 2 и 3

г) правильно 4 и 5

д) все ответы правильные

10. При наличии у больной раком тела матки метастазов в яичники целесообразно выполнить ей операцию

а) экстирпацию матки с придатками

б) экстирпацию матки с придатками, лимфаденэктомию + резекцию большого сальника

в) надвлагалищную ампутацию матки с придатками + резекцию большого сальника

г) расширенную экстирпацию матки с придатками

11. Для больных раком тела матки II патогенетического варианта характерны: 1) ожирение 2) сахарный диабет 3) высокая степень дифференцировки опухоли 4) низкая степень дифференцировки опухоли 5) атрофия эндометрия 6) гиперплазия эндометрия 7) фиброз ткани яичника

а) правильно 1, 2, 3 и 6

б) правильно 1, 2, 3 и 4

в) правильно 4, 5 и 7

г) правильно 2, 3, 5 и 7

д) правильно 1, 4, 5 и 6

12. Для больных раком тела матки I патогенетического варианта характерно: 1) ожирение 2) сахарный диабет 3) гипертоническая болезнь 4) атрофия эндометрия 5) гиперплазия эндометрия 6) фиброз ткани яичника

а) правильно все перечисленное

б) правильно все перечисленное, кроме 4 и 6

в) правильно все перечисленное, кроме 3 и 5

г) правильно все перечисленное, кроме 4 и 5

д) правильно все перечисленное, кроме 1 и 2

13. У женщины 51 года выявлен рак тела матки I стадии. Опухоль локализуется в области дна тела матки до 2 см в диаметре, глубина инвазии 0.3 см. Опухоль высокодифференцированная, рецепторопоположительная. Наиболее целесообразным у нее следует считать

а) операцию + облучение

б) операцию + облучение + гормонотерапию

в) операцию + гормонотерапию

г) операцию + химиотерапию

14. У женщины 50 лет выявлен рак эндометрия I стадии. Опухоль локализуется в области дна матки, диаметр опухоли 3 см, инвазия более 1/3 миометрия, опухоль рецепторопоположитель- ная. Ей целесообразна

а) операция + облучение

б) операция + гормонотерапия

в) операция + химиотерапия

г) операция + облучение + гормонотерапия

15. На озлокачествление пузырного заноса указывают все следующие симптомы, кроме

а) болей

б) продолжающихся после удаления пузырного заноса кровянистых выделений

в) субинволюции матки

г) повышения ХГ

16. Наиболее характерным для хориокарциномы является метастазирование

а) гематогенное

б) лимфогенное

в) имплантационное

г) все перечисленные пути

17. Наиболее неблагоприятным следует считать прогноз, если хориокарцинома возникла после

а) выкидыша

б) пузырного заноса
в) родов
г) аборта
д) всего перечисленного

18. У больной 38 лет выявлен пузырный занос. При гинекологическом осмотре через один месяц после удаления пузырного заноса тело матки не увеличено. Титр ХГ - 1000, кровянистых выделений нет. Больной следует рекомендовать

а) наблюдение
б)монохимиотерапию
в) полихимиотерапию
г) операцию

19. У женщины 22 лет прошел месяц после удаления пузырного заноса, титр хорионического гонадотропина в моче - 500, тело матки обычных размеров, кровянистых выделений нет. Больной необходимы

а)полихимиотерапия
б) монохимиотерапия
в) наблюдение
г) операция

Эталоны ответов 1. а; 2. д; 3. б; 4. в; 5. г; 6. д; 7. д; 8. б; 9. в; 10. б; 11. в; 12. б; 13. в; 14. г; 15. а; 16. а; 17. в; 18. б; 19. в.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Венедиктова М. Онкогинекология в практике гинеколога 2015 ГЭОТАР-Медиа, «Консультант врача»

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 9. Опухоли женских половых органов

Тема 9.2: Опухоли тела матки и трофобластические болезни (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение злокачественных опухолей тела матки и трофобластических болезней.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей тела матки. Изучить вопросы причин, развития болезней трофобласта. Обучить диагностике и лечению данных патологий.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, клинику рака тела матки, профилактику данных опухолей. Причины возникновения, клинику болезней трофобласта.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями тела матки, болезнями трофобласта. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях тела матки и болезнях трофобласта. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях тела матки.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

Распространенность и причины возникновения опухолей тела матки.
Предопухолевые состояния.
Макро- и микроскопические формы данных опухолей.
Закономерности прогрессирования опухолей тела матки.
Диагностика опухолей тела матки.
Лечение опухолей тела матки матки.
Профилактика рака тела матки.
Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.
Классификация трофобластической болезни.
Клиника и диагностика трофобластической болезни.
Лечение трофобластической болезни.
Диспансерное наблюдение при трофобластической болезни.

2. **Практическая работа.**

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. К доброкачественным опухолям матки относятся все перечисленные, кроме
а) фибромиомы
б) лейомиомы
в) эндометриоза
г) хориокарциномы
2. Истинным предраком эндометрия следует считать
а) железистую гиперплазию
б) фиброзный полип
в) железистый полип
д)аденоматоз
3. У больной 35 лет после удаления внутриматочной спирали при гистологическом исследовании соскоба выявлена гиперплазия эндометрия. Ей необходимы
а) лечение гестагенами
б) лечение андрогенами
в) операция
г) наблюдение
Эталоны ответов 1. г; 2. д; 3. г;

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 70 лет, обратилась к гинекологу женской консультации с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, которые появились в последние 3 месяца. Менопауза 23 года. Страдает сахарным диабетом, гипертонической болезнью. Объективно: больная повышенного питания. Данные гинекологического осмотра: женские половые органы развиты правильно. При осмотре в зеркалах слизистая влагалища и шейки матки чистая. При бимануальном влагалищном исследовании установлено, что тело матки увеличено до 7-8 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие. Прямая кишка при пальцевом исследовании не изменена.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Клиническая группа? Назначьте план дополнительных методов обследования для определения распространенности опухолевого процесса. Определите стадию заболевания, если по данным обследования установлено, что опухоль ограничена телом матки и отсутствует метастатическое поражение регионарных лимфоузлов и отдаленных органов. Составьте план лечения больной. Каков прогноз у больной.

Ответы: Подозрение на рак тела матки. Клиническая группа Ia. УЗИ женских половых органов; аспирация содержимого полости матки с цитологическим исследованием аспирата для дифференциальной диагностики с раком маточной трубы; раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и полости матки или гистероскопия с прицельной биопсией и последующее гистологическое исследование препарата; УЗИ мочевого пузыря, печени, забрюшинных лимфоузлов, почек; рентгенологическое исследование органов грудной клетки; иммуногистохимическое исследование опухоли матки (РЭ, РП); колоноскопия, маммография – исключение опухолей молочных желез и толстой кишки; при подозрении на метастатическое поражение костей – сцинтиграфия костей скелета. Стадия заболевания I T1N0M0. Лечение рака эндометрия стадии I T1N0M0 включает: внутриполостную контактную лучевую терапию фракцией 13,5Гр в день операции, операцию в объеме экстирпации матки с придатками и нижней третью влагалища, послеоперационное дистанционное облучение зон регионарного лимфооттока до СОД 60ГР. При высокой гормональной чувствительности опухоли – гормонотерапия. Прогноз относительно благоприятный.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больная З., 62 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза установлено, что менструации с 13 лет, установи- лись сразу. Имеет двоих детей. Менопауза 15 лет. Данные гинекологического осмот- ра:наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. Слизи- стая влагалища и шейки матки чистая. Шейка матки конической формы, маленькая. При бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенная в размерах матка до 7-8 беременности, безболезненная. Имеются сукровичные выделения из половых пу- тей. В области придатков матки без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные. УЗИ органов брюшной полости и малого таза с трансвагивальным УЗИ:объемное образование тела матки, толщина эндометрия более 15 мм. Увеличенных забрюшинных лимфоузлов не выявлено. Со стороны придатков матки без особенностей. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки - без очаговой патоло- гии. Проведено раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и полости матки. Данные гистологического заключения: эндометриоидная аде- нокарцинома.

Вопросы: Ваш диагноз? Стадия заболевания? Назначьте план дополнительных методов обследования для определения распространенности опухолевого процесса. Какова ле- чебная тактика при данной стадии заболевания?

2. Больная Е., 54 лет, обратилась с жалобами на появившиеся несколько дней назад гноевидные выделения, которые в настоящее время носят характер «мясных помоев». Мено- пауза с 45 лет. Из анамнеза известно, что перед менопаузой у больной были ацикличе- ские кровотечения, по поводу которых выполнялось выскабливание полости матки. Ги- стологического исследование биоптата - железистая гиперплазия эндометрия. Ожирение III степени, гипертоническая болезнь II ст, сахарный диабет компенсированная форма. St. localis: Влагалищное исследование: шейка матки рожавшей женщины, зев незначи-

тельно приоткрыт, выделения цвета «мясных помоев». Матка несколько увеличена, плотная, подвижная, придатки без особенностей. В области параметриев небольшая ин- фильтрация.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Дополнительные методы обследования? Тактика лечения?

3. Больная В. 70 лет. Жалуется на выделения из половых путей, слабость. Объективно отмечено: слизистая влагалища и шейки матки чистая, из шеечного канала гнойно- кровянистые выделения в умеренном количестве. Тело матки соответствует 6 неделям беременности, неравномерно плотное, ограниченно подвижное. Придатки справа утол- щены, припаяны к матке, слева не определяются. Справа у ребра матки инфильтрат.

Вопросы: Назначьте план обследования больной. Какой наиболее вероятный диагноз. Мо- гут ли быть кровянистые выделения вызваны раком маточной трубы? Могут ли быть кровянистые выделения вызваны раком эндометрия? Показана ли данной больной гистероскопия?

4. У больной 44 лет с ожирением II степени с помощью гистероскопии и прицельной биопсии обнаружен железисто-солидный рак, распространяющийся по всей внутренней поверхности тела матки. По данным УЗИ и МРТ, тазовые лимфатические узлы не изме- нены.

Вопросы: Какова стадия заболевания? Какова лечебная тактика? Прогноз в отношении этой больной.

5. Больная 54 лет. Из сопутствующих заболеваний выраженное ожирение, гипертоническая болезнь. Менструации не прекращались. В течение 8 мес беспокоят обильные жидкие выделения, чередующиеся с кровяными выделениями. При обращении в женскую кон- сультацию рекомендована медикаментозная терапия. Самостоятельно обратилась к он- кологу.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? При знакомстве с анамнезом заболевания и жизни, на какие моменты следует обратить особое внимание? В какой последовательности и какие инструментальные методы обследования следует провести?

6. У больной 44 лет с ожирением II степени с помощью гистероскопии и прицельной биопсии обнаружен железисто-солидный рак, распространяющийся по всей внутренней поверхности тела матки. По данным УЗИ и МРТ, тазовые лимфатические узлы не изме- нены.

Вопросы: Назовите стадию заболевания. Какова лечебная тактика? Прогноз в отношении этой больной.

7. Больная И.А.Н., 28 лет. В июле 2009 года ЭКО в связи с бесплодием трубного генеза. В сроке 5 недель – неразвивающаяся беременность по данным УЗИ. 24.07.09г – раздельное диагностическое выскабливание полости матки. С июля 2009г по сентябрь 2009г про- должались кровянистые выделения. Обратилась к гинекологу. Уровень онкомаркера ХГЧ – 305,5 МЕ/л. Матка мягковатой консистенции, увеличена до 10 недель беременно- сти.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Ваш алгоритм обследования? Какой метод лече- ния нужно применить в данном случае? Каков оптимальный срок следующей беременности?

8. Больная Б., 26 лет. Последняя нормальная менструация в июне 2015 года. В августе 2015 года после недельной задержки менструации отметила кровянистые выделения из поло- вых путей. По месту жительства выполнено раздельное диагностическое выскабливание полости матки, после него кровянистые выделения из половых путей усилились. 12.10.15г - повторное раздельное диагностическое выскабливание полости матки. Уро- вень онкомаркера ХГЧ от 27.10.15г – 32 тыс. МЕ/л.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Ваш алгоритм обследования? Какой метод лече- ния нужно применить в данном случае?

9. Больная Б.., 26 лет, считает себя больной в течение последних четырех месяцев. По- следняя нормальная менструация в январе 2008 года. В октябре 2008 года кесарево се-

чение. В последующие 4 месяца ациклические кровянистые выделения из половых пу- тей. Уровень онкомаркера ХГЧ – 20 тыс. МЕ/л.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Ваш алгоритм обследования? Какой метод лече- ния нужно применить в данном случае? Каков вариант предохранения от несвоевременной бере- менности у женщин перенесших трофобластическую болезнь?

10. Больная С., 33 лет, поступила в стационар с жалобами на кровяные выделения из поло- вых путей. Анамнез: Считает себя больной в течение 2 дней, когда впервые, после за- держки менструации (8 недель) появились ноющие боли внизу живота и кровяные вы- деления из половых путей. Объективно: Состояние удовлетворительное. Со стороны ор- ганов и систем патологии не выявлено. Осмотр шейки матки при помощи зеркал: Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Наружный зев закрыт. Влагалищное исследова- ние: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Матка округлой формы, плотная, болезненна при пальпации увеличена до 11-12 нед. бе- ременности. Придатки с обеих сторон увеличены, болезненны при пальпации. Выделе- ния кровяные, умеренные. Своды глубокие, безболезненные.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Каков план обследования? Ваш заключительный ди- агноз? Какова тактики лечения?

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием ре- комендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы способствуют возникновения рака тела матки.
2. Какая профилактика рака тела матки?
4. Какие пути метастазирования рака тела матки?
5. Какие клинические проявления рака тела матки?
6. Какая диагностика рака тела матки?
8. Какое лечение рака тела матки в зависимости от стадии?
9. Какой прогноз при раке тела матки?
10. Как формируется полный и частичный пузырные заносы?
11. Какие особенности хориокарциномы?
12. Клиника трофобластической болезни.
13. Диагностика трофобластической болезни.
14 Лечение и диспансерное наблюдение при трофобластической болезни.

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Патогенез рака тела матки.
2. Лекарственная терапия рака тела матки.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017.

М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»

2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

3. Венедиктова М. Онкогинекология в практике гинеколога 2015 ГЭОТАР-Медиа, «Консультант врача»

5. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 9. Опухоли женских половых органов

Тема 9.3: Опухоли яичника (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение злокачественных опухолей яичника.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей яичника. Изучить вопросы причин, развития болезней трофобласта. Обучить диагностике и лечению данных патологий.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, клинику рака яичника

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями яичника. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях тела яичника. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях яичника.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Распространенность и причины возникновения опухолей яичника.
Предопухолевые состояния.
Макро- и микроскопические формы данных опухолей.
Закономерности прогрессирования опухолей яичника.
Клиника рака яичника
Диагностика опухолей тела яичника.
Лечение опухолей яичника.
Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.
Метастатичебские опухоли яичника.

2. Практическая работа.

Клинические разборы – ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными опухолями яичника***
Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Отработка практических навыков гинекологического осмотра и биопсии.
Освоение хирургической техники.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы способствуют возникновения опухолей яичника?
2. Микроскопические формы рака яичника.
4. Какие пути метастазирования рака яичника?
5. Какие клинические проявления рака яичника?
6. Какая диагностика рака яичника?
8. Какое лечение рака яичника в зависимости от стадии?
9. Как проводится оценка эффективности терапии и наблюдение за больными?
10. Как осуществляется лечение рецедивов рака яичника?
11. Какой прогноз при раке яичника?
12. Тактика при метастатических опухолях яичника.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. К неопухолевым (функциональным) кистам яичников относятся все перечисленные, кроме

а) фолликулярных
б) кист желтого тела
в) эндометриоидных
г) серозных

2. К доброкачественным опухолевым кистам яичников относятся все перечисленные, кроме

а) серозной
б) дермоидной
в) муцинозной
г) кисты желтого тела

3. При лечении доброкачественных опухолей яичников целесообразнее использовать следующие методы лечения

а) хирургический
б) операцию + химиотерапию
в) химиотерапию
г) операцию + облучение

4. К факторам риска при раке яичников относятся все перечисленные, кроме

а) возраста моложе 40 лет
б) наличия длительно существующей миомы матки
в) доброкачественной опухоли яичников
г) наличия рака молочной железы или опухоли желудочно-кишечного тракта в анамнезе
д) наличия рака яичников у близких родственников

5. Многообразие гистогенеза и морфологических форм отличает злокачественные опухоли

а) матки
б) шейки матки
в) яичников
г) влагалища
д) вульвы

6. Этапность метастазирования не характерна для злокачественных опухолей

а) тела матки
б) шейки матки
в) яичников
г) влагалища
д) вульвы

7. К наиболее часто встречающимся злокачественным опухолям яичников относятся

а) эпителиальные
б)стромы полового тяжа
в) герминогенные
г) метастатические
8. Асцит и плеврит характерны для следующих злокачественных опухолей яичников
а) дисгерминомы
б) гранулезоклеточной опухоли
в) серозной цистаденокарциномы
г) андробластомы
9. Для выявления рецидива эмбрионального рака яичников наиболее информативным является определение в сыворотке крови
а) титра ХГ
б) титра ТБГ
в) а-фетопротеина
г) щелочной фосфатазы
10. Дисгерминомы и тератобластомы чаще встречаются
а) в детском возрасте
б) в репродуктивном возрасте
в) в пременопаузальном возрасте
г) в постменопаузальном возрасте
11. В ранних стадиях чаще всего можно выявить все перечисленные опухоли яичников, кроме
а) текомы
б)андробластомы
в) гранулезоклеточной опухоли
г) серозной цистаденокарциномы
12. Дифференциальную диагностику опухоли яичников следует проводить
а) с миомой матки
б) с опухолью брыжейки
в) с опухолью большого сальника
г) с забрюшинными опухолями
д) со всеми перечисленными
13. Для диагностики злокачественной опухоли яичников решающим методом является
а) ультразвуковое исследование
б) компьютерная томография
в) лапароскопия
г) гистологическое исследование
14. Наследственный фактор наибольшее влияние оказывает на возникновение рака
а) шейки матки
б) тела матки
в) яичников
г) вульвы
д) правильные ответы б) и в)
15. Метастазы в яичники из желудочно-кишечного тракта могут возникнуть в результате
а) переноса опухолевых клеток перитониальной жидкостью
б) лимфогенным путем
в) прямым контактом
г) всеми перечисленными путями
16. Дисгерминома яичников и семинома яичек сходны между собой
а) по гистогенезу
б) по гистологической структуре
в) по возрастной частоте
г) по всем перечисленным факторам

д) только а) и б)

17. В яичники могут метастазировать опухоли

а) из молочной железы

б) из желудка

в) из матки

г) из щитовидной железы

д) из всех перечисленных органов

18. Характерными только для рака яичников являются

а) боли в эпигастральной области или внизу живота

б) кровотечение

в) тошнота

г) все вышеперечисленное

д) ничего из вышеперечисленного

19. Больной 16 лет по поводу перекрута ножки опухоли правого яичника произведено удаление правых придатков матки. Гистологически - чистая дисгерминома. Дальнейшая тактика предусматривает

а) релапаротомию с удалением матки и левых придатков

б) облучение + химиотерапия

в) монохимиотерапию

г) наблюдение

д) правильные ответы а) и б)

20. Больной 15 лет в экстренном порядке произведена операция - удаление левых придатков по поводу перекрута ножки опухоли, диаметр опухоли 5 см. Гистологически - дисгерминома с участками тератобластомы. В дальнейшем ей следует выполнить

а) релапаротомию с удалением матки и правых придатков

облучение + химиотерапия

в) монохимиотерапию

г) наблюдение

21. У больной 25 лет выявлена смешанная дисгерминома яичника III стадии. Ей необходимы

а) операция

б) операция + облучение

в) операция + облучение + химиотерапия

г) химиотерапия

22. У больной 18 лет выявлена высокодифференцированная гранулезоклеточная опухоль левого яичника. Наиболее целесообразно ей выполнить

а) надвлагалищную ампутацию матки с придатками

б) удаление левых придатков + химиотерапию

в) экстирпацию матки с придатками

г) экстирпацию матки с придатками + оментэктомию

23. У больной 38 лет выявлен рак яичников IIc стадии. Ей следует выполнить

а) надвлагалищную ампутацию матки с придатками + химиотерапию

б) экстирпацию матки с придатками + химиотерапию

в) экстирпацию матки с придатками + оментэктомию + химиотерапию

г) экстирпацию матки с придатками + облучение + химиотерапию

24. Больной 48 лет по поводу перекрута ножки опухоли правого яичника произведено удаление правых придатков матки. Гистологически - серозная цистаденокарцинома. Дальнейшее лечение включает

а) полихимиотерапию

б) облучение + полихимиотерапию

в)релапаротомию + полихимиотерапию

г) релапаротомию + облучение

25. К отягощающим факторам при раке яичников, влияющим на прогноз заболевания, отно-

сятся все перечисленные, кроме

а) возраста старше 40 лет

б) прорастания капсулы опухолью

в) разрыва опухоли во время операции

г) спаяния с соседними органами и тканями

26. У больной 42 лет выявлена опухоль яичника. Произведена операция - экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника. Гистологически - серозная цистаденокарцинома с метастазами в большой сальник. Дальнейшая тактика включает

а) наблюдение

б) монохимиотерапию

в) полихимиотерапию

г) облучение малого таза

Эталоны ответов 1. г; 2. г; 3. а; 4. а; 5. в; 6. в; 7. а; 8. в; 9. в; 10. а 11. г; 12. д; 13. г; 14. д; 15. г; 16. г; 17. д; 18. д; 19. в; 20. в; 21. в; 22. б; 23. в; 24. в; 25. а; 26. в.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Венедиктова М. Онкогинекология в практике гинеколога 2015 ГЭОТАР-Медиа, «Консультант врача»

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1 Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 9. Опухоли женских половых органов

Тема 9.3:Опухоли яичника (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение злокачественных опухолей яичника.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей яичника. Изучить вопросы причин, развития болезней трофобласта. Обучить диагностике и лечению данных патологий.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, клинику рака яичника

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями яичника. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях те-

ла яичника. Техникой выполнения оперативных вмешательств при опухолях яичника.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

Распространенность и причины возникновения опухолей яичника.
Предопухолевые состояния.
Макро- и микроскопические формы данных опухолей.
Закономерности прогрессирования опухолей яичника.
Клиника рака яичника
Диагностика опухолей тела яичника.
Лечение опухолей яичника.
Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.
Метастатичебские опухоли яичника.

2. **Практическая работа.**

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. При доброкачественной опухоли яичника у женщины репродуктивного возраста целесообразнее выполнять

а) одностороннее удаление придатков матки
б) надвлагалищную ампутацию матки с придатками + резекцию большого сальника
в) пангистерэктомию + оментэктомию
г) правильные ответы а) и б)

2. Больной 45 лет по поводу опухоли яичника произведена экстирпация матки с придатками + оментэктомия. При гистологическом исследовании обнаружена серозная цистаденома пограничного типа без признаков злокачественности. Ей необходимо

а) наблюдение
б) монохимиотерапия
в) полихимиотерапия
г) облучение

3. Для серозной цистаденокарциномы наиболее характерно метастазирование

а) лимфогенное
б) гематогенное
в) лимфогематогенное
г) по серозным полостям (имплантационное)

Эталоны ответов 1. а; 2. а; 3. г.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

У больной К., 52 лет, при профилактическом осмотре в смотровом кабинете участковой поликлиники обнаружено увеличение в объеме правого яичника. Больная жалоб не предъявляет.

Данные анамнеза: менструации с 12 лет, регулярные, установились сразу. Имеет двоих детей. Абортов не было. В менопаузе 4 года. Мать умерла от рака молочной железы. Данные гинекологического осмотра:наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. При осмотре в зеркалах слизистая влагалища и шейки матки чистая. При бимануальном влагалищном исследовании: тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное, пальпируется увеличенный до7-8см правый яичник, безболезненный. УЗИ органов малого таза: матка не увеличена, толщина М-эха 5мм, объемное образование правого яичника размером до 7х8 см, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Увеличенных забрюшинных лимфоузлов не выявлено. При лапароскопическом исследовании: множественные метастатические очаги по брюшине. Цитологическое исследование опухолевой ткани яичников: аденокарцинома. Исследование асцити-

ческой жидкости: обнаружены опухолевые клетки. Маркер СА 125 - 620 Ед/мл.
Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Определите стадию заболевания? Назначьте план дополнительных методов обследования для дифференциальной диагностики и определения распространенности опухолевого процесса. Какова лечебная тактика при данной стадии заболевания?
Эталон ответов: Рак правого яичника. Стадия III T3cN0M0. Дополнительные методы исследования: рентгенография органов грудной клетки, УЗИ печени - для исключения их метастатического поражения при первичном раке яичников; гастроскопия для определения в желудке первичной опухоли, если расценивать процесс в яичниках как метастазы. Первичная циторедуктивная операция для максимального удаления опухолевых масс и метастазов; индукционная полихимиотерапия на основе платиносодержащих схем (2-3 курса); промежуточная циторедуктивная операция; системная полихимиотерапия на основе платиносодержащих схем (не менее 6-8 циклов).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больная 44 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на боли внизу живота, слабость. Данные гинекологического осмотра: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище рожавшей женщины, емкое. Слизистая влагалища и шейки матки не изменена. Тело матки нормальных размеров. Слева от матки определяется образование до 14см в диаметре, плотноэластической консистенции, подвижное, справа определяется аналогичное образование до 6см в диаметре, подвижное. Параметрии свободные, своды глубокие. При УЗИ органов малого таза в брюшной полости обнаружено большое количество свободной жидкости, левый яичник увеличен до 14см, правый - до 6см. Уровень онкомаркера СА – 125 = 1595,0 МЕ/мл.

   Вопросы: Ваш предположительный диагноз и стадия заболевания? Какие дополнительные методы диагностики необходимо использовать при обследовании больной? Какое лечение нужно применить в данном случае?
2. Во время операции у больной 42 лет обнаружена двухсторонняя опухоль яичников. В большом сальнике выявлены метастазы опухоли. В брюшной полости умеренное количество асцитической жидкости.

   Вопросы: Ваш диагноз? Рекомендуемый объём операции? Какое исследование нужно провести для уточнения диагноза?
3. Больная 44 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость. При УЗИ органов малого таза обнаружено: увеличение левого яичника до 12 см, правого до 5 см. СА – 125 = 1595,0 МЕ/мл. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище рожавшей. Слизистая влагалища и шейки матки не изменена. Тело матки нормальных размеров. Слева от матки определяется образование до 12 см в диаметре, плотноэластической консистенции, подвижное, справа определяется образование до 5 см в диаметре, подвижное. Параметрии свободные, своды глубокие.

   Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Ваш алгоритм обследования? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?
4. Больная 65 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость, увеличение живота в объеме.

   Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Ваш алгоритм обследования? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?
5. Больная 53 лет, в течение последних пяти лет наблюдается по поводу опухоли левого яичника (до 2 см в диаметре). С июня 2009 года отмечается рост опухоли до 10 см. СА – 125 = 629 МЕ/мл. В октябре 2009 года обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Шейка матки цилиндрической формы. Тело матки нормальных размеров. Слева от матки определяется подвижное тугоэластической консистенции опухолевое образование до 10 см в диаметре. Справа без особенностей.

   Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Ваш алгоритм обследования? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

6. Больная, 39 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, увеличение живота в объеме, быструю утомляемость, похудание. СА – 125= 842 МЕ/мл.
Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Ваш алгоритм обследования? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?
Больная М. 55 лет. Жалоб не предъявляет. При профосмотре обнаружено увеличение в объеме правого яичника, выполнено ультразвуковое исследование, при котором установлено, что правый яичник увеличен в размерах до 7 см, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Менструации с 12 лет, регулярные. Имеет двое детей. Объективно: при бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенный до 6-7 см правыцй яичник, безболезненный. УЗИ органов брюшной полости и малого таза: асцит, объемное образование правого яичника. При лапароскопическом исследовании обнаружены метастатические очаги по брюшине. Цитологическое исследование опухолевой ткани яичников: аденокарцинома. Исследование асцитической жидкости: обнаружены опухолевые клетки. Маркер СА 125 - 450 ед\мл.
Вопросы: Диагноз? Лечебная тактика?

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы способствуют возникновения опухолей яичника?
2. Микроскопические формы рака яичника.
4. Какие пути метастазирования рака яичника?
5. Какие клинические проявления рака яичника?
6. Какая диагностика рака яичника?
8. Какое лечение рака яичника в зависимости от стадии?
9. Как проводится оценка эффективности терапии и наблюдение за больными?
10. Как осуществляется лечение рецедивов рака яичника?
11. Какой прогноз при раке яичника?
12. Тактика при метастатических опухолях яичника.

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Наследственный рак яичника.
2. Герминогенные опухоли яичника. Особенности лечебной тактики.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

3. Венедиктова М. Онкогинекология в практике гинеколога 2015 ГЭОТАР-Медиа, «Консультант врача»
4. сост. Дворянский [и др.].Клиника, диагностика и лечение опухолей яичников: учеб.пособие для системы послевуз. и доп. образования врачей. 2009 Киров: Кировская ГМА, ЭБС Кировского ГМУ

5. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 9. Опухоли женских половых органов
Тема 9.4:Опухоли наружных половых органов и влагалища (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение злокачественных опухолей наружных половых органов и влагалища.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаопухолей наружных половых органов и влагалища.. Обучить диагностике и лечению данных патологий.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, клинику опухолей наружных половых органов и влагалища профилактику данных опухолей.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями наружных половых органов и влагалища. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях наружных половых органов и влагалища. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих опухолях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Распространенность и причины возникновения опухолей наружных половых органов и влагалища.
Предопухолевые состояния.
Макро- и микроскопические формы данных опухолей.
Закономерности прогрессирования опухолей наружных половых органов и влагалища.
Клинические проявления опухолей наружных половых органов и влагалища.
Диагностика опухолей наружных половых органов и влагалища.
Лечение опухолей наружных половых органов и влагалища.
Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

2. Практическая работа.

Клинические разборы – ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными влагалища и вульвы***
Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Отработка практических навыков гинекологического осмотра и биопсии.
Освоение хирургической техники.

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:
1. Интраэпителиальный рак вульвы обычно развивается на фоне
а) дистрофии

б) болезни Боуэна
в) эритроплазии Кейра
г) болезни Педжета
д) всего перечисленного*

2. У больной 48 лет с жалобами на сильный зуд и болезненные ощущения в области вульвы выявлены крауроз и лейкоплакия вульвы. При морфологическом исследовании дисплазии не выявлено. Методом выбора при лечении является

а) наблюдение
б) медикаментозное лечение*
в) вульвэктомия
г) лучевое лечение

3. К первому этапу метастазирования при раке вульвы относятся

а) пахово-бедренные лимфоузлы*
б) наружные подвздошные
в) запирательные
г) поясничные

Эталоны ответов 1. д; 2. б; 3. а.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная С., 67 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на боли в левой половой губе, зуд в области вульвы, усиливающийся ночью. Гинекологический анамнез: менструальный цикл был без особенностей. В браке с 23 лет, Р – 2, А – 0, В – 0. В менопаузе 28 лет. По поводу зуда вульвы лечилась консервативно, но эффекта не отмечено. Больная страдает сахарным диабетом. Данные объективного обследования: больная тучная. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Живот мягкий, безболезненный. Увеличенных лимфатических узлов в паховых областях не обнаружено. Гинекологический осмотр:наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Большие половые губы со следами расчесов. Правая половая губа отечна, ближе к клитору имеется язва ~ 3х3 см с плотными инфильтрированными краями, легко кровоточащая при контакте. Влагалище емкое, выделения гнойные. Слизистая шейки матки не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков матки без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Имеются ли у больной факторы риска развития этого заболевания? Составьте план обследования больной. Установите стадию заболевания по системеTNM. Составьте план лечения больной. Каков прогноз у больной?

Эталон ответов: Подозрение на рак вульвы. Фактор риска развития рака вульвы у данной больной – эндокринно-обменные нарушения, связанные с сахарным диабетом. Целесообразны: биопсия опухоли вульвы, гистологическое исследование биоптата, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинных лимфоузлов, Стадия II T2N0M0. Предоперационная лучевая терапия в СОД 30Гр, радикальная вульвэктомия, послеоперационная лучевая терапия до СОД 60 ГР. Прогноз – относительно благоприятный, обусловлен отсутствием лимфогенных метастазов.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больная А., 56 лет, обратилась к хирургу с жалобами на учащенное мочеиспускание, постоянный зуд в области вульвы и наличие увеличенного лимфатического узла в левой паховой области, который обнаружила несколько дней назад при купании в душе. Данные объективного обследования: больная повышенного питания, кожные покровы чистые, обычной окраски. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. В правой паховой области пальпируется плотный увеличенный до 2см, безболезненный смещаемый лимфоузел. Кожа над ним не измене- на. При пальцевом исследовании прямой кишки патологических образований не выявлено, слизи- стая чистая, гладкая. При наружном осмотре в области правой половой губы язва 4х3см с перехо- дом на клитор и уретру. Слизистая вокруг уретры гиперемирована. При гинекологическом осмот-

ре: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая влагалища атрофична, на правой половой губе язва 4х3см с переходом на клитор и уретру, инфильтрирующая подлежащие ткани, кровоточащая при контакте. Шейка матки конической формы, маленькая. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Клиническая группа. Назначьте план дополнительных методов обследования постановки диагноза и определения распространенности опухолевого процесса. Установите стадию заболевания по системе TNM. Составьте план лечения больной. Каков прогноз у больной.

2. Больная А., 72 лет неоднократно обращалась к гинекологу женской консультации с жалобами на зуд наружных половых органов, влагалища, выделения из половых путей с неприятным запахом. В течение 2-х лет проводилась корригирующая терапия: седативные средства, витамины, кремы. На некоторое время наступало облегчение, затем симптомы повторялись. Гинекологический анамнез без особенностей. Менопауза 20 лет. Страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа. При гинекологическом осмотре выявлено: на правой большой половой губе ближе к лобку визуализируется белесоватый очаг диаметром до 1см с перифокальным воспалением в виде «венчика». Окружающие ткани обычной плотности и окраски.

Вопросы: Предполагаемый диагноз. Дифференциальный диагноз. План обследования больной. План лечения больной. Режим диспансерного наблюдения.

3. Больная 32 лет обратилась с жалобами на наличие изъязвлений в области правой половой губы. Менструации с 18 лет, редкие, очень скудные, с 25 лет приходят только после 2х фазной гормонотерапии. Страдает трихомонаднымкольпитом, по поводу чего неоднократно лечилась, без эффекта. С 28 лет появился зуд вульвы, лечилась консервативно. Не осматривалась гинекологом в течение последнего года. Объективно: Больная правильного телосложения, повышенного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Со стороны органов грудной и брюшной полости без особенностей. Гинекологический осмотр: Большие и малые половые губы атрофичны, с отдельными белесоватыми бляшками. В области правой половой губы – изъязвление 2х3 см с инфильтрацией подлежащих тканей, болезненное при пальпации, при контакте кровоточит. Слизистая влагалища атрофична, шейка маленькая, конической формы. Матка маленькая, область придатков без особенностей. Выделения слизисто-гнойные.

Вопросы: Предполагаемый диагноз. Дифференциальный диагноз. План обследования больной. План лечения больной. Режим диспансерного наблюдения.

1. Больная 57 лет, обратилась с жалобами на слабость, головокружение, схваткообразного характера боли в левой подвздошной области, кровянистые выделения из половых путей, либо прямой кишки, которые заметила после акта дефекации. Страдает хроническим колитом с частыми запорами в течение 15 лет. В последний год стул неустойчивый, со слизью. За последние 3 месяца потеряла в весе 5 кг. Объективно:Общее состояние больной удовлетворительное, кожные покровы и слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не осматривались. Со стороны грудной клетки без особенностей. Живот мягкий, слегка вздут, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. При обследовании в анализе крови выявлена анемия (Нв-46 ед.). В прошлом менструальный цикл без особенностей, в менопаузе 5 лет. В прошлом периодически беспокоили боли в левой подвздошной области. Выделения кровянистого характера заметила 2 недели назад. Гинекологический осмотр: Влагалище узкое, в верхней трети его на задней стенке имеется распадающаяся язва 3х2 см с инфильтрацией подлежащих тканей. Выделения гнойные, с примесью крови, шейка цилиндрическая, чистая. Матка не увеличена. Область придатков справа без особенностей, слева в области придатков определяется образование без четких контуров.

Вопросы: Предполагаемый диагноз. Дифференциальный диагноз. План обследования больной. План лечения больной. Режим диспансерного наблюдения.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы способствуют возникновению рака наружных половых органов и влагалища?
2. Какая профилактика опухолей наружных половых органов и влагалища?
3. Какие заболевания являются преопухолевыми для рака вульвы?
4. Какие пути метастазирования опухолей наружных половых органов и влагалища?
5. Какие клинические проявления рака вульвы и влагалища?
6. Какая диагностика рака вульвы и влагалища?
8. Какое лечение рака вульвы и влагалища в зависимости от стадии?
9. Какой прогноз при раке вульвы и влагалища?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Решающим в диагностике опухолей вульвы являются
а) гинекологический осмотр
б) цитологическое исследование
в) гистологическое исследование
г) радиоизотопное с 32Р
д) термография
2. К фоновым процессам вульвы относятся все перечисленные, кроме
а) гиперпластической дистрофии
б) кондилом
в) невуса
г) крауроза с проявлениями выраженной дисплазии
3. К предракунаружных половых органов относятся
а) кондиломы
б) невус
в) лейкоплакия без дисплазии
г) крауроз без дисплазии
д) крауроз с дисплазией
4. Методом выбора при лечении предрака вульвы является
а) простая вульвэктомия
б) лучевое лечение
в) криодеструкция
г) лазерное лечение
д) все перечисленное. кроме б)
5. Наиболее целесообразным методом лечения инвазивного рака вульвы у больной 65 лет I стадии (T1N0M0) является
а) простая вульвэктомия
б) расширенная вульвэктомия + пахово-бедренная лимфаденэктомия
в) комбинированное лечение
г) лучевое лечение
6. Рак вульвы чаще всего локализуется
а) на больших половых губах
б) на малых половых губах
в) на клиторе
г) на большой железе преддверия
д) на всей вульве

7. Наиболее часто при раке вульвы встречается

а) экзофитная форма роста

б) эндофитная форма роста

в) инфильтративно-отечная форма роста

г) встречаются все формы с одинаковой частотой

8. При раке вульвы наиболее часто встречается

а) плоскоклеточный рак

б) низкодифференцированный рак

в) аденокарцинома

г) светлоклеточный рак

9. При лечении рака вульвы I стадии (T1N0M0) методом выбора является

а) простая вульвэктомия

б) расширенная вульвэктомия

в) расширенная вульвэктомия + пахово-бедренная лимфаденэктомия

г) расширенная вульвэктомия + пахово-бедренная лимфаденэктомия + лучевое лечение после операции

10. При лечении рака вульвы II стадии методом выбора является

а) простая вульвэктомия

б) расширенная вульвэктомия + послеоперационное облучение вульвы

в) расширенная вульвэктомия

г) расширенная вульвэктомия + пахово-бедренная лимфаденэктомия

11. К доброкачественным опухолям влагалища относятся

а) кисты и нейрофибромы

б) фибромы и нейрофибромы

в) миомы

г) ангиомы

д) все перечисленные

12. К предопухолевым заболеваниям влагалища относятся все перечисленные, кроме

а) лейкоплакии

б) полипов

в) папиллом

г) дисплазии

д) кольпита

13. В старших возрастных группах среди злокачественных опухолей влагалища чаще всего встречаются

а) светлоклеточный рак

б) ботриоидная рабдомиосаркома

в) плоскоклеточный рак

г) низкодифференцированный рак

д) правильные ответы в) и г)

14. В патогенезе влагалища имеют значение все следующие факторы, кроме

а) возраста старше 50 лет

б) инфицирования в репродуктивном возрасте HP(+) и HS(+) - 2,8

в) инволютивных и дистрофических процессов

г) иммунодепрессии

д) облучения

15. Во влагалище метастазируют: 1) рак шейки матки 2) рак тела матки 3) хориокарцинома 4) саркома матки 5) рак желудка 6) рак щитовидной железы

а) все перечисленные

б) все перечисленные, кроме 6

в) все перечисленные, кроме 5 и 6

г) все перечисленные, кроме 3 и 4

д) все перечисленные, кроме 1 и 2

16. Ведущими симптомами рака влагалища являются все перечисленные, кроме

а) кровотечения

б) лейкореи

в) дизурии

г) нарушения дефекации

д) болей в эпигастральной области

17. При раке верхней трети влагалища метастазирование осуществляется во все перечисленные лимфоузлы, кроме

а) наружных подвздошных

б) внутренних подвздошных

в) запирательных

г) пахово-бедренных

18. При раке влагалища в его нижней трети метастазирование осуществляется

а) в наружные и внутренние подвздошные лимфоузлы

б) в запирательные

в) в пахово-бедренные

г) правильные ответы а) и б)

19. Для лечения выраженной дисплазии и преинвазивного рака влагалища целесообразно использовать следующие методы лечения: 1) использование цитостатиков в виде мази 2) криодеструкцию 3) лечение лазером CO_2 4) широкое иссечение 5) эндовагинальную g-терапию

а) все перечисленные

б) все перечисленные, кроме 5

в) все перечисленные, кроме 4 и 5

г) все перечисленные, кроме 1 и 3

д) все перечисленные, кроме 2 и 4

20. У больной 48 лет выявлен рак влагалища с поражением только сводов влагалища T1N0M0. Ей показано

а) внутриполостное облучение

б) сочетанное лучевое лечение

в) расширенная экстирпация матки с придатками с 1/2 влагалища + облучение

г) облучение + операция + облучение

21. Пятилетняя выживаемость при раке влагалища в целом составляет

а) 10

б) 20

в) 30

г) 40

д) 50

22. У больной 75 лет рак влагалища I стадии с локализацией в нижней трети. Наиболее целесообразно ей

а) близкофокусная рентгенотерапия

б) внутритканевая лучевая терапия

в) дистанционная g-терапия

г) сочетанная лучевая терапия

д) правильные ответы а) и б)

23. У больной 65 лет рак влагалища II стадии с локализацией опухоли в верхней трети. Ей наиболее целесообразно

а) близкофокусная рентгенотерапия

б) внутритканевая лучевая терапия

в) дистанционная g-терапия

г) сочетанная лучевая терапия

д) правильные ответы а) и б)

Эталоны ответов 1. в; 2. г; 3. д; 4. д; 5. дб 6. а; 7. а; 8. а; 9. в; 10. г 11. д; 12. д; 13. д; 14. а; 15. в; 16. д; 17. г; 18. в; 19. а; 20. в; 21. в; 22. д; 23. г.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Венедиктова М. Онкогинекология в практике гинеколога 2015 ГЭОТАР-Медиа, «Консультант врача»

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 10. Опухоли кожи

Тема 10.1:Эпителиальные опухоли кожи (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение злокачественных эпителиальных опухолей кожи.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенезаэпителиальных опухолей кожи. Обучить диагностике и лечению данных опухолей.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, клинику рака кожи. Профилактику рака кожи.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, злокачественными опухолями кожи. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данного заболевания.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри эпителиальных опухолях кожи. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих опухолях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   - Распространенность и причины возникновения эпителиальных опухолей кожи.
   - Предраковые заболевания кожи.
   - Макро- и микроскопические формы рака кожи.
   - Закономерности прогрессирования эпителиальных опухолей кожи.
   - Клиника рака кожи.
   - Диагностика рака кожи.
   - Лечение рака кожи.
   - Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.
2. **Практическая работа.**

Клинические разборы *выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных раком кожи.*

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.
Освоение хирургической техники.
Решение тестовых задач. Примеры тестовых заданий:

1. Метастазы рака внутренних органов в коже могут локализоваться
а) на спине и груди
б) на животе
в) на голове
г) на конечностях
д) все ответы правильные
2. Профилактика злокачественных опухолей кожи включает
а) лечение предрака
б) исключение повторного лечения лучами Рентгена
в) ограничение применения мышьяка
г) диспансерное наблюдение за работающими с углеводородом и продуктами перегонки нефти
д) все ответы правильные
Эталоны ответов 1. д; 2. д.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

На прием к хирургу обратилась больная Н., 70 лет с жалобами на опухоль кожи волосистой части головы и болезненное уплотнение в подчелюстной области справа. Из анамнеза установлено: опухоль появилась на коже волосистой части головы около 5 лет назад, в последнее время быстро увеличивается в размерах, при прикосновении кровоточит, за последний год появилось уплотнение в правой подчелюстной области. Данные объективного обследования: правильного телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные. В легких дыхание ослаблено, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

Локальный статус: на коже волосистой части головы экзофитное образование, занимающее всю теменную области в виде «цветной капусты» кровоточит. В подчелюстной области справа плотный, подвижный, округлой форма узел до 5,0см в диаметре.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте план диагностических мероприятий. Составьте план лечения больной. Обозначьте режим диспансерного наблюдения.

Эталон ответов: Предполагаемый диагноз – подозрение на плоскоклеточный рак кожи волосистой части головы с метастазом в лимфоузел подчелюстной области справа, клиническая группа 1а. Мазок отпечаток с поверхности опухоли или инцизионная биопсия, ТИАПБ лимфоузла подчелюстной области справа, морфологическое исследование, УЗИ периферических лимфоузлов, рентгенография органов грудной клетки. Хирургическое лечение — удаление опухоли кожи волосистой части головы, пластика перемещенным кожным лоскутом, подчелюстная лимфаденэктомия, лучевая терапия.

Режим диспансерного наблюдения: 1 год - 1 раз в 3 месяца, 2 год – каждые 6 месяцев, далее – 1 раз в год.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Женщина Д., 60 лет обратилась к дерматологу с жалобами на наличие длительно существующей язвочки на боковой поверхности носа.
Из анамнеза установлено, что в течение 3-х лет на левой боковой поверхности носа от- мечала плоское очаговое образование. За последний год оно увеличилось в размерах, в центре появилась корочка, которая периодически отпадает и появляется вновь. Данные объективного обследования: на коже боковой поверхности носа слева имеется слегка выступающее над кожей образование 0,5х0,3 см, в центре его - плотно сидящая кровянистая корочка. В области лба, на правой щеке несколько желтоватых, плоских, слегка пигментированных пятен до 0,5 - 1 см в диаметре. Кожа сухая. Лимфатические узлы подчелюстных областей и шеи не увеличены.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Предполагаемая стадия заболевания? Составьте план диагностических мероприятий.
Составьте план лечения больного. Прогноз трудоспособности больной?
Составьте план мероприятий по профилактике рака. Обозначьте режим диспансерного наблюдения за больной.
2. На прием к дерматологу обратился мужчина 70 лет с жалобами на изъязвленное образование кожи в области правой носогубной складки. Из анамнеза известно, что образование существует в течение нескольких лет, растет медленно. В последние 3 месяца в области опухоли появилась язвочка, которая постепенно увеличивается в размерах. Данные объективного обследования: в области правой носогубной складки поверхностная опухоль 1х1,5см, несколько выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Язвочка покрыта корочкой, при ее снятии кровоточит. Подчелюстные и шейные лимфоузлы не увеличены.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Предполагаемая стадия заболевания? Назначьте необходимое дополнительное обследование. Составьте план лечения больного.
3. У больной В., 55 лет, 8 месяцев назад около внутреннего угла левого глаза появился безболезненный узел красного цвета, который постепенно увеличивался до размеров 0,5 см., на поверхности его появились телеангиэктазии. В настоящее время центр новообразования изъязвился, покрыт корочкой. По периферии опухоли образовался плотный валик с характерным жемчужным блеском.
Вопросы: Поставить предварительный диагноз. Ваши действия по уточнению диагноза. Какое лечение предлагается больной?
4. У больного А., 45 лет, перенесшего в детстве кожный туберкулёз, на фоне рубцовых изменений кожи правой щеки три месяца назад появилась опухоль, которая к настоящему времени достигла размеров до 3-х см. в диаметре. В центре опухоли образовалась язва до 1 см. в диаметре с выделением серно-кровянистого секрета, который засыхает в виде корочки. Края язвы резко приподняты, плотные, валиком окружают её.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Как уточнить диагно? Какое лечение планируется больному?
5. У больного Р., 50 лет, на поверхности головки полового члена несколько лет назад образовался узел 0,5см., ярко-красного цвета, бархатистый, чётко очерченный, безболезненный. В последнее время в области узла появились папилломатозные разрастания. Была диагностирована болезнь Кейра.×У больного Р., 50 лет, на поверхности головки полового члена несколько лет назад образовался узел 0,5
Вопросы: Какова лечебная тактика при этом заболевании?
6. Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: В области лба поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.
Вопросы: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику. Назовите необходимые дополнительные исследования. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

7. Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере.

При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотно-эластическую консистенцию. Безболезненны.

Вопросы:. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику. Назовите необходимые дополнительные исследования. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

8. У больного 47 лет, длительное время работавшего с радиоактивными веществами, на коже тыльной поверхности правой кисти появилось образование размером 1,5см с мокнущей поверхностью и инфильтрацией подлежащих тканей, отеком и гиперемией вокруг. Обратился к врачу в поликлинику, где назначена противовоспалительная терапия местного и общего характера, что привело к регрессу новообразования и формированию струпа.

Вопросы: Какое заболевание следует заподозрить у больного? Правильно ли выбран метод лечения? Какова дальнейшая тактика?

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы способствуют возникновению рака кожи?
2. Облигатный и факультативный предрак кожи.
3. Закономерности прогрессирования рака кожи.
3. Какие имеются макроскопические и микроскопические виды эпителиальных опухолей кожи?
4. Какая клиника рака кожи?
5. Какая диагностика рака кожи?
6. Какое лечение рака кожи в зависимости от стадии, локализации, гистологической формы?
8. Какая профилактика рака кожи?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. У больного 72 лет базалиома кожи спины 0.8 см в диаметре. Ему наиболее целесообразно
   а) хирургическое удаление
   б) криогенная деструкция
   в) близкофокусная рентгенотерапия
   г) все ответы равнозначны
   д) правильно а) и б)
2. У больной 62 лет базалиома кожи височной области около 1.5 см в диаметре. Ей наиболее целесообразны
   а) близкофокусная рентгенотерапия
   б) криогенная деструкция
   в) хирургическое удаление
   г) все перечисленное
   д) правильно а) и б)
3. При лучевой терапии базалиомы наиболее целесообразно использовать

а) близкофокусную рентгенотерапию
б) быстрые электроны
в) фотоны 15-20 МЭВ
г) g-излучение
д) правильно а) и б)

4. У больного 65 лет рецидив базалиомы около 1 см в области носогубной складки через год после близкофокусной рентгенотерапии в СОД-60 Гр. Ему наиболее целесообразно
а) повторный курс близкофокусной рентгенотерапии
б) курс дистанционной g-терапии
в) лазерная деструкция
г) хирургическое удаление

5. У больной 65 лет рак кожи волосистой части головы 2 см, подвижный с кожей. Ей наиболее целесообразна
а) близкофокусная рентгенотерапия
б) дистанционная g-терапия
в) лазерная деструкция
г) хирургическое удаление

6. У больного 63 лет плоскоклеточный рак кожи спины около 2,5 см на фоне рубцовых изменений после ожогов. Ему наиболее целесообразно
а) хирургическое удаление
б) лазерная деструкция
в) дистанционная g-терапия
г) облучение электронами
д) близкофокусная рентгенотерапия

7. У больного 62 лет рак кожи ягодичной области IIIа стадии. Ему наиболее целесообразно
а) дистанционная g-терапия (самостоятельный курс)
б) близкофокусная рентгенотерапия
в) комбинированное лечение с предоперационной дистанционной g-терапией
г)комбинированное лечение с предоперационной близкофокусной рентгенотерапией
д)хирургическое лечение

8. У больного рецидив рака кожи волосистой части головы через год после близкофокусной рентгенотерапии в СОД 60 Гр. Ему наиболее целесообразно
а) повторный курс близкофокусной рентгенотерапии
б) курс дистанционной g-терапии
в) хирургическое иссечение с пластикой
г) комбинированное лечение с предоперационной дистанционной g-терапией

9. У больной 35 лет меланома кожи задней поверхности голени диаметром около 2 см. Ей целесообразно
а) близкофокусная рентгенотерапия
б) сочетанная лучевая терапия
в) комбинированное лечение с предоперационной близкофокусной рентгенотерапией
г) чисто хирургическое удаление

10. К облигатным предракам кожи относят
а) болезнь Боуэна
б) болезнь Педжета
в) кератоакантому
г) правильные ответы а) и б)
д) правильные ответы б) и в)

11. К факультативным предракам кожи относят
а) кожный рог
б) лейкоплакию
в) старческую кератому
г) правильные ответы а) и в)

д) правильные ответы б) и в)

12. Канцерогенным действием на кожуобладают

а) лучистые энергии

б) вещества, содержащие мышьяк

в) производные каменноугольного дегтя и нефти

г) все перечисленное

13. Рак кожи в структуре заболеваемости злокачественными опухолями составляет

а) около 1%

б) 2-3%

в) 4-8%*

г) около 5%

14. Базальноклеточный рак наиболее часто локализуется на коже

а) волосистой части головы

б) лица

в) верхних конечностей

г) нижних конечностей

д) туловища

15. Наиболее высокие показатели заболеваемости кожи отмечены

а) среди лиц негроидной расы

б) среди лиц монголоидной расы

в) среди лиц белого населения Африки и Австралии

г) одинаковы, независимо от расы и географии

16. Наиболее выраженным инфильтративным ростом и тенденцией к метастазированию обладают

а) плоскоклеточный рак кожи на фоне пигментной ксеродермы

б) плоскоклеточный рак кожи на фоне сифилиса

в) люпус-карцинома (на фоне красной волчанки)

г) особой разницы не выявляется

17. Частота локализации базалиомы на коже лица составляет

а) 50-55%

б) 60-70%

в)94-97%

г) на коже лица встречается редко

18. Для синдрома Горлин - Гольца характерно сочетание

а) мультицентрических очагов роста базалиомы

б) педжетоидной эпителиомы и множественных кист нижней челюсти или аномалий развития ребер

в) базалиомы и плоскоклеточного рака

19. Плоскоклеточный рак кожи наиболее часто развивается

а) на фоне хронических заболеваний кожи

б) на здоровой коже (de novo)

в) с одинаковой частотой и в том, и в другом случае

20. У больного раком кожи волосистой части головы, без деструкции костей черепа, размерами 2.5 см, без регионарных метастазов, следует выставить стадию процесса

а) I стадия

б) II стадия

в) III стадия

г) IVстадия

21. Рак кожи волосистой части головы без деструкции костей черепа, без регионарных метастазов, размерами более 5 см соответствует

а) I стадии

б) II стадии

в) III стадии

г) IVстадии
22. Частота регионарного метастазирования при плоскоклеточном раке кожи составляет
а) 2-2.5%
б) 4-5%
в) 6-10%
г) 11-15%
23. Отдаленные метастазы плоскоклеточного рака кожи в первую очередь поражают
а) легкие
б) головной мозг
в) кости
г) печень
д) правильные ответы а) и в)
24. Больному плоскоклеточным раком кожи лица II стадии наиболее целесообразно проводить
а) хирургическое лечение
б) сочетанную лучевую терапию
в) криодеструкцию
г) комбинированное лечение
д) правильные ответы б) и в)
25. Пятилетняя выживаемость больных плоскоклеточным раком кожи I-II стадий составляет
а) 50-60%
б) 75-80%
в) 85-90%
г) 95-100%
26. Для врожденного дискератоза, кроме изменения кожи, наиболее характерно
а) лейкокератоз слизистой оболочки рта
б) апластическая анемия
в) туберозный склероз
г) глухота
д) правильные ответы а) и б)
27. К факультативным предракам с малой вероятностью малигнизации относятся
а) мышьяковистые кератозы
б) актинические кератозы
в) трофические язвы
г) кератоакантома
д) все перечисленные
28. К внутриэпидермальному раку cancer in situ относится
а) болезнь Боуэна
б) базалиома
в) эритроплазия Кейра
г) выбухающая дерматофибросаркома Дарье - Феррана
д) правильные ответы а) и г)
Эталоны ответов 1. д; 2. д; 3. д; 4. г; 5. а; 6. а; 7. в; 8. в; 9. г; 10. г; 11. г; 12. г; 13. в; 14. б; 15. в; 16. в; 17. в; 18. б; 19. а; 20. б; 21. в; 22. а 23. д; 24. д; 25. г; 26 д; 27. д; 28. д.

4) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Тактика при предраке кожи.
2. Лекарственная терапия рака кожи.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание

2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»

2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 10. Опухоли кожи

Тема 10.2:Меланома и пигментные невусы (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение меланомы кожи и пигментных невусов.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза меланомы кожи. Обучить диагностике и лечению меланомы кожи и пигментных невусов.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития меланомы кожи. Профилактику меланомы кожи.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, меланомой кожи и пигментными невусами. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри меланоме и невусах кожи. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих заболеваниях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Внутренние и внешние факторы возникновения меланомы кожи.

Меланомоопасные невусы и неневоидные образования кожи. Клиника и тактика врача при этих заболеваниях.

Закономерности прогрессирования меланомы кожи.

Клиника меланомы кожи.

Диагностика меланомы кожи.

Лечение меланомы кожи.

Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

Профилактика меланомы кожи.

2. Практическая работа.

Клинические разборы ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных меланомой кожи и пигментными невусами.***

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.

Освоение хирургической техники.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы способствуют возникновению меланомы кожи?
2. Какие невусы и неневоидные образования являются меланомоопасными и какая тактика онколога по отношению к ним?
3. Закономерности прогрессирования меланомы кожи.
4. Какие клинические проявления меланомы кожи?
5. Какая диагностика меланомы кожи?
6. Какое лечение меланомы кожи?
8. Какая профилактика меланомы кожи?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. К меланомонеопасным невусам относятся
а) синий (голубой) невус
б) внутридермальный невус
в) пограничный пигментный невус
г) гигантский пигментный невус
2. К меланомоопасным невусам следует отнести
а) веррукозный невус
б) на Lo-невус
в) фиброэпителиальный невус
г) невус Ота
3. Из нижеперечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому
а) панилломатозный невус
б) "монгольское" пятно
в) невус Ито
г) меланоз Дюбрейя
4. Меланома кожи относится к опухолям
а) нейроэктодермальной природы
б) эктодермальной природы
в) мезенхимальной природы
г) дисэмбриональной природы
5. Ведущим методом диагностики меланомы кожи является
а) радиофосфорная проба
б) лучевая меланурия (реакция Якша)
в)термография
г)морфологический метод
6. Клинически заподозрить наличие меланомы кожи можно по следующим признакам
а) потери пигментации
б) асимметрии невоидного образования
в) бурному темпу роста опухоли
г) выпадению волос при волосатом невусе
д) всем перечисленным
7. Наличие дочерних пигментных включений на коже (сателлитов) вокруг меланомы указывает
а) на местную распространенность процесса
б) на наличие дополнительных невоидных образований
в) на рецидив меланомы
г) на диссеминацию процесса

8. Наличие инфильтрации меланомы в пределах сосочкового слоя , до ретикулярного слоя кожи указывает на степень инвазии по Clark

а) II

б) III

в) IV

г) V

9. Прорастание в сосочковый слой кожи при меланоме соответствует степени инвазии по Clark

а) I

б) II

в) III

г) IV

д) V

10. Поражение базального слоя кожи при меланоме соответствует степени инвазии по Clark

а) I

б) II

в) III

г)IV

д) V

11. Ведущим методом лечения меланомы кожи является

а) хирургический

б) лучевая терапия

в) комбинированный

г) электрокоагуляция

12. При наличии меланомы кожи лица размерами до 0.5 см наиболее целесообразным является применение

а) хирургического метода

б) лучевой терапии

в) криодеструкции

г) химиотерапии

13. Пятилетняя выживаемость больных, лечившихся хирургическим методом, без наличия регионарных метастазов при меланоме менее 1,5 мм инвазии

а) 30-35%

б) 40-60%

в) 70 - 90%

г) выше 90%

14. Наихудшей в плане прогноза можно считать локализацию меланомы на коже

а) головы

б) верхней части спины

в) туловища

г) нижних конечностей

Эталоны ответов 1. б; 2. г; 3. г; 4. а; 5. г; 6. д; 7. д; 8. б; 9. б; 10. а; 11. а; 12. а; 13. г; 14. б;

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР

2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»

2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

3. Л.В. Червонная Пигментные опухоли кожи. 2016. М.: ГЭОТАР-Медиа. «Консультант врача»

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 10. Опухоли кожи

Тема 10.2:Меланома и пигментные невусы (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение меланомы кожи и пигментных невусов.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза меланомы кожи. Обучить диагностике и лечению меланомы кожи и пигментных невусов.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития меланомы кожи. Профилактику меланомы кожи.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных, меланомой кожи и пигментными невусами. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри меланоме и невусах кожи. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих заболеваниях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

   Внутренние и внешние факторы возникновения меланомы кожи.

   Меланомоопасные невусы и неневоидные образования кожи. Клиника и тактика врача при этих заболеваниях.

   Закономерности прогрессирования меланомы кожи.

   Клиника меланомы кожи.

   Диагностика меланомы кожи.

   Лечение меланомы кожи.

   Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

   Профилактика меланомы кожи.

2. **Практическая работа.**

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Какое образование имелось до травмы, если после полового созревания из плоского пигментного пятна на коже до 0,8 см увеличилось до 1,5 см, у одного из его краев появилось темно-коричневое опухолевидное образование:

а) атерома

б) пограничный невус

в) внутридермальный невус

г) смешанный невус

д) базалиома

2. Толщину меланомной опухоли по Бреслоу можно измерить

а) линейкой
б) при тангенциальном проведении УЗИ
в) по рентгенографии
г) при МРТ
д) верно а и б
Эталоны ответов 1. б; 2. д;

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Женщина 27 лет обратилась к терапевту с жалобами на появление в левой подмышечной области округлой безболезненной опухоли, которую обнаружила около 3-х недель назад. Отмечает ее увеличение. Данные объективного обследования: правильного телосложении, удовлетворительного питания. В области нижней трети левого плеча на коже располагается светло-коричневое пятно 1,2х1,5 см, в нижней части которого определяется узел 0,7х0,5 см темно-бурого цвета, покрытый кровянистыми корочками, со скудным сукровичным отделяемым. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, звучные. Пульс - 79 ударов в 1 мин., АД - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Молочные железы обычной фор- мы и размера. Кожа в области верхне-наружного квадранта левой молочной железы несколько отечна, выражен симптом «лимонной корки». В левой подмышечной области пальпируются плот- ные округлые образования до 2см в конгломерате, безболезненные, подвижные с кожей не связан- ные.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Предполагаемая стадия заболевания? Составьте план диагностических мероприятий. Составьте план лечения больной. Прогноз трудоспособности больной? Составьте план мероприятий по профилактике злокачественных опухолей кожи.

Эталон ответов: Предполагаемый диагноз - Меланома кожи? Рак молочной железы? клиническая группа 1а. Дифференциальная диагностика – злокачественная меланома, пигментированная форма базалиомы кожи, рак молочной железы. Предполагаемая стадия III TxN3Mx. Мазок-отпечаток с поверхности опухоли кожи, пункция лимфоузла левой подмышечной области, цитологическое и морфологическое исследование, а также рентгенография органов грудной клетки, маммография, УЗИ органов брюшной полости, УЗИ аксиллярных лимфоузлов, Широкое иссече- ние опухоли кожи с подмышечной лимфаденэктомией, иммунотерапия. Прогноз трудоспособно- сти – сомнительный. План мероприятий по профилактике рака: избегать пребывания на солнце, использовать фотозащитные кремы, защита кожи от солнечных ожогов одеждой и широкополыми шляпами. Режим диспансерного наблюдения: 1 год - 1 раз в 3 месяца, 2 год – каждые 6 месяцев, далее и пожизненно – 1 раз в год.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. На прием к хирургу обратился больной Г., 28 лет с жалобами на появление опухоли в левой паховой области, которую заметил около 2-х недель назад. В последнее время опухоль несколько увеличилась в размерах. Пациент связывает заболевание с появлением резей при мочеиспускании и красноватой сыпи на внутренней поверхности бедер и животе после приема лекарств, которыми лечился самостоятельно. За медицинской помощью не обращался. В прошлом - ангины, аллергические реакции на сульфаниламиды и антибиотики. Туберкулез и венерические заболевания - отрицает. Данные объективного обследования: правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы чистые. На коже поясничной области слева - послеоперационный рубец (4 месяца назад, со слов больного, в салоне красоты удалили азотом «кровоточащую бородавку»). В легких и сердце - без особенностей. Живот мягкий, печень не увеличена, селезенка не пальпируются. Локальный статус: В левой паховой области под пупартовой связкой определяется плотная, безболезненная, малоподвижная опухоль 2,5х3 см не связанная с кожей. Гиперемия и отечность отсутствуют. На коже левой нижней конечности изменений нет. Кожные покровы половых органов без изменений. Мочеиспускание не нарушено. Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, кли-

ническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Предполагаемая стадия заболевания? Составьте план диагностических мероприятий. Составьте план лечения больного. Прогноз трудоспособности больного? Составьте план мероприятий по профилактике меланомы кожи.

2. Больная Т., 32 лет обратилась к районному онкологу с жалобами на наличие новообразования на коже правого плеча. Со слов больной ранее в этой области длительно существовало коричневое пятно, которое ничем больную не беспокоило. За последние 3 месяца в области пятна появилась опухоль, которая легко кровоточит при дотрагивании. Данные объективного обследования: на коже латеральной поверхности правого плеча имеется светло-коричневого цвета пятно размером до 2,5см. По краю пятна располагается узловое образование бордово-коричневого цвета, размером 2,5х3см, на широком основании, легко кровоточащее при дотрагивании. В правой подмышечной области пальпируются увеличенные до 2см, не спаянные между собой лимфоузлы.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план диагностических мероприятий. Составьте план лечения больной.

3. На прием к урологу обратился мужчина 35 лет с жалобами на увеличение паховых лимфоузлов справа, направлен на консультацию онколога. При осмотреурологической патологии не выявлено. Однако на коже внутренней поверхности правого бедра обнаружено плоское пигментное образование неправильной формы, неоднородной окраски, до 1см диаметром. Больной направлен в онкологический диспансер для дообследования и лечения.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Каковы пути метастазирования данной опухоли? Составьте план диагностических мероприятий. Составьте план лечения больного.

1. На прием к районному онкологу направлена женщина 23 лет, которой в косметологической клинике 2 месяца назад путем криодеструкции было удалено пигментное образование на коже шеи. При осмотре: на месте послеоперационного рубца на коже шеи слева имеется 3 узловых образования черного цвета, округлой формы, размерами до 4-5мм. На боковой поверхности шеи слева имеются плотные увеличенные до 2см, не спаянные между собой лимфоузлы.
   Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Составьте план необходимых диагностических мероприятий. Составьте план лечения больного.
2. Больная М., 43 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие опухоли на коже спины. Со слов больной опухоль возникла 3 месяца назад после травмы пигментного невуса. За последнее время быстро растет, при дотрагивании кровоточит. Данные объективного обследования: на коже спины ниже угла левой лопатки экзофитная опухоль 1,2см диаметром, синюшно-черного цвета с изъязвлением в центре. Аксиллярные и паховые лимфоузлы слева не увеличены.
   Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Составьте план диагностических мероприятий. Составьте план лечения больного.
3. В онкологический диспансер направлен мужчина 43 лет с жалобами на наличие опухоли в толще кожи левой щеки. Из анамнеза известно, что в районной поликлинике 2 месяца назад хирургом больному было произведено удаление пигментного невуса кожи левой щеки, но гистологическое исследование удаленной опухоли не производилось. Данные объективного обследования: в толще кожи левой щеки рядом с окрепшим послеоперационным рубцом имеется образование с синеватым оттенком, округлой формы, размером до 5мм. Подчелюстные и шейные лимфоузлы не увеличены.
   Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Составьте план необходимых диагностических мероприятий. Составьте план лечения больного. Какая ошибка была допущена врачом-хирургом поликлиники?

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) *Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.*

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы способствуют возникновению меланомы кожи?
2. Какие невусы и неневоидные образования являются меланомоопасными и какая тактика онколога по отношению к ним?
3. Закономерности прогрессирования меланомы кожи.
4. Какие клинические проявления меланомы кожи?
5. Какая диагностика меланомы кожи?
6. Какое лечение меланомы кожи?
8. Какая профилактика меланомы кожи?

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Иммунотерапия меланомы кожи.
2. Лимфодиссекция при меланоме кожи.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Л.В. Червонная Пигментные опухоли кожи. 2016. М.: ГЭОТАР-Медиа. «Консультант врача»

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 11. Опухоли органов грудной клетки

Тема 11.1:Опухоли средостения и пищевода (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять диагностику и лечение опухолей средостения и пищевода, профилактику рака пищевода.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза опухолей средостения и

пищевода. Обучить диагностике и лечению опухолей средостения и пищевода.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития опухолей средостения и пищевода. Профилактику рака пищевода.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных опухолями средостения и пищевода. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях средостения и пищевода. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих заболеваниях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Эпидемиология опухолей средостения и пищевода.
Этиология рака пищевода
Закономерности прогрессирования рака пищевода.
Классификация опухолей средостения
Клиника опухолей средостения
Клиника рака пищевода.
Диагностика опухолей средостения и пищевода.
Лечение опухолей пищевода и средостения.
Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.
Профилактика рака пищевода.

2. Практическая работа.

Клинические разборы – – ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных опухолями средостения и пищевода.***

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.
Освоение хирургической техники.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы способствуют возникновению рака пищевода?
2. Какие имеются предопухолевые состояния пищевода?
3. Закономерности развития опухолей средостения и пищевода.
4. Какие имеются опухоли средостения, их классификация?
5. Какая диагностика опухолей средостения и пищевода?
6. Какое лечение опухолей средостения и пищевода?
8. Какая профилактика рака пищевода?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Неврогенные опухоли в абсолютном большинстве наблюдений локализуются
а) в реберно-позвоночном углу
б) в центральном средостении
в) в верхних отделах переднего средостения
г) в переднем средостении на уровне основания сердца
2. Неврогенные опухоли в процессе своего развития могут
а) малигнизировать

б) "вызревать" - превращаться из незрелой (злокачественной) в доброкачественную

в) распространяться из средостения на шею

г) проникать в спинномозговой канал и вызывать сдавление спинного мозга

д) все ответы правильные

3. Наиболее часто встречающейся в средостении опухолью мезенхимального происхождения является

а) фиброма

б) липома

в) гемангиома

г) лимфангиома

4. Абдомино-медиастинальная липома локализуется

а) в переднем средостении

б) в заднем средостении

в) одинаково часто в переднем и заднем средостении

4. Злокачественные тимомы метастазируют

а) только лимфогенным путем

б) только гематогенным путем

в) и лимфогенно, и гематогенно

г) не метастазируют вообще

5. Общим для строения зрелых тератом средостения является обязательное наличие в них элементов

а) нервной ткани

б) кожи

в) эндодермы

г) мезодермы

д) всех перечисленных

6. Энтерогенные кисты средостения сходны по строению

а) со стенкой пищевода

б) со стенкой желудка

в) со стенкой тонкой кишки

г) правильно а) и б)

д) правильные ответы а), б) и в)

7. Стенка бронхиальной кисты может быть представлена

а) многорядным цилиндрическим эпителием

б) соединительной тканью, содержащей слизистые железы

в) гиалиновым хрящом

г) гладкими мышцами

д) все ответы верные

8. Из передней кишки в период эмбриогенеза развиваются

а) энтерогенные кисты

б) бронхиальные кисты

г) целомические кисты перикарда

д) правильные ответы а) и б)

9. Внегонадная семинома средостения характеризуется

а) быстрым ростом*

б) медленным ростом

в) закономерностей роста не выявляется

10. Свойством смещаться при глотательных движениях, выявляемым при рентгеноскопии, могут обладать: 1) "ныряющий" зоб 2) загрудинный зоб 3) паратрахеальные бронхиальные кисты 4) энтерогенные кисты в нижних отделах средостения 5) тератомы переднего средостения

а) правильно 1, 2, 3

б) правильно 2, 3, 4

в) правильно 3, 4, 5

г) правильно 1, 4, 5

д) правильно 2, 4, 5

11. Выявление петрификатов в опухоли средостения при рентгенологическом исследовании является патогномоничным

а) для злокачественной лимфомы

б) для тимомы

в) для неврогенной опухоли

г) для зрелой тератомы

д)правильного ответа нет

12. Оптимальными условиями выполнения трансторакальной пункции опухоли средостения являются

а) краевая, по отношению к органам средостения, локализация опухоли

б) размеры новообразования не менее 4-5 см

в) прилегание новообразования к грудной стенке

г) все ответы верные

д) правильные ответы а) и б)

13. Трансторакальная пункционная биопсия противопоказана

а) при подозрении на аневризму сердца или аорты

б) при подозрении на кисту переднего средостения, в частности, паразитарную

в) при предположительном диагнозе - опухоль вилочковой железы

г) при предположительном диагнозе - тератобластома

д) верные ответы а) и б)

14. Морфологическая верификация диагноза до начала лечения необходима у абсолютного большинства больных опухолями средостения, если методом лечения является

а) хирургический

б) лучевой

в) химиотерапевтический

г) правильные ответы а), б), в)

д) верные ответы б) и в)

15. Дифференциальный диагноз опухолей средостения необходимо проводить

а) с новообразованиями легких и плевры

б) с аневризмой аорты и сердца

в) с релаксацией диафрагмы и новообразованиями грудной стенки

г) все ответы правильные

д) правильные ответы а) и б)

16. Реакция на а-фетопротеин (реакция Абелева - Татаринова) может быть положительной

а) при тимоме

б) при хемодектоме

в) при зрелой тератоме

г) при незрелой тератоме (тератобластоме) с элементами эмбрионального рака

д) верного ответа нет

17. При хорионэпителиоме средостения или тератобластоме с элементами хорионэпителиомы наиболее информативным исследованием, кроме морфологического подтверждения диагноза, является определение в сыворотке крови и моче

а) уровня катехоламинов

б) раково-эмбрионального антигена

в)хорионического гонадотропина

г) все ответы верные

д) правильного ответа нет

18. При злокачественных новообразованиях средостения могут выполняться следующие операции

а) удаление опухоли и регионарных лимфатических узлов

б) комбинированные операции

в) паллиативные операции

г) все ответы верные

д)верные ответы а) и б)

19. Лучевая терапия как самостоятельный метод лечения или в сочетании с лекарственным наиболее целесообразна

а) при лимфосаркоме средостения

б) при лимфогранулематозе

в) при доброкачественной тимоме

г) правильные все ответы

д) правильные ответы а) и б)

20. Выбор препаратов для лекарственного метода лечения новообразования средостения определяет

а) величина первичной опухоли

б) локализация опухоли

в) гистологическая структура опухоли

г) все ответы верны

д) верные ответы а) и б)

21. Химиотерапия чаще всего может быть самостоятельным методом лечения

а) при эпителиальной тимоме

б) при гранулематозной тимоме

в) при лейомиосаркоме

г) при нейробластоме

22. Смещение опухоли в просвете пищевода при рентгенологическом исследовании чаще всего свидетельствует в пользу

а) лейомиомы

б) аденомы

в) полипа

г) кисты

23. Биопсия доброкачественных новообразований пищевода при эзофагоскопии

а) должна выполняться у каждого больного

б) не должна выполняться никогда

в) возможна только при интактной слизистой

г) возможна только при поврежденной слизистой

24. Оптимальным вариантом хирургического вмешательства по поводу лейомиомы пищевода является

а) эндоскопическое удаление

б) энуклеация опухоли с сохранением слизистой оболочки

в) сегментарная резекция пищевода

г) субтотальная резекция пищевода

25. Увеличение заболеваемости раком пищевода отмечено среди коренного населения

а) высокогорий

б) пустынь

в) по побережью Северного Ледовитого океана

г) все ответы верные

26. К предопухолевым заболеваниям с повышенным риском возникновения на их фоне рака пищевода относятся: 1) рубцовая стриктура 2) ахалазия 3) синдром Пламмера - Винсона 4) пищевод Барретта 5) кератодермия (семейный гиперкератоз ладоней и стоп)

а) все ответы верные

б) верные все, кроме 5

в) верные все, кроме 4 и 5

г) верные все, кроме 2 и 3

д) верные все, кроме 1 и 5

27. Наиболее часто железистый рак пищевода развивается на фоне

а) рубцовой стриктуры
б) синдрома Пламмера - Винсона
в) пищевода Барретта
г) семейного гиперкератоза ладоней и стоп
28. Синдром Пламмера - Винсона характеризуется всем перечисленным, кроме
а) атрофии слизистой оболочки полости рта, глотки и пищевода
б) дисфагии
в) гипохромной железодефицитной анемии
г)меланиновой пигментации слизистой полости рта
29. Рак пищевода чаще всего поражает
а) верхнюю треть
б) среднюю треть
в) нижнюю треть
г) одинаково часто развивается в любом отделе пищевода
30. Главным критерием "раннего" рака пищевода являются
а) размеры опухоли
б) анатомический тип роста опухоли
в) глубина инвазии опухолевой стенки
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)
31. При I стадии рака пищевода опухолевая инфильтрация распространяется
а) на слизистый слой
б) на слизистый и подслизистый слой
в) на слизистый, подслизистый и мышечный слои
г) все слои пищевода, включая арвентицию
32. Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является
а) повышенное слюноотделение
б) тошнота
в) дисфагия
г) рвота
33. Боли при раке пищевода могут локализоваться в области
а) шеи
б) грудной клетки
в) эпигастрия
г) все ответы верные
д) верные ответы б) и в)
34. Симптомы глоточной недостаточности вследствие поражения нервного аппарата глотки развиваются, как правило, при раке
а) шейного и верхнегрудного отделов пищевода
б) среднегрудного отдела пищевода
в) нижнегрудного отдела пищевода
г) абдоминального сегмента пищевода
35. Стенокардитическая и гастритическая клинические маски рака пищевода наиболее часто наблюдаются при локализации раковой опухоли
а) в шейном отделе пищевода
б) в верхнегрудном отделе пищевода
в) в среднегрудном отделе пищевода
г) в нижнегрудном и абдоминальном отделах пищевода
36. Рентгеновская компьютерная томография при раке пищевода может применяться с целью определения
а) выхода опухоли за пределы пищевода
б) прорастания первичной опухоли в окружающие органы
в) состояния лимфатических узлов средостения и брюшной полости

г) очаговых изменений в печени

д) всего перечисленного

37. Хирургический метод лечения применяется в основном при лечении рака

а) шейного отдела пищевода

б) верхнегрудного отдела пищевода

в) нижнегрудного отдела пищевода

г) абдоминального отдела пищевода

д) правильные ответы в) и г)

38. В соответствии с официальным указанием по организации онкологической помощи (Ленинград, 1984 г.) лучевое лечение в качестве самостоятельного метода рекомендуется при раке пищевода

а) шейного отдела

б) верхнегрудного отдела

в) нижнегрудного отдела

г) абдоминального отдела

д) шейного и верхнегрудного отдела

39. К хирургическим вмешательствам по поводу рака пищевода с одномоментной пластикой перемещенным желудком относятся все перечисленные методы, кроме

а) операции Жиано - Гальперна – Гаврилиу

б) операции Осавы - Герлока

в) операции типа Льюиса

г) операции Киршнера - Накаямы

40. Предоперационная лучевая терапия при комбинированном лечении рака может быть проведена по методике

а) укрупненного фракционирования дозы (по 4 Гр 5 раз в неделю, СОД - 20 Гр)

б) классического фракционирования дозы (по 2 Гр 5 раз в неделю, СОД - 35-40 Гр)

в) динамического фракционирования дозы

г) все указанные методики могут быть использованы

д) правильные ответы а) и б)

41. Методика классического фракционирования дозы лучевой терапии при комбинированном лечении рака пищевода наиболее целесообразна

а) при I стадии

б)при II стадии

в) при III стадии

г)при всех перечисленных стадиях

42. Одним из наиболее частых послеоперационных осложнений, сопровождающих одномоментные операции при раке пищевода и приводящих больных к смерти, является

а) послеоперационная пневмония

б) тромбоэмболия легочной артерии

в) недостаточность швов пищеводного соустья и гнойные осложнения (эмпиема и медиастинит без свища)

г) надпочечниковая недостаточность

43. Послеоперационная летальность после резекции пищевода по поводу рака увеличивается при локализации опухоли

а) в абдоминальном сегменте

б) в верхнегрудном отделе

в) существенной зависимости не выявляется

44. У больного 50 лет рак пищевода на уровне нижнегрудного и метастазами в параэзофагеальные лимфатические узлы отдела, протяженностью 4 см с начальными проявлениями дисфагии. Адекватными методами лечения можно считать все перечисленные, кроме

а) самостоятельного курса лучевой терапии по радикальной программе

б) оперативного лечения

в) комбинированного лечения с предоперационной лучевой терапией

г) комбинированного лечения с послеоперационной лучевой терапией

45. Интенсивный короткий курс предоперационной лучевой терапией предпочтителен при размерах опухоли

а) меньше 5 см

б) более 5 см

в) размерами опухоли существенного значения не имеют

46. При самостоятельном курсе лучевой терапии рака пищевода не рекомендуется применение

а) крупных фракций

б) динамических режимов фракционирования дозы

в) мультифракционирование

г) все ответы правильные

д) правильного ответа нет

47. Абсолютным противопоказанием к лучевой терапии рака пищевода является

а) протяженность поражения более 8 см

б) наличие изъязвления опухоли

в) выраженная дисфагия

г) рентгенологически и эндоскопически определяемые признаки перфорации

д) все перечисленное

48. У больного 56 лет через год после лучевой терапии рака среднегрудного отдела пищевода СОД 60 Гр возник рецидив на границе верхне- и среднегрудного отдела протяженностью 3 см. В этом случае

а) лучевая терапия противопоказана

б) лучевая терапия возможна, но нецелесообразна

в) лучевая терапия показана в радикальном варианте

г) лучевая терапия показана в паллиативном варианте

49. Химиотерапия при раке пищевода

а) обладает высокой эффективностью

б) может использоваться с таким же успехом, как и лучевая терапия

в) малоэффективна

г) не применяется

Эталоны ответов 1. а; 2. д; 3. б; 4. а; 5. б; 6. д; 7. д; 8. а; 9. а; 10. а;11. д; 12. г; 13. д; 14. д; 15. г; 16. г; 17. в; 18. г; 19. д; 20. в; 21. б; 22. в; 23. г; 24. б; 25. г; 26 а; 27. в; 28. г; 29. б; 30. в; 31. б; 32. в; 33. г; 34. а; 35. г; 36. д; 37. д; 38. д; 39. а; 40. г; 41. в; 42. в; 43. б; 44. а; 45. а; 46. а; 47. г; 48. г; 49. в.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР

2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»

2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 11. Опухоли органов грудной клетки

Тема 11.1:Опухоли средостения и пищевода (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять диагностику и лечение опухолей средостения и пищевода, профилактику рака пищевода.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза опухолей средостения и пищевода. Обучить диагностике и лечению опухолей средостения и пищевода.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития опухолей средостения и пищевода. Профилактику рака пищевода.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных опухолями средостения и пищевода. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях средостения и пищевода. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих заболеваниях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

Эпидемиология опухолей средостения и пищевода.
Этиология рака пищевода
Закономерности прогрессирования рака пищевода.
Классификация опухолей средостения
Клиника опухолей средостения
Клиника рака пищевода.
Диагностика опухолей средостения и пищевода.
Лечение опухолей пищевода и средостения.
Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.
Профилактика рака пищевода.

2. **Практическая работа.**

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Обычно не бывает миастении при форме тимомы
а) эпителиальной
б) лимфоидной
в) лимфоэпителиальной
г) гранулематозной (гигантоклеточной)
2. Хорионэпителиома средостения может приводить к развитию
а) гинекомастии у мужчин
б) атрофии яичек
в) нагрубанию молочных желез у женщин
г) все ответы верные
д) правильного ответа нет

Эталоны ответов 1. г; 2. г;

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

3. **Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Женщина 57 лет. Жалобы на головную боль, мышечную слабость.

Анамнез: больной считает себя в течение 5 лет. Все эти годы находится под наблюдением у

эндокринологов по поводу миастении. Обследовалась в поликлинике по месту жительства и стационаре, патологических изменений в органах грудной клетке на рентгенограмме в прямой проекции не выявлено.Объективно: состояние больной удовлетворительное, сознание ясное, вялая, в контакт вступает с неохотой. Мышечный тонус снижен. При рентгенологическом исследованииотмечается умеренно выраженное усиление и деформация легочного рисунка в нижних отделах. Корни легких структурны. Срединная тень в прямой проекции обычной ширины, но по левому контуру ниже дуги аорты медиастинальная плевра оттеснена кнаружи на 0,5 см. В боковой проекции ретростернальное пространство пониженной прозрачности. Выявляется дополнительное образование с четкими контурами неоднородной структуры между восходящей частью дуги аорты и грудиной, которое не смещается при глотании. При КТ исследовании в среднем этаже переднего средостения овальной формы с крупнобугристой поверхностью, четкими контурами образование, размерами 7,0х5,5х3,6 см.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Дифференциально-диагностический ряд заболеваний?

Эталон ответов: Тимома. Дифференцировать с заболеваниями: загрудинный зоб, аневризма восходящей части дуги аорты, тератома.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Мужчина 29 лет. Жалоб нет. При профилактическом флюорографическом исследовании в средостении обнаружено дополнительное образование. Объективно: состояние удовлетворительное. По органам - без особенностей. На рентгенограммах органов грудной клеткив прямой и боковой проекциях, в среднем этаже переднего средостения овальной формы образование, в толще которого выявляются более плотные включения, наружные контуры его четкие, гладкие. Прилежащие отделы легкого не изменены. При КТ исследовании в среднем этаже переднего средостения опухоль с четкими контурами, показатель плотности в различных участках от минус 5 до плюс 60.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Дифференциально-диагностический ряд заболеваний?

2. Женщина 39 лет. Жалобы на тупые боли в груди и спине. Анамнез: впервые неприятные ощущения в груди отметила полгода назад. Постепенно присоединялась боль в груди и спине. Объективно: состояние удовлетворительное. По органам без особенностей. При рентгенологическом исследовании органов грудной клеткив реберно-позвоночном углу справа на уровне Th IV-V интенсивное овальной формы образование однородной структуры, с четкими контурами, размерами 9,0х4,0 см, широким основанием тесно прилежит к телам позвонков. У верхнего и нижнего полюсов медиастинальная плевра оттеснена под тупым углом. Отмечается краевая узурация прилежащих тел позвонков и ребер, на уровне узла межреберные промежутки сзади расширены.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Дифференциально-диагностический ряд заболеваний?

3. Больной Д., 23 лет, поступил в клинику с жалобами на периодические интенсивные боли в правой половине грудной клетки, больше спереди, головные боли. При рентгенологическом исследовании органов грудной клеткисправа от второго межреберья до IV ребра (счёт спереди) определяется округлой формы интенсивная гомогенная тень с чётким наружным контуром, сливающаяся медиальным краем с тенью средостения. Определяется полоска обизыствления в капсуле.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Тактика лечения?

4. Женщина 23 лет. Жалобы на слабость, недомогание, периодические подъемы температуры до 39º, кожный зуд. Анамнез заболевания.Больна в течение нескольких месяцев. По поводу ОРЗ неоднократно проводились курсы противовоспалительной терапии без эффекта. Объективно:состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, имеется расширение подкожных вен на передней поверхности грудной клетки, одышка до 28 дыхательных движений в 1 мин., пульс 98 уд/мин, АД 115/75 мм рт ст. Периферические лимфатические узлы, печень, селезенка не увеличены. На обзорной рентгенограмме грудной клеткиобнаружена в области среднего средостения на уровне передних отрезков I-II ребер тень размерами до 7,5-8,0 см, ее наружные контуры четкие, крупноволнистые; в боковой проекции ретростернальное пространство пониженной прозрачности. При томографическом исследованииувеличенные лимфоузлы паратрахеальной и трахеобронхиальной групп сливаются в единый конгломерат.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Дифференциально-диагностический ряд заболеваний?

5. Больной Р., 47 лет, обратился в поликлинику с жалобами на постоянные боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в лопатку, головные боли, одышку, общую слабость. Заболел год назад. На рентгенограммах грудной клетки в верхнемедиальном отделе левого легочного поля в проекции заднего сегмента выявляется интенсивная гомогенная, округлой формы с чётким нижненаружным контуром тень – размеры 6х7 см., которая медиальным краем сливается с тенью II – III грудных позвонков.

Вопросы: Какой предположительный диагноз? Какие методы исследования нужно провести? Тактика?

6. Больной В., 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, затруднение глотания кашицеобразной пищи, отсутствие аппетита, боли в эпигастральной области. Затруднения при глотании отмечает около 2-х месяцев. Два года назад лечился в областной больнице по поводу ожога пищевода кислотой. Долгое время проводили бужирование, находился на диспансерном учете, но на осмотры последние 8 месяцев не приезжал. Злоупотреблял алкоголем. Курит сигареты по две пачки в день. Данные объективного обследования.Резко пониженного питания. Кожные покровы и слизистые бледные. Склеры слегка желтушны. В надключичной области слева пальпируется увеличенный лимфоузел диаметром до 1см, подвижный безболезненный. В легких - везикулярное дыхание. Пульс - 68 ударов в 1 мин. АД—110/70 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены. На коже живота выраженная венозная сеть. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее плотный. Селезенка не пальпируется. При ректальном осмотреимеются набухшие геморроидальные узлы внутреннего и наружного кольца, безболезненные.При обследовании:Нв–125 г/л, Эр.-3,8х1012/л, Л-3,5х109/л, СОЭ-36 мм/час. Биохимические анализы: белок-58 г/л, альбумины-46 г/л, глобулины-22 г/л, амилаза крови-10,6 мг/сл, глюкоза-5,55 мМ/л, АСАТ-90 нМ/сл, АЛАТ-180 нМ/сл, билирубин общий-28 мкМ/л. Флюорография - активного туберкулеза не выявлено.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план обследования больного. Составьте план лече- ния больного.

7. Больной Л., 56 лет обратился с жалобами на отрыжку с неприятным запахом, обильное слюноотделение, периодически возникающую тупую боль за грудиной после еды. Облегчение наступало после срыгивания принятой пищи. Худеет, потерял в весе 6кг, на протяжении последнего года отмечал периодически возникающие затруднения при глотании пищи с неприятными ощущениями за грудиной. При рентгенологическом исследовании выявлено значительное расширение пищевода с наличием в нем жидкости. Контрастная масса стойко задерживается в пищеводе над суженным кардиальным отделом. Данные объективного обследования:резко пониженного питания. Кожные покровы и слизистые бледные. Склеры слегка желтушны. В легких везикулярное дыхание. Пульс - 68 ударов в 1 мин. АД—110/70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены. На коже живота выраженная венозная сеть. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее плотный. Селезенка не пальпируется. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план обследования больного. Составьте план лечения больного.

8. Больной К., 50 лет, обратился к хирургу с жалобами на нарастающую слабость, затруднение прохождения по пищеводу твердой пищи, боли за грудиной, изжогу и тошноту. Эти симптомы отмечает на протяжении месяца, лечился самостоятельно травами, но без эффекта. За последний месяц потерял в весе 8 кг. Данные объективного обследования: кожные покровы чистые, обычной окраски. Тургор кожи снижен. Пальпаторно в левой надключичной области определяется увеличенный до 2см лимфоузел, плотно эластичный, округлой формы, ограниченно смещаемый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план диагностических мероприятий. Составьте план лечения больного.

9. Больной М., 61 года, направлен в онкологический диспансер с жалобами на резкую потерю веса в течении последних 6-ти месяцев, кашель, возникающий при приеме жидкой пищи, повышение температуры до 38ºС. На основании данных клинических, инструментальных, рентгенологических, эндоскопических и морфологических исследований выставлен диагноз: рак грудного отдела пищевода стадия III T4N1M0, пищеводно-бронхиальный свищ.

Вопросы: Возможно ли использование лучевой терапии в данном случае? Какое лечение показано больному?

10. Больной В. 60 лет, шофер 40 лет. Курит 45 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 29 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Вопросы: Диагноз? Лечебная тактика?

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы способствуют возникновению рака пищевода?
2. Какие имеются предопухолевые состояния пищевода?
3. Закономерности развития опухолей средостения и пищевода.
4. Какие имеются опухоли средостения, их классификация?
5. Какая диагностика опухолей средостения и пищевода?
6. Какое лечение опухолей средостения и пищевода?
8. Какая профилактика рака пищевода?

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Лучевая терапия рака пищевода.
2. Лекарственная терапия рака пищевода.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 11. Опухоли органов грудной клетки

Тема 11.2:Опухоли легких и плевры (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение опухолей легких и плевры.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза опухолей легких и плевры. Обучить диагностике и лечению опухолей легких и плевры.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, профилактику опухолей легких и плевры.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных опухолями легких и плевры. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях легких и плевры. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих заболеваниях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Эпидемиология опухолей легких и плевры.
Этиология и классификация рака легкого, опухолей плевры.
Первичные и вторичные опухоли плевры.
Закономерности прогрессирования рака легкого, мезотелиомы плевры.
Клиника опухолей легкого и плевры.
Диагностика опухолей легкого и плевры.
Лечение опухолей легкого и плевры.
Тактика при метастатическом поражении легкого и плевры.
Диспансерное наблюдение за больными с опухолями легкого и плевры.
Профилактика рака легкого.

2. Практическая работа.

Клинические разборы – ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными опухолями легких и плевры***

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.
Освоение хирургической техники.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие внешние и внутренние факторы способствуют возникновению рака легкого.
2. Какие первичные опухоли плевры выделяют?
3. Закономерности прогрессирования опухолей легкого и плевры.

4. Назовите особенности клинического течения центрального и периферического рака легкого.
5. Клинические проявления опухолей плевры.
6. Какая диагностика опухолей легкого и плевры?
7. Какое лечение опухолей легкого и плевры?
8. Какая профилактика рака легкого?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. К центральным доброкачественным опухолям легких относятся
а) опухоли главных бронхов
б) опухоли долевых бронхов
в) опухоли сегментарных бронхов
г) все перечисленные
д) ни одна из перечисленных
2. Доброкачественные опухоли легких могут иметь
а) эпителиальное происхождение
б) нейроэктодермальное происхождение
в) мезодермальное происхождение
г) дисэмбриогенетическое (гамартомы, тератомы)
д) все ответы верные
3. Клапанный или вентильный бронхостеноз соответствует
а) I степени нарушения бронхиальной проходимости (по Джексону)
б) II степени
в) III степени
д) все перечисленные, кроме 2 и 4
4. Центральные доброкачественные опухоли легких растут преимущественно
а)эндобронхиально
б) интрамурально
в) экстрабронхиально (экзобронхиально)
г) все типы роста встречаются с одинаковой частотой
5. Солитарные метастазы в паренхиме легких наиболее часто встречаются у больных
а) остеогенной саркомой
б) опухолями яичка
в) раком молочной железы
г) раком толстой кишки
6. Наиболее часто метастазируют в легких опухоли следующих локализаций: 1)хорионэпителиома матки 2)рак почки 3)рак желудка 4)рак тела матки и рак толстой кишки
а) правильно 1 и 2
б) правильно 3 и 4
в) правильно 4 и 5
г) правильно 3 и 5
7. Смертность от рака легкого в России
а) увеличивается у мужчин и уменьшается у женщин
б) уменьшается у мужчин и увеличивается у женщин
в) возрастает и у мужчин, и у женщин
г) уменьшается и у мужчин, и у женщин
8. Определяющая роль в увеличении заболеваемости населения раком легких принадлежит
а) генетическому фактору
б) профессиональным вредностям
в) курению
г) загрязнению атмосферы
9. Рак легкого
а) всегда возникает на фоне хронического бронхита

б) всегда развивается на фоне посттуберкулезных изменений

в) всегда развивается в очаге ограниченного пневмосклероза

г) может развиваться без предшествующих хронических заболеваний легких

д)все ответы верные, кроме г)

10. Возникновение очагов плоскоклеточной метаплазии эпителия бронхов, как правило, предшествует развитию

а) мелкоклеточного рака

б) железистого рака

в) плоскоклеточного рака

г) крупноклеточного рака легких

11. Объемное уменьшение легочной ткани при нарушении бронхиальной проходимости вследствие роста опухоли в наибольшей степени выражено

а) при гиповентиляции

б) при ателектазе

в) при обтурационной пневмонии

г) при клапанной эмфиземе

12. Фаза "клапанной эмфиземы" при нарушении бронхиальной проходимости опухолью соответствует

а)I степени нарушения бронхиальной проходимости по Джексону

б) II степени нарушения бронхиальной проходимости по Джексон

в) III степени нарушения бронхиальной проходимости по Джексону

г) все ответы верные

д) верные ответы а) и в)

13. У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает

а) плоскоклеточный рак

б) железистый рак

в) мелкоклеточный рак

г) крупноклеточный рак

14. Частота лимфогенного метастазирования наиболее велика

а) при плоскоклеточном раке легкого

б)при аденокарциноме легкого

в) при мелкоклеточном раке

г) одинакова при всех перечисленных формах

15. К первичным или местным симптомам рака легкого могут быть отнесены все перечисленные, кроме

а) кашля

б) кровохарканья

в) болей в груди

г) повышения температуры тела

16. При периферическом раке легкого, в отличие от центрального, заболевание: 1) длительное время протекает бессимптомно 2) сопровождается выраженной клинической симптоматикой уже на начальной стадии 3) симптомы кашля и кровохаркания являются ранними 4) кашель и кровохаркание появляются поздно

а) правильно 1 и 3

б) правильно 2 и 3

в) правильно 1 и 4

г) правильно 2 и 4

17. Массовая флюорография грудной клетки с целью улучшения результатов лечения центрального рака легких

а) не может считаться высокоэффективной

б) проявила себя как высокоэффективный метод

в) не имеет преимуществ перед самостоятельным обращением пациентов к врачу

г) не должна применяться в настоящее время

18. Состояние клапанной эмфиземы, обусловленное наличием опухоли в просвете долевого или главного бронха, лучше выявляется

а) в фазе максимального вдоха

б) в фазе максимального выдоха

в) и в том, и в другом случае

19. Относительно рано на обзорных рентгенограммах опухолевый узел при центральном раке легких выявляется в случае

а) эндобронхиального типа роста опухоли

б) экзобронхиального узлового типа роста опухоли

в) перибронхиального разветвленного типа роста опухоли

г) срок выявления не зависит от типа роста опухоли

20. Очертания тени первичной опухоли на рентгенограммах при раке легкого могут быть

а) четкими

б) нечеткими в виде "лучистого венчика", "спикул", "щеточки"

в) слегка волнистыми

г) все ответы верные

21. Трансторакальную пункцию с целью морфологической верификации диагноза при периферическом раке легкого целесообразно выполнять

а) после обзорной рентгенографии грудной клетки

б) после 5-кратного цитологического исследования мокроты

в) при отрицательных результатах бронхологического исследования и цитологического анализа мокроты

г) нет правильного ответа

22. Медиастиноскопия при раке легкого позволяет оценить состояние и выполнить пункционную биопсию (или взять материал для гистологического исследования) всех следующих групп лимфатических узлов, кроме

а) паратрахеальной

б) верхних трахеобронхиальных

в) бифуркационной

г) заднего средостения

23. Морфологическая верификация диагноза и метастатического поражения лимфатических узлов и отдаленных органов при раке легкого имеет важное значение в связи с тем, что

а) определяет выбор метода лечения

б) влияет на выбор объема хирургического вмешательства

в) позволяет оценить прогноз заболевания

г) все ответы верные

24. Наиболее эффективным методом лечения плоскоклеточного рака легкого является

а) хирургический

б) лучевой

в) химиотерапия

г) иммунотерапия

25. При выполнении бронхопластической операции при раке легкого могут быть удалены лимфатические узлы

а) бронхопульмональные

б) корня легкого

в) верхние трахеобронхиальные и бифуркационные

г) все указанные группы лимфатических узлов

26. Основными видами хирургического вмешательства при раке легкого являются

а) лобэктомия (билобэктомия), пневмонэктомия

б) сегментэктомия

в) клиновидная или краевая резекция легкого

г) правильные ответы а) и б)

д) все ответы верные

27. С целью профилактики рецидива и метастазов при раке легкого могут применяться

а) предоперационная лучевая терапия

б) послеоперационная лучевая терапия

в) предоперационная химиотерапия

г) послеоперационная химиотерапия

д) все ответы верные

28. Онкологическими противопоказаниями к операции по поводурака легкого являются метастазы

а) в шейные лимфоузлы

б) в надключичные лимфоузлы

в) в отдаленные органы

г) в плевру

д) все ответы правильные

29. Одной из наиболее частых причин смерти больных после пневмонэктомии по поводу рака является

а) бронхиальный свищ и эмпиема плевры

б) пневмония

в) сердечно-сосудистая недостаточность

г) тромбоэмболия легочной артерии

30. Наилучшие отдаленные результаты, по данным большинства хирургов, достигаются после радикальных операций по поводу рака легкого

а) при мелкоклеточном раке

б) при низкодифференцированной аденокарциноме

в) при плоскоклеточном раке

г) при недифференцированном раке

31. Применение комбинированного лечения (предоперационная лучевая терапия + операция) плоскоклеточного рака легкого наиболее обосновано у больных

а) с I стадией заболевания

б) со IIа стадией заболевания

в) с IIIб стадией заболевания

г) с III стадией заболевания

д) верные ответы в) и г)

32. При высокодифференцированной аденокарциноме легкого II стадии методом выбора является

а) чисто хирургическое лечение

б) химиотерапия

в)лучевая терапия

г) химиолучевое лечение

33. Наиболее частая локализация метастазов при мелкоклеточном раке легкого

а) внутригрудные лимфатические узлы

б) лимфатические узлы брюшной полости

в) печень

г) кости

д) головной мозг

34. Наиболее частые гематогенные метастазы рака легкого локализуются

а) в костях

б) в печени

в) в надпочечниках

г) в головном мозге

35. Адьювантная химиотерапия наиболее целесообразна

а) при плоскоклеточном раке легкого

б) при аденокарциноме легкого

в) при мелкоклеточном раке легкого

г) показана при всех формах

д) не доказана целесообразность

36. Профилактическое облучение головного мозга больным мелкоклеточным раком легкого показано

а) при достижении частичного эффекта

б) при достижении полного эффекта

в) при стабилизации процесса

г) при прогрессировании

37. При центральном раке легкого в облучаемый объем тканей включают, кроме первичной опухоли, корня легкого и лимфатических узловсредостения, еще и лимфоузлы корня противоположного легкого и шейно-надключичные зоны

а) при эпидермоидном раке

б) при мелкоклеточном раке

в) при аденокарциноме

г) при смешанных опухолях

38. При радикальной лучевой терапии рака легкого не рекомендуется применение

а) крупных фракций

б) динамического режима фракционирования дозы

в) мультифракционирования

г) расщепленного курса лучевой терапии

д) правильного ответа нет

39. Доброкачественная фиброзная мезотелиома плевры

а) имеет определенную этиологическую связь с асбестом

б) асбест не оказывает влияния на возникновение доброкачественной фиброзной мезотелиомы плевры

в) нет правильного ответа

40. Больные доброкачественной фиброзной мезотелиомой плевры

а) имеют хороший прогноз

б) имеют плохой прогноз

в) прогноз заболеваний не однозначен

41. Доброкачественная мезотелиома может иметь

а) дольчатый вид

б) обызвествленные участки

в) почти полностью занимать гемиторакс

г) правильного ответа нет

д) все ответы верные

42. Злокачественная мезотелиома плевры, как правило, имеет: 1) локализованный характер роста в виде округлых или овальных образований 2) диффузный характер роста с бугристыми и лентовидными утолщениями плевры, с множеством белесоватых бугорков 3) может быть диагностирована при цитологическом исследовании плевральной жидкости в связи с наличием в ней клеток злокачественной опухоли 4) не может быть диагностирована при цитологическом исследовании жидкости при наличии клеток злокачественной опухоли

а) правильно 1 и 3

б) правильно 1 и 4

в) правильно 2 и 3

г) правильно 2 и 4

43. Частота злокачественной мезотелиомы плевры приблизительно соответствует следующему показателю

а) 2 на 1 000 000 населения

б) 2 на 100 000 населения

в) 2 на 10 000 населения

г) 2 на 1000 населения

44. Среди злокачественных мезотелиом выделяют следующие гистологические типы

а) эпителиальный

б) мезенхимальный (фиброзный)

в) смешанный

г) все ответы верные

д) правильного ответа нет

45. Злокачественная мезотелиома плевры: 1) метастазирует лимфогенно 2) не метастазирует лимфогенно 3) метастазирует гематогенным путем 4) не метастазирует гематогенным путем

а) правильно 1 и 3

б) правильно 1 и 4

в) правильно 2 и 3

г) правильно 2 и 4

46. Злокачественная мезотелиома плевры может метастазировать

а) в легкие

б) в печень

в) в кости

г) в головной мозг

д) все ответы правильные

47. Для поражения плевры, покрывающей диафрагму, характерным является локализация боли

а) в подмышечной области

б) в боку с иррадиацией в область живота

в) в нижней части грудной клетки и в надплечье с той же стороны

г) в спине на уровне лопатки

48. У больных злокачественной мезотелиомой плевры возможны следующие клинические проявления: 1) боли в грудной клетке 2) одышка 3) приступообразный сухой кашель 4) субфебрильная температура 5) гипогликемия 6) гипертрофическая остеоартропатия

а) все ответы правильные

б) правильные все ответы, кроме 6

в) правильные все ответы, кроме 5 и 6

г) правильные все ответы, кроме 3 и 4

д) правильные все ответы, кроме 4 и 5

49. Рентгенография в тангенциальной проекции с касательным ходом центрального луча при опухолях плевры позволяет составить более четкое представление

а) о локализации

б) о форме

в) о размерах патологического образования

г) о связи опухоли с грудной стенкой

д) все ответы верные

50. Рентгеновская компьютерная томография органов грудной полости при злокачественной мезотелиоме плевры целесообразна в связи с тем, что она позволяет

а) оценить состояние плевры

б) выявить возможное метастатическое поражение лимфатических узлов средостения

в) выявить метастазы в легочной ткани

г) все ответы верные

д) правильные ответы б) и в)

51. Цитологическое исследование плевральной жидкости при опухолевом поражении плевры (злокачественный процесс) позволяет подтвердить диагноз примерно

а) у 10% больных

б) у 20-25% больных

в) у 50% больных

г) у 100% больных

52. Чрескожная биопсия плевры (иглой или трепаном) при наличии экссудативного плеврита

а) более информативна, чем цитологическое исследование жидкости
б) менее информативна, чем цитологическое исследование жидкости
в) существенной разницы не имеет
53. Больным с доброкачественной мезотелиомой плевры рекомендуется
а) хирургическое лечение
б) лучевое лечение
в) химиотерапия
г) наблюдение
54. Наиболее часто применяемыми методами лечения злокачественных мезотелиом плевры являются
а) хирургический
б) лучевой
в) химиотерапия
г) иммунотерапия
д) правильные ответы б) и в)
55. Прогноз у больных злокачественной мезотелиомой плевры лучше в тех случаях, когда опухоль имеет строение
а) эпителиальной мезотелиомы
б) мезенхимальной мезотелиомы
в) смешанной мезотелиомы
г) прогноз практически не зависит от гистологического типа опухоли
Эталоны ответов 1. г; 2. д; 3. б; 4. а; 5. г; 6. а; 7. б; 8. в; 9. г; 10. в; 11. б; 12. б; 13. а; 14. в; 15. г; 16. в; 17. в; 18. б; 19. б; 20. г; 21. а; 22. г 23. г; 24. а; 25. г; 26 г; 27. д; 28. д; 29. а; 30. в; 31. д; 32. а; 33. а; 34. б; 35. в; 36. д; 37. б; 38. а; 39. б; 40. а; 41. г; 42. в; 43. а; 44. г; 45. а; 46. д; 47. в; 48. а; 49. д; 50. г; 51. в; 52. б; 53. а; 54. д;. 55. г.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш. Х. Ганцев, В.М. Моисеенко, А. И. Арсеньев, Рак легкого руководство. 2017. - М.: ГЭОТАР-Медиа, «Консультант врача»
4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 11. Опухоли органов грудной клетки

Тема 11.2:Опухоли легких и плевры (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и

профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение опухолей легких и плевры.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза опухолей легких и плевры. Обучить диагностике и лечению опухолей легких и плевры.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, профилактику опухолей легких и плевры.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных опухолями легких и плевры. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях легких и плевры. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих заболеваниях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Эпидемиология опухолей легких и плевры.
Этиология и классификация рака легкого, опухолей плевры.
Первичные и вторичные опухоли плевры.
Закономерности прогрессирования рака легкого, мезотелиомы плевры.
Клиника опухолей легкого и плевры.
Диагностика опухолей легкого и плевры.
Лечение опухолей легкого и плевры.
Тактика при метастатическом поражении легкого и плевры.
Диспансерное наблюдение за больными с опухолями легкого и плевры.
Профилактика рака легкого.

2. Практическая работа.

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Примесь крови в мокроте (кровохарканье) наблюдается преимущественно при метастазировании в органы грудной полости (легкие)

а) рака желудка
б) рака легкого
в) рака почки*
г) рака предстательной железы
д) меланомы кожи

2. Из стенки бронха в его просвет в виде папиллом, полипов или дольчатых узлов растут опухоли из группы

а) эндобронхиального экзофитного рака легкого*
б) перибронхиального узлового рака
в)разветвленного рака
г) пневмониеподобного рака
д) рака верхушки легкого (Пэнкоста)

3. По мере роста опухоли скорость нарастания степени нарушения бронхиальной проходимости наиболее выражена

а) при эндобронхиальном экзофитном раке*
б) при перибронхиальном узловатом раке
в) при разветвленном раке
г) при пневмониеподобном раке
д) при раке верхушки легкого (Пэнкоста)

Эталоны ответов 1. в; 2. а; 3. а;

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной Н., 68 лет, обратился с жалобами на боли в нижней части грудной клетки справа, ощущение полноты и давления за грудиной, распирающие боли. Недавно появилась осиплость голоса. Из анамнеза известно, что больной работал на производстве асбеста. Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Выражен отек лица и верхних конечностей. Пульс - 88 ударов в 1 мин. АД—140/70 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены. На коже грудной клетки выраженная венозная сеть. При аускультации в нижней части правого легкого дыхание не прослушивается. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Рентгенологически в правой плевральной полости плевральный выпот и растущая на плевре опухоль, отмечается увеличение лимфоузлов корня правого легкого и средостения.

Вопросы: *Каков Ваш предварительный диагноз, стадия заболевания? Составьте план обследования больного. Тактика лечения?*

Эталон ответов: Мезотелиома плевры справа стадия T4N3M0, синдром сдавления «Верхней полой вены» КТ и МРТ органов грудной клетки, торакоскопия с биопсией. Лучевая терапия, возможно внутриплевральное введение химиопрепаратов.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Мужчина 62 лет. Жалобы на боли в груди, одышку, слабость. Анамнез заболевания: в течение 3-х месяцев отмечает нарастающие боли в груди, начавшиеся с неприятных ощущений, позднее присоединились слабость и одышка. Объективно: состояние относительно удовлетворительное, отмечается бледность кожных покровов, ЧД - 26 в мин, пульс - 92 уд/мин, АД - 160/95 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Периферические лимфоузлы, печень, селезенка - не увеличены. При рентгенологическом исследованииотмечается расширение тени средостения вправо на всем протяжении, наружные контуры нечеткие. При томографическом и КТ исследованияхна медиастинальной, передней костальной и диафрагмальной поверхности плевры определяются различных размеров узлы, сливающиеся между собой. Определяется неравномерное утолщение висцеральной плевры по ходу главной междолевой щели. В плевральной полости - свободная жидкость, растекающаяся в латеропозиции слоем 3,5-4,0 см. Органы средостения не смещены. Просветы всех крупных бронхов не изменены. В легких без очаговых и инфильтративных изменений. После неоднократных пункций плевральной полости удалялся геморрагический экссудат, который быстро накапливался.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.

2. Больная 60 лет поступила с жалобами на одышку при физической нагрузке, тяжесть в правой половине грудной клетки, общее недомогание, субфебрильную температуру.Из анамнеза: на протяжении последних 3-х месяцев стала беспокоить слабость, утомляемость к концу дня. За- тем появился редкий сухой кашель, по вечерам стала отмечать повышение температуры до субфебрильных цифр. Обратилась в поликлинику к участковому терапевту. Была обследована. Получала лечение по поводу ОРЗ. Около недели назад появилась тяжесть в левой половине грудной клетки, одышка. За эти 3 месяца похудела на 4 кг. В связи с ухудшением самочувствия самостоятельно обратилась в приемное отделение больницы. Объективно: общее состояние средней тяжести, выглядит несколько старше своих лет, кожные покровы бледные, пониженного питания, в правой подмышечной области пальпируется лимфатический узел, плотной консистенции, бугристый, безболезненный, диаметром около 1см, кожа над ним не изменена, не спаян с окружающей клетчаткой. Со стороны дыхательной системы: отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, сглаженность межреберных промежутков, при пальпации голосовое дрожание ослаблено ниже угла лопатки справа, перкуторно в этой области определяется тупой перкуторный звук, аускультативно - ослабленное везикулярное дыхание, побочных дыхательных шумов нет, бронхофония ослаблена. Выраженных изменений со стороны других органов и систем не наблюдается.

Вопросы: Выделите ведущие синдромы. Сформулируйте предварительный диагноз. Что могло послужить причиной данного заболевания? Какому заболеванию соответствует данная характеристика лимфатических узлов?

3. Больной М., 45 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки и повышение температуры по вечерам до 37,5-38°. В последнее

время стал отмечать одышку, усиливающуюся при физической нагрузке. Рентгенография органов грудной клетки- утолщение париетальной плевры справа, гидроторакс, смещение средостения в сторону поражения. При пункции правой плевральной полости– получено 1,2л геморрагической жидкости. Гистологическое исследование плевральной жидкости – клетки аденокарциномы. Объективно:состояние больного удовлетворительное, правильного телосложения, нормального питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Аускультативно справа в нижней доле дыхание резко ослаблено, по задней поверхности и слева дыхание проводится. Тоны сердца ясные, АД 130/80 мм рт.ст., пульс ритмичный, хорошего наполнения, ЧСС 74 в мин. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. При УЗИ органов брюшной полостипризнаки калькулезного холецистита; очаговой патологии не выявлено. В общем анализе крови: эритроциты 4,3 млн., Нв 135 г/л, лейкоциты 7 тыс., э-1 п-3 с-67 л-18 м-11, СОЭ 14 мм/час. Рентгенологически видна пристеночная тень опухоли в правой половине грудной клетки, правосторонний плеврит. Назначена консультация онколога.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план обследования больного. Составьте план лечения больного.

4. Больной 56 лет, электросварщик, поступил накануне в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, кашель, со скудной мокротой, субфебрильную температуру. Считает себя больным около 3-х недель, после перенесенной острой респираторной инфекции. В анамнезе отмечает дважды перенесенную правостороннюю пневмонию. Работает в сельхозтехнике. Курит с 12 лет. Алкоголь употребляет умеренно.

Данные объективного обследования: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких: слева - рассеянные сухие хрипы, справа - ослабление дыхания в верхних отделах, сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Температура - 37,6°С. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Во время обхода при кашле впервые обнаружены прожилки крови в мокроте. Назначена консульта- ция онколога.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план дополнительных диагностических мероприятий.

5. На прием к терапевту обратился мужчина, 56 лет. Около месяца назад при флюорографии у него было обнаружено «затемнение» в легких. Пациент был направлен к фтизиатру, но данных за туберкулез не выявлено. Направлен в онкодиспансер. Жалоб на момента осмотра не предъявля- ет. Из анамнеза установлено, что пациент страдает хроническим бронхитом, частными респираторными заболеваниями, курит в течение 26 лет. Работает столяром на мебельном комбинате. Данные объективного обследования.Правильного телосложения, кожные покровы и слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких - рассеянные сухие хрипы, тоны сердца приглушены. АД- 140/90 мм рт. ст., пульс - 78 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Живот мягкий, печень не увеличена, селезенка не пальпируется. На представленных рентгенограммах в средней доле правого легкого определяется четкая тень до 3 см в диаметре, не связанная с корнем легкого. Последний расширен.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Стадия заболевания по клинической и международной классификации? Составьте план дополнительных диагностических мероприятий.

6. Больной Х. 63 лет, рабочий никельной промышленности. Обратился к участковому врачу с жалобами на слабость, боли в верхней части правого плеча с распространением на локтевую поверхность, охриплость голоса, опущение правого верхнего века, слабость мышц кисти. Данные анамнеза: курит, алкоголь употребляет умеренно.

Данные объективного обследования: обращает на себя внимание наличие синдрома Горнера. Периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание в легких везикулярное, проводится во все отделы, притупления перкуторного звука нет. Направлен к онкологу. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах верхней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. УЗИ ор-

ганов брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сцинтиграфия костей скелета – патологического накопления радиофармпрепарата не выявлено.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Какое исследование нужно провести для верификации диагноза? Какова лечебная тактика?

7. Больная Б. 63 лет, работает дорожной рабочей около 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Обратилась с жалобами на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно:периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупления перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки:справа - без патологии, слева - в 6-м сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3-х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия:слизистая трахеи и бронхов без патологии. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний Составьте план лечения больного.

8. При профилактическом флюорографическом обследовании у больного Л.,32 лет, в верхней доле левого легкого обнаружена округлой формы гомогенная тень с четкими границами, диаметром 5 см.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Каков объем диагностических мероприятий для постановки диагноза?

9. Больная Т., 31 года, обратилась с жалобами на сухой непродуктивный кашель, слабость, субфебрильную температуру. Больной себя считает в течение последних 6 месяцев, когда стала отмечать общее недомогание к концу рабочего дня (работает кассиром). При флюорографии выявлено расширение тени верхнего средостения. Флюорографию проходила ежегодно – без патологии. За время болезни похудела на 2 кг. Данные объективного обследования: общее состояние удовлетворительное. Правильного телосложения, нормального питания. Над ключицей справа определяется единичный лимфоузел до 1,5см, плотный, подвижный. Щитовидная и молочные железы без патологии. Аускультативно - дыхание над легкими проводится по всем полям равномерно, хрипов нет. Тоны сердца ясные, звучные. АД 130/80 мм рт. ст., пульс ритмичный, хорошего наполнения, ЧСС 74 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. При УЗИ органов брюшной полостипризнаков очаговой патологии не выявлено. В общем анализе крови: эритроциты - 3,0 млн., Нв - 85 г/л, лейкоциты - 11 тыс., э-1 п-3 с-67 л-18 м-11, СОЭ 56 мм/час. КТ грудной клетки– в области верхнего средостения увеличение медиастинальных лим- фоузлов, другой патологии не выявлено.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план обследования больного.

10. Больной М, 54 лет поступил в клинику с жалобами на кашель с мокротой, иногда с прожилками крови, слабость, потливость, повышение по вечерам температуры тела до 37,6ºС. Из анамнеза известно, что за последние 4 месяца пациент дважды был госпитализирован в терапевтический стационар с диагнозом: правосторонняя пневмония. После курса антибиотикотерапии выписывался домой со значительным улучшением состояния. Данные объективного обследования: состояние средней тяжести. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, перкуторно справа отмечается притупление перкуторного звука, отсутствие голосового дрожания, ослабление дыхательных шумов. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки- расширение тени корня правого легкого, ателектаз верхней доли правого легкого.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план обследования больного. Составьте план лече- ния больного.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие внешние и внутренние факторы способствуют возникновению рака легкого.
2. Какие первичные опухоли плевры выделяют?
3. Закономерности прогрессирования опухолей легкого и плевры.
4. Назовите особенности клинического течения центрального и периферического рака легкого.
5. Клинические проявления опухолей плевры.
6. Какая диагностика опухолей легкого и плевры?
7. Какое лечение опухолей легкого и плевры?
8. Какая профилактика рака легкого?

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

4. Ранняя диагностика рака легкого.
5. Лекарственная терапия рака легкого.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш. Х. Ганцев, В.М. Моисеенко, А. И. Арсеньев, Рак легкого руководство. 2017. - М.: ГЭОТАР-Медиа, «Консультант врача»

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 12. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Тема 12.1:Опухоли желудка (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение опухолей желудка.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза опухолей желудка. Обучить диагностике и лечению опухолей желудка.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, профилактику опухолей желудка.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных опухолями же-

лудка. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях желудка. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих опухолях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Эпидемиология рака желудка.
Этиология и рака желудка.
Фоновые заболевания для рака желудка.
Классификация опухолей желудка.
Закономерности прогрессирования рака желудка.
Клиника опухолей желудка.
Диагностика опухолей желудка.
Лечение опухолей желудка.
Диспансерное наблюдение за больными с опухолями желудка.

2. Практическая работа.

Клинические разборы ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными опухолями желудка***

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.
Освоение хирургической техники.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие внешние и внутренние факторы способствуют возникновению рака желудка.
2. Классификация опухолей желудка.
3. Закономерности прогрессирования первичной опухоли и метастазирования при раке желудка.
4. Какая клиника рака желудка?
5. Диагностика рака желудка.
6. Лечение рака желудка.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Предраковые состояния слизистой оболочки желудка при гистологическом исследовании характеризуются

а)наличием атипичных клеток
б)степенью дисплазии клеток
в)наличием хронического атрофического гастрита
г)наличием кишечной метаплазии очагового характера

2. Наиболее часто перерождаются в рак

а)гиперпластические полипы
б)аденоматозные полипы
в)адено-папилломатозные полипы
г)папиллярные аденомы
д)все полипы, независимо от их гистологического строения, обладают одинаковым индексом малигнизации

3. По гистологическому строению рак желудка чаще всего является
а)железистым раком
б)плоскоклеточным раком
в)смешанным железисто-плоскоклеточным раком
г)все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой
4. При раннем раке желудка
а)специфические симптомы отсутствуют
б)имеются специфические симптомы заболевания
в)симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка
г)"синдром малых признаков" является ранним клиническим проявлением рака желудка
5. Для рака желудка наиболее характерно
а)лимфогенное метастазирование
б)гематогенное метастазирование
в)имплантационное метастазирование
г)правильные ответы а) и б)
д)правильные ответы б) и в)
6. Метастазы рака желудка в печени следует расценивать
а)как имплантационные метастазы
б)ортоградные лимфогенные метастазы
в)ретроградные лимфогенные метастазы
г)гематогенные метастазы
д)правильные ответы а) и г)
7. По термином "метастаз Вирхова" подразумевается метастаз
а)в клетчатку малого таза
б)в яичники
в)в пупок
г)в надключичный лимфоузел
д)в легкие
8. Вирховский метастаз при раке желудка следует расценивать
а)как отдаленный гематогенный метастаз
б)как отдаленный ретроградный лимфогенный метастаз
в)как отдаленный ортоградный лимфогенный метастаз
г)как регионарный лимфогенный метастаз
д)как имплантационный метастаз
9. На выбор объема при раке желудка наименьшее влияние из перечисленных факторов оказывает
а)локализация опухоли
б)тип роста опухоли
в)гистологическая структура опухоли
г)возраст больного
д)все перечисленные факторы оказывают одинаковое влияние на выбор объема операции
10. Эндоскопическая полипэктомия допустима, если при гистологическом исследовании биопсийного материала из верхушки полипа обнаружены признаки малигнизации, в случае
а)старческого возраста больного и тяжелой сопутствующей патологии в стадии декомпенсации
б)полипа "на ножке" и при гистологическом исследовании ножки полипа признаков малигнизации в ней не обнаружено
в)возможности динамического контроля (эндоскопического) за больным
г)только сочетания всех перечисленных выше ситуаций
д)эндоскопическая полипэктомия недопустима
11. При эндоскопической полипэктомии могут возникать
а)кровотечение из ножки полипа или внутрибрюшное кровотечение

б)перфорация органа вследствие некроза всех слоев его стенки

в)перфорация стенки органа эндоскопом

г)разрыв органа вследствие перераздувания его воздухом

д)все перечисленное

12. При дистальной субтотальной резекции желудка по поводу рака следует отдавать предпочтение

а)формированию желудочно-кишечного анастомоза по Бильрот-1

б)формированию впередиободочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом

в)формированию позадиободочного гастроэнтероанастомоза на короткой петле

г)ни один из перечисленных анастомозов не имеет преимущества перед остальными

13. Субтотальная проксимальная резекция желудка должна выполняться

а)при инфильтративной опухоли кардиального отдела желудка

б)при экзофитной опухоли кардиального отдела желудка

в)при опухоли кардиального отдела желудка независимо от типа ее роста

г)при экзофитной опухоли субкардиального отдела желудка

14. При проксимальной субтотальной резекции желудка с резекцией пищевода наиболее целесообразно использовать

а)абдоминальный доступ

б)торакальный доступ

в)комбинированный абдомино-торакальный доступ

г)абдоминальный доступ, дополненный сагиттальной диафрагмотомией

15. Больному 65 лет по поводу рака выполнена субтотальная резекция желудка. Метастазов в лимфоузлы не выявлено. При плановом гистологическом исследовании обнаружены опухолевые клетки по линии разреза. При наличии противопоказаний к повторной операции ему следует

а)провести дистанционную лучевую терапию

б)ввести в брюшную полость радиоактивное коллоидное золото

в)ввести внутривенно радиоактивное коллоидное золото

г)провести сочетанную лучевую терапию (дистанционное облучение + введение в брюшную полость 198Au)

16. У больного 65 лет инфильтративный рак антрального отдела желудка со стенозом. При ультразвуковом исследовании выявлено 2 метастаза в печени. Ему следует

а) применить дистанционную лучевую терапию

б) применить введение в брюшную полость радиоактивного коллоидного золота

в)применить сочетанную лучевую терапию (дистанционное облучение + введение коллоидного радиоактивного золота)

г)лучевая терапия нецелесообразна

17. У больного 48 лет неоперабельный рак желудка, метастазы по брюшине, в печень, в кости, асцит. Состояние средней тяжести. Противоопухолевого лечения не проводилось. Ему показаны

а)системная химиотерапия с использованием антрациклинов

б)иммунотерапия

в)лучевая терапия

г)симптоматическая терапия

18. Адъювантная химиотерапия при раке желудка

а)показана всем больным

б)противопоказана и не применяется

в)показана лишь больным с высокодифференцированными опухолями

г)показана при местнораспространенном процессе

Эталоны ответов 1. б; 2. г; 3. а; 4. в; 5. а; 6. д; 7. г; 8. в; 9. г; 10. г; 11. д; 12. б; 13. б; 14. в; 15. а; 16. г; 17. ; 18. г.

Рекомендуемая литература:

Основная:

4. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
5. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
6. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 12. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Тема 12.1:Опухоли желудка (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение опухолей желудка.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза опухолей желудка. Обучить диагностике и лечению опухолей желудка.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, профилактику опухолей желудка.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных опухолями желудка. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях желудка. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих опухолях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Эпидемиология рака желудка.
Этиология и рака желудка.
Фоновые заболевания для рака желудка.
Классификация опухолей желудка.
Закономерности прогрессирования рака желудка.
Клиника опухолей желудка.
Диагностика опухолей желудка.
Лечение опухолей желудка.
Диспансерное наблюдение за больными с опухолями желудка.

2. Практическая работа.

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Определение границы опухоли при гастроскопии основано

а)на визуальных признаках

б)на инструментальной пальпации

в)на морфологическом исследовании биопсийного материала

г)на сочетании всех перечисленных признаков

д)только а) и б)
2. Диагностика хронических гастритов должна базироваться на основании
а)рентгенологических данных
б)результатов гастроскопии
в)исследования желудочной секреции
г)морфологического исследования биопсийного материала
д)сочетания всех перечисленных методов
Эталоны ответов 1. г; 2. д;

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

В приемное отделение ЦРБ доставлен мужчина 70 лет, астенического телосложения. Больной жалуется на невозможность глотать пищу и даже воду. Такое состояние у него продолжается около 3 суток. Из анамнеза известно, что затруднения при глотании появились около года назад, вначале при проглатывании твердой пищи, затем и жидкой. Данные объективного обследования.Кожные покровы землистого цвета. Тургор тканей снижен. В левой надключичной области пальпируется конгломерат лимфатических узлов размером 5х7 см, плотной консистенции, подвижность его ограничена. Язык сухой, интенсивно обложен серым налетом. Живот втянут, в акте дыхания принимает неравномерное участие. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, где определяется образование, размером 6х8 см, плотное, неподвижное, без четких границ, резко болезненное. Печень увеличена, выходит из-под края реберной дуги на 3 см. Назначена консультация онколога.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Стадия заболевания по клинической и международной классификации? Составьте план дополнительных диагностических мероприятий. Составьте план лечения больного. Прогноз больного?

Эталон ответов: Диагноз – подозрение на кардиоэзофагеальный рак желудка, клиническая группа Iа. Дифференциальная диагностика – рак пищевода, рубцовое сужение пищевода, сдавление пищевода опухолью извне. Предполагаемая стадия IV T4NxM1. Дополнительные диагностические мероприятия: УЗИ органов брюшной полости, КТ, трепанобиопсия лимфоузла левой надключичной области, морфологическое исследование биоптата. План лечения – паллиативное лечение: наложение гастростомы. Прогноз плохой.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. К онкологу поликлиники за медицинской помощью обратился больной П., 58 лет. Его беспокоят боли в подложечной области, тошнота, отрыжка воздухом. Из анамнеза известно, что мужчина злоупотребляет алкоголем. Ранее неоднократно отмечал какие-то непонятные боли в эпигастрии. Не лечился, за медицинской помощью не обращался. Данные объективного обследования.Больной пониженного питания. Кожные покровы бледного цвета. Живот увеличен в размерах, в положении лежа на спине распластан. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука во фланках. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии и области пупка. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3см, край ее острый, безболезненный. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план дополнительных диагностических мероприятий. Составьте план лечения больного.

2. В хирургическое отделение городской больницы госпитализирована больная В., 48 лет, с жалобами на слабость, потерю аппетита, похудение. Считает себя больной в течение 6 месяцев. Страдает длительно анацидиым гастритом. Периодически лечилась стационарно и амбулаторно по месту жительства с переменным успехом. Р-2, А-6, В-0.

Данные объективного обследования. Больная пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледные. Живот округлой формы, в положении лежа распластан, в вертикальном положении отмечается выпячивание пупка. При перкуссии во фланках живота притупление, изменяющееся с положением тела. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, где нечетко пальпируется малоподвижное уплотнение. Печень на 3см ниже края правой реберной дуги. При влагалищном исследовании в области правых придатков определяется опухоль 3х5 см подвижная.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Стадия заболевания по клинической и международной классификации? Составьте план дополнительных диагностических мероприятий. Составьте план лечения больной. Прогноз трудоспособности больной?

3. В хирургическое отделение в порядке скорой помощи доставлена больная Д., 43 лет. Утром у нее появилось головокружение, резкая слабость, мелькание «мушек» перед глазами. Была 3-х кратная рвота содержимым желудка темно - коричневого цвета. Днем был стул, кал жидкий, черного цвета. Из анамнеза установлено, что больная длительно страдает язвенной болезнью желудка, по поводу чего состоит на диспансерном учете. За последние 3 месяца резко похудела, появились слабость и тупые боли в эпигастрии. Данные объективного обследования.Больная пониженного питания, кожные покровы влажные, бледного цвета. Периферические лимфоузлы не увеличены. Живот впалый, при пальпации болезненный в эпигастрии, где определяется «мышечная защита». Печень и селезенка не пальпируются. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, на верхушке определяется систолический шум. Пульс - 100 ударов в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 100/60 мм рт. ст.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план обследования больной. Составьте план лечения больной.

4. Больная В., 62 лет, обратилась с жалобами на похудание, тошноту, изредка рвоту, боли в эпигастральной области. За 3 месяца похудела на 13 кг. Данные объективного обследования. В левой надключичной области пальпируется увеличенный лимфоузел. При перкуссии грудной клетки надо всеми полями ясный легочный звук, аускультативно - дыхание проводится во все отделы легких. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. Данные эзофагогастродуоденоскопии: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12-ти перстной кишки. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: в печени имеется 3 округлых образования, без четких границ, размерами до 2 см в диаметре, забрюшинное пространство без очаговых образований, в брюшной полости определяется свободная жидкость.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Стадия заболевания по клинической и международной классификации? Составьте план дополнительных диагностических мероприятий. Составьте план лечения больной.

5. Больной, 57 лет, обратился с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, общее недомогание. На протяжении двух месяцев отмечает похудание, снижение аппетита. При обследовании со стороны органов грудной клетки выявлена возрастная патология. Пульс – 72 уд в минуту, температура тела – 37,2 градусов. При пальпации в эпигастральной области определяется мало смещаемое без четких контуров образование. Симптомы раздражения брюшины не выявляются.

Вопросы:Ваш предположительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Каким образом можно уточнить диагноз?

6. Больной, 77 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в эпигастральной области, тошноту, общее недомогание. На протяжении трех месяцев отмечает похудание (на 12 кг), снижение аппетита. Пульс – 92 уд в минуту, температура тела – 38,2 градусов. При пальпации определяется резкое напряжение мышц брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины положительные.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Каким образом можно уточнить диагноз?

7. Больной, 52 лет, оперирован по поводу рака желудка, произведена гастрэктомия 7 дней назад. Начал предъявлять жалобы на повышение температуры, ознобы, икоту, тошноту, общее недомогание. Пульс – 82 уд в минуту, температура тела – 38,6 градусов. При пальпации в левом подреберье определяется болезненность.
Вопросы: Ваш предположительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Каким образом можно уточнить диагноз?
8. Больной 41 года. В анамнезе: в течении 5 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка, анемии. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При обследовании: в легких - без патологии; пищевод не изменен, в нижней трети желудка по малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. ЭГДС: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, доходящая до привратника, при пальпации кровоточит. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника, очаги инфильтрации по брюшине.
Вопросы: Диагноз? Лечебная тактика? Какие методы дополнительное исследование провести в данном случае?

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие внешние и внутренние факторы способствуют возникновению рака желудка.
2. Классификация опухолей желудка.
3. Закономерности прогрессирования первичной опухоли и метастазирования при раке желудка.
4. Какая клиника рака желудка?.
5. Диагностика рака желудка.
6. Лечение рака желудка.

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

6. Ранняя диагностика рака желудка.
7. Адъювантная химиотерапия рака желудка.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 12. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Тема 12.2:Опухоли печени и билиопанкреатодуоденальной области (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение опухолей печени и билиопанкреатодуоденальной области.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза опухолей печени и билиопанкреатодуоденальной области. Обучить диагностике и лечению опухолей печени и билиопанкреатодуоденальной области.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, профилактику опухолей печени и билиопанкреатодуоденальной области.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных опухолями печени и билиопанкреатодуоденальной области. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях печени и билиопанкреатодуоденальной области. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих опухолях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Эпидемиология рака печени и билиопанкреатодуоденальной области.

Этиология и классификация опухолей печени и билиопанкреатодуоденальной области.

Закономерности прогрессирования рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной области.

Дифференциальная диагностика желтух.

Клиника опухолей печени и органов билиопанкреатодуоденальной области.

Диагностика опухолей печени и органов билиопанкреатодуоденальной области.

Лечение опухолей печени и органов билиопанкреатодуоденальной области.

2. Практическая работа.

Клинические разборы ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными опухолями печени и билиопанкреатодуоденальной области***

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.

Освоение хирургической техники.

3. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы способствуют возникновению рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны?
2. Морфологические виды рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
3. Закономерности прогрессирования первичной опухоли и метастазирования при раке печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны?
4. Какая клиника рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны?
5. Диагностика рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
6. Радикальное лечение рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
7. Дренирующие операции при механической желтухе.
8. Паллиативное лечение рака печени и поджелудочной железы.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Первичный рак по отношению к метастатическому раку печени в нашей стране встречается

а)в одинаковых соотношениях часто
б)чаще встречается первичный рак печени
в)чаще встречается метастатический рак печени
г)обе формы рака печени встречаются одинаково редко

2. К группам риска развития первичного рака печени относятся

а)носители вируса гепатита "В"
б)наличие цирроза печени
в)употребление в пищу продуктов, пораженных афлатоксином
г)поражение описторхозом
д)все перечисленное

3. На фоне описторхоза чаще развивается

а)холангиоцеллюлярный рак печени
б)гепатоцеллюлярный рак печени
в)обе формы первичного рака печени встречаются с одинаковой частотой
г)описторхоз не оказывает влияния на развитие первичного рака печени

4. Положительная реакция на а-фетопротеин чаще наблюдается

а)при гепатоцеллюлярном раке печени
б)при холангиоцеллюлярном раке печени
в)при смешанных формах первичного рака печени
г)при всех перечисленных формах первичного рака печени положительная реакция наблюдается с одинаковой частотой
д)положительная реакция на а-фетопротеин не характерна для первичного рака печени

5. Первичный рак печени метастазирует

а)гематогенно
б)лимфогенно
в)внутриорганно
г)всеми перечисленными путями

6. При первичном раке печени отдаленные метастазы чаще встречаются

а)в костях
б)в забрюшинных лимфоузлах
в)в легких
г)в головном мозге
д)в лимфоузлах средостения

7. В начальном периоде заболевания при первичном раке печени

а)отсутствуют патогномоничные симптомы заболевания и нарушения функций печени
б)отсутствуют патогномоничные симптомы заболевания, но имеются нарушения функций печени
в)имеются патогномоничные симптомы заболевания, но отсутствуют нарушения функций

печени

г)имеются симптомы, характерные для начального периода заболевания, которые протекают на фоне нарушения функций печени

8. Из перечисленных симптомов при первичном раке печени наиболее часто встречается

а)бледность кожных покровов

б)желтушность кожных покровов

в)симптомы портальной гипертензии

г)гепатомегалия

д)симптом Курвуазье

9. На рентгеновских компьютерных томограммах злокачественные опухоли печени (первичные, метастатические) выглядят

а)как очаги пониженной плотности

б)как очаги повышенной плотности

в)очаги как пониженной плотности, так и повышенной плотности

г)правильного ответа нет

10. Наиболее эффективным методом лечения первичного рака печени является

а)хирургический метод

б)системная химиотерапия

в)регионарная химиотерапия

г)лучевое лечение

11. При проведении химиотерапевтического лечения по поводу первичного рака печени целесообразно отдавать предпочтение

а)системной химиотерапии

б)регионарной химиотерапии

в)химио-эмболизации печеночной артерии

г)всем перечисленным методам

12. Метастатическое поражение печени в отличие от первичного рака печени наиболее часто характеризуется наличием

а)множественных очагов поражения

б)единичных очагов

в)солитарных очагов

г)все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой

13. Наиболее ранней и частой жалобой больных с метастатическим поражением печени является

а)боль в правом подреберье и эпигастральной области

б)кожный зуд

в)желтуха

г)асцит

д)спленомегалия

14. После установления первичной опухоли метастазы в печени выявляются наиболее часто

а)в первые 1-3 года

б)через 3-5 лет

в)через 5-10 лет

г)свыше 10 лет

15. Метастатическое поражение печени чаще всего происходит

а)лимфогенно ортоградно

б)лимфогенно ретроградно

в)гематогенно по системе воротной вены

г)гематогенно по системе печеночной артерии

д)всеми перечисленными путями

16. В настоящее время наилучшие результаты лечения метастатических опухолей печени достигнуты

а)при хирургическом лечении (атипичные резекции печени)

б)при лучевой терапии

в)при системной химиотерапии

г)при регионарной химиотерапии

д)при использовании всех перечисленных методов лечения

17. В понятие билиопанкреатодуоденальной области включаются

а)поджелудочная железа, печень, 12-перстная кишка, желудок, желчный пузырь

б)печень, внепеченочные желчные протоки, желчный пузырь, большой дуоденальный сосочек, 12-перстная кишка

в)большой дуоденальный сосочек, 12-перстная кишка, поджелудочная железа, желчный пузырь, внепеченочные желчные протоки

г)внутрипеченочные желчные протоки, желчный пузырь, 12-перстная кишка, поджелудочная железа, печень

18. Наиболее часто поражается раком

а)головка поджелудочной железы

б)тело поджелудочной железы

г)тотальное поражение

19. Наиболее характерными жалобами больных раком билиопанкреатодуоденальной зоны в первом периоде болезни являются

а)боли в эпигастрии и спине, жажда, повышенный аппетит

б)тошнота, рвота, появление желтухи

в)боли в эпигастрии и спине, потеря массы тела

г)частая рвота, анорексия, поносы

20. Наиболее ранним специфическим синдромом у больных раком билиопанкреатодуоденальной области является

а)боль в эпигастрии и спине

б)потеря веса

в)механическая желтуха

г)асцит

д)частая рвота

21. Появление механической желтухи опухолевого генеза чаще всего сопровождается

а)появлением резких болей в эпигастрии, асцитом, рвотой

б)увеличением печени, кожным зудом, асцитом

в)увеличением желчного пузыря, кожным зудом, увеличением печени

г)тошнотой, рвотой, увеличением желчного пузыря

22. Симптом Курвуазье проявляется

а)появлением резко болезненного, увеличенного желчного пузыря

б)появлением увеличенного желчного пузыря на фоне механической желтухи практически без болевого синдрома

в)увеличением печени на фоне механической желтухи

г)болезненной пальпацией области желчного пузыря на фоне желтухи

23. С помощью лабораторных биохимических тестов на билирубин g-ГТ, трансаминазу, ЛДГ у больных с подозрением на рак билиопанкреатодуоденальной области возможно

а)провести топическую диагностику опухолей билиопанкреатодуоденальной области

б)провести дифференциальную диагностику желтух

в)только охарактеризовать общее состояние больного

г)провести топическую диагностику опухоли и охарактеризовать общее состояние больного

24. При раке билиопанкреатодуоденальной области наибольшей информативностью из методов инструментальной диагностики обладает

а)ультразвуковая томография

б)компьютерная томография

в)рентгеноконтрастные методы исследования выделительной системы поджелудочной железы и желчной системы

г)ангиография

25. При подозрении на опухоль билиопанкреатодуоденальной области инструментальное обследование больного желательно начинать

а)с компьютерной томографии

б)с ангиографии

в)с дуоденоскопии и РХП

г)с ультразвуковой томографии*

26. Наиболее информативный метод для диагностики рака большого дуоденального соска - это

б)гастродуоденоскопия

в)чрезкожная чрезпеченочная холангиография

г)ангиография

27. Окончательно подтвердить диагноз рака поджелудочной железы возможно с помощью

а)чрезкожной чрезпеченочной холангиографии

б)ангиографии

в)компьютерной томографии

г)пункционной биопсии и цитологического исследования

28. При раке поджелудочной железы практически любой орган может быть поражен метастазами, но обычно в первую очередь поражаются

а)легкие

б)кости

в)печень

г)надпочечники

29. Для больных с механической желтухой важным не только диагностически, но и лечебным является метод

а)ретроградной холангиопанкреатографии

б)чрезкожной чрезпеченочной холангиографии

в)лапароскопии

г)внутривенной холангиографии

30. Метод ангиографии при опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны используется с целью

а)топической диагностики опухоли

б)уточнения размеров опухоли

в)дифференциальной диагностики механических желтух

г)выяснения взаимоотношения опухоли с окружающими органами и определения степени вовлечения в процесс магистральных сосудов

31. Основным методом лечения рака билиопанкреатодуоденальной зоны является

а)химиотерапия

б)хирургический

в)лучевой

г)химиотерапия + лучевой

32. Степень операционного риска у больных раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны обусловлена в первую очередь

а)возрастом больного

б)наличием длительной механической желтухи

в)нарушением питания и потерей массы тела

г)наличием сопутствующих заболеваний

33. Наиболее широко распространенной радикальной операцией при раке органов билиопанкреатодуоденальной зоны является

а)экстирпация 12-перстной кишки

б)расширенная резекция большого дуоденального соска

в)гастропанкреатодуоденальная резекция

г)гастрэктомия

34. При гастропанкреатодуоденальной резекции удаляется

а)желчный пузырь, поджелудочная железа, 12-перстная кишка

б)дистальная часть желудка, желчный пузырь, часть поджелудочной железы

в)дистальная часть желудка, поджелудочная железа до перешейка, вся 12-перстная кишка, дистальная часть холедоха

г)дистальная часть холедоха, дистальная часть желудка, часть поджелудочной железы до перешейка

35. Локальное криогенное воздействие при неоперабельном раке поджелудочной железы приводит

а)к улучшению пассажа кишечного содержимого

б)к включению желчи в процессе пищеварения

в)к снятию болей

г)к устранению желтухи

36. К препаратам, обладающим наибольшей эффективностью при раке поджелудочной железы, относятся: 1) циклофосфан 2) 5-фторурацил 3) стрептозотоцин 4) винкристин 5) метотрексат

а)все перечисленное

б)только 1 и 2

в)только 2 и 3

г)только 3 и 4

д)только 4 и 5

д)правильные ответы а) и б)

37. Лучевая терапия рака поджелудочной железы выполняется

а)с целью радикального лечения

б)с паллиативной целью

г)все ответы правильные

д)правильные ответы б) и в)

Эталоны ответов 1. в; 2. д; 3. а; 4. а; 5. а; 6. а; 7. г; 8. в; 9. а; 10. г; 11. в; 12. а; 13. а; 14. а; 15. в 16. а; 17. в 18. а; 19. в; 20. в; 21. в; 22. б; 23. б; 24. в; 25. г; 26 а; 27. г; 28. в; 29. б; 30. г; 31. б; 32. б; 33. в; 34. в; 35. в; 36. в; 37. д.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР

2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»

2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Раздел 12. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Тема 12.2:Опухоли печени и билиопанкреатодуоденальной области (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение

опухолей печени и билиопанкреатодуоденальной области.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза опухолей печени и билиопанкреатодуоденальной области. Обучить диагностике и лечению опухолей печени и билиопанкреатодуоденальной области.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, профилактику опухолей печени и билиопанкреатодуоденальной области.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных опухолями печени и билиопанкреатодуоденальной области. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях печени и билиопанкреатодуоденальной области. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих опухолях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Эпидемиология рака печени и билиопанкреатодуоденальной области.

Этиология и классификация опухолей печени и билиопанкреатодуоденальной области.

Закономерности прогрессирования рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной области.

Дифференциальная диагностика желтух.

Клиника опухолей печени и органов билиопанкреатодуоденальной области.

Диагностика опухолей печени и органов билиопанкреатодуоденальной области.

Лечение опухолей печени и органов билиопанкреатодуоденальной области.

2. Практическая работа.

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Положительная реакция на а-фетопротеин чаще бывает

а)при первичном раке печени

б)при метастатическом раке печени

в)при доброкачественных опухолях печени

г)правильные ответы а) и б)

д)положительная реакция на а-фетопротеин не характерна для опухолевых поражений печени

2. Гепатоцеллюлярный рак печени чаще развивается на фоне

а)цирроза печени

б)описторхоза

в)и в том, и в другом случае

г)ни в том, ни в другом случае

Эталоны ответов 1. в; 2. д;

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

На прием в поликлинику обратилась женщина, 52 лет, с жалобами на желтушность кожных покровов, выраженную слабость, отсутствие аппетита, тупые боли в правом подреберьи. Считает себя больной около 2-х недель, когда муж обратил внимание на желтушность ее склер. За 1 - 2 месяца до этого перенесла респираторное заболевание, после чего пропал аппетит. Похудела. В анамнезе холецистит. Находится 8 лет на диспансерном учете после перенесенного ранее инфекционного гепатита. Данные объективного обследования.Пациентка пониженного питания. Кож- ные покровы слегка желтушной окраски. Склеры иктеричны. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации в легких выслушивается везикулярное дыхание, акцент II тона на аор-

те. Пульс - 76 ударов 1 мин. АД - 180/100 мм рт. ст. Живот умеренно вздут. При пальпации печень выступает из-под реберного края на 5-6см, край ее плотный, слегка болезненный.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план обследования больной. Составьте план лечения больной.

Эталон ответов: Диагноз – подозрение на рак печени, клиническая группа Iа. Дифференциальная диагностика – рак печени, метастатическое поражение печени, цирроз печени. План обследования – биохимический и общий анализ крови, анализ крови на альфа-фетопротеин, УЗИ органов брюшной полости с доплеровским картированием, биопсия опухоли печени под контролем УЗИ, спиральная КТ, гепатосцинтиграфия, лапароскопия. План лечения – в зависимости от распространенности процесса в печени: резекция печени, радиочастотная термоаблация опухоли, тотальная гепатэктомия с пересадкой печени, химиоэмболизация сосудов опухоли.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больная 56 лет поступила в хирургический стационар с жалобами на ноющие боли в правом подреберьи, желтуху.

Из анамнеза известно, что в течение трех месяцев беспокоит неустойчивый стул, запоры, нарастает слабость. Похудела на 6 кг. 10 лет назад перенесла вирусный гепатит С.

Данные объективного обследования: Состояние больной средней тяжести. Склеры бледно-желтые. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется увеличенная, плотная с неровной поверхностью печень. Нечетко определяется асцит. Общий анализ крови: Hb – 80г/л, лейкоциты – 6 тысяч, СОЭ – 54 мм/час. Биохимический анализ крови: щелочная фосфатаза – 780 Ед/л, билирубин - 58 мкмоль/л

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Составьте план дополнительных диагностических мероприятий. Составьте план лечения больного.

2. В клинику поступил больной 45 лет, с жалобами на тупые, ноющие, постоянные боли в правом подреберье, эпигастральной области. Болен несколько лет. Из анамнеза жизни: больной работает в сельском хозяйстве.Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычного цвета. Пульс 80 уд/мин, хорошего наполнения и напряжения. Язык влажный, чистый. При осмотре живота – выбухание передней брюшной стенки в правом подреберье. При пальпации печени определяется округлое, эластической консистенции опухолевидное образование.

Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какие инструментальные исследования необходимы для постановки диагноза и ожидаемые результаты? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назовите иммунологические методы диагностики эхинококкоза.

3. Больной И., 36 лет. В течение 4 лет болен вирусным гепатитом С. При обследовании в правой доле печени, на фоне цирротических изменений определяется объёмное образование до7,0 см в диаметре.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Определите диагностическую и лечебную тактику,

4. Женщина 65 лет, обратилась к врачу с жалобами на ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину. Впервые боли появились около 4 месяцев назад, в последнее время стали постоянными. Похудела на 8 кг, диспепсических явлений не отмечает. Отмечает потерю аппетита, тошноту, рвоту, запоры. Желтухи и лихорадки нет. Данные объективного обследования: пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс - 62 удара в 1 мин, аритмичный, АД - 130/100 мм рт. ст. Пальпация эпигастральной области болезненна, явных новообразований не определяется. При фиброгастродуоденоскопиипатологии в пищеводе и желудке не обнаружено. При УЗИв проекции тела и хвоста поджелудочной железы определяется объемное образование диаметром до 60 мм, с допплеровским эффектом, панкреатический проток не расширен.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Перечислите объем дополнительных диагностических мероприятий. Какой метод будет иметь принципиальное значение в постановке диагноза?

5. Больной К., 58 лет, обратился с жалобами на опоясывающие боли в верхней части живота, не связанные с приемом пищи и временем суток. Для облегчения болей принимал баралгин. Впервые боли появились около 1 месяца назад, за последнее время усилились. Похудел на 8кг. Курит, алкоголь употребляет умеренно, страдает сахарным диабетом. Данные объективного обследования:

состояние больного средней тяжести. Пульс 90 ударов в 1 минуту, АД 140/85 мм рт ст. Со стороны легких и сердца патологических изменений не выявлено. Живот увеличен в размерах, в положении лежа на спине распластан. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука во фланках. При пальпации живот болезненный в области эпигастрия и левого подреберья, где определяется ограниченное в смещении уплотнение без четких границ. Симптомов раздражения брюшины нет. Общий анализ крови: Hb – 90г/л, лейкоциты – 11 тысяч, тромбоциты – 610 тысяч/мл, СОЭ – 54 мм/час. Биохимический анализ крови: липаза – 2400 Ед/мл, амилаза – 510 Ед/л, щелочная фосфатаза - 610 Ед/л.
Данные компьютерной томографии: значительное количество жидкости в брюшной полости. Тело поджелудочной железы уплотнено, расширено до 30 мм. В гепатодуоденальной связке группа увеличенных и уплотненных лимфатических узлов.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Перечислите объем дополнительных диагностических мероприятий, необходимых для уточнения диагноза и определения стадии заболевания. Каков план лечения больного?
6. Мужчина 75 лет, госпитализирован с жалобами на наличие желтухи, сильный кожный зуд, боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину. Желтуха появилась около месяца назад. Данные объективного обследования: состояние тяжелое, пониженного питания. Склеры и кожа оливкового цвета. Пульс 100 ударов в 1 минуту, АД 110/65 мм рт ст. В легких выслушивается везикулярное дыхание, сердечные тоны глухие, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю правой реберной дуги. В области правого подреберья определяется плотноэластичное, ограниченно смещаемое, несколько болезненное образование ~ 8х3см. Олигурия. При УЗИ органов брюшной полости:имеется резкое расширение внутрипеченочных желчных протоков, расширение до 20 мм общего желчного протока и до 8мм панкреатического протока. Желчный пузырь увеличен до 80х30мм, не содержит конкрементов. Головка поджелудочной железы увеличена за счет гипоэхогенного образования диаметром 5х6см, без четких контуров, остальные отделы поджелудочной железы не изменены.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Какими методами нужно подтвердить диагноз? Каковы лечебные мероприятия при данном процессе?
7. Больной С., 54 лет, поступил с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, отсутствие аппетита, наличие желтухи. Данные анамнеза: желтуха появилась около 1 месяца назад и интенсивно нарастает. Ранее приступов сильных болей пациент никогда не отмечал. Данные объективного обследования: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко понижен, на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень на 5 см ниже края правой реберной дуги. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен. При УЗИ органов брюшной полости поджелудочная железа увеличена в размерах, ее эхогенность повышена. В проекции головки поджелудочной железы определяется опухоль диаметром 4х6см.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Какими методами нужно подтвердить диагноз? Каковы лечебные мероприятия при данном процессе?

8. В поликлинику обратился больной Д., 58 лет с жалобами на кожный зуд, желтушность кожных покровов. Считает себя больным около одного месяца. Среди полного здоровья заметил желтушность склер. За медпомощью не обращался, продолжал работать, чувствовал себя хорошо. Около недели назад появилась желтушность кожи и нарастающий кожный зуд. Обратился в поликлинику по месту жительства, откуда был направлен в ЦРБ с диагнозом: инфекционный гепатит.Данные объективного обследования.Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы и склеры интенсивно окрашены желчью. На коже конечностей, живота и туловища множественные ссадины - следы расчесов. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации: в легких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены. Пульс - 78 ударов в 1 мин, АД - 120/80 мм рт. ст. Живот вздут, равномерно участвует в акте дыхания. Чуть ниже пра- вой половины реберной дуги контурируется округлое образование размером ~ 6х3 см, при пальпа- ции эластической консистенции, умеренно болезненное, подвижное. Печень не увеличена, селе- зенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом ректальном исследовании – до 7см без патологии.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Перечислите объем диагностических мероприятий. Составьте план лечения больного.

9. Мужчина 54 лет поступил в с жалобами на нестерпимый кожный зуд, боли в области эпигастрия и правого подреберья, желтуху, нарастающую слабость, потерю аппетита. Данные анамнеза: желтуха появилась около 2-х месяцев назад, была неинтенсивной и не беспокоила больного, сильных болевых приступов не было. За последние несколько дней желтуха интенсивно нарастает. Данные объективного обследования: состояние больного средней тяжести. Склеры и кожные покровы интенсивно оливкового цвета. Тургор кожи снижен. Пульс 86 ударов в 1 минуту, АД140/80 мм рт ст. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, печень на 3см ниже края правой реберной дуги. В области правого подреберья пальпируется незначительно болезненное образование, плотно эластической консистенции, овоидной формы, ограниченное в смещении. Стул ахоличен.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Каков объем диагностических мероприятий, необходимый для постановки диагноза? Составьте план лечения больного.

10. Больная Л., 52 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастральной области, желтушность кожных покровов, слабость, похудание на 8 кг. Больной себя считает в течение 3-х месяцев. Около 1 месяца назад появилась желтуха, которая постепенно нарастала.

Данные объективного обследования: состояние средней тяжести. Пониженного питания. Склеры и кожа оливкового цвета. Пульс 100 ударов в1 минуту, АД 110/70 мм. рт. ст. В легких выслушивается везикулярное дыхание, сердечные тоны ритмичные, слегка приглушенные. Живот мягкий. Печень увеличена на 2 см, край эластичный. Стул ахоличен. Общий анализ крови- эритроциты $4{,}6*10^{12}$/л, НЬ - 124 г/л, СОЭ - 35 мм/ч. Лейкоциты $8{,}4*10^{9}$/л, формула не изменена. Биохимическое исследование крови- билирубин общий - 274 мкмоль/л, прямой 205 мкмоль/л, непрямой - 69 мкмоль/л; Флюорография легкихбез патологии; Фиброгастродуоденоскопия - поверхностный гастрит, двенадцатиперстная кишка без патологии, желчи не содержит; УЗИ органов брюшной полости— расширение внутрипечёночных желчных протоков до 0,8 см., холедох 6 мм, желчный пузырь 90х30х24 мм. При лапароскопиивыявлена инфильтрация гепатикохоледоха, уходящая в ворота печени, около 10 метастатических узлов в правой доле печени.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Составьте план диагностических мероприятий. Составьте план лечения больной.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы способствуют возникновению рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны?
2. Морфологические виды рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
3. Закономерности прогрессирования первичной опухоли и метастазирования при раке печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны?
4. Какая клиника рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны?
5. Диагностика рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
6. Радикальное лечение рака печени и органов билиопанкреатодуоденальной зоны.
7. Дренирующие операции при механической желтухе.
8. Паллиативное лечение рака печени и поджелудочной железы.

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

8. Лабораторные методы дифференциальной диагностики желтухи.
9. Лекарственная терапия рака поджелудочной железы.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Раздел 12. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Тема 12.3:Опухоли колоректальной зоны (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение опухолей колоректальной зоны.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза опухолей колоректальной зоны. Обучить диагностике и лечению рака ободочной и прямой кишки.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, профилактику опухолей колоректальной зоны.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных опухолями колоректальной зоны. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболева- ний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях колоректальной зоны. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих опухолях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Эпидемиология колоректального рака.
Этиология и классификация колоректального рака.
Предраковые состояния колоректальной зоны и тактика врач при них.
Закономерности прогрессирования колоректального рака.
Клиника рака ободочной и прямой кишки.
Диагностика колоректального рака.
Лечение колоректального рака.
Диспансерное наблюдение при колоректальном раке.
Раннее выявление колоректального рака.

2. Практическая работа.

Клинические разборы ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабора-***

торных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными опухолями колоректальной зоны.

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.

Освоение хирургической техники.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы способствуют возникновению рака ободочной и прямой кишки?
2. Предопухолевые состояния и врачебная тактика при них.
3. Макроскопические и микроскопические варианты опухолей колоректальной зоны.
3. Закономерности прогрессирования первичной опухоли и метастазирования при раке колоректальной зоны?
4. Какая клиника рака ободочной и прямой кишки?
5. Диагностика колоректального рака.
6. Лечение рака колоректальной зоны.
7. Осложнения колоректального рака и тактика при них.
8. Скрининг колоректального рака.
9. Диспансерное наблюдение за больными раком колоректальной зоны.
7. Дренирующие операции при механической желтухе.
8. Паллиативное лечение рака печени и поджелудочной железы.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Кишечная непроходимость как осложнение рака ободочной кишки чаще наблюдается при локализации опухоли

а)в восходящем отделе

б)в поперечно-ободочной кишке

в)в нисходящем отделе

г)в сигмовидной кишке

д)частота развития кишечной непроходимости не зависит от локализации опухоли в кишечнике

2. Сравнительно более частое развитие кишечной непроходимости при опухолях левой половины ободочной кишки обусловлено

а)преобладанием опухолей с инфильтративным типом роста

б)более плотным содержимым кишки

в)нарушением моторной функции кишки вследствие прорастания ее стенки опухолью

г)воспалительным отеком кишечной стенки

д)всеми перечисленными факторами

3. Наиболее частым осложнением рака толстой кишки является

а)кишечная непроходимость

б)перфорация опухоли

в)присоединение воспаления с развитием абсцессов, флегмон

г)массивное кишечное кровотечение

д)все перечисленные осложнения встречаются примерно с одинаковой частотой

4. Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке

а)слепой и восходящего отдела ободочной кишки

б)поперечно-ободочной кишки

в)нисходящего отдела
г)сигмовидной кишки
д)определенной зависимости типа роста опухоли от ее локализации не выявлено
5. Рак ободочной кишки наиболее часто локализуется
а)в слепой кишке
б)в восходящем отделе
в)в поперечно-ободочной кишке
г)в нисходящем отделе
д)в сигмовидной кишке
6. Заболеваемость раком толстого кишечника за последние годы имеет тенденцию
а)к повышению
б)к снижению
в)к стабильности
г)к повышению в старшей возрастной группе
д)к снижению среди лиц молодого возраста
7. К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих
а)неспецифическим язвенным колитом
б)грануломатозным колитом (болезнь Крона)
в)полипами кишечника
г)семейным диффузным полипозом
д)всем перечисленным
8. К особенностям рака толстого кишечника, развивающегося на фоне семейного диффузного полипоза, относится
а)как правило, развивается в молодом возрасте
б)как правило, развивается в пожилом возрасте
в)нередко развивается мультицентрически
г)правильные ответы а) и в)
д)правильные ответы б) и в)
9. Обследование больного, обратившегося к врачу с жалобами на нарушение функции кишечника, следует начинать
а)с рентгенологического исследования толстого кишечника (ирригоскопия)
б)с колонофиброскопии
в)с ректороманоскопии
г)с ректального пальцевого исследования
д)с ультразвукового исследования
10. При раке толстого кишечника кишечная непроходимость может наблюдаться по типу
а)обтурационной
б)инвагинационной
в)заворота
г)всех перечисленных типов
11. По морфологическому строению преобладающей формой рака толстого кишечника является
а)аденокарцинома различной степени зрелости и функциональной направленности
б)плоскоклеточный рак
в)недифференцированные раки
г)диморфный (смешанный железистый и плоскоклеточный) рак
д)все перечисленные формы встречаются примерно с одинаковой частотой
12. Плоскоклеточный и диморфный (смешанный железистый и плоскоклеточный) рак чаще всего локализуется
а)в слепой кишке
б)в восходящем отделе ободочной кишки
в)в нисходящем отделе ободочной кишки

г)в сигмовидной кишке

д)в прямой кишке

13. При операции по поводу кишечной непроходимости, вызванной опухолью толстого кишечника, допустимо все перечисленное, кроме

а)ограничиться цекостомией

б)наложить колостому как можно ближе к опухоли

в)выполнить резекцию пораженного участка кишки с наложением колостомы

г)выполнить резекцию пораженного участка кишки и формирование межкишечного анастомоза

14. При правосторонней гемиколэктомии по поводу рака печеночного изгиба ободочной кишки повздошно-толстокишечная артерия

а)обязательно перевязываться во всех случаях

б)не перевязывается

в)единой тактики нет

15. Наиболее часто малигнизируются в толстой кишке полипы

а)железистые

б)железисто-ворсинчатые

в)ворсинчатые

г)ювенильные

д)гиперпластические

16. При раке толстого кишечника наибольшее распространение опухолевых элементов по длиннику кишечной стенки, как правило, выявляется

а)в проксимальном направлении от опухоли

б)в дистальном направлении

в) в равной доле в обоих направлениях

17. Основным путем метастазирования рака толстого кишечника является

а)лимфогенный

б)гематогенный

в)имплантационный

г)все перечисленные варианты метастазирования встречаются примерно с одинаковой частотой

18. Излюбленной локализацией гематогенных метастазов рака толстой кишки являются

а)легкие

б)кости

в)печень

г)надпочечники

д)селезенка

19. Энтероколитическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли

а)в правых отделах ободочной кишки

б)в поперечно-ободочной кишке

в)в нисходящей кишке

г)в сигмовидной кишке

д)правильные ответы в) и г)

20. Обтурационная форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли

а)в правых отделах ободочной кишки

б)в поперечно-ободочной кишке

в)в нисходящей кишке

г)в сигмовидной кишке

д)правильные ответы в) и г)

21. К наиболее ранним клиническим симптомам при раке анального канала относятся

а)боли

б)кровотечение
в)патологические примеси в кале
г)изменение формы каловых масс
д)правильные ответы а) и б)

22. Наиболее ранними клиническими симптомами при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки являются
а)боли
б)патологические примеси в кале
в)кровотечение
г)перемежающийся стул
д)правильные ответы в) и г)

23. Из перечисленных операций к сфинктеросохраняющим не относится
а)чресбрюшинная резекция прямой кишки
б)брюшно-анальная резекция прямой кишки
в)брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
г)все перечисленные операции следует относить к сфинктеросохраняющим

24. Операции Гартмана при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки и раке ректосигмоидного изгиба целесообразно отдавать предпочтение в случаях
а)наличия обтурационной кишечной непроходимости
б)наличия воспалительных изменений стенки кишечника
в)у лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации
г)во всех перечисленных ситуациях
д)правильные ответы а) и б)

Эталоны ответов 1. г; 2. д; 3. а; 4. а; 5. д; 6. а; 7. д; 8. г; 9. б; 10. г; 11. а; 12. д; 13. а; 14. а; 15. в; 16. а; 17. а; 18. в; 19. д; 20. д; 21. д; 22. д; 23. в; 24. г.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Раздел 12. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Тема 12.3:Опухоли колоректальной зоны (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение опухолей колоректальной зоны.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза опухолей колоректальной зоны. Обучить диагностике и лечению рака ободочной и прямой кишки.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, профилактику опухолей колоректальной зоны.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных опухолями колоректальной зоны. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболева- ний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях колоректальной зоны. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих опухолях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Эпидемиология колоректального рака.
Этиология и классификация колоректального рака.
Предраковые состояния колоректальной зоны и тактика врач при них.
Закономерности прогрессирования колоректального рака.
Клиника рака ободочной и прямой кишки.
Диагностика колоректального рака.
Лечение колоректального рака.
Диспансерное наблюдение при колоректальном раке.
Раннее выявление колоректального рака.

2. Практическая работа.

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Перфорации кишечной стенки при раке толстой кишки способствуют

а)распад опухоли

б)повышенное давление в просвете кишки

в)трофические нарушения стенки кишки вследствие ее перерастяжения

г)травматизация стенки кишки при прохождении твердых каловых масс через суженный участок

д)все перечисленные факторы

2. Осложнения воспалительного характера (абсцессы, флегмоны) чаще наблюдаются при локализации опухоли

а)в слепом и восходящем отделе

б)в поперечно-ободочной кишке

в)в нисходящем отделе

г)в сигмовидной кишке

д)правильные ответы а) и в)

Эталоны ответов 1. г; 2. д;

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

На прием обратилась больная П., 52 лет, с жалобами на слабость, усилившуюся в последний месяц, жидкий стул, чередующийся с запорами, наличие слизи в кале. Считает себя больной в течение трех месяцев.Из анамнезаизвестно, что три года назад больной с помощью электрокоагуляции удалили полип прямой кишки. Пациентка правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки каких-либо новообразований на расстоянии до 7см не выявлено.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план обследования больной. Составьте план лечения

больной. Составьте план мероприятий по профилактике рака.

Эталон ответов: Диагноз – подозрение на рак ободочной кишки, клиническая группа Iа. Дифференциальная диагностика – рак нисходящей ободочной кишки, рак сигмовидной кишки, рак прямой кишки, ворсинчатая опухоль толстой кишки. Колоноскопия с биопсией, УЗИ брюшной полости, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, КТ, лапароскопия. План лечения – оперативное лечение. Мероприятия по профилактике рака: ограничение приема жирной и мясной пищи, включение в пищевой рацион растительной пищи, активный образ жизни (физические упражнения).

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. На прием к участковому терапевту обратилась больная П., 40 лет, работает кассиром в торговом зале. Ее беспокоят запоры, периодические вздутия живота, наличие в кале слизи. Два месяца назад, после погрешности в диете впервые появились указанные симптомы. Лечилась самостоятельно клизмами из лекарственных трав, без улучшения. Данные объективного обследования. Больная удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги. Гемокульттест положительный. При пальцевом ректальном исследованиипрямая кишка без патологии.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план дополнительных диагностических мероприятий. Составьте план лечения больной.

2. Больной Н., 69 лет, доставлен в отделение неотложной хирургии с жалобами на резкие схваткообразного характера боли в левой половине живота, тошноту и рвоту остатками пищи, острую задержку кала и газов. Из анамнеза известно, что длительно страдает запорами. Данные объективного обследования.Состояние тяжелое. Пульс 90 ударов в 1 мин., АД 155/85 мм рт ст. Язык суховат, обложен беловатым налетом. Живот вздут, резко болезненный при пальпации. Выслушивается усиленная перистальтика кишечника. При перкуссии живота – тимпанический звук. При обзорной рентгенографии брюшной полости- горизонтальные уровни жидкости с куполообразным просветлением (газом) над ними (чаши Клойбера). Вертикальный размер чаши преобладает над горизонтальным. Данные за толстокишечную непроходимость. Данные компьютерной томографии– опухоль нисходящей ободочной кишки с прорастанием в забрюшинное пространство без вовлечения в опухолевый процесс мочеточника. Печень без патологии.

Вопросы: Какова стадия опухолевого процесса по клинической и международнойклассификации? На что должен обратить внимание хирург при ревизии органов брюшной полости? Каким должен быть объем оперативного пособия? Где должен в дальнейшем лечиться и наблюдаться больной? Какое послеоперационное лечение нужно назначить больному?

3. Больная М., 56 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение кала и газов в течение последних 3-х суток. Данные анамнеза: страдает запорами в течение 10 лет, аналогичные состояния возникали у больной дважды, но разрешались самостоятельно после очистительной клизмы. Данные объективного обследования: состояние больной ближе к удовлетворительному. Пульс 78 ударов в 1 минуту. АД 140/80 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации несколько болезненный. При аускультации выслушивается «шум плеска», при перкуссии – тимпанит. При ректальном пальцевом исследовании ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке постановки сифонной клизмы – жидкость не поступает в толстый кишечник, изливается обратно.

Вопросы: Ваш диагноз? Составьте план обследования больной? Какова лечебная тактика и объем оперативного пособия?

4. Больной И., 63 лет, обратилась с жалобами на боли в правой подвздошной области, слабость, повышение температуры до 38ºС. На протяжении последних 6-ти месяцев аналогичные признаки отмечались несколько раз, но купировались самостоятельно. Во время последнего приступа была однократная рвота и жидкий стул. Данные объективного обследования. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 90 ударов в 1 минуту, АД 150/90 мм рт ст., tº – 37,8 ºС. В легких и сердце возрастные изменения. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется мало смещаемое уплотнение без четких контуров. Симптомов раздражения

брюшины нет. Общий анализ крови: Hb – 82г/л, лейкоциты – 6 тысяч, СОЭ – 50 мм/час. При пальцевом ректальном исследовании патологии не выявлено.
Вопросы: Ваш диагноз и его обоснование? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план обследования больного? Какова лечебная тактика и объем оперативного пособия?
5. К онкологу поликлиники на прием пришла больная Д., 62 лет, с жалобами на слабость, запоры, наличие примеси крови в кале, боли внизу живота с иррадиацией в крестец. Считает себя больной в течение года, когда запоры приобрели упорный характер, а появление крови перед актом дефекации стало постоянным. Однако больная за медицинской помощью не обращалась. Лечилась домашними средствами с переменным успехом. Из анамнеза известно, что больная на протяжении 30 лет страдает геморроем. Данные объективного обследования.Больная правильного телосложения и удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. При наружном осмотре в области анального отверстия на 6, 9, 12 и 15 часах определяются спаявшиеся геморроидальные узлы. При пальцевом исследовании на расстоянии 8 см от ануса определяется экзофитное образование, циркулярно суживающее просвет кишки.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план обследования больной. Составьте план лечения больной. Составьте план мероприятий по ранней диагностике рака.
6. В отделение поступил больной 62 лет. Из анамнеза известно, что пациент длительно страдает запорами. В последнее время появились непостоянные и необильные кровотечения из прямой кишки, возникающие при натуживании перед актом дефекации. Кровь темная, иногда с примесью слизи. Признаков дискомфорта и болей внизу живота пациент не отмечает. При пальцевом исследовании прямой кишкина расстоянии 6см от ануса на правой ее половине пальпируется язва с плотными подрытыми краями. На перчатке – кровь.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Составьте план обследования больной. От чего будет зависеть план лечения больного?
7. К поликлинику обратился мужчина 67 лет с жалобами на появление после акта дефекации в большом количестве алой крови, болей в прямой кишке, слабости. Из анамнеза известно, что в течение последних 3-х месяцев больной периодически отмечал в небольшом количестве кровь перед и после акта дефекации. Думал, что это геморрой и лечился самостоятельно свечами. Данные объективного обследования: общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 ударов в 1 минуту, АД 110/70 мм рт ст. Кожные покровы чистые, бледные. В легких выслушивается везикулярное дыхание, сердечные тоны ритмичные, приглушены. Язык обложен беловатым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: патологии не выявлено. Общий анализ крови: Hb – 70г/л, лейкоциты – 7 тысяч, СОЭ – 52 мм/час.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Какими специальными исследованиями можно уточнить диагноз? Составьте план лечения больного.
8. У больного 54 лет при обследовании выявлен рак верхнего ампулярного отдела прямой кишки и рак печеночного изгиба ободочной кишки. Гистологически в обоих случаях – умеренно дифференцированная аденокарцинома.
Вопросы: Как оценивается в онкологии подобное состояние? Куда наиболее часто метастазирует рак толстой кишки и какое исследование необходимо выполнить для исключения гематогенных метастазов? Какой объем оперативного пособия должен быть выполнен больному?
9. Больной Н., 49 лет, обратился к хирургу с жалобами на боль в области заднего прохода, возникающие во время акта дефекации, слизисто-гнойные выделения из прямой кишки, периодически появляющуюся примесь крови в кале, чувство неполного опорожнения прямой кишки после дефекации. Указанные жалобы беспокоят на протяжении 6 месяцев.
Вопросы: Какое заболевание следует заподозрить? Какими исследованиями можно уточнить диагноз, а какими установить распространенность опухолевого процесса?
10. Больной И. 65 лет, шофер, мать умерла от рака прямой кишки. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца

на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный. Колоноскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Вопросы: Диагноз? Лечебная тактика?

3. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы способствуют возникновению рака ободочной и прямой кишки?
2. Предопухолевые состояния и врачебная тактика при них.
3. Макроскопические и микроскопические варианты опухолей колоректальной зоны.
3. Закономерности прогрессирования первичной опухоли и метастазирования при раке колоректальной зоны?
4. Какая клиника рака ободочной и прямой кишки?
5. Диагностика колоректального рака.
6. Лечение рака колоректальной зоны.
7. Осложнения колоректального рака и тактика при них.
8. Скрининг колоректального рака.
9. Диспансерное наблюдение за больными раком колоректальной зоны.
7. Дренирующие операции при механической желтухе.
8. Паллиативное лечение рака печени и поджелудочной железы.

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Сфинктеросохраняющее лечение при раке прямой кишки.
2. Лекарственная терапия колоректального рака.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Раздел 12. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Тема 12.4:Забрюшинные внеорганные опухоли (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение внеорганных забрюшинных опухолей.

Задачи: Изучить вопросы распространенности, этиологии, патогенеза забрюшинных опухолей. Обучить диагностике и лечению забрюшинных опухолей.

Обучающийся должен знать: Закономерности развития, клинические проявления забрюшинных опухолей.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных с забрюшинными опухолями. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данной патологии.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри забрюшинных опухолях. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих опухолях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Распространенность и классификация опухолей забрюшинного пространства.
Закономерности прогрессирования забрюшинных опухолей.
Клиника забрюшинных внеорганных опухолей.
Диагностика забрюшинных опухолей.
Лечение забрюшинных опухолей.

2. Практическая работа.

Клинические разборы ***определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных опухолями забрюшинного пространства***

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.
Освоение хирургической техники.

3. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1.Какие имеются морфологические варианты забрюшинных опухолей?
3. Закономерности прогрессирования забрюшинных опухолей.
4. Какая клиника при опухолях забрюшинного пространства?
5. Диагностика опухолей забрюшинного пространства.
6. Лечение забрюшинных опухолей.
7. Тактика при рецидивах забрюшинных опухолей..

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Клинические проявления забрюшинных неорганных опухолей в первую очередь обусловлены

а)гистологической структурой опухоли
б)размерами опухоли
в)локализацией опухоли
г)размерами и локализацией опухоли
д)гистологической структурой и размерами опухоли

2. Рентгеноконтрастные исследования желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы в диагностике забрюшинных неорганных опухолей дают возможность

а)установить внутри- или внебрюшинную локализацию опухоли

б)определить органную принадлежность опухоли или ее неорганный характер

в)судить о распространении опухоли на соседние органы

г)все ответы правильные

д)правильного ответа нет

3. При забрюшинных неорганных опухолях чаще встречаются

а)прорастание различных органов опухолью

б)сдавление или смещение органов опухолью

в)с одинаковой частотой встречается как прорастание, так и сдавление или смещение органов опухолью

г)правильного ответа нет

4. Морфологическое подтверждение диагноза при забрюшинных неорганных опухолях до операции может быть получено

а)путем пункции опухоли под контролем ультразвукового исследования

б)путем пункции опухоли под контролем рентгеновской компьютерной томографии

в)при пункции или ее биопсии во время ретроперитонеоскопии

г)при пункции опухоли или ее биопсии во время лапароскопии

д)все ответы правильные

5. Для оценки местной распространенности опухолевого процесса при забрюшинных неорганных опухолях наиболее эффективно

а)ультразвуковое исследование

б)ангиографическое исследование

в)экскреторная урография

г)рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта

д)все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью

6. Операбельность при забрюшинных неорганных опухолях в первую очередь зависит

а)от локализации опухоли

б)от гистологической структуры опухоли

в)от размеров опухоли

г)правильные ответы а) и в)

д)правильные ответы б) и в)

7. Во время операции из чрезбрюшинного доступа по поводу забрюшинной неорганной опухоли, локализующейся в латеральных отделах забрюшинного пространства, заднюю париетальную брюшину целесообразно рассекать

а)кнаружи от восходящего или нисходящего отделов ободочной кишки

б)кнутри от восходящего или нисходящего отделов ободочной кишки

в)оба варианта обладают одинаковыми преимуществами

г)правильного ответа нет

8. Во время операции по поводу внеорганной забрюшинной опухоли перевязка магистральных сосудов в случае их ранения (нижняя полая вена ниже впадения почечных вен, внутренние подвздошные сосуды) допустима

а)во всех случаях, так как не приводит к серьезным осложнениям

б)допустима, но чревата развитием осложнений

в)не допустима

9. Дренирование забрюшинного пространства после удаления забрюшинной опухоли

а)способствует свободному оттоку крови, скопившейся в забрюшинной пространстве

б)служит контролем за продолжающимся кровотечением из ложа удаленной опухоли

в)способствует профилактике развития гнойно-воспалительных процессов в забрюшинном пространстве

г)позволяет выявлению различных послеоперационных осложнений

д)все ответы правильные

10. При локализации неорганной опухоли в истинно забрюшинном пространстве при комбинированных операциях чаще всего из перечисленных органов резецируется или удаляется

а)почка
б)толстая кишка
в)селезенка
г)матка
д)придатки матки
д)ранение брыжеечных сосудов

11. В настоящее время наиболее часто в лечении больных с неорганными забрюшинными опухолями используется

а)хирургический метод
б)химиотерапевтическое лечение
в)лучевая терапия
г)комбинированные методы лечения
д)с одинаковой частотой используются все перечисленные методы лечения

12. К показаниям для проведения лучевой терапии при забрюшинных неорганных опухолях относятся

а)распространенность опухолевого процесса, не позволяющая выполнить оперативное вмешательство
б)наличие тяжелой сопутствующей патологии, крайне увеличивающей риск операции
в)отказ больного от операции
г)правильные ответы б) и в)
д)все ответы правильные

13. К противопоказаниям для проведения лучевой терапии при забрюшинных неорганных опухолях относятся

а)выраженная интоксикация
б)распад опухоли
в)выраженное истощение больного
г)тяжелая сопутствующая патология в стадии декомпенсации
д)все ответы правильные

14. Паллиативная лучевая терапия при забрюшинных неорганных опухолях целесообразна с целью

а)уменьшения болевого синдрома, обусловленного сдавлением опухолью корешков спинного мозга
б)улучшения психического статуса больного
в)правильные ответы а) и б)
г)лучевая терапия с паллиативной целью при забрюшинных неорганных опухолях нецелесообразна

15. Попытки проведения химиотерапевтического лечения при забрюшинных неорганных опухолях целесообразны

а)при генерализованных формах (наличии отдаленных метастазов)
б)у неоперабельных больных, получивших в прошлом лечебную суммарную дозу лучевой терапии
в)правильные ответы а) и б)
г)правильного ответа нет

16. Рецидивы при забрюшинных неорганных опухолях возникают наиболее часто

а)при злокачественных опухолях
б)при доброкачественных опухолях
в)с одинаковой частотой рецидивируют как доброкачественные, так и злокачественные опухоли
г)рецидивы при забрюшинных неорганных опухолях возникают крайне редко как при доброкачественных, так и злокачественных опухолях

17. Рецидивы при забрюшинных неорганных опухолях возникают наиболее часто

а)в первые два года после операции
б)спустя два года после операции

в)спустя пять лет после операции

г)возникновение рецидива заболевания не зависит от сроков после перенесенной операции

18. При повторных рецидивах забрюшинных неорганных опухолей сроки между их возникновением, как правило

а)сокращаются

б)удлиняются

в)остаются прежними

г)могут наблюдаться все перечисленные варианты

19. Во время операции по поводу забрюшинной неорганной опухоли внутрикапсулярное ее удаление

а)должно производиться во всех случаях

б)допустимо, но с обязательным последующим иссечением капсулы опухоли

в)не должно производиться

г)допустимо в некоторых случаях и без последующего иссечения капсулы опухоли

20. При возникновении рецидива забрюшинной неорганной опухоли целесообразна

а)попытка его хирургического удаления

б)попытка химиотерапевтического лечения

в)попытка лучевого лечения

г)проведение симптоматической терапии

д)оперативное лечение лишь с целью ликвидации осложнений заболевания (формирование межкишечных обходных анастомозов, нефростомия, цистостомия и т.д.)

21. При возникновении рецидива забрюшинной неорганной опухоли повторное оперативное вмешательство целесообразно выполнять

а)сразу после установления рецидива

б)лишь при "бурном" росте рецидивной опухоли

в)лишь при развитии осложнений заболевания

г)правильные ответы б) и в)

22. В прогностическом плане при забрюшинных неорганных опухолях из перечисленных факторов наименее выражены

а)характер опухоли (доброкачественная, злокачественная)

б)характер опухолевого процесса (первичная опухоль или рецидив заболевания)

в)размеры опухоли

г)гистологическая форма опухоли

д)локализация опухоли

23. К прямым рентгенологическим признакам, выявляемым при забрюшинных неорганных опухолях, не относятся

а)расширение сосудов, питающих опухоль

б)наличие в опухоли собственно опухолевых "патологических" сосудов

в)длительная задержка контрастного вещества в опухолевых сосудах

г)"пропитывание" контрастным веществом массива опухоли

д)смещение или сдавление крупных артериальных стволов

24. Операбельность при забрюшинных неорганных опухолях в основном зависит

а)от локализации опухоли

б)от размеров опухоли

в)от гистологической структуры опухоли

г)правильные ответы а) и б)

д)правильные ответы б) и в)

25. Точная топическая диагностика забрюшинных неорганных опухолей и их местная распространенность возможна на основании результатов

а)ангиографии

б)рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта

в)рентгеновской компьютерной томографии

г)ультразвукового исследования

д)лишь на основании комплексного анализа результатов всех перечисленных методов исследования

Эталоны ответов 1. г; 2. г 3. б; 4. д; 5. а; 6. д; 7. б; 8. г; 9. а; 10. г; 11. а 12. б; 13. д; 14. а; 15. г 16. б; 17. а 18. д; 19. д; 20. в; 21. в; 22. а; 23. а; 24. а; 25. г; 26 а; 27. а 28. д; 29. д 30. г; 31. д.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Раздел 12. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Тема 12.4:Забрюшинные внеорганные опухоли (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение внеорганных забрюшинных опухолей.

Задачи: Изучить вопросы распространенности, этиологии, патогенеза забрюшинных опухолей. Обучить диагностике и лечению забрюшинных опухолей.

Обучающийся должен знать: Закономерности развития, клинические проявления забрюшинных опухолей.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных с забрюшинными опухолями. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данной патологии.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри забрюшинных опухолях. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих опухолях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   Распространенность и классификация опухолей забрюшинного пространства.
   Закономерности прогрессирования забрюшинных опухолей.
   Клиника забрюшинных внеорганных опухолей.
   Диагностика забрюшинных опухолей.
   Лечение забрюшинных опухолей.
2. **Практическая работа.**

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Цитологическое исследование биопсийного материала при забрюшинных неорганных опухолях,как правило, не позволяет до начала лечения

а)установить гистогенез опухоли

б)установить злокачественность или доброкачественность опухолевого процесса

в)исключить воспалительный характер заболевания
г)исключить метастатическое поражение забрюшинных лимфоузлов
д)правильного ответа нет
2. Клиническое течение неорганных забрюшинных опухолей характеризуется
а)длительным бессимптомным периодом
б)частым рецидивированием
в)ранним и частым метастазированием
г)нарастанием признаков злокачественности опухоли по мере рецидивирования
д)правильные ответы а), б), в)
Эталоны ответов 1. а; 2. д.

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больная 55 лет поступила с жалобами на головную боль. За месяц до поступления при обследовании в одном из лечебных учреждений при УЗИ и КТ брюшной полости была выявлена опухоль левой почки. Известно, что в течении 3-х лет больная страдает мочекаменной болезнью.При поступлениипальпаторно слева в мезо- и гипогастрии определяется опухолевидное образование размерами 14х15 см, плотно-эластичной консистенции, ограниченно подвижное, безболезненное, с четкими контурами.При СКТ с болюсным внутривенным введением неионогенного контрастного веществав забрюшинном пространстве слева определяется объемное образование округлой формы размерами 13х14х20 см. Плотность образования неравномерная: по всему протяжению изображения участки пониженной плотности чередуются с участками повышенной плотности. Верхний полюс образования расположен между нижним полюсом селезенки, хвостом поджелудочной железы и верхним полюсом левой почки. В дистальном направлении образование расположено по латеральному краю левой почки, смещает ее медиально и деформирует.Почка частично распластана на образовании. В нижней чашечке левой почки расположен мелкий конкремент. Паренхима почки накапливает контрастное вещество в достаточной степени. В дистальном направлении патологическое образование деформирует поясничную мышцу и смещает петли кишечника вперед и вправо.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.

Эталон ответов: Диагноз – неорганная забрюшинная опухоль. Дифференциальная диагностика с заболеваниями: рак толстой кишки, рак почки, мочекаменная болезнь.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больная 55 лет поступила с жалобами на головную боль. За месяц до поступления при обследовании в одном из лечебных учреждений при УЗИ и КТ брюшной полости была выявлена опухоль левой почки. Известно, что в течении 3-х лет больная страдает мочекаменной болезнью. При поступлении пальпаторно слева в мезо- и гипогастрии определяется опухолевидное образование размерами 14х15 см, плотно-эластичной консистенции, ограниченно подвижное, безболезненное, с четкими контурами. При СКТ с болюсным внутривенным введением неионогенного контрастного вещества в забрюшинном пространстве слева определяется объемное образование округлой формы размерами 13х14х20 см. Плотность образования неравномерная: по всему протяжению изображения участки пониженной плотности (11-13 ед.Н) чередуются с участками плотностью около 33 ед.Н. Участки низкой плотности не накапливают контрастное вещество, в отличие от участков повышенной плотности. Верхний полюс образования расположен между нижним полюсом селезенки, хвостом поджелудочной железы и верхним полюсом левой почки. В дистальном направлении образование расположено по латеральному краю левой почки, смещает ее медиально и деформирует. Почка частично распластана на образовании. Внижней чашечки расположен мелкий конкремент. Паренхима почки накапливает контрастное вещество в достаточной степени. В

дистальном направлении патологическое образование деформирует поясничную мышцу и смещает петли кишечника вперед и вправо.
Вопросы: Ваш предположительный диагноз. Необходимые методы обследования. Ваша тактика лечения.
2. Больная. 56 лет, обратилась с жалобами на слабость, потерю аппетита, боли в животе . Выше указанные симптомы появились около месяца назад. За медицинской помощью ранее не обращалась . За последнюю неделю отмечает увеличение болевого синдрома который не купируются приемом анальгетиков. 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 вздут безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный . В правой поясничной области пальпируется плотное безболезненно образование до 4,0 см в диаметре. При КТ брюшной полости забрюшинном пространствесправа определяется объемное образование округлой формы размерами 12х14х17 см.
Вопросы: Ваш предположительный диагноз. Необходимые методы обследования. Ваша тактика лечения.
3. Больная Г. 48 лет, жалобы на слабость, потерю аппетита, похудение за последний меся сбросила порядка 10 кг, боли внизу животе . Выше указанные симптомы появились около 2 месяцев назад. За медицинской помощью не обращалась. За последний месяц отмечает нарастание симптомов увеличение размеров живота. запоры. Объективно: Правильного телосложения , удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются . В легких везикулярное дыхание. Пульс 75 ударов в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот напряжен ,вздуд безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный . При КТ брюшной полости забрюшинном пространстве слева определяется объемное образование округлой формы размерами 20х18х23 см.
Вопросы: .Ваш предположительный диагноз. Необходимые методы обследования. Ваша тактика лечения.
4. Больная Н. 59 лет , с жалобами на слабость, потерю аппетита ,боли в поясничной области с иррадиацией в нижние конечности, гематурия. Выше указанные симптомы появились около 2 месяцев назад. За медицинской помощью не обращалась . За последний месяц отмечает нарастание симптомов увеличение размеров живота. запоры. Объективно: Правильного телосложения , удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются . В легких везикулярное дыхание. Пульс 75ударов в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот напряжен, вздут безболезненный. Печень не пальпируется . Симптом поколачивания отрицательный .Пальпаторно слева в мезо- и гипогастрии определяется опухолевидное образование размерами 17х18 см, плотно-эластичной консистенции, ограниченно подвижное, безболезненное, с четкими контурами
Вопросы: .Ваш предположительный диагноз. Необходимые методы обследования. Ваша тактика лечения.

Вопросы: Диагноз? Лечебная тактика?

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1.Какие имеются морфологические варианты забрюшинных опухолей?
3. Закономерности прогрессирования забрюшинных опухолей.
4. Какая клиника при опухолях забрюшинного пространства?
5. Диагностика опухолей забрюшинного пространства.

6. Лечение забрюшинных опухолей.
7. Тактика при рецидивах забрюшинных опухолей..

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Лекарственная терапия при саркомах забрюшинного пространства.
2. Возможности лучевой терапии при забрюшинных опухолях.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Раздел 13. Опухоли молочной железы

Тема 13.1:Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез. Обучить диагностике и лечению предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Обучающийся должен знать: Распространенность**,** причины возникновения, профилактику предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями молочных желез. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри предопухолевых заболеваниях и доброкачественных опухолях молочных желез. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих заболеваниях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Распространенность и причины возникновения предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Классификация предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Роль предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез в возникновении рака молочной железы.

Клиника предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Диагностика предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Лечебная тактика при предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Диспансерное наблюдение за больными предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями молочных желез.

2. Практическая работа.

Клинические разборы ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями молочных желез***

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.

Освоение хирургической техники.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Определите место и роль гормональных нарушений и других причин в этиологии ипатогенезепредопухолевых заболеваний и доброкачественных образований молочных желез.
2. Чем отличаются клинические проявления и тактика лечения при узловой и диффузной мастопатии?
3. Какие клинические проявления доброкачественных образований молочных желез?
4. Какие диагностические методы применяют при предопухолевых заболеваниях и доброкачественных образованиях молочных желез.
5. Как осуществляется лечение при предопухолевых заболеваниях и доброкачественных образованиях молочных желез.
6. Как осуществляется наблюдение за пациентами с предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными образованиями молочных желез?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. К доброкачественным опухолям молочной железы относятся

а)узловая фиброзно-кистозная мастопатия

б)диффузная мастопатия

в)фиброаденома

2. У больного 30 лет после перенесенной болезни Боткина развилась двусторонняя диффузная гинекомастия. Ему следует назначить

а)гормонотерапию эстрогенами

б)гормонотерапию андрогенами

в)гормонотерапию кортикостероидами

г)препараты, улучшающие функцию печени

д)йодосодержащие препараты

3. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия может развиться вследствие

а)хронического аднексита

б)хронического гепатита
в)заболевания щитовидной железы
г)все ответы правильные
4. Плазмоклеточный мастит является результатом
а)воспалительного процесса
б)возрастной инволюции молочных желез
в)эктазии протоков
г)кисты молочных желез
5. К какой клинической группе относятся больные, страдающие пролиферативной формой фиброзно-кистозной мастопатии?
а)Iа
б)Iб
в)II
г)III
6. В качестве факультативного предрака молочной железы наиболее опасны
а)болезни Минца
б)узловая форма мастопатии
в)цистоаденома
г)все перечисленное
7. Какие из перечисленных симптомов являются патогномоничными для мастодинии?
а)одиночные и множественные очаги в железе
б)выделения из сосков
в)преобладание болевого синдрома
г)нарушение овариально - менструальной функции
д)исчезновение признаков болезни с возрастом
8. Характерные маммографические признаки при мастопатии.
а)изменений нет
б)участки затемнения чередуются с участками просветления
в) плотная тень
г)тень округлой формы с четкими контурами
д)тень с тяжистой структурой
9. В чем заключается наибольшая диагностическая значимость ультразвуковой эхографии молочной железы?
а)простота и доступность исследования
б)дифференциальный диагноз доброкачественных образований молочных желез
в)выявление функциональных изменений молочных желез
г)обнаружение метастазов рака молочных желез
д)дифференциальный диагноз между раком и доброкачественными заболеваниями молочных желез
10. Лечебная тактика при мастодинии
а)срочное хирургическое вмешательство
б)рентгенотерапия
в)комбинированный метод лечения
г)симптоматическое лечение
д)коррегирование расстройства гормональной системы системы
11. Какому из перечисленных методов лечения нужно отдать предпочтение при узловой мастопатии?
а)гормональное лечение
б)секторальная резекция
в)простая мастэктомия
г)радикальная мастэктомия по Холстеду
д)регуляция желез внутренней секреции
12. Какие, этиологические факторы играют роль в возникновении фиброаденомы

а)дисгормональная дисплазия
б)нарушение функции желез внутренней секреция
в)пожилой возраст
г)наличие невроза и Функциональных изменений
д)дисгормональная гиперплазия
13. Какие из перечисленных клинических признаков относятся к фиброаденоме?
а)резкая болезненность при пальпации
б)отсутствие болезненности при пальпации
в)болевой синдром
г)на протяжении менструального цикла очаги уплотнения не изменяются
д)вовлечение кожи в патологический процесс
14. При фиброзно-кистозной мастопатии применяются:
а)эстрогенные препараты
б)физиотерапия
в)длительный приём иодида калия
г)секторальная резекция молочной железы
д)все ответы верны
15. Наиболее эффективным методом исследования при опухоли молочной железы менее 0,5 см являются:
а)маммография
б)УЗИ
в)термография
г)пальпация
д)радиоизотопная диагностика
16. При фиброаденоме молочной железы показана:
а)простая мастэктомия
б)ампутация молочной железы
в)секторальная резекция
г)радикальная мастэктомия
д)лучевая терапия
17 .Склерозирующий аденоз относится
а)к доброкачественным дисплазиям
б)к воспалительным процессам
в)к злокачественным новообразованиям

Эталоны ответов 1. в; 2. г; 3. г; 4. в; 5. б; 6. г; 7. д; 8. д; 9. а; 10. д; 11. б; 12. а; 13. г; 14. д; 15. в; 16. в; 17. а.

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:
1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 13. Опухоли молочной железы

Тема 13.1:Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез. Обучить диагностике и лечению предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Обучающийся должен знать: Распространенность**,** причины возникновения, профилактику предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями молочных желез. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри предопухолевых заболеваниях и доброкачественных опухолях молочных желез. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих заболеваниях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Распространенность и причины возникновения предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Классификация предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Роль предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез в возникновении рака молочной железы.

Клиника предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Диагностика предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Лечебная тактика при предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез.

Диспансерное наблюдение за больными предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями молочных желез.

2. Практическая работа.

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Основным методом лечения доброкачественных опухолей является

а)хирургическое

б)лучевое

в)гормональное

г)лекарственное

2. Показанием для секторальной резекции молочной железы являются все перечисленные формы, кроме

а)мастодинии и тиреотоксической мастопатии

б)папиллярной цистоаденомы

в)фиброаденомы молочной железы

г)узловатой фиброзной мастопатии

Эталоны ответов 1. а; 2. а.

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

К гинекологу обратилась женщина 45 лет с жалобами на обильные выделения из соска левой молочной железы, которые появились в течение последних 4-х месяцев. Вначале выделения имели светлый цвет, в последнее время приобрели грязно-бурый оттенок. Во время последней маммографии, выполненной 6 месяцев назад, узловой патологии обнаружено не было. Объективно:молочные железы симметричны. При надавливании на левый сосок отмечается наличие выделений бурого цвета. Выделения из правого соска отсутствуют. При пальпации молочные железы комоватые, узловые образования не определяются. Региональные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Назначьте план дополнительных методов обследования. Составьте план лечения больной. Составьте план и обозначьте режим диспансерного наблюдения.

Эталон ответов: Диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии. Клиническая группа Iб. Маммография, анализ крови на пролактин, взятие мазка для цитологического исследования выделений. УЗИ щитовидной железы, анализ крови на тиреоидные гормоны. УЗИ гениталий. Консервативная лекарственная терапия. Обследование у эндокринолога для исключения патологии щитовидной железы. Лечение и диспансерное обследование у гинеколога каждые 6 месяцев.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больная 40 лет. Обратилась в клинику с жалобами на выделения кровянистого характера из соска левой молочной железы. Вышеуказанные жалобы предъявляет в течение двух месяцев. При осмотре: молочные железы удовлетворительно развиты, соски и ареолы без особенностей. При пальпации молочных желёз патологических образований не определяется. Цитологическое исследование мазков показало наличие клеток протокового эпителия с явлениями пролиферации и атипии.

Вопросы: Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Ваш предварительный диагноз. План лечения в случае отсутствия данных за наличие рака.

2. Больная 40 лет. Обратилась в клинику с жалобами на выделения кровянистого характера из соска левой молочной железы. Вышеуказанные жалобы предъявляет в течение двух месяцев. При осмотре: молочные железы удовлетворительно развиты, соски и ареолы без особенностей. При пальпации молочных желёз патологических образований не определяется. Цитологическое исследование мазков показало наличие клеток протокового эпителия с явлениями пролиферации и атипии.

Вопросы: Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Ваш предварительный диагноз. План лечения в случае отсутствия данных за наличие рака.

3. Больная К., 33 лет, жалуется на боли в правой молочной железе, усиливающиеся в предменструальном периоде. В нижне-внутреннем квадранте правой молочной железы в вертикальном положении обнаруживается опухолевидное образование размером 2х2 см, безболезненное, подвижное, в горизонтальном положении образование четко не определяется. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Патологии со стороны внутренних органов нет.

Вопросы: Какой предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? Какие клинические симптомы надо проверить при этом и их результаты. Какие специальные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза и их результаты? Какова тактика лечения? Назначьте предоперационное обследование.

4. На прием к хирургу обратился юноша 18 лет, с жалобами на увеличение левой молочной железы. Железа начала увеличиваться 3 года назад. Объективно определяется диффузное увеличение молочной железы. Болезненности при пальпации нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Симптомы: Кенига, умбиликации, «лимонной корочки», «площадки», выделения из соска. Все симптомы – отрицательные. Данные обследования:Анализы крови и мочи в норме. Маммография – тени неправильной формы, зачастую с микрокальцинатами. УЗИ – эхографически картина сход-

на с мастопатией; наблюдается расширение млечных протоков, очаги склерозирующего аденоза. Пункционная биопсия – железистая мастопатия.
Вопросы: Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? Определите лечебную тактику.
5. Больная К., 19 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление опухоли в левой молочной железе. Опухоль обнаружила самостоятельно 7 дней назад.
Объективно: в верхне-наружном квадранте левой молочной железы при пальпации определяется опухоль 2х2 см, плотная, безболезненная. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При надавливании на сосок выделений нет.
Вопросы: Какой предварительный диагноз считаете наиболее вероятным? Какие заболевания необходимо дифференцировать? Каковы клинические симптомы, характерные для рака молочной железы? Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза и ожидаемые результаты? Сформулируйте окончательный диагноз. Укажите тактику лечения.
6. Больная 19 лет обратилась с жалобами на умеренные боли в правой молочной железе, усиливающиеся в предменструальный период. Обе молочные железы правильной конфигурации, симметричны. Соски и кожный покров не изменены. Пальпаторно в молочных железах определяются зернистые образования. Соски молочных желез не изменены. Регионарные аксиллярные и надключичные лимфоузлы не увеличены.
Вопросы: Какой предварительный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить для постановки диагноза и определения тактики лечения? Укажите тактику лечения.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Определите место и роль гормональных нарушений и других причин в этиологии ипатогенезепредопухолевых заболеваний и доброкачественных образований молочных желез.
2. Чем отличаются клинические проявления и тактика лечения при узловой и диффузной мастопатии?
3. Какие клинические проявления доброкачественных образований молочных желез?
4. Какие диагностические методы применяют при предопухолевых заболеваниях и доброкачественных образованиях молочных желез.
5. Как осуществляется лечение при предопухолевых заболеваниях и доброкачественных образованиях молочных желез.
6. Как осуществляется наблюдение за пациентами с предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными образованиями молочных желез?

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Методы лечения фиброаденомы молочной железы.
2. Тактика врача при узловой мастопатии.

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»

2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 13. Опухоли молочной железы

Тема 13.2:Рак молочной железы (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение рака молочной железы.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, рака молочной железы. Обучить диагностике и лечению рака молочной железы.

Обучающийся должен знать: Распространенность**,** причины возникновения, профилактику рака молочной железы.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных раком молочной железы. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри раке молочной железы. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этом заболевании.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Эпидемиология рака молочной железы.

Причины возникновения рака молочной железы.

Закономерности прогрессирования и метастазирования рака молочной железы.

Классификация рака молочной железы.

Клинические проявления рака молочной железы в зависимости от клинической формы.

Диагностика рака молочной железы.

Лечение рака молочной железы в зависимости от стадии, клинической формы, данных морфологического исследования.

Профилактика рака молочной железы.

Скрининг рака молочной железы.

Диспансерное наблюдение при раке молочной железы.

2. Практическая работа.

Клинические разборы ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными опухолями молочной железы.***

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.

Освоение хирургической техники.

3. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Охарактеризуйте состояние заболеваемости раком молочной железы в мире и в Российской Федерации..
2. Какие факторы риска развития рака молочной железы?
3. Какие закономерности прогрессирования первичной опухоли и метастазирования при раке молочной железы?
4. Какие факторы определяют стадирование рака молочной железы?
5. Как себя клинически проявляет рак молочной железы при разных клинических формах?
6. Какие имеются микроскопические формы рака молочной железы?
7. Как осуществляется диагностика рака молочной железы?
8. Какое значение иммуногистохимического исследования при раке молочной железы?
9. Какие операции применяются при раке молочной железы, укажите показания к ним.
10. Какие показания к комбинированному и комплексному лечению рака молочной железы и как это лечение осуществляется?
11. Какая реабилитация у больных раком молочной железы?
12. Как осуществляется скрининг рака молочной железы?
13. Какие отдаленные результаты лечения рака молочной железы?
14. Как осуществляется диспансеризация при раке молочной железы?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения

а)лучевой терапии

б)гормонотерапии

в)химиотерапии

г)хирургического лечения молочной железы

2. Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы

а)узловую

б)диффузную

в)экземоподобные изменения ареолы и соска

г)все ответы верные

3. Прогноз течения рака молочной железы хуже

а)при отечно-инфильтративной форме

б)при узловой форме I стадии

в)при узловой форме II стадии

г)при болезнь Педжета

4. Симптом "лимонной корки" и отек ареолы

а)увеличивает стадию заболевания и влияет на выработку плана лечения

б)не увеличивает стадию заболевания

в)не влияет на выработку плана лечения

г)влияет на общее состояние больной

5. К андрогенным гормональным препаратам относятся

а)медротестрон-пропионат

б)пролотестом

в)тестостерон-пропионат

г)омнадрен

д)все ответы верные

6. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом исследования является

а)маммография

б)пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата

в)термография

г)ультразвуковое исследование

7. Радикальная мастэктомия по Холстеду - Майеру была разработана для больных раком молочной железы

а)I стадии

б)IIа стадии

в)IIб стадии

г)III стадии

д)для всех стадий

8. Показанием к паллиативной мастэктомии при раке молочной железы является

а)изъязвленный рак молочной железы

б)наличие серьезных сопутствующих заболеваний

в)преклонный возраст

г)все ответы верные

9. Рак молочной железы может метастазировать

а)в легкие

б)в кости

в)в печень

г)в головной мозг

д)во все перечисленные органы

10. При операции радикальной мастэктомии по Холстеду большая грудная мышца

а)сохраняется

б)удаляется полностью

в)удаляется частично

г)все ответы верные

11. Больной 45 лет выполнена радикальная операция по Пейти по поводу рака левой молочной железы IIа стадии T2N0M0 наружной локализации. В дальнейшем ей необходимо

а)послеоперационное облучение грудной стенки

б)послеоперационное облучение регионарных зон

в)послеоперационное облучение регионарных зон и грудной стенки

г)послеоперационная лучевая терапия не показана

12. Больной 35 лет выполнена радикальная операция по Пейти по поводу рака левой молочной железы наружной локализации. Клинически IIа стадия. Гистологически обнаружены метастазы рака в трех подмышечных лимфоузлах. G3, признаках сосудистой инвазии опухоли. В дальнейшем ей необходимы

а)послеоперационное облучение грудной стенки (зоны рубца)

б)послеоперационное облучение подмышечных и надподключичных зон

в)послеоперационное облучение на мягкие ткани грудной стенки и на шейно- надключичную зону

г)послеоперационное облучение грудной стенки и всех регионарных зон

д)послеоперационная лучевая терапия не показана

13. У больной 42 лет рак молочной железы. Клинически T2N2M0 стадия, внутренняя локализация. Ей наиболее целесообразно на первом этапе осуществить

а)предоперационную лекарственную терапия

б)пролонгированное предоперационное облучение молочной железы и всех регионарных зон

в)пролонгированное предоперационное облучение молочной железы и парастернальной зоны

г)радикальная мастэктомия

14. При облучении зон костного метастатического поражения рака молочной железы

наиболее целесообразно применение разовых очаговых доз

а)2 Гр

б)4 Гр

в)6 Гр

г)8 Гр

15. В цитостатической терапии больных раком молочной железы наибольшее значение имеет

а)циклофосфан

б)фторафур

в)адриамицин

г)митомицин С

16. Оптимальный интервал между курсами химиотерапии по схеме FFC (фторурацил, фарморубицин, циклофосфан)

а)2 недели

б)3 недели

в)4 недели

г)5 недель

17. У больных диссеминированным раком молочной железы курсы химиотерапии проводятся

а)до прогрессирования процесса б)до полной регрессии

в)в течение года г)только а) и б)

д)все ответы правильные

18. Для рака молочной железы регионарными являются все перечисленные лимфатические узлы, кроме

а)подмышечных

б)подключичных

в)парастернальных

г)надключичных

д)подчелюстных

19. Лечение при раке молочной железы I стадии включает

а)лучевую терапию

б)радикальную мастэктомию по Пейти

в)лучевую терапию + радикальную мастэктомию

г)секторальную резекцию

д)химиотерапию

20. У больной рак молочной железы, отечно-инфильтративная форма. На первом этапе ей целесообразна

а)расширенная радикальная мастэктомия

б)простая мастэктомия + лучевая терапия

в)лучевая терапия + химиотерапия + гормонотерапия

г)лучевая терапия + радикальная мастэктомия + химиотерапия

д)лучевая терапия + радикальная мастэктомия + химиотерапия + гормонотерапия

21. Для ранней диагностики рака молочной железы наиболее применима

а)маммография

б)флюорография

в)пункционная биопсия

г)секторальная резекция

д)пальпация

22. Для массовой диагностики рака молочной железы применима

а)термография

б)маммография

в)флюорография
г)пункционная биопсия
д)пальпация

23. К диффузной форме рака молочной железы относится
а)маститоподобный рак молочной железы
б)болезнь Педжета молочной железы
в)рак добавочной молочной железы
г)рак (in situ)

24. Для маститоподобного рака клинически характерно
а)наличие опухолевидного узла с четкими границами
б)наличие симптома "площадки"
в)наличие симптома "лимонной корки" и гиперемии кожи
г)резко болезненны, увеличенные подмышечные лимфоузлы

25. В левой молочной железе пальпируется безболезненное опухолевидное образование 2х3 см, положительный симптом "площадки", сосок деформирован, ареола отечна, выделений из соска нет. Регионарные лимфоузлы не пальпируются Наиболее вероятный диагноз
а)фиброаденома
б)узловая мастопатия
в)липома
г)рак молочной железы
д)болезнь Минца

26. При раке молочной железы в стадии T3N1M0 показана
а)радикальная мастэктомия
б)мастэктомия + химиотерапия
в)химиотерапия + радикальная мастэктомия + лучевая терапия+лекарственная терапия по показаниям
г)только химиотерапия
д)простая мастэктомия

27. Точно диагностировать рак молочной железы можно на основании
а)клинической картины
б)термографии
в)маммографии
г)морфологического исследования
д)ультразвукового исследования

28. Рак молочной железы может метастазировать только
а)гематогенно
б)лимфогенно
в)имплантационно
г)гематогенно и лимфогенно
д)всеми перечисленными путями

29. При раке молочной железы I стадии T1N0M0 (наружная локализация опухоли) наиболее целесообразно
а)операция - радикальная резекция молочной железы
б)радикальная резекция + лучевая терапия
в)радикальная мастэктомия + лучевая терапия
г)лучевая терапия + гормонотерапия
д)химиотерапия

30. При III стадии рака молочной железы показано
а)хирургическое лечение
б)лучевая терапия
в)лучевая терапия + хирургическое лечение
г)химиотерапия + гормонотерапия
д)лучевая терапия + хирургическое лечение + химиотерапия + гормонотерапия

31. Для выявления метастазов рака молочной железы в кости применяется
а)рентгенологическое обследование
б)изотопное исследование

в)исследование рецепторов стероидных гормонов
г)правильные ответы а) и б)
д)правильные ответы б) и в)
32. При радикальной мастэктомии по Холстеду удаляется
а)вся молочная железа
б)молочная железа и зоны регионарного метастазирования
в)молочная железа, большая и малая грудные мышцы и зоны регионарного метастазирования
г)молочная железа, большая грудная мышца и зоны регионарного метастазирования
33. Наиболее часто встречающейся клинической формой рака молочной железы является
а)маститоподобная
б)панцирная
в)рожеподобная
г)пак Педжета
д)узловая
34. Наиболее информативным методом ранней диагностики рака молочной железы является
а)пальпация
б)маммография
в)крупнокадровая флюорография
г)термография
д)радионуклидная диагностика с 32Р
35. Для выбора гормонотерапии при раке молочной железы оптимальным является следующее сочетание рецепторов стероидных гормонов
а)РЭ+ и РП+
б)РА+ и РГ+
в)РГ+ и РП+
г)РА- и РЭ-
д)РЭ- и РП-
36. В молочной железе "болезнь Педжета" относится
а)к доброкачественным дисплазиям
б)к раку кожи
в)к внутрипротоковому раку

Эталоны ответов 1. б; 2. г; 3. а; 4. а; 5. д; 6. б; 7. д; 8. г; 9. д; 10. б; 11. г; 12. в; 13. а; 14. б; 15. в; 16. б; 17. г; 18. д; 19. б; 20. в; 21. а; 22. б; 23. а; 24. в; 25. г; 26 в; 27. г; 28. д; 29. б; 30. д; 31. г; 32. в; 33. д; 34. б; 35. а; 36. в.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. ред. Ш. Х. Ганцев. Рак молочной железы руководство для врачей 2015 М. ГЭОТАР-Медиа, «Консультант врача»

4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 13. Опухоли молочной железы Тема 13.2:Рак молочной железы (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение рака молочной железы.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, рака молочной железы. Обучить диагностике и лечению рака молочной железы.

Обучающийся должен знать: Распространенность**,** причины возникновения, профилактику рака молочной железы.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных раком молочной железы. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри раке молочной железы. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этом заболевании.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

Эпидемиология рака молочной железы.

Причины возникновения рака молочной железы.

Закономерности прогрессирования и метастазирования рака молочной железы.

Классификация рака молочной железы.

Клинические проявления рака молочной железы в зависимости от клинической формы.

Диагностика рака молочной железы.

Лечение рака молочной железы в зависимости от стадии, клинической формы, данных морфологического исследования.

Профилактика рака молочной железы.

Скрининг рака молочной железы.

Диспансерное наблюдение при раке молочной железы.

2. **Практическая работа.**

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Мастэктомия ни в коем случае не производится при раке молочной железы стадии

а)TisN0M0

б)T1N0M0

в)T2N0M0

г)T2N1M0

д)может производиться при всех перечисленных стадиях.

2. При назначении гормонотерапии больным раком молочной железы обязательно учитывается

а)стадия опухолевого процесса

б)морфологическая структура опухоли

в)наличие рецепторов гормонов в опухоли

г)степень дифференцировки опухоли

д)правильные ответы а) и в)

Эталоны ответов 1. д; 2. д.

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

На прием к онкологу обратилась женщина 39 лет, с жалобами на отек и болезненность левой молочной железы. Эти симптомы появились около 1 месяца назад. За последнее время отек железы увеличился, появились плотные безболезненные лимфоузлы в левой подмышечной области. Температура – 36,6°. Объективно:левая молочная железа увеличена в размерах, значительно больше правой. Кожа в виде «лимонной корки». При пальпации молочная железа уплотнена за счет отека, без очаговых образований. Отмечается локальное повышение температуры. В левой подмышечной области пальпируются увеличенные до 1,5см, плотные, округлой формы, смещаемые, не связанные между собой безболезненные лимфатические узлы. На коже левого плеча имеется плоское светло-коричневого цвета образование, безболезненное.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Предполагаемая стадия заболевания? Назначьте план дополнительных методов обследования. Составьте план лечения больной.

Эталон ответов: Рак молочной железы, диффузная форма. Клиническая группа Iа. Дифференциальная диагностика между раком молочной железы и меланомой кожи левого плеча. Стадия заболевания IIIб (T4N1M0). Маммография, УЗИ молочных желез и регионарных лимфоузлов. Пункционная биопсия лимфоузла левой подмышечной области, гистологическое и иммуногистохимическое исследование пунктата. КТ органов грудной клетки. УЗИ печени. Сцинтиграфия костей скелета. Общее клиническое обследование. Курсы неоадьювантной полихимиотерапии (2-3 курса), радикальная мастэктомия при успешности химиотерапии, послеоперационная лучевая терапия, лекарственнаяы терапия по показаниям.

1. Больная Н., 49 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на наличие уплотнения в правой молочной железе. Из анамнеза установлено, что больная страдает сахарным диабетом и ожирением. Мать пациентки умерла от рака яичников, детей нет. Перименопауза. Объективно: На границе наружных квадрантов правой молочной железы пальпируется плотная мало смещаемая опухоль с нечеткими расплывчатыми границами до 2,5см в диаметре. Кожа над ней не изменена. В правой подмышечной области пальпируется увеличенный до 1,5 см лимфоузел. Данные маммографии: на границе наружных квадрантов правой молочной железы затемнение с неровными тяжистыми контурами в виде «спикул» до 2,5 см в диаметре. Выполнена трепанобиопсия опухоли молочной железы и лимфоузла. При гистологическом исследовании обнаружены клетки высокодифференцированной протоковой карциномы.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Предполагаемая стадия заболевания? Назначьте план дополнительных методов обследования. Составьте план лечения больной. Прогноз трудоспособности больной?

2. Больная Л., 42 лет. Обратилась с жалобами на уплотнение в левой молочной железе. Менструации с 12 лет, регулярные. Имеет двоих детей. Страдает гипотиреозом.

Объективно: в верхне-наружном квадранте левой молочной железы пальпируется опухоль 6 см в диаметре. В левой подмышечной области пальпируется конгломерат увеличенных лимфоузлов.

Данные маммографии: в верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется образование с неровными тяжистыми контурами 5х6 см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: протоковый рак. При УЗИ брюшной полости обнаружены очаговые образования в печени:

Вопросы**:** Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Предполагаемая стадия заболевания? Назначьте план дополнительных методов обследования. Составьте план лечения больной. Прогноз трудоспособности больной? Составьте план мероприятий по вторичной профилактике рака.

3. При скрининговом маммографическом исследовании в участковой поликлинике у пациентки 62 лет выявлено узловое образование в нижне-наружном квадранте левой молочной железы. Данные маммографии: образование размером 1см, неправильной формы с неровными тяжистыми контурами. Из анамнеза известно, что 10 лет назад больная получала химиолучевое лечение по поводу лимфогранулематоза с поражением загрудинных лимфоузлов. Объективно при осмотре онколога: в нижне-наружном квадранте левой молочной железы пальпируется плотное, мало смещаемое образование не связанное с кожей, размером 1см. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. При цитологическом исследовании пунктата получено подтверждение рака молочной железы. По данным иммуногистохимического исследования: в опухоли высокий уровень рецепторов к эстрогену и прогестерону, гиперэкспрессия онкобелка HER2/neu отсутствует.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Предполагаемая стадия заболевания? Назначьте план дополнительных методов обследования. Составьте план лечения больной, определите объем оперативного вмешательства. Прогноз трудоспособности больной? Обозначьте режим диспансерного наблюдения за состоянием больной.
4. Больная 50 лет обратилась с жалобами на наличие язвочки в области соска правой молочной железы. Считает себя больной в течение 2-х лет, когда стала замечать кровянистые пятна на белье и мокнутие в области соска. За медицинской помощью не обращалась, лечилась мазями, но без эффекта. Данные объективного обследования: молочные железы симметричны. В области соска правой молочной железы имеется язвенный дефект ~ 1,5см диаметром, переходящий на ареолу. Очаговых образований в молочных железах не выявлено. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Данные маммографии:явления фиброзной мастопатии, узловых образований в молочных железах не обнаружено. Данные УЗИ: признаки фиброзной мастопатии, лимфоузлы подмышечных и надключичных областей не увеличены. Данные морфоиммуногистохимического исследования: рак Педжета молочной железы; РЭ +95%, РП +25%; Ki 67 – 15; Her2/neu- 0.
Вопросы: Какова клиническая группа? Назначьте план дополнительных методов обследования для определения стадии заболевания. Составьте план лечения больной, определите объем оперативного вмешательства. Прогноз трудоспособности больной? Обозначьте режим диспансерного наблюдения за состоянием больной.
5. Больная К., 82 лет, обратилась с жалобами на плотное безболезненное образование в правой молочной железе, которое замечает на протяжении последних 4 лет. К врачам не обращалась. Данные объективного обследования: на границе наружных квадрантов правой молочной железы пальпируется плотное, бугристое образование без четких контуров размером 2,5см. В правой подмышечной области плотный, увеличенный, подвижный, безболезненный лимфоузел. Левая молочная железа без очаговых образований. Надключичные лимфоузлы не увеличены. При сцинтиграфии костей скелетавыявлено накопление радиофармпрепарата в головке левой бедренной кости.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз и стадия заболевания по системеTNM? Составьте план дополнительных методов обследования. Составьте план лечения больной. Каков прогноз для жизни больной?
6. К маммологу обратилась женщина 53 лет с жалобами на наличие опухоли в правой молочной железе, которую заметила около недели назад во время купания в душе. Работает поваром. Менопауза 2 года. Данные объективного обследования: в верхне-наружном квадранте правой молочной железы пальпируется плотная округлой формы опухоль без четких границ, диаметром около 2,5см. Кожа над ней не изменена. Правые аксиллярные лимфоузлы не увеличены. В левой молочной железе на границе наружных квадрантов пальпируется аналогичная опухоль диаметром 1,5см, кожа над ней не изменена. В левой подмышечной области – конгломерат плотных безболезненных лимфоузлов.При маммографиивыставлен диагноз: рак правой и рак левой молочных желез.
Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Какова дальнейшая диагностическая тактика врача-маммолога? Предполагаемая стадия заболевания? Составьте план лечения больной, от чего он будет зависеть? Ваши претензии к коллегам, приведшие к выявлению рака левой молочной железы в IIIстадии опухолевого процесса.
7. Больная М., 58 лет обратилась к терапевту с жалобами на боли в грудном отделе позвоночника, которые появились около месяца назад. За последнее время отмечает усиление болей. При рентгенологическом исследовании выявлены множественные деструктивные изменения тел позвонков

метастатического характера. Направлена для уточнения диагноза и лечения в онкологический диспансер.
Вопросы: Опухоли какой локализации наиболее часто метастазируют в кости? Обозначьте объем диагностических мероприятий. Какие органы должен обследовать онколог для установления первичной опухоли? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный процесс?
8. Больная Д., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие опухоли в левой молочной железе. Сначала появилось шелушение, эрозии в области соска, затем появилась опухоль. Объективно:Левая молочная железа обычных размеров. При осмотре отмечается втяжение соска со сшелушиванием над ним эпидермиса. При пальпации в области соска определяется опухоль 3х2 см. В левой подмышечной области увеличенные лимфоузлы. Со стороны внутренних органов без патологии.
Вопросы: Поставьте предварительный диагноз и определите стадию заболевания. Какие заболевания необходимо дифференцировать? Какие клинические симптомы характерны для рака молочной железы? Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и какие изменения со стороны молочных желез мы можем увидеть при исследовании? Определите лечебную тактику.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Охарактеризуйте состояние заболеваемости раком молочной железы в мире и в Российской Федерации..
2. Какие факторы риска развития рака молочной железы?
3. Какие закономерности прогрессирования первичной опухоли и метастазирования при раке молочной железы?
4. Какие факторы определяют стадирование рака молочной железы?
5. Как себя клинически проявляет рак молочной железы при разных клинических формах?
6. Какие имеются микроскопические формы рака молочной железы?
7. Как осуществляется диагностика рака молочной железы?
8. Какое значение иммуногистохимического исследования при раке молочной железы?
9. Какие операции применяются при раке молочной железы, укажите показания к ним.
10. Какие показания к комбинированному и комплексному лечению рака молочной железы и как это лечение осуществляется?
11. Какая реабилитация у больных раком молочной железы?
12. Как осуществляется скрининг рака молочной железы?
13. Какие отдаленные результаты лечения рака молочной железы?
14. Как осуществляется диспансеризация при раке молочной железы?

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Таргетная терапия рака молочной железы.
2. Трижды негативный рак молочной железы.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое изда-

ние 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. ред. Ш. Х. Ганцев. Рак молочной железы руководство для врачей 2015 М. ГЭОТАР-Медиа, «Консультант врача»
4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 14. Опухоли кроветворной системы

Тема 14.1:Лейкозы (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять, диагностику и лечение .лейкозов

Задачи: Изучить вопросы этиопатогенеза, классификации острых и хронических лейкозов. Обучить диагностике и лечению лейкозов.

Обучающийся должен знать: Распространенность**,** этиопатогенез лейкозов

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных лейкозом. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри лейкозах.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   - Классификация лейкозов
   - Эпидемиология острых и хронических лейкозов.
   - Этиопатогенез острых и хронических лейкозов.
   - Клинические проявления острых и хронических лейкозов
   - Диагностика острых и хронических лейкозов.
   - Лечение острых и хронических лейкозов.
   - Диспансерное наблюдение при лейкозах.
2. **Практическая работа.**

   Клинические разборы ***определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных лейкозом.***

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. При проведении индукционной лекарственной терапии острого лейкоза основным критерием оценки эффективности лечения являются

а)данные миелограммы

б)данные гемограммы

в)динамика клинических проявлений

г)все приведенное

2. Задачей индукционного лекарственного лечения острого лейкоза является достижение

а)полной ремиссии (костно-мозговой, гематологической, клинической)

б)клинического благополучия
в)нормализации гемограммы
г)санации спинномозговой жидкости
Эталоны ответов 1. а; 2. а.

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной,25 лет,поступил с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры тела до 38 гр .С, головокружение. Данное состояние отмечает в течение 2 недель, связывает с переохлаждением. Неделю назад обратился участковому терапевту, где был выставлен Ds: ОРВИ,ср.тяж.течение. Однако состояние продолжало ухудшаться, несмотря на проводимую терапию. Повторно обратился в больницу, где был сделаны анализы. ОАК:эр-2,5 х 10^{12}/л; Hb-79 г/л Лейк-6,1х10^9/л; Лимф-10%; с/я-5%; тромбоциты-100х10^9/л;бласты-85%. В гематологическом отделении, были проведены цитохимические реакции: На миелопероксидазу и липиды-отриц. ШИК-реакция –полож. в виде гранул. Объективно:состояние больного средней тяжести.кожные покровы и слизистые бледные.увеличены подчелюстные шейные лимфоузлы,безболезненны.в легких дыхание везикулярное,хрипов нет.Тоны сердца приглушены,ритм правильный. Живот мягкий,безболезненный.печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка выступает на 2 см,безболезненная.

Вопросы: Ваш диагноз? План обследования? Дифференциальный диагноз? Какое лечение больного?

Эталон ответов: Лечение- ПХТ по Хольцеру: винкристин,преднизолон,L-аспаргиназа,рубомицин. Лечение анемии, профилактика нейролейкемии-метотрексат,цитозар,дексаметазон

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больной, 60лет,жалуется на одышку, слабость,утомляемость. Отмечает ночные поты, увеличение шейных лифоузлов. Болен в течение 6 месяцев. Объективно: бледность кожных покровов, желтушность склер, увеличение шейных, подмышечных лимфоузлов при пальпации они мягкие, безболезненные, не спаянны между собой. Печень выступает из под края реберной дуги на 3 см,селезенка на уровне пупка, плотная безболезненная. СС и легочная система-без особенностей. ОАК: эр.-2,7х$10^{12;}$ Hb-87г/л; Лейкоц.-50 х 10^9/л; Лимф-87%; Тромб-100*10^9;СОЭ-27 мм/ч. В мазке «тени»Боткина-Гумпрехта.

Вопросы: Ваш диагноз? План обследования? Дифференциальный диагноз? Какое лечение больного?

2. Больная 39 лет. Жаловалась на резкую слабость, головокружение, в последние недели – полуобморочные состояния. В течение 3-х месяцев у больной обильные меноррагии. В день поступления в клинику больная внезапно почувствовала резкую слабость и головокружение, упала на улице, потеряв сознание. Объективно: состояние тяжелое, резкая бледность кожных покровов и слизистых, геморрагии на коже предплечий и бедер. Удовлетворительного питания, лимфоузлы не увеличены. Тахикардия до 120 в мин, АД 90/60 мм рт.ст., живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Hb – 40 г/л, эр. – 1,5 х 10^{12}/л, ЦП – 0,8, ретикулоциты 0,2%, тромбоциты 15,0 х 10^9/л , лейкоциты – 2,5 х 10^9/л, п – 3, с – 28, л – 63, м – 6, СОЭ – 32 мм/ч. Билирубин, АЛТ, АСТ – в пределах нормы. Анализ мочи – без патологии.
Вопросы: Наиболее вероятный диагноз? Какой метод обследования наиболее важен для постановки диагноза? Какова вероятность наличия у больного хронического лейкоза? Чем обусловлен геморрагический синдром? Чем вызвана лихорадка?

3. В клинику впервые поступил больной 31 года, с жалобами на боли в костях, тяжесть в левом подреберье, увеличение живота. Считает себя больным около полугода, когда отметил, что живот увеличился в объеме (стал тесен ремень на брюках), затем появились ноющие боли в костях. Объективно: пониженного питания, живот увеличен в объеме. Лимфоузлы не пальпируются. В легких и сердце – без патологии. Гематомегалия (+) 4 см и выраженная спленомегалия (+) 12 см

из-под реберного края. В анализе крови: гемоглобин 110 г/л, эр. 3,3 х 10^{12}/л, ЦП – 1,0, тромбоциты – 365 х 10^9/л, лейкоциты – 234,6 х 10^9/л, миелобласты – 2%, промиелоциты – 2%, миелоциты – 26%, метамиелоциты 20%, п/я – 16%, сегментоядерные нейтрофилы – 21%, базофилы 6%, эозинофилы – 7%, СОЭ – 30 мм/ч.

Вопросы:. Наиболее вероятный диагноз? Может ли данная симптоматика быть вызвана циррозом печени? Какой цитогенетический маркер является почти патогномоничным для данного заболевания? О чем свидетельствует выявленная в анализе крови базофильно-эозинофильная ассоциация? Какой препарат является средством выбора у данного больного?

4. Больной 57 лет, болен около 8 лет, имелись многократные обострения, по поводу которых назначались какие-то химиопрепараты, названия которых не помнит. Основным проявлением болезни является потливость, увеличение периферических лимфоузлов до 3-4 см, узлы безболезненные, неплотные. Увеличен живот, пальпируется печень (+ 4 см), селезенка (+ 8 см). В анализе крови: лейкоциты – 44,2 х 10^9/л, формула – 88% лимфоцитов, 2% пролимфоцитов, 10% нейтрофилов, тени Боткина-Гумпрехта. Два дня назад отметил, что появилась желтушность склер, стала нарастать слабость, одышка, сердцебиение. Гемоглобин со 130 г/л упал до 86 г/л, в крови появился ретикулоцитоз 9%.

Вопросы Наличие каких синдромов можно выделить у больного? Каков основной диагноз у данного пациента? Какого генеза развившаяся у больного анемия? Как подтвердить природу анемического синдрома? Возможна ли подобная картина при циррозе печени?

5. Мужчина, 49 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, дискомфорт в левой половине живота, увеличение его в объеме в течение последнего месяца.

При осмотре. Кожные покровы чисты, бледнорозовые. Периферические лимфоузлы не увеличены. Сердце, легкие - без особенностей. ЧСС-76 в 1 мин., АД-120/80 мм рт.ст. Живот не напряжен, нижний край печени на 2 см ниже правой реберной дуги, верхний полюс селезенки в 7-м межреберье, нижний - над входом в малый таз. Отеков нет. Анализ крови: Нв-84 г/л, Эр-2,85х10^{12}/л, Ht-0,28%, MCV-97,9 фл, MCH-28,9 пг, MCHC-295 г/л, тромбоциты - 82,6х10^9/л. Лейкоциты - 152,0х10^9/л, с-3, л-97, СОЭ - 78 мм/час. Анализ мочи: белок - 0,099 г/л, удельный вес – 1,030, сахар-отрицательный. Электрофорез белков мочи: выявлен М-градиент в области гаммаглобулинов. Миелограмма: костный мозг богат клеточными элементами. Миел-3, мета-1, п-7, с-4, э-2, м-2, л-65, пл. клетки - 13, красный росток - 14,3; мегакариоциты в небольшом количе- стве, слабо функционируют - 7%, не функционируют - 93%; индекс лейко/эритро 6:1.Общий бе- лок - 93 г/л, альбумины - 35,3, глобулины а1-4,24%. А2-11,75, Р-9,5, гамма-33,64, дополнитель- ная фракция-5,51%. Определяется М-градиент в области гаммаглобулинов. IgA-4,7 г/л, IgG-8,6 г/л, IgM-24,0 г/л. Мочевина - 4,9 мкмоль/л, креатинин - 82 мкмоль/л, билирубин - 10,8 мкмоль/л, глюкоза -3,7ммоль/л, АСТ - 21, АЛТ - 12, ЛДГ - 490 ЕД/л, ЩФ - 320 Ед/л. УЗИ: печень 145х87 мм, диффузно уплотнена, однородная, повышенной эхогенности. Левая доля закруглена, уплот- нена, сосудистый рисунок беден. Желчный пузырь овальной формы, 23х11 мм, просвет свобод- ный, отток не нарушен, протоки не расширены. Вены печени расширены и деформированы. Портальная вена 17 мм, нижняя полая вена 28 мм. Поджелудочная железа: головка 25 мм, тело 13 мм, хвост 19 мм. Селезенка 189х94 мм, диффузно уплотнена, однородна. Область ворот селе- зенки не изменена.

Вопросы: Необходимо ли иммунофенотипирование для уточнения типа лимфоидных клеток? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Какой вариант цитостатической терапии наиболее приемлем в данном случае?

6. Мужчина, 66 лет, предъявляет жалобы на умеренную общую слабость, одышку при ходьбе, чувство тяжести в левом подреберье. Ухудшение состояния около месяца. При осмотре. Кожные покровы чистые, бледноватые. Периферические лимфоузлы во всех областях увеличены до 2,0 см, мягкие, безболезненные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, пульс 76 в 1 мин, АД-155/85 мм рт. ст. Живот не напряжен, нижний край печени на 2 см ниже правой реберной дуги, нижний полюс селезенки на 5 см ниже левой реберной дуги, пальпация ее безболезненная. Отеков нет.

Анализ крови: Нв-106 г/л, Эр-3,8х10^{12}/л, Ht-0,36, MCV-88,4 фл, MCH-28,4 пг, MHCH- 322 г/л, тромбоциты - 180,0х10^9. Лейкоциты - 288,0х10^9, с-4, л-94, м-2, СОЭ - 22 мм/час. Общий белок

- 68,0г/л, мочевина - 9,4 мкмоль/л, креатинин-126 мкмоль/л, глюкоза - 5,2 ммоль/л, АСТ-24 Ед/л, АЛТ-36 Ед/л, ЛДГ-450 Ед/л, билирубин - 22 мкмоль/л, мочевая кислота -0,56мкмоль/л. Анализ мочи - без особенностей. Рентгенография органов грудной клетки: средостение расширено в поперечнике до 10,0 см за счет увеличенных медиастинальных лимфоузлов.
УЗИ органов брюшной полости. Печень 165х96 мм, диффузно уплотнена, эхогенность повышена, сосудистый рисунок беден. Желчный пузырь S-образной формы, 36х15 мм, отток не нарушен, протоки не расширены. Селезенка 190х88 мм, однородна, уплотнена. Брыжеечные и забрюшинные лимфоузлы в виде конгломератов до 30-15 мм в диаметре. В воротах печени и селезенки увеличенные лимфоузлы до 5,0 см в диаметре. Иммунофенотип лимфоцитов периферической крови CD5+, CD19+, CD20+, CD22+. Биопсия костного мозга: диффузная лимфоцитарная инфильтрация с преобладанием зрелых форм. Миелоидный и эрит-роидный ростки сужены, мегакариоциты в небольшом количестве. Миелограмма: костный мозг богат клеточными элементами. Миелокариоциты - $660,0x10^9$, лимфоциты-65%, красный росток - 14,5%, клетки миелоидного ряда - 20,5%. Мегакариоциты -немного, функционируют 29%.
Вопросы: Можно ли выставить диагноз на основании данных анализов периферической крови. Какие дополнительные исследования желательно выполнить для верификации диагноза? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

7. Больной 58 лет. Работает учителем в школе. В течение года заметил увеличение шей- ных лимфоузлов, которые постепенно увеличивались в размерах, появились лимфоузлы в других областях. При осмотре: увеличены шейные подмышечные, паховые лимфоузлы плотно-эластической консистенции, безболезненные, не спаянные с кожей и окружающими тканями в виде пакетов. Пальпируется край селезенки на 4 см ниже реберной дуги. Анализ крови: эр. — $4,0x^{10}$/л, Нв — 145 г/л, тромб. — $350x10^9$/л, лейк. — $77x10^9$/л, сегм. — 1%, лимф. — 97%, мон. — 2%, клетки лейколиза 2-3 в п/зр., СОЭ — 20 мм/час.

Вопросы: Поставьте предварительный диагноз. Какие мероприятия необходимы для его окончательного установления. Назначьте лечение.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Охарактеризуйте состояние заболеваемости острыми и хроническими лейкозами в мире и в Российской Федерации.
2. Какие факторы риска развития лейкозов?
3. Какие закономерности развития лейкозов?
4. Какие принципы классификации лейкозов?
5. Клиника острого лейкоза в зависимости от вида и стадии развития.
6. Клиника хронического лейкоза в зависимости от вида и стадии развития.
9. Диагностика и дифференциальная диагностика лейкозов
10. Какое лечение лейкозов и какие результаты лечения?
11. Как осуществляется диспансерное наблюдение при лейкозах?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Факторами риска для развития гипоплазии кроветворения являются
а)длительное воздействие фенола и его производных
б)воздействие ионизирующего излучения
в)инсоляция
г)только а) и б)
2. Острый лейкоз отличается от хронического лейкоза
а)уровнем нарушения дифференцировки клеток костного мозга
б)количеством лейкоцитов в периферической крови

в)количеством тромбоцитов в периферической крови
г)всеми перечисленными параметрами
д)правильные ответы а) и б)
3. Острый лейкоз диагностируется по данным миелограммы на основании
а)увеличения количества бластных клеток
б)увеличения клеточности костного мозга
в)уменьшения эритроидного ростка
г)наличия всех параметров
д)только а) и в)
4. При развитии острого лейкоза может нарушаться дифференцировка следующих ростков нормального кроветворения
а)лимфоидного ростка
б)гранулоцитарного ростка
в)эритроцитарного ростка
г)любого ростка кроветворения
5. При развитии хронического лейкоза может нарушаться дифференцировка следующих ростков нормального кроветворения
а)лимфоидного ростка
б)гранулоцитарного ростка
в)эритроцитарного ростка
г)любого ростка кроветворения
6. Наиболее часто встречаются следующие варианты хронического лейкоза
а)хронический лимфолейкоз
б)хронический миелолейкоз
в)хронический моноцитарный лейкоз
г)все перечисленные варианты
д)правильные ответы а) и б)
7. Наиболее часто у взрослых встречаются следующие варианты острого лейкоза
а)острый лимфобластный лейкоз
б)острый миелобластный лейкоз
в)острый эритроцитарный лейкоз
г)правильные ответы а) и б)
д)правильные ответы б) и в)
8. Хронический лейкоз диагностируется при наличии следующих изменений миелограммы
а)увеличения бластных клеток
б)увеличения промежуточных и зрелых клеток одного ряда костного мозга (в соответствии с вариантом лейкоза)
в)уменьшения эритроцитарного ростка
г)наличия изменений, приведенных в а) и б)
д)наличия всех изменений
9. Хронический лейкоз диагностируется при наличии следующих изменений гемограммы
а)наличия бластных клеток
б)увеличения промежуточных и зрелых клеток (в соответствии с вариантом лейкоза)
в)увеличения количества лейкоцитов
г)снижения уровня тромбоцитов
д)правильные ответы б) и в)
9. Острый лейкоз встречается в возрасте
а)до 15 лет
б)от 16 до 25 лет
в)от 26 до 40 лет
г)старше 40 лет
д)в любом возрасте*
10. Хронический миелолейкоз встречается в возрасте

а)до 15 лет
б)от 16 до 25 лет
в)от 26 до 40 лет
г)старше 40 лет
д)в любом возрасте
11. Хронический лимфолейкоз чаще встречается в возрасте
а)до 15 лет
б)от 16 до 25 лет
в)от 26 до 40 лет
г)старше 40 лет
д)в любом возрасте
12. Четкий цитогенетический маркер (филадельфийская хромосома) наблюдается
а)при остром лимфобластном лейкозе
б)при остром миелобластном лейкозе
в)при хроническом лимфолейкозе
г)при хроническом миелолейкозе
д)при хроническом моноцитарном лейкозе
13. Течение хронического лимфолейкоза осложняется развитием
а)аутоиммунных процессов (гемолитическая анемия и т.д.)
б)инфекционных осложнений
в)опоясывающего лишая
г)всех перечисленных осложнений
д)только а) и б)
14. Для клинической картины хронической фазы хронического миелолейкоза наиболее характерно
а)увеличение размеров селезенки
б)увеличение периферических лимфатических узлов
в)повышение температуры тела
г)наличие всех проявлений
д)только а) и б)
15. Наиболее частой причиной летального исхода при остром лейкозе является
а)прогрессирование лейкоза
б)инфекционные осложнения
в)гемолитические осложнения
г)все приведенные причины
д)только б) и в)
16. Наиболее частой причиной летального исхода при хроническом лимфолейкозе являются
а)прогрессирование лейкоза
б)инфекционные осложнения
в)сопутствующие заболевания
г)все приведенные причины
д)верно а) и б)
17. Наиболее частой причиной летального исхода при хроническом миелолейкозе являются
а)прогрессирование лейкоза - развитие бластного криза
б)инфекционные осложнения
в)аутоиммунные нарушения
г)все приведенные причины
д)верно б) и в)
18. Клиническая картина острого лимфобластного лейкоза у детей отличается от таковой у взрослых
а)более частым вовлечением в процесс лимфоидных органов (лимфатических узлов, селезенки)
б)более выраженной гипертермией

в)более выраженным угнетением красного и тромбоцитарного ростка
г)всеми приведенными данными
д)только а) и б)
19. Специфическое поражение оболочек мозга (нейролейкемия) наиболее часто наблюдается
а)при остром лимфобластном лейкозе
б)при остром миелобластном лейкозе
в)при хроническом миелолейкозе
г)при хроническом лимфолейкозе
039. Диагноз нейролейкемии может быть поставлен на основании исследования данных
а)миелограммы
б)люмбальной пункции
в)компьютерного исследования головного мозга
г)всех приведенных видах исследования
д)только а) и б)
20. При нейролейкемии диагноз основывается на обнаружении следующих изменений в ликворе, полученных при люмбальной пункции
а)увеличения цитоза ликвора
б)определения опухолевых клеток в ликворе в повышенном количестве
в)определения повышенного количества лимфоцитов
г)повышения уровня белка
д)правильные ответы только а) и б)
21. В полученной спинно-мозговой жидкости должно быть исследовано
а)уровень белка и клеточность
б)должны быть идентифицированы клеточные элементы
в)уровень сахара, мочевой кислоты
г)все перечисленные показатели
д)правильные ответы только б) и в)
22. Клинически нейролейкемия проявляется
а)головной болью
б)неврологическими симптомами поражения оболочек мозга (симптом Кернига и т.д.)
в)гипертермией
г)всеми клиническими симптомами
д)правильные ответы только а) и б)
23. Основными методами лечения нейролейкемии являются
а)системная химиотерапия
б)внутрилюмбальное введение химиопрепаратов
в)кранио-спинальное облучение
г)все приведенные методы лечения
д)преимущественно б) и в)
24. Нейролейкемия наиболее часто развивается при остром лимфобластном лейкозе
а)одновременно с поражением костного мозга
б)раньше, чем поражение костного мозга
в)позже, чем поражение костного мозга
г)в любой ситуации
д)правильные ответы только а) и б)
25. В лечении хронического лимфолейкоза лучевая терапия как дополнительный метод, может быть использована
а)для облучения селезенки
б)для массивных конгломератов лимфатических узлов
в)для головного мозга для профилактики нейролейкемии
г)лучевая терапия не применяется
д)правильные ответы а) и б)

26. При хроническом миелолейкозе с выраженной спленомегалией облучение селезенки
а)может быть проведено мелкими фракциями, РОД (разовая очаговая доза) 0.5-2 Гр
б)средними фракциями (РОД 3-4 Гр)
в)крупными фракциями (РОД 5-6 Гр)
г)облучение селезенки не применяют
27. Аутоиммунные осложнения встречаются наиболее часто
а)при хроническом миелолейкозе
б)при хроническом лимфолейкозе
в)при лимфосаркоме
г)при миеломной болезни
28. Развитие инфекционных осложнений наиболее характерно
а)для хронического лимфолейкоза
б)для гематосаркомы
в)для лимфогранулематоза
г)для всех видов лейкоза
29. Для диагностики гемолитической анемии необходимо выполнение следующих лабораторных исследований
а)прямой пробы Кумбса
б)определения уровня ретикулоцитов в периферической крови
в)определения уровня билирубина
г)определения антиэритроцитарных антител
д)всего перечисленного
30. Вакцинация противопоказана больным, страдающим
а)хроническим лимфолейкозом
б)лимфогранулематозом
в)острым лейкозом
г)миеломной болезнью
Эталоны ответов 1. г; 2. а; 3. а; 4. г; 5. г; 6. д; 7. г; 8. б; 9. д; 10. д; 11. г; 12. г; 13. г; 14. а; 15. а; 16. д; 17. а; 18. а; 19. а; 20. б; 21. г; 22. д 23. д; 24. в; 25. д; 26 а; 27. б; 28. а; 29. д; 30. а.

4) Подготовить доклад
Примерные темы доклада:
10. Трансплантация костного мозга при лейкозе.
11. Противоопухолевая терапия как причина возникновения лейкоза.

Рекомендуемая литература:
Основная:
1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. Гематология : национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. О. А. Рукавицына - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441992.html
Дополнительная:
1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 14. Опухоли кроветворной системы

Тема 14.2:Множественная миелома (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять, диагностику и лечение множественной миеломы.

Задачи: Изучить вопросы заболеваемости, причин возникновения миеломной болезни. Обучить диагностике и лечению множественной миеломы.

Обучающийся должен знать: Распространенность**,** факторы, влияющие на возникновение клинические проявления, диагностику и лечение множественной миеломы.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных миеломной болезни. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данного заболевания заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри миеломной болезни.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

Причины возникновения множественной миеломы.
Распространенность множественной миеломы.
Патофизиология и закономерности прогрессирования множественной миеломы.
Клинические проявления множественной миеломы.
Классификации миеломной болезни
Диагностика миеломной болезни
Лечение множественной миеломы
Прогноз и диспансерное наблюдение при множественной миеломе.

2. **Практическая работа.**

Клинические разборы ***определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных миеломой***

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Основным методом лечения миеломной болезни является

а)лекарственный*

б)лучевой

в)комбинированный (химиолучевой)

г)все ответы верные

д)верные ответы б) и в)

2. Наиболее эффективны при миеломной болезни из перечисленных следующие противоопухолевые препараты

а)из группы алкилирующих агентов*

б)из группы алкалоидов растительного происхождения

в)из группы нитрозопроизводных

г)из всех перечисленных групп

д)правильные ответы а) и б)

Эталоны ответов 1. а; 2. а.

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.

3. **Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 60 лет, госпитализирован в клинику в связи с развитием нижнего парапареза без нарушения функций тазовых органов. Умеренная нормохромная анемия Нв — 88 г/л, уровни лейкоцитов и тромбоцитов нормальные, СОЭ — 50 мм/час. Общий белок сыворотки крови 100 г/л, в

гамма-зоне М-градиент — 54%, в моче белок Бенс-Джонса киппа-типа. В костном мозге — плазматические клетки 30%. Неврологическая симптоматика: компрессия спинного мозга на уровне 8 грудного позвонка. Ранее не лечился.

Вопросы: Ваш диагноз? Развитие какого поражения почек возможно у данного больного и почему? Назначьте лечение больному.

Эталон ответов: Предварительный диагноз: миеломная болезнь, диффузная форма. У больного возможно развитие миеломной нефропатии, проявляющейся протеинурией при отсутствии отеков и гипертонии, которая может осложнится почечной недостаточностью. Для исключения этого необходимо исследование крови на мочевину, креатинин. Лечение: назначение цитостатиков. Наличие компрессии спинного мозга диктует необходимость нейрохирургического вмешательства на позвоночнике.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. У больного, 50 лет, в анамнезе в течении нескольких лет пояснично-крестцовый остеохондроз. Последний месяц лечится по поводу обострения практически без эффекта. При обследовании в анализе крови: гемоглобин 125 г/л лейкоциты 4,0 СОЭ 60 мм. В моче: удельный вес 1015 белок 150 г/л. На рентгенограмме пояснично-крестцового отдела – компрессионные переломы L_1-L_3. Вопросы: Ваш предварительный диагноз? Чем доказан диагноз? Наметьте план дообследования? План ведения больного.

2. Больная, 60 лет, последние 6 месяцев повторно поступает в травматологическое отделение по поводу спонтанного перелома ключицы. В анализе крови: гемоглобин 100 г/л, лейкоциты 9,3 СОЭ 70 мм, общий белок 110 г/л, диспротеинемия, гипергаммаглобулинемия. В моче белок 50 г/л. У больной заподозрена множественная миелома.

Вопросы: Предварительный диагноз? Какие подтверждения диагноза? Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза? Какое лечение больной?

3. Больная 48 лет, жалобы на слабость, боли в грудном и поясничном отделах позвоночника, в боковых отделах грудной клетки. Анамнез: в течение 4 лет наблюдается у невропатолога по поводу остеохондроза.

Объективно:состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 88 в мин. АД – 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Общий анализ крови: гемоглобин 86 г/л, эритроциты $2{,}8x10^{12}$/л, ЦП 0,9; лейкоциты $5x10^{9}$/л, тромбоциты $250x10^{9}$/л, СОЭ 72 мм/ч, нейтрофилы: палочкоядерные 2%, сегментоядер- ные 71%, лимфоциты 19%, моноциты 6%. Микроцитоз (+), пойкилоцитоз (+).

Биохимический анализ крови:

Белок общий (г/л)	106	Мочевина (ммоль/л)	7
Альбумины (%)	31	Креатинин (мкмоль/л)	86
a_1-глобулины (%)	4,3	Клубочковая фильтрация (мл/мин.)	70
a_2-глобулины (%)	8,7	Канальцевая реабсорбция	88%
b-глобулины (%)	7,4	Ig G	0 г/л
g-глобулины (%)	49	Ig A	,2 г/л
М-градиент в g фракции (%)	49	Ig M	,3 г/л

Общий анализ мочи: Удельный вес – 1006; белок (г/л) – 0,033; эритроциты (п/з) – о; лейкоциты (п/з) – 2-3

Миелограмма: Препарат к/м нормальной клеточности, полиморфный. Встречаются все

ростки кроветворения. Увеличено содержание плазматических элементов (проплазмоциты 4%, плазмоциты 32%).

Встречаются плазмоциты с пламенеющей цитоплазмой.

Обзорная рентгенография грудной клетки:

Легкие, сердце в норме. Диффузно - очаговый остеопороз ребер, ключиц.

Вопросы: Выделите основные синдромы (по симптомам). Какой диагноз у больной? Обоснуйте ответ. Какие дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты. Какое лечение данного больного.

5. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение множественной миеломе.
2. Какие причины возникновения множественной миеломы?
3. Какие клинические проявления множественной миеломы?
4 Критерии установления диагноза множественной миеломы.
5.Обследование больных с множественной миеломой.
6. Стадирование множественной миеломы.
7. Факторы прогноза при миеломной болезни.
8. Какое лечение множественной миеломы?
9. Профилактика и лечение осложнений при миеломной болезни.
10. Динамическое наблюдение за больными миеломной болезнью.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. В структуре гемобластозов миеломная болезнь занимает

а)ведущее место

б)одно из последних мест

в)промежуточное место

г)миеломная болезнь не относится к гемобластозам

2. Течение миеломной болезни имеет неблагоприятный прогноз в возрасте

а)моложе 20 лет

б)от 21 года до 40 лет

в)от 40 до 60 лет

г)старше 60 лет

д)течение болезни не зависит от возраста

3. Основу опухолевой клеточной популяции при миеломной болезни составляют

а)лимфоциты

б)плазматические клетки*в)моноциты

г)ретикулоциты

д)все перечисленные клетки

4. Для постановки диагноза миеломной болезни необходимо

а)определение уровня СОЭ

б)определение уровня общего белка сыворотки

в)обнаружение патологического иммуноглобулина в сыворотке и/или моче

г)определение повышенного уровня плазматических клеток в миелограмме

д)все исследования необходимы

5. Для постановки диагноза миеломной болезни необходимо рентгенологическое исследование

а)костей черепа

б)тазовых костей

в)позвоночника
г)трубчатых костей
д)всех отделов скелета
6. В соответствии с международной классификацией заболеваний кроветворной и лимфоидной ткани (ВОЗ) к системным заболеваниям относятся
а)миеломная болезнь
б)неходжкинская лимфома
в)лейкоз
г)лимфогранулематоз
д)только а) и в)
7. Нарушение пролиферации и дифференцировки клеток костного мозга развивается
а)при лейкозе
б)при миеломной болезни
в)при плазмоцитоме
г)при лимфогранулематозе
д)правильные ответы а) и б)
8. Для постановки диагноза плазмоцитомы необходимо
а)наличие опухолевого образования, состоящего из плазматических клеток
б)ускоренная СОЭ
в)увеличение числа плазматических клеток в миелограмме
г)обязательно наличие всех приведенных проявлений
д)обязательно наличие а) и б)
9. Диагноз плазмоцитомы ставится на основании
а)морфологического исследования опухолевого узла
б)биохимического исследования белков крови
в)исследования костного мозга
г)всех видов исследования
д)ни одного из перечисленного
10. Миеломную болезнь следует дифференцировать
а)с метастазами неоплазий в кости
б)с первичным амилоидозом
в)с хроническими заболеваниями почек
г)со всеми указанными процессами
д)только а) и в)
11. Миеломную болезнь отличает от метастазов злокачественных опухолей в кости все перечисленное, кроме
а)наличия патологического белка в сыворотке или моче
б)увеличения плазматических клеток в миелограмме
в)поражения преимущественно плоских костей
г)всего перечисленного
12. Миеломную болезнь отличает от амилоидоза
а)наличие опухолевого поражения скелета
б)отсутствие эритроцитоза
в)отсутствие массивного отложения амилоида в слизистой прямой кишки
г)все ответы верные
д)правильные ответы а) и в)
13. Хронические заболевания почек отличает от миеломной болезни наличие
а)протеинурии
б)лейкоцитурии
в)увеличения общего уровня белка сыворотки
г)патологического иммуноглобулина в моче
д)только а) и б)
14. Миеломную болезнь отличает от хронических заболеваний почек

а)увеличение плазматических клеток в миелограмме
б)патологические очаги в скелете
в)протеинурия
г)лейкоцитурия
д)только а) и б)

15. Для подтверждения наличия миеломной болезни при проведении дифференциального диагноза между миеломной болезнью и хроническим заболеванием почек необходимо
а)исследование костного мозга
б)рентгенологическое исследование скелета
в)определение уровня сывороточного белка
г)обнаружение патологического иммуноглобулина в сыворотке и моче
д)все перечисленное

Эталоны ответов 1. б; 2. б; 3. б; 4. г; 5. д; 6. д; 7. д; 8. а; 9. а; 10. д; 11. г; 12. г; 13. д; 14. д; 15. д.

4) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

12. Высокодозная терапия при множественной миеломе.
13. Трансплантация стволовых клеток при множественной миеломе..

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
1. Гематология : национальное руководство [Электронный ресурс] / под ред. О. А. Рукавицына - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. Режим доступа: http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441992.html

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. Множественная миелома [Электронный ресурс] : учебное пособие для студентов мед. вузов / Кировская ГМА ; сост.: Т. П. Загоскина, А. С. Лучинин. - Киров, 2009. - 108 с ЭБС Кировского ГМУ

2. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 14. Опухоли кроветворной системы

Тема 14.1:Злокачественные лимфомы (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять, диагностику и лечение злокачественных лимфом.

Задачи: Изучить вопросы этиопатогенеза, классификации злокачественных лимфом. Обучить диагностике и лечению злокачественных лимфом.

Обучающийся должен знать: Распространенность**,** этиопатогенез злокачественных лимфом, клинические проявления этих заболеваний.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных злокачественными лимфомами. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри злокачественных лимфомах.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Эпидемиология злокачественных лимфом.
Этиология и патогенез злокачественных лимфом.
Классификация лимфомы Ходжкина и неходжкинской лимфом.
Клиническая картина лимфомы Ходжкина.
Клинические проявление неходжкинской лимфомы.
Диагностика злокачественных лимфом.
Значение морфологического метода исследования и техника забора материала для него.
Объём исследования для оценки распространенности опухолевого процесса при злокачественных лимфомах.
Факторы прогноза при злокачественных лимфомах.
Выбор метода исследования в зависимости от вида лимфомы, и клинических особенностей болезни.
Прогноз при злокачественных лимфомах.
Экспертиза трудоспособности при злокачественных лимфомах.
Социальная значимость реабилитации больных злокачественными лимфомами.

2. Практическая работа.

Клинические разборы ***определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными лимфомами***
Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.

3. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение злокачественным лимфомам, какие группы заболеваний объединяет эта нозологическая группа?
2. Чтотакоелимфогранулематоз, ктовпервыеописал это заболевание?
3. Вкаких возрастных группах может встречаться лимфогранулематоз?
4. Какие группы лимфатических узлов поражаются наиболее часто при лимфогранулематозе?
5. Что включает в себя определение «симптомы интоксикации»?
6. Какиегистологические варианты лимфогранулематоза вы знаете?
7. Как называется диагностическая для лимфогранулематоза клетка?
8. Что можно увидеть на рентгенограмме убольных лимфогранулематозом с поражением медиастинальных лимфатических узлов?
10. Сколько стадий лимфогранулематоза вы знаете?
11. Какие методы лечения используются у больных лимфогранулематозом?
12. Какие схемы полихимиотерапии (I линии) наиболее часто используются у больных лимфогранулематозом?
14. Какие факторы являются прогностически неблагоприятнымиу больных лимфогранулематозом?
15. Как и в каких дозах проводится лучевая терапия у больных лимфогранулематозом?
16. Как оценивают результаты лечения больных лимфогранулематозом?

17. Каковы отдаленные результаты лечения больных лимфогранулематозом?
18. Охарактеризуйте заболеваемость неходжкинскими лимфомами.
19. Каковы этиопатогенетические особенности НХЛ?
20. Охарактеризуйте понятия лимфомогенеза и молекулярной генетики НХЛ.
21. Приведите классификацию неходжкинских лимфом по морфологии и иммунофенотипам.
22. Назовите морфологические признаки, объединяющие неходжкинские лимфомы в группы сходного гистологического строения.
23. В чем заключается иммунологическая диагностика неходжкинских лимфом?
24. В чем особенности диагностики и клинической картины неходжкинских лимфом?
25. Как проводится определение распространенности (стадирование) НХЛ?
26. Назовите основные принципы лечения неходжкинских лимфом.
27. Какие критерии объективной оценки являются обязательной частью лечения НХЛ?
28. На каких параметрах основан Международный прогностический индекс?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. У больного 25 лет лимфогранулематоз IIIб стадии, смешанно-клеточный вариант с поражением лимфоузлов шейно-надключичных зон, средостения и пахово-подвздошных лимфоузлов справа неблагоприятный прогноз. Ему наиболее целесообразно применение лучевой терапии

А) по радикальной программе на все группы лимфоузлов
Б) после химиотерапии на остающиеся зоны поражения
В) после химиотерапии на все бывшие зоны поражения.
Г) лучевая терапия нецелесообразна
Д) лучевая терапия целесообразна одновременно с химиотерапией

2. Неблагоприятными факторами прогноза при лимфогранулематозе являются:

А) увеличение медиастинальных лимфоузлов> 1/3 диаметра грудной клетки
Б) наличие экстранодальных зон поражения
В) поражение костного мозга
Г) наличие > трех групп лимфоузлов
Д) все ответы правильны

3. Вакцинация противопоказана больным, страдающим

А) хроническим лимфолейкозом.
Б) лимфогранулематозом
В) острым лейкозом
Г) миеломной болезнью
Д) неходжкинской лимфомой

4. В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение

А) шейно-надключичных лимфоузлов.
Б) медиастинальных лимфоузлов
В) забрюшинных лимфоузлов
Г) паховых лимфоузлов
Д) всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой

5. Для начальных проявлений лимфогранулематоза наиболее характерно поражение

А) лимфоузлов выше диафрагмы
Б) лимфоузлов ниже диафрагмы
В) частота поражения лимфоузлов выше и ниже диафрагмы одинакова
Г) начало болезни с появления экстранодальных очагов поражения
Д) поражение костного мозга

6. Поражение паховых лимфоузлов как первое проявление лимфогранулематоза встречается (один вариант ответа)

А) редко
Б) преимущественно у всех больных

В) также часто, как поражение других групп лимфоузлов

Г) в сочетании с поражением легочной ткани

Д) в сочетании с поражением экстранодальных зон

7. Частота вовлечения лимфатического аппарата кольца Пирогова - Вальдейра при лимфогранулематозе встречается

А) редко (< 10%)

Б) часто (>70%)

В) у половины больных

Г) не встречается никогда

Д) встречается у 1/3 больных

8. Из внелимфатических поражений при прогрессировании лимфогранулематоза наиболее часто встречается поражение (один вариант ответа)

А) легочной ткани, печени, костного мозга

Б) скелета, почек

В) печени

Г) костного мозга

Д) кожи, мягких тканей

9. При поражении лимфоузлов выше диафрагмы и селезенки при лимфогранулематозе должна быть поставлена

А) I стадия

Б) II стадия

В) III стадия

Г) IV стадия

Д) IIIб стадия

10. Поражение периферических лимфоузлов выше и ниже диафрагмы и селезенки при лимфогранулематозе означает

А) I стадию

Б) II стадию

В) III стадию

Г) IV стадию

Д) IIА стадию

11. Вовлечение при лимфогранулематозе селезенки и пахово- подвздошных лимфоузлов трактуется

А) как I стадия

Б) как II стадия.

В) как III стадия

Г) как IV стадия

Д) как IIIБ стадия

12. Изолированное поражение селезенки при лимфогранулематозе означает

А) 1 стадию.

Б) II стадию

В) III стадию

Г) IV стадию

Д) IIIБ стадию

13. Поражение при лимфогранулематозе легочной ткани и медиастинальных лимфоузлов означает наличие

А) I стадии

Б) II стадии

В) III стадии

Г) IV стадии.

Д) IVВ стадии

14. Поражение легочной ткани и забрюшинных лимфоузлов при лимфогранулематозе трактуется

А) как I стадия
Б) как II стадия
В) как III стадия
Г) как IV стадия.
Д) как IVA стадия

15. Поражение печени и селезенки при лимфогранулематоз означает
А) I стадию
Б) II стадию
В) III стадию
Г) IV стадию.
Д) IVB стадию

16. К симптомам интоксикации при лимфогранулематозе относятся (выберите один вариант ответа)
А) потеря веса, гипертермия (более 38°С)
Б) потеря веса, профузная потливость
В) потеря веса, гипертермия (более 38°С), профузная потливость.
Г) кожный зуд, потеря веса, профузная потливость
Д) гипертермия (более 38°С)

17. Наиболее прогностически благоприятными морфологическими вариантами лимфогранулематоза являются
А) лимфоидное преобладание, лимфоидное истощение
Б) лимфоидное преобладание, нодулярный склероз.
В) нодулярный склероз, смешанно-клеточный вариант
Г) смешанно-клеточный вариант, лимфоидное истощение
Д) нодулярный склероз

18. Наименее благоприятными прогностическими варианта ми лимфогранулематоза являются
А) лимфоидное преобладание, смешанно-клеточный вариант
Б) нодулярный склероз, лимфоидное истощение
В) смешанно-клеточный вариант, лимфоидное истощение.
Г) лимфоидное преобладание, нодулярный склероз
Д) лимфоидное истощение

19. У больного лимфогранулематозом увеличение шейных лимфоузлов с обеих сторон и профузная потливость. Это соответствует
А) Ia стадии
Б) IIa стадии
В) II6 стадии
Г) IIIa стадии
Д) III6 стадии

20. При наличии у больного лимфогранулематозом поражения шейных лимфоузлов с одной стороны и медиастинальных лимфоузлов без симптомов интоксикации, следует говорить о распространенности, соответствующей
А) Ia стадии
Б) IIa стадии.
В) IIIa стадии
Г) III6 стадии
Д) II6 стадии

21. Поражение аксилярных лимфоузлов с одной стороны, медиастинальных, парааортальных лимфоузлов, селезенки и наличие лихорадки (более 38°С) при лимфогранулематозе расценивается
А) как IIa стадия
Б) как IIб стадия
В) как IIIa стадия

Г) как III6 стадия

Д) как IV стадия

22. При одностороннем поражении аксилярных лимфоузлов и наличии температуры до 38°С у больного лимфогранулематозом следует говорить о распространенности, соответствующей

А) Iа стадии.

Б) IIа стадии

В) IIIа стадии

Г) IIIб стадии

Д) IV стадии

23. У больного лимфогранулематозом выявлено поражение всех групп лимфоузлов выше диафрагмы, печени и лихорадка (более 38°С). Это соответствует

А) Iа стадии

Б) IIа стадии

В) IIIа стадии

Г) III6 стадии

Д) IV6 стадии

24. Лучевое лечение в виде самостоятельного метода терапии используется при лимфогранулематозе с благоприятным прогнозом

А) в Iа стадии

Б) в IIа стадии

В) в IIIа стадии

Г) в IIб стадии

Д) в IIIб стадии

25. Злокачественные неходжкинские лимфомы имеют склонность к метастазированию (один вариант ответа)

А) лимфогенному

Б) гематогенному

В) смешанному

Г) преимущественно гематогенному

Д) преимущественно лимфогенному

26. В соответствии с классификацией ВОЗ прогностически благоприятными являются следующие морфологические варианты В-клеточной лимфомы

А) лимфоплазмоцитарная

Б) диффузная крупноклеточная

В) фолликулярная

Г) мантийноклеточная

Д) фолликулярная, лимфоплазмоцитарная

27. Прогностически неблагоприятными (агрессивными) морфологическими вариантами В-клеточной лимфомы являются

А) диффузная крупноклеточная

Б) мантийноклеточная

В) фолликулярная

Г) маргинальная

Д) диффузная крупноклеточная, мантийноклеточная

28. На первом месте по частоте поражения среди наиболее частых проявлений неходжкинской лимфомы следует считать поражение

А) лимфоидного аппарата кольца Пирогова - Вальдейера .

Б) лимфатических узлов

В) желудочно-кишечного тракта

Г) легочной ткани

Д) печени

29. Лимфогранулематоз наиболее часто диагностируется (один вариант ответа)

А) в I стадии

Б) во II стадии
В) в I и II стадиях
Г) в III - IV стадиях
Д) в IV стадии
30. Лимфомы с первичным поражением кожи наиболее часто диагностируются
А) в I стадии
Б) во II стадии
В) в III стадии
Г) в IV стадии
Д) в III, IV стадии
31. При первичной лимфоме желудочно-кишечного тракта наиболее часто поражается
А) желудок
Б) пищевод
В) подвздошная кишка
Г) ободочная кишка
Д) прямая кишка
32. Грибовидный микоз - специфическое опухолевое поражение кожи является
А) В-клеточной лимфомой
Б) Т-клеточной лимфомой
В) разновидностью лимфогранулематоза
Г) поражением кожи при хронических лейкозах
Д) поражением кожи при миеломной болезни
33. Основным методом лечения неходжкинской лимфомы Ia-IIa стадии является (кроме лимфомы пищеварительной трубки)
А) химиотерапия
Б) лучевая терапия
В) хирургический метод
Г) комбинированный (химиолучевой) метод
Д) хирургический и лучевой метод
34. Основным методом лечения неходжкинской лимфомы IIб, IIIа, IIIб стадии является
А) химиотерапия
Б) лучевая терапия
В) хирургический метод
Г) комбинированный (химиолучевой) метод
Д) химиотерапия и хирургический метод
35. Основным методом лечения первичной неходжкинской лимфомы (высокой степени злокачественности) пищеварительной трубки Ia-IIa стадии является
А) химиотерапия
Б) лучевая терапия
В) хирургический метод
Г) хирургическое лечение с последующей профилактической химиотерапией
Д) неоадьювантная химиотерапия с последующей оценкой эффекта и выбором лечебной тактики
36. При решении вопроса о целесообразности использования лекарственной терапии неходжкинской лимфомы выбор комбинаций химиопрепаратов основывается на следующих данных (один вариант ответа)
А) морфологическом варианте опухоли
Б) распространенности процесса
В) локализации опухолевого поражения
Г) морфологическом варианте и локализации опухоли
Д) морфологическом варианте и стадии болезни
37. В качестве поддерживающей терапии неходжкинской лимфомы низкой степени злокачественности может использоваться

А) химиотерапия
Б) лучевая терапия
В) комбинированная (химио-лучевая) терапия
Г) препараты а-интерферона
Д) лейкеран

Эталоны ответов 1. в; 2. д; 3. а; 4. а; 5. а; 6. а; 7. а; 8. а; 9. в; 10. в; 11. б; 12. а; 13. г; 14. г; 15. г; 16. в; 17. б; 18. в; 19. в; 20. б; 21. г; 22. а 23. д; 24. а; 25. в; 26 д; 27. д; 28. б; 29. в; 30. г; 31. а; 32. б; 33. г; 34. а; 35. д; 36. д; 37. г.

Рекомендуемая литература:

Основная:

7. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
8. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
9. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»

2. Лимфомы : учеб. пособие для студентов мед. вузов / ГБОУ ВПО "Кировская гос. мед. акад." Минздрава России ; сост. М. С. Рамазанова [и др.]. - Киров, 2012. - 63 с+ ЭБС Кировского ГМУ

3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 14. Опухоли кроветворной системы

Тема 14.1:Злокачественные лимфомы (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять, диагностику и лечение злокачественных лимфом.

Задачи: Изучить вопросы этиопатогенеза, классификации злокачественных лимфом. Обучить диагностике и лечению злокачественных лимфом.

Обучающийся должен знать: Распространенность**,** этиопатогенез злокачественных лимфом, клинические проявления этих заболеваний.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных злокачественными лимфомами. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри злокачественных лимфомах.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

Эпидемиология злокачественных лимфом.
Этиология и патогенез злокачественных лимфом.
Классификация лимфомы Ходжкина и неходжкинской лимфом.
Клиническая картина лимфомы Ходжкина.
Клинические проявление неходжкинской лимфомы.

Диагностика злокачественных лимфом.
Значение морфологического метода исследования и техника забора материала для него.
Объём исследования для оценки распространенности опухолевого процесса при злокачественных лимфомах.
Факторы прогноза при злокачественных лимфомах.
Выбор метода исследования в зависимости от вида лимфомы, и клинических особенностей болезни.
Прогноз при злокачественных лимфомах.
Экспертиза трудоспособности при злокачественных лимфомах.
Социальная значимость реабилитации больных злокачественными лимфомами.

2. Практическая работа.

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Костный мозг при лимфогранулематозе вовлекается в процесс в виде
а)развития лейкемизации
б)очагового поражения
в)и того, и другого
г)ни того, ни другого

2. Частота развития острого лейкоза при лимфогранулематозе составляет
а)менее 10%
б)10-20%
в)20-50%
г)более 50%
Эталоны ответов 1. б; 2. а.

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 52 лет, с жалобами на общую слабость, одышку, кожный зуд, тошноту. Состояние ухудшилось три недели назад после перенесенной вирусной инфекции.

Данные объективного обследования: Больной пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета, на ощупь влажные. В левой надключичной области пальпируются увеличенные лимфоузлы, не спаянные друг с другом и с окружающими тканями, подвижные, до 2х1,5 см, безболезненные. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии, где нечетко определяется плотное не смещаемое образование, размером 12х7 см. Печень выходит из-под края реберной дуги на 6 см. Пальпируется увеличенная селезенка. На рентгенограммах органов грудной клетки определяется значительное расширение тени средостения. При рентгеноскопии - желудок оттеснен кпереди.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Предполагаемая стадия заболевания? Назначьте план дополнительных методов обследования. Составьте план лечения больного. Какой прогноз у больного?

Эталон ответов: Диагноз – подозрение на Злокачественную лимфому, клиническая группа Iа. Дифференциальная диагностика – болезнь Ходжкина, неходжкинская лимфома, хронический лимфолейкоз, туберкулез лимфоузлов, саркоидоз Бенье-Бека, метастазы в лимфоузлы, инфекционный мононуклеоз. Предполагаемая стадия IVб. Общий анализ крови, биохимическое исследование крови, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ периферических лимфоузлов, печени, селезенки, КТ или МРТ брюшной полости, инцизионная или эксцизионная биопсия лимфоузла, морфологическое и иммуногистохимическое исследование. План лечения – курсы ПХТ + лучевая терапия.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больной 57 лет обратился с жалобами на общую слабость, похудание, потливость, повышение температуры тела по вечерам до 37,5°С, одышку при физической нагрузке, кожный зуд. Считает себя больной около 6 месяцев, когда среди полного здоровья стала повышаться температура тела в вечерние время. За помощью к врачу не обратилась. Самостоятельно употребляла аспирин, антибиотики, улучшения состояния не наблюдалось.Данные объективного обследования: Больная пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледного цвета. При аускультации в легких ослабленное везикулярное дыхание, по всем полям выслушиваются единичные рассеянные сухие хрипы. При пальпации живот мягкий безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см. Селезенка увеличена, нижний полюс ее выходит из-под края реберной дуги на 1,5 см. хрипы. На рентгенограммах грудной клетки имеется расширение границ средостения, больше влево. При УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия, спленомегалия, увеличенные забрюшинные лимфатические узлы.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Предполагаемая стадия заболевания? Назначьте план дополнительных методов обследования. Составьте план лечения больной.
2. Больной 54 лет, обратился к врачу с жалобами на появление увеличенных лимфоузлов в области шеи, недомогание, слабость, быструю утомляемость. Больным себя считает около года, когда появились вышеперечисленные симптомы. В последнее время стал отмечать быструю потерю веса, повышение температуры до 38ºС.
Данные объективного обследования: состояние удовлетворительное, сознание ясное, пониженного питания. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пальпируются увеличенные до 2см, плотные, округлой формы, не спаянные между собой и с окружающими тканями подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы. Пульс 78 уд. В 1 мин., АД 130/80 мм рт ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичные, приглушенные. Левая граница сердечной тупости на 0,5см кнаружи от среднеключичной линии. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень увеличена, выступает на 6см ниже края правой реберной дуги. Селезенка пальпируется у края левой реберной дуги.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Составьте план диагностических мероприятий. Предполагаемая стадия заболевания? Составьте план лечения больного.
3. Женщина 21 года, обратилась с жалобами на слабость, быструю утомляемость, периодические подъемы температуры до 39ºС, быструю потерю веса.
Из анамнезаизвестно, что больна в течение нескольких месяцев. По поводу острых респираторных заболеваний проводилась противовоспалительная терапия, но без эффекта.
Данные объективного обследования: состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. На передней поверхности грудной клетки расширение подкожных вен. Пульс 100 ударов в 1 минуту, АД 115/70 мм рт ст. Одышка до 28 дыхательных движений в 1 минуту. Периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.
На обзорной рентгенограмме органов грудной клеткисрединная тень на уровне передних отрезков I-II ребер расширена по обе стороны до 7,5- 8,0 см, наружные контуры четкие, крупноволнистые; в боковой проекции ретростернальное пространство пониженной прозрачности.
При компьютерной томографииувеличенные лимфоузлы паратрахеальной и трахеобронхиальной групп сливаются в единый конгломерат.
Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз? Дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Каков алгоритм лечения болезни Ходжкина группы низкого риска?
4. У больного 70 лет обнаружено увеличение нескольких групп периферических лимфатических узлов выше диафрагмы. Рентгенологически выявлено увеличение лимфатических узлов средостения.
При морфологическом исследовании биоптата подмышечного лимфатического узла отмечена выраженная пролиферация лимфоцитов с примесью лимфобластных элементов со стиранием рисунка лимфоидной ткани. Данные за лимфогранулематоз
В общем анализе крови существенных изменений не отмечено.

Вопросы: Какова стадия процесса и гистологический вариант заболевания? Назовите диагностически значимые клеточные элементы. Какие заболевания также входят в эту группу гемобластозов? Какие особенности клинического течения болезни нередко отмечаются в терминальном периоде?

5. На прием пришел больной, 16 лет, с жалобами на наличие опухолевидных образований в левой подмышечной впадине, слабость, потерю в весе, проливные поты, одышку, особенно при физической нагрузке, повышение температуры тела до 38°С, снижение умственной и физической трудоспособности. Считает себя больным около 9 месяцев. После гриппа появились образования в правой, а затем и в левой подмышечной впадине. Через некоторое время они самостоятельно исчезли без лечения. Однако, в последний месяц они появились снова.

Данные объективного обследования: Больной астенического телосложения, пониженного питания. В левой подмышечной впадине пальпируются увеличенные лимфоузлы, размерами до 2х2,5 см, плотной консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. В легких везикулярное дыхание, несколько ослабленное в нижних отделах с обеих сторон.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Предполагаемая стадия заболевания? Назначьте план дополнительных методов обследования. Составьте план лечения больного. Прогноз трудоспособности больного?

6. Пациентка 22 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, похудание, потливость, повышение температуры тела по вечерам до 37,5°С, боли в животе, поносы, вздутие живота, наличие «шишек» в паховой, подмышечной и надключичной областях слева. Считает себя больной около года, когда среди полного здоровья повысилась температура и появились образования в левом паху. За помощью к врачу не обратилась. Самостоятельно употребляла аспирин, антибиотики, амидопирин, после чего образования в паховой области значительно уменьшились. Три недели назад они появились снова не только в левом паху, но и в левой подмышечной впадине и надключичной области.

Данные объективного обследования: Больная пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледного цвета. При пальпации живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5см. Селезенка увеличена, нижний полюс ее выходит из-под края реберной дуги на 4см. В левой паховой, левых подмышечной и надключичной областях пальпируются множественные лимфоузлы, плотные, безболезненные, размером до 1,5х2 см, овальной формы, подвижные, не спаянные с кожей и окружающими тканями. При аускультации в легких ослабленное везикулярное дыхание, по всем полям выслушиваются единичные рассеянные сухие хрипы. На рентгенограммах грудной клетки имеется расширение границ средостения, больше влево.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Предполагаемая стадия заболевания? Назначьте план дополнительных методов обследования. Составьте план лечения больной.

7. Больная М., 29 лет, 2 года назад обратилась к участковому врачу в связи с увеличением до 2 см в диаметре лимфоузла в правой надключичной области. Незадолго до этого перенесла ОРВИ. Врач не назначил никаких дополнительных исследований, рекомендовал спиртовые компрессы. Через полгода у больной в этом же месте появились еще два плотных лимфатических узла размерами 1,5х2,0 см, а в надключичной области слева появился лимфатический узел такого же размера. Несколько дней назад внезапно поднялась температура до 38,5-39,0ºС ежедневно, не снижалась от применения антибиотиков. По ночам отмечалась обильная потливость. Периодически больная отмечала кожный зуд. При ходьбе несколько раз замечала колющие боли в левом подреберье. Во время врачебного осмотра на этот раз были выявлены увеличенные немногочисленные плотные лимфоузлы (не менее 3см в диаметре) в обеих шейно-надключичных областях. При пальпации селезенка выступала на 4 см из-под края реберной дуги.

Вопросы: Какой диагноз можно предположительно поставить больной? Какие дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза? Составьте план лечения больной?

8. В отделение поступила пациентка Д., 45 лет с диагнозом: неходжкинская лимфома, 2 ста-

дия, небластный вариант. Диагноз подтвержден гистологическим исследование с иммунофенотипированием.

Вопросы: От каких факторов зависит дальнейшее лечение пациентки? Приведите схему химиотерапию используемую в данном случае?

9. Мужчина, 68 лет, предъявляет жалобы на увеличение шейных лимфоузлов, чувство тяжести в левом подреберье в течение последних трех месяцев. При осмотре. Кожные покровы бледнорозовые, шейные и подмышечные лимфоузлы с обеих сторон увеличены до 3,0 см в диаметре, умеренной плотности, безболезненные при пальпации. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ЧСС 92 в 1 мин, АД-155/70 мм рт ст. Живот не напряжен, печень не увеличена, нижний полюс селезенки на 4,0 см ниже левой реберной дуги, чувствительный при пальпации. Отеков нет.

Анализ крови: Нв-124г/л, Эр-3,8х1012/л, Ht-0,42%, MCV-86,2 фл, MCH-31,8 иг, MCHC-312 г/л, тромбоциты - 320,0х10%. Лейкоциты - 14,8х10%, э-6, 6-1, п-4, с-27, л-56, м-6, СОЭ - 28 мм/час. Анализ мочи без особенностей.

Рентгенография органов грудной клетки. Легочные поля без инфильтративных и очаговых изменений. Средостение расширено до 10 см в поперечнике за счет увеличенных медиастиналь- ных лимфоузлов. Жидкости в плевральных полостях не выявлено. Сердце - без увеличения отде- лов. Дуга аорты склерозирована. Биопсия шейного лимфоузла. Рисунок лимфоузла стерт. Выяв- лены множественные вторичные мелкие зародышевые центры. Клеточный состав представлен лимфобластами, пролимфоцитами, лимфоплазмоцитами. Выявлено наличие лимфоидных инфильтратов вне капсулы лимфоузла. Биопсия костного мозга. Повышение клеточности костного мозга с превалированием клеток лимфоидого ростка: лимфобластов, лимфоплазмоцитов и мел- ких лимфоцитов. Уменьшение количества клеток эритроидного ростка; мегакариоциты - нор- мальное количество, функционирует 46%, слабо функционируют 16%. Иммунофенотипирование лимфоидных KneTOK:CD10+, CD19+, CD20+, CD23+, CD5-. Цитогенетическое исследование не проводилось.

Вопросы: Какой наиболее вероятный диагноз можно выставить в данном случае? С каки- ми заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Какая тактика тера- пии предпочтительна в данном случае?

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Что такое лимфогранулематоз?
2. В каких возрастных группах чаще всего встречается ЛХ?
3. Какова этиология ЛХ?
4. По каким признакам строится клиническая классификация ЛХ по стадиям?
5. Что такое симптомы интоксикации при ЛХ?
6. Перечислите основные гистологические варианты ЛХ. Каково их прогностическое значение?
7. Как называется злокачественная клетка, характерная для лимфогранулематозного поражения?
8. Какие группы лимфатических узлов чаще поражаются при лимфоме Ходжкина и неходжкинских лимфомах??
9. Перечислите основные методы диагностики злокачественных лимфом.
10. Назовите признаки поражения лимфоузлов средостения.
11. Назовите признаки поражения забрюшинных лимфоузлов и селезенки.
12. Какие показания к выполнению лапаротомии и лапароскопии при лзлокачественной лимфоме?

13. Какое лечение применяется при злокачественных лимфомах?
14. Какие неблагоприятные факторы прогноза, влияющие на выбор метода лечения при лимфомах?
15. Что заключено в понятии лейкемическая трансформация и трансформация Рихтера?
16. Что заключено в понятии лейкемическая трансформация и трансформация Рихтера?
17. Какие параметры включает МПИ?
18. Дайте определение агрессивным и индолентным лимфомам.
9. Какой лечебный подход считается золотым стандартом лечения агрессивных лимфом?
10. Каковы принципы лечения индолентных лимфом?

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

14. Иммунотипирование лимфом.
15. Лечение рецидивов индовалентных лимфом..

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»

2. Лимфомы : учеб. пособие для студентов мед. вузов / ГБОУ ВПО "Кировская гос. мед. акад." Минздрава России ; сост. М. С. Рамазанова [и др.]. - Киров, 2012. - 63 с+ ЭБС Кировского ГМУ

3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 15. Онкоурология

Тема 15.1: Злокачественные образования мочевых путей (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение опухолей почки, лоханки мочеточника, мочевого пузыря.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза опухолей почки лоханки, мочеточника, мочевого пузыря. Обучить диагностике и лечению опухолей мочевых путей.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, профилактику опухолей мочевых путей.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных опухолями мочевых путей. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях мочевых путей. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих опухолях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Эпидемиология рака мочевых путей.

Этиология и классификация рака мочевых путей.

Макро- и микроскопические формы опухолей мочевых путей. Классификация опухолей мочевых путей.

Закономерности прогрессирования рака мочевых путей.

Клиника опухолей мочевых путей.

Диагностика опухолей мочевых путей.

Лечение опухолей мочевых путей.

Диспансерное наблюдение за больными с опухолями мочевых путей.

2. Практическая работа.

Клинические разборы ***выявление этиологических факторов, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными опухолями мочевых путей.***

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.

Освоение хирургической техники.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие факторы риска развития рака почки и мочевого пузыря?
2. Какие морфологические виды рака почки, лоханки мочеточника и мочевого пузыря встречаются?
3. Какими особенностями обладают опухоли мочевых путей при местной распространенности процесса?
4. Какие клинические проявления рака мочевых путей?
5. Диагностика при раке почки, лоханки, мочеточника, мочевого пузыря?
6. Какое лечение рака почки, лоханки и мочеточника?
7. Что относится к факторам неблагоприятного прогноза при раке почки?
8. Какие причины развития хронической почечной недостаточности и анурии при раке мочевого пузыря?
9. Какое лечение рака мочевого пузыря?
10. Какие группы риска развития рецидива рака мочевого пузыря. Каким группам риска при поверхностном раке мочевого пузыря показа на дальнейшая терапия после ТУР мочевого пузыря?
11. Диспансерное наблюдение за больными опухолями мочевых путей?
12. Какие сроки наблюдения показаны при динамическом контроле за пациентами, получившими лечение по поводу поверхностного рака мочевого пузыря?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Доброкачественные опухоли почек встречаются

а)в 3-6% случаев

б)в 15-20% случаев

в)в 30-35% случаев

г)более, чем в 35% случаев

2. Злокачественные опухоли почек составляют
а)2-3% от всех злокачественных опухолей
б)10-15% от всех злокачественных опухолей
в)20-25% от всех злокачественных опухолей
г)30-35% от всех злокачественных опухолей
д)более 35% от всех злокачественных опухолей
3. Двусторонние злокачественные опухоли почек
а)не встречаются
б)составляют 0.5-1.5% всех наблюдений опухолей почек
в)составляют 9-10% всех наблюдений опухолей почек
г)встречаются более чем в 10% всех наблюдений опухолей почек
4. Злокачественные опухоли почек встречаются
а)чаще у мужчин
б)чаще у женщин
в)одинаково часто и у мужчин, и у женщин
г)разница в заболеваемости стирается с возрастом
5. Противопоказанием для нефрэктомии является
а)опухоль более 5 см
б)метастаз в легком размером 2 см
в)декомпенсированная сердечно-сосудистая недостаточность
г)наличие двух опухолевых узлов в почке
6. После радикальной нефрэктомии, при отсутствии отдаленных метастазов, необходима
а)профилактическая химиотерапия
б)профилактическая лучевая терапия
в)профилактическая гормонотерапия
г)профилактическая иммунотерапия
д)лечения не требуется
7. Наиболее распространенными осложнениями при нефрэктомии являются
а)кровотечение из сосудов почечной ножки и нижней полой вены
б)кровотечение из расширенных вен околопочечного жирового тела
в)ранение нижней полой вены
г)ранение соседних органов
д)все перечисленное
8. У больного 65 лет рак почки. По данным ультразвукового исследования и ангиографии опухоль не выходит за пределы почки и не прорастает капсулу. Регионарные метастазы не выявлены. Ему следует
а)провести предоперационную лучевую терапию концентрированную интенсивную
б)провести предоперационную лучевую терапию пролонгированным курсом
в)провести послеоперационную лучевую терапию
г)ограничиться чисто хирургическим лечением
9. У больного 59 лет через год после комбинированного лечения почки выявлен солитарный метастаз в верхней доле правого легкого. Ему следует
а)выполнить резекцию легкого
б)провести крупнопольное облучение правого легкого
в)провести локальную лучевую терапию на область метастаза
г)провести крупнопольное облучение легкого с дополнительной локальной лучевой терапией на область метастаза
10. В лечении диссеминированного рака почки применяются
а)химиотерапия
б)иммунотерапия
в)гормонотерапия
г)все перечисленное
д)только а) и б)

11. У больного 40 лет рак почки (опухоль 3 см в диаметре) и одиночный метастаз в переднем отрезке 5-го ребра справа. Состояние больного удовлетворительное. Ему целесообразна

а)химиотерапия

б)иммунотерапия

в)лучевая терапия (на первичную опухоль и метастаз)

г)симптоматическая терапия

д)нефрэктомия + резекция ребра

12. Опухоли почечной лоханки встречаются

а)чаще у мужчин

б)чаще у мужчин

в)одинаково часто и у мужчин, и у женщин

13. Среди морфологических форм опухолей лоханки чаще всего встречаются

а)папиллярный переходно-клеточный рак

б)фиброма

в)липома

г)саркома

д)рабдомиома

14. Ведущими клиническими симптомами опухоли почечной лоханки являются

а)гематурия + пальпируемая опухоль

б)гематурия + боль

в)боль + пальпируемая опухоль

г)гематурия + повышенная температура тела

д)гематурия + ускоренная СОЭ

15. Развитию рака мочевого пузыря способствуют

а)хронические воспалительные процессы мочевого пузыря

б)анилиновые красители

в)канцерогенные факторы окружающей среды (выхлопные газы, курение)

г)верно а) и б)

д)все перечисленное

16. Заболеваемость раком мочевого пузыря

а)снижается

б)растет

в)не меняется

17. К биологическим особенностям рака мочевого пузыря относятся: 1)частое рецидивирование 2)редкое рецидивирование 3)частое отдаленное метастазирование 4)редкое отдаленное метастазирование 5)множественность поражения

а)правильно 1, 3 и 5

б)правильно 1, 4 и 5

в)правильно 2, 3 и 5

г)правильно 2, 4 и 5

18. К наиболее часто встречающейся морфологической форме опухоли мочевого пузыря относится

а)папиллярный рак

б)солидный рак

в)железистый рак

г)все формы встречаются одинаково часто

19. Наиболее частыми симптомами рака мочевого пузыря являются

а)гематурия

б)дизурия

в)пальпируемая опухоль

г)только а) и б)

д)все ответы правильные

20. Наиболее важным методом исследования при диагностике рака мочевого пузыря явля-

ется

а)общий клинический анализ мочи
б)бимануальное ректальное исследование при опорожненном мочевом пузыре
в)цистоскопия
г)радионуклидные методы диагностики
21. Показаниями для ТУР (трансуретральная электрорезекция) являются
а)папиллома мочевого пузыря
б)поверхностный рак мочевого пузыря
в)инфильтративный рак мочевого пузыря
г)правильные ответы а) и б)
д)все ответы правильные
22. Противопоказаниями для цистэктомии являются
а)общее состояние больного
б)сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации
в)множественные опухоли мочевого пузыря
г)все перечисленное
д)только а) и б)
23. В лечении рака мочевого пузыря лучевая терапия применяется
а)как предоперационная концентрированная коротким курсом
б)предоперационная пролонгированная
в)послеоперационная
г)самостоятельный метод лечения
д)все ответы правильные
24. В лучевой терапии при раке мочевого пузыря не используются
а)дистанционная g-терапия статистическая
б)дистанционная g-терапия ротационная
в)тормозное излучение (фотоны) ускорителя электронов
г)быстрые электроны
д)внутриполостное облучение
25. Показанием для внутрипузырной химиотерапии является
а)поверхностный рак мочевого пузыря
б)инвазивный рак мочевого пузыря
в)диссеминированный рак мочевого пузыря
г)правильного ответа нет
26. Для внутрипузырной химиотерапии используются
а)адриамицин
б)тио-ТЭФ
в)платидиам
г)митомицин С
д)все перечисленное

Эталоны ответов 1. а; 2. а; 3. б; 4. а; 5. в; 6. д; 7. д; 8. г; 9. а; 10. г; 11. д; 12. а; 13. а; 14. б; 15. д 16. б; 17. б; 18. а; 19. г; 20. в; 21. г; 22. д; 23. д; 24. г; 25. а; 26 д.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Аляев Ю. Г. В. Глыбочко Оперативное лечение больных опухолью почки (прошлое, настоящее, будущее / - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 488 с. : ил.+ ЭБ «Консультант врача»
4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Раздел 15. Онкоурология

Тема 15.1: Злокачественные образования мочевых путей (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение опухолей почки, лоханки мочеточника, мочевого пузыря.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза опухолей почки лоханки, мочеточника, мочевого пузыря. Обучить диагностике и лечению опухолей мочевых путей.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, профилактику опухолей мочевых путей.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных опухолями мочевых путей. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях мочевых путей. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих опухолях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   - Эпидемиология рака мочевых путей.
   - Этиология и классификация рака мочевых путей.
   - Макро- и микроскопические формы опухолей мочевых путей. Классификация опухолей мочевых путей.
   - Закономерности прогрессирования рака мочевых путей.
   - Клиника опухолей мочевых путей.
   - Диагностика опухолей мочевых путей.
   - Лечение опухолей мочевых путей.
   - Диспансерное наблюдение за больными с опухолями мочевых путей.
2. **Практическая работа.**

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. К триаде симптомов рака почки относятся
а)гематурия, боль, слабость
б)гематурия, боль, ускоренная СОЭ
в)гематурия, потеря веса, слабость
г)гематурия, боль, пальпируемая опухоль
д)гематурия, боль, повышенная температура тела
2. Наиболее частым симптомом рака почки является
а)боль
б)пальпируемая опухоль
в)гематурия
г)слабость
д)ускоренная СОЭ
Эталоны ответов 1. г; 2. в;

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 52 лет жалобы на резкие боли в правой поясничной области. За несколько дней до этого отмечал кровянистые выделения при мочеиспускании, нарастающую слабость, потерю аппетита, похудел за последние 3 месяца на 5 кг.

Из анамнеза установлено: Страдает гипертонической болезнью. В течение последних 5 лет наблюдался и лечился у уролога по поводу мочекаменной болезни. Работает в кожевенном производстве, курит с 15 лет.

Данные объективного обследования: правильного телосложения, повышенного питания, кожные покровы бледные. Живот при пальпации умеренно болезненный области правого подреберья. Симптом Пастернацкого положителен (+). В положении стоя и при пальпации на боку пальпируется образование ≈ 10х7 см, уходящее вверх в подреберье, плотное, бугристое. Нижние конечности отечные. В левой надключичной области пальпируется опухоль 1,5х2см, плотная, смещаемая.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Предполагаемая стадия заболевания? Назначьте план дополнительных методов обследования. Составьте план лечения больного.

Эталон ответов: Диагноз – подозрение на рак правой почки, клиническая группа Iа. Дифференциальная диагностика – рак почки, мочекаменная болезнь. Предполагаемая стадия IV T3NxM1. УЗИ почек, забрюшинных лимфоузлов, КТ, МРТ, чрезкожная биопсия опухоли под контролем УЗИ, биопсия лимфоузла левой надключичной области, морфологическое исследование. План лечения – циторедуктивная нефрэктомия с последующей иммунотерапией интерфероном- альфа-2.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

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

2. Женщина 45 лет. Жалоб нет. Объективно без особенностей. Анализы в норме. По УЗИ объемное образование левой почки. При КТ исследовании: положение и размеры почек в пределах нормы. В средней трети левой почки выбухание по латеральному контуру за счет объемного образования диаметром 2 см. Контур образования ровный, четкий, хорошо дифференцируется от паренхимы почки. Плотность неравномерная: в центре более плотная (30 ед.), тяжистая, по краям плотностью -20 ед. Капсула тонкая. При внутривенном усилении накапливает контрастное вещество в центре (до 45 ед.), по периферии незначительно.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Какова тактика лечения?

3. Больная 55 лет , с жалобами на слабость, потерю аппетита периодически повышающуюся температуру до 38 градусов, периодические кровь в моче. Вышеуказанные 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: Ваш предположительный диагноз? Необходимые методы обследования? Ваша тактика лечения.

4. Больная 55 лет , с жалобами на слабость, потерю аппетита периодически повышающуюся температуру до 38 градусов, периодические кровь в моче. Вышеуказанные 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: Ваш предположительный диагноз? Необходимые методы обследования? Ваша тактика лечения.

5. Больная К. 73 лет обратилась, с жалобами на слабость, потерю аппетита, примесь кровь в моче, боли в поясничной области . Выше указанные симптомы появились около месяца назад. За медицинской помощью не обращалась . За последнюю неделю гематурия приобрела постоянный характер.

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 справа .При пальпации справа в посяничной области пальпируется новообразование до 2,0 см в диаметре безболезненное.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз. Необходимые методы обследования. Ваша тактика лечения.

6. Пациент 48 лет. Обратился к терапевту по поводу невыраженной периодической головной боли, слабость и быструю утомляемость при ходьбе в области бедер. Хронические заболевания отрицает. Диспансеризацию прошел год назад, патологии не выявлено. При осмотре состояние удовлетворительное, патологии не выявлено. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 78 в 1 мин. А/Д 145/95 мм. рт. ст. Лабораторные исследования: Эр – $5,8x10^{12}$/л, гемоглобин 170г/л. Общий анализ мочи – определяется микрогематурия. Больной направлен к урологу.

Вопросы: Какое заболевание наиболее вероятно имеется у пациента? Чем объясняются выявленные отклонения? Обоснуйте ответ.

7. Больная 70 лет. Диагностирован рак почки. Жалобы на умеренные боли в области поясницы. При осмотре объемные образования в брюшной полости не определяются. Имеется отечность нижних конечностей, расширение подкожных вен живота.

Вопросы: Чем можно объяснить отечность нижних конечностей и расширение подкожных вен живота?

Как подтвердить ваше предположение?

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Чем объясняется постепенный рост заболеваемости и увеличение выживаемости при раке почки, которые наблюдаются в настоящее время?
2. Какие факторы риска рака почки?
3. Какие симптомы при раке почки?
4. Чем отличается почечная колика при кровотечении из опухоли почки от почечной колики при мочекаменной болезни?
3. Чем обусловлено развитие паранеопластических симптомов при раке почки?
4. Какой методы исследования применяются при диагностике и определении местного распространения опухолей почки?
5. Как осуществляется дифференциальная диагностика аденомы почки и рака почки?
6. Какой метод лечения локализованного и местно-распространенного рака является основным?
11. Какие органы и ткани удаляются в ходе радикальной нефрэктомии?
7. Какое лечение должно применяться укомпенсированного больного (45 лет) раком левой почки с одиночным метастазом в правом легком (T3aNOM 1 N стадия)?
8. Какое лечение является наиболее обоснованным у компенсированного больного раком правой почки с множественными метстазами в обоих легких T2NOM 1?
9. Какой вид системного лечения считается в настоящее время наиболее эффективным при метастатическом раке почки?
10. Какие гистологические варианты рака лоханки и мочеточника?
11. Какие основные клинические симптомы рака лоханки и мочеточника?
12. Какие методы исследования позволяют поставить правильный диагноз при раке почечной лоханки и мочеточника?
13. Какие лимфатические узлы являются регионарными при раке лоханки и мочеточника?
14. Какой объем радикального хирургического вмешательства должен применяться при раке лоханки и мочеточника?
15. Какие могут наблюдаться послеоперационные осложнения при раке лоханки и мочеточника?
16. В каких случаях следует применять адъювантную полихимиотерапию при раке лоханки и мочеточника?
17. Какой основной метод лечения рака лоханки и мочеточника с отдаленными метастазами вы знаете?
18. Назовите основные факторы, влияющие на прогноз заболевания при раке лоханки и мочеточника.
19. Какова частота опухолей мочевого пузыря?
20. Каковы этиологические факторы развития опухолей мочевого пузыря?
21. Какие гистологические типы опухолей мочевого пузыря встречаются?
22. Как проводится стадирование рака мочевого пузыря?
23. Каковы клинические синдромы проявления опухолей мочевого пузыря?
24. Какими методами можно установить наличие опухоли в мочевом пузыре, а какими - степень ее прорастания стенки мочевого пузыря?
33. Какие основные виды хирургического лечения используются при опухолях мочевого пузыря?
25. Какие виды химиотерапии опухолей мочевого пузыря вы знаете?
26. Какие методы лучевой терапии используются при раке мочевого пузыря?
27. Какая иммунотерапия используется при лечении опухолей мочевого пузыря и при каких стадиях заболевания?

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Лечение распространенного рака почки.
2. Эпидемиология рака мочевого пузыря.

Рекомендуемая литература:

Основная:

4. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
5. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
6. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Аляев Ю. Г. В. Глыбочко Оперативное лечение больных опухолью почки (прошлое, настоящее, будущее / - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 488 с. : ил.+ ЭБ «Консультант врача»
4. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Раздел 15. Онкоурология

Тема 15.2: Злокачественные опухоли мужских половых органов (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение опухолей предстательной железы, яичка, полового члена.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза опухолей предстательной железы, яичка, полового члена. Обучить диагностике и лечению опухолей мужских половых органов.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, профилактику опухолей мужских половых органов.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных опухолями мужских половых органов. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях мужских половых органов. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих опухолях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Эпидемиология рака мужских половых органов.
2. Этиология и классификация рака предстательной железы, яичка, полового члена.

3. Макро- и микроскопические формы опухолей мужских половых органов. Классификация этих опухолей..
4. Закономерности прогрессирования рака предстательной железы, яичка, полового члена.
5. Клиника опухолей предстательной железы, яичка, полового члена.
6. Диагностика опухолей предстательной железы, яичка, полового члена.
7. Лечение опухолей предстательной железы, яичка, полового члена.
8. Диспансерное наблюдение за больными с опухолями предстательной железы, яичка, полового члена.

2. Практическая работа.

Клинические разборы ***, определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных злокачественными опухолями мужских половых органов.***

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.

Освоение хирургической техники.

3. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

10. Какие факторы риска развития рака предстательной железы, яичка и полового члена
11. Какие морфологические виды рака предстательной железы, яичка и полового члена встречаются?
12. Какими особенностями обладают опухоли мужско половой сферы при местной распространенности процесса?
13. Какие клинические проявления рака органов мужской половой сферы?
14. Диагностика при раке органов мужской половой сферы?
15. Какое лечение рака органов мужской половой сферы?
16. Что относится к факторам неблагоприятного прогноза при раке органов мужской половой сферы?
17. Какое лечение применяется при раке предстательной железы, яичка, полового члена?

12.Диспансерное наблюдение за больными опухолями органов мужской половой сферы?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Заболеваемость раком предстательной железы
а)увеличивается
б)уменьшается
в)стабильна
2. Заболеваемость раком предстательной железы
а)увеличивается с возрастом больных
б)уменьшается с возрастом больных
в)не зависит от возраста больных
3. Наиболее часто рак предстательной железы метастазирует
а)в кости
б)в легкие
в)в печень
г)в головной мозг
д)по плевре
4. Наиболее частыми клиническими симптомами рака предстательной железы являются
а)дизурические расстройства
б)боль в промежности, крестце
в)микроскопическая гематурия
г)нарушение акта дефекации
5. Для лечения рака предстательной железы применяются
а)эстрогены

б)андрогены
в)кортикостероиды
г)антиэстрогены

6. У больного 52 лет рак предстательной железы. Опухоль (аденокарцинома) занимает половину предстательной железы. При ультразвуковом исследовании данных за метастазы в лимфоузлы нет. При сканировании костей - повышенное накопление изотопа в L2. Лечение его должно включать

а)гормонотерапию
б)гормонотерапию + химиотерапию
в)лучевую терапию только на первичный очаг
г)лучевую терапию на первичный рак и на область L2
д)лучевую терапию на первичный очаг, на область L2 и гормонотерапию

7. Оптимальным сроком для оценки эффективности того или иного гормона при раке предстательной железы является

а)2 недели
б)1 месяц
в)2 месяца
г)4 месяца
д)1 год

8. Наибольшей эффективностью при раке предстательной железы обладает сочетание следующих химиопрепаратов

а)оливомицин + циклофосфан
б)адриамицин + платидиам
в)блеомицин + винбластин
г)фторурацил + циклофосфан

9. Наилучшие результаты 5-летней выживаемости при II стадии рака предстательной железы дает

а)хирургический метод
б)лучевой метод
в)химиотерапия
г)иммунотерапия
д)хирургический и лучевой методы дают одинаковые результаты

10. Наиболее часто злокачественные опухоли яичка встречаются в возрасте

а)от 20 до 40 лет
б)от 40 до 60 лет
в)от 60 до 80 лет
г)старше 80 лет
д)возраст значения не имеет

11. Опухолевым маркером эмбрионального рака яичка является

а)РЭА (раково-эмбриональный антиген)
б)а-фетопротеин
в)СА-125 (канцеро-антиген 125)
г)АКТГ, кортизол
д)ХГ и ТБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический -глобулин)

12. Опухолевым маркером хорионэпителиомы яичка является

а)РЭА (раково-эмбриональный антиген)
б)а-фетопротеин
в)ХГ и ТБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический -глобулин)
г)АКТГ, кортизол
д)СА-125 (канцеро-антиген 125)

13. Двусторонняя опухоль яичка встречается

а)в 1.5-2.5% всех случаев
б)в 10-12% всех случаев

в)в 18-20% всех случаев

г)более 20% всех случаев

д)не встречается

14. У больного I стадия злокачественной опухоли яичка (морфологически - не семинома). Произведена орхофуникулэктомия. Опухолевые маркеры отрицательные. Дальнейшее лечение включает

а)забрюшинную лимфаденэктомию

б)лучевую терапию на зоны регионарного метастазирования

в)химиотерапию

г)наблюдение

15. Показаниями для забрюшинной лимфаденэктомии служат

а)при семиноме - I стадия

б)при семиноме - II стадия

в)при несеминомных опухолях - I стадия

г)при несеминомных опухолях - II стадия

д)во всех случаях

16. Обоснованием для проведения орхофуникулэктомии больным с диссеминированной опухолью яичка является

а)установление морфологического варианта опухоли

б)резистентность первичной опухоли

в)установление стадии заболевания

г)правильные ответы а) и б)

д)все перечисленное

17. Осложнения после забрюшинной лимфаденэктомии наблюдаются

а)в 5-7% случаев

б)в 15-20% случаев

в)в 30-35% случаев

г)в 40-45% случаев

д)более, чем в 50% случаев

18. Больному 23 лет выполнена левосторонняя орхофуникулэктомия по поводу семиномы левого яичка IIа стадии. Дальнейшее лечение включает

а)наблюдение

б)профилактическую забрюшинную лимфаденэктомию

в)лучевую терапию на область парааортальных лимфатических узлов

г)лучевую терапию на область парааортальных и левых подвздошных лимфоузлов

д)лучевую терапию на область парааортальных и подвздошных лимфоузлов с обеих сторон

19. Химиотерапия (PVB, VAP-6) герминогенных опухолей яичка является

а)вспомогательным методом лечения

б)позволяет добиться в 10% случаев полных ремиссий у больных диссеминированными герминогенными опухолями яичка

в)позволяет добиться 70-90% случаев излечения больных

г)может использоваться с паллиативной целью

20. Показанием для циторедуктивной операции на забрюшинных узлах при злокачественных опухолях яичка могут служить

а)достижение максимального эффекта от химиотерапии

б)отрицательные или стабильные маркеры

в)отсутствие других отдаленных метастазов

г)все перечисленное

21. К предопухолевым заболеваниям полового члена относятся

а)лейкоплакия

б)лейкокератоз

в)эритроплазии

г)все перечисленные заболевания

22. Рак полового члена чаще всего метастазирует
а)в легкие
б)в кости
в)в печень
г)в регионарные лимфоузлы
д)в головной мозг
23. Наиболее эффективным сочетанием химиопрепаратов при раке полового члена является
а)блеомицин + платидиам
б)циклофосфан + 5-фторурацил
в)адриамицин + фторафур
г)оливомицин + циклофосфан
д)проспидин + циклофосфан
24. Пятилетняя выживаемость больных раком полового члена I стадии составляет
а)90-100%
б)70-80%
в)50-60%
г)30-40%
д)менее 30%
25. Профилактика рака полового члена заключается
а)в соблюдении личной гигиены
б)в ранней ликвидации фимоза
в)в своевременном лечении предраковых заболеваний
г)все правильно
26. У больного 60 лет рак полового члена. Опухоль 2 см в области кожи головки. Ему наиболее целесообразна
а)близкофокусная лучевая терапия
б)внутритканевая лучевая терапия
в)дистанционная g-терапия
г)правильные ответы а) и б)
д)все ответы правильные
27. Доброкачественные опухоли мочеиспускательного канала чаще встречаются в возрасте
а)до 20 лет
б)от 30 до 40 лет
в)от 50 до 60 лет
г)старше 60 лет
28. К доброкачественным опухолям, развивающимся из слизистой оболочки мочеиспускательного канала, относятся
а)папиллома
б)полипы
в)кондиломы
г)только а) и б)
д)все перечисленные
29. Рак мочеиспускательного канала встречается чаще
а)в возрасте до 50 лет
б)в возрасте старше 50 лет
в)во всех возрастных группах одинаково часто
30. Символ Т1 для злокачественных опухолей яичка означает
а)внутриканальчатую опухоль
б)опухоль ограничена телом яичка, включая сплетение
в)опухоль распространяется на белочную оболочку яичка или придаток
г)опухоль распространяется на семенной канатик
д)опухоль распространяется на мошонку
31. Символ Т2 для злокачественных опухолей яичка означает

а)опухоль ограничена телом яичка, включая сплетение

б)опухоль распространяется на белочную оболочку яичка или придаток

в)опухоль распространяется на семенной канатик

г)правильного ответа нет

Эталоны ответов 1. а; 2. а; 3. а; 4. а; 5. а; 6. д; 7. в; 8. б; 9. д; 10. а; 11. б; 12. в; 13. а; 14. г; 15. г; 16. г; 17. а; 18. г; 19. в; 20. г; 21. г; 22. г; 23. а; 24. а; 25. г; 26 г; 27. б; 28. д; 29. б; 30. б; 31. б.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Раздел 15. Онкоурология

Тема 15.2: Злокачественные опухоли мужских половых органов (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять профилактику, диагностику и лечение опухолей предстательной железы, яичка, полового члена.

Задачи: Изучить вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза опухолей предстательной железы, яичка, полового члена. Обучить диагностике и лечению опухолей мужских половых органов.

Обучающийся должен знать: Эпидемиологию, причины возникновения, закономерности развития, профилактику опухолей мужских половых органов.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных опухолями мужских половых органов. Провести необходимое обследование. Назначить лечение данных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: Техникой диагностических манипуляцийпри опухолях мужских половых органов. Техникой выполнения оперативных вмешательств при этих опухолях.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Эпидемиология рака мужских половых органов.
2. Этиология и классификация рака предстательной железы, яичка, полового члена.
3. Макро- и микроскопические формы опухолей мужских половых органов. Классификация этих опухолей..
4. Закономерности прогрессирования рака предстательной железы, яичка, полового члена.
5. Клиника опухолей предстательной железы, яичка, полового члена.
6. Диагностика опухолей предстательной железы, яичка, полового члена.
7. Лечение опухолей предстательной железы, яичка, полового члена.

8. Диспансерное наблюдение за больными с опухолями предстательной железы, яичка, полового члена.

2. Практическая работа.

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Опухолевым маркером рака предстательной железы является
а)АКТГ, кортизон
б)ХГ, ТБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический b-глобулин)
в)кислая, щелочная фосфатаза, PSA
г)СА-125 (канцеро-антиген 125)
д)а-фетопротеин
2. Радикальная простатэктомия включает
а)удаление предстательной железы с капсулой
б)удаление предстательной железы с капсулой и семенными пузырьками
в)удаление предстательной железы с капсулой, семенными пузырьками, предстательной частью мочеиспускательного канала, шейкой мочевого пузыря и тазовыми лимфоузлами
г)правильного ответа нет
Эталоны ответов 1. в; 2. в.

Участие в консилиумах по определению тактики лечения уонкологических больных.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 60 лет обратился с жалобами на учащенное мочеиспускание, особенно по ночам, трудность начала мочеиспускания, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Эти ощущения появились около года назад.

Из анамнеза установлено: страдает хроническим циститом. За последний год дважды лечился по поводу пояснично-крестцового радикулита, но значительного улучшения не отмечал. Курит с 12 лет. Работает на лакокрасочном производстве.

Данные объективного обследования: правильного телосложения, повышенного питания, кожные покровы обычной окраски. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Мошонка отечная, яички – круглые, безболезненные, консистенция их обычная.

Пальцевое исследование прямой кишки: слизистая прямой кишки гладкая. В области пра- вой доли предстательной железы пальпируется плотное конусообразное образование ≈ 1,5см, выступающее в просвет прямой кишки, слизистая кишки над ней не изменена.

Анализ крови на ПСА: уровень ПСА – 175 нг/мл, соотношение свободного ПСА к общему - 0,1.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Предполагаемая стадия заболевания? Назначьте план дополнительных методов обследования. Составьте план лечения больного. Прогноз трудоспособности больного? Составьте план и обозначьте режим диспансерного наблюдения.

Эталон ответов: Диагноз – подозрение на рак предстательной железы, клиническая группа Ia. Дифференциальная диагностика – рак предстательной железы, простатит. Предполагаемая стадия - IV T2N1M0. ТРУЗИ с эксцизионной биопсией опухоли, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, сцинтиграфия костей скелета, УЗИ забрюшинных лимфоузлов, КТ. План лечения – гормонотерапия (сочетание агонистов ЛГРГ с антиандрогенами или орхэктомия с антиандрогенами). Прогноз - неблагоприятный. Режим диспансерного наблюдения: 1 год - 1 раз в 3 месяца, 2 год – каждые 6 месяцев, далее и пожизненно – 1 раз в год с обязательной колоноскопией.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Больной 59 лет в течение 6 месяцев отмечает затрудненное вялой тонкой струей мочеиспускание. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Предстательная железа увеличена, бугристая, хрящевой консистенции, безболезненная. Анемия, ускоренная СОЭ, протеинурия, микрогематурия. На рентгенограммах изменение костного рисунка лобковых и седалищных костей. На цистограмме пузырь приподнят, дефект наполнения с неровными контурами. При урофлоуметрии снижение объемной скорости потока мочи, увеличение времени мочеиспускания, ПСА 41 нг/мл.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз. Необходимые методы обследования. Ваша тактика лечения.

2. Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание (ночью до 6 раз). Болен 3 года. При ректальном обследовании простата увеличена, эластична с четкими контурами. На обзорной, экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества не нарушен. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения в области шейки мочевого пузыря. Мочевина крови- 4,2 ммоль/л, в анализе мочи- до 10 лейкоцитов в поле зрения. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл.

Вопросы: Предварительный диагноз. Какие дополнительные обследования необходимо произвести.? От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните? Какой параметр определяет стадию заболевания. Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

3. Больной 65 лет жалуется на учащенное, особенно ночью, затрудненное мочеиспускание. Урологом поликлиники при пальцевом ректальном исследовании выявлена гиперплазия простаты. Лечение 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: Ваш предположительный диагноз? Необходимые методы обследования? Ваша тактика лечения?

4. 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: Ваш предположительный диагноз. Необходимые методы обследования. Ваша тактика лечения.

5. Больной В. 56 лет , обратился к урологу с жалобами слабость , потерю аппетита боли в области мошонки, увеличение грудных желез. Считает себя больным в течении нескольких 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 правого яичка. Паховые лимфоузлы не пальпируются .

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Необходимые методы обследования? Ваша тактика лечения?

6. Больной 50лет ,с жалобами слабость , потерю аппетита отечность боли в области мошонки, увеличение грудных желез. Считает себя больным в течении нескольких месяца когда появились выше указанные жалобы . За медицинской помощью не обращался. В последние 2 недели отметил нарастание выше указанных жалоб.

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 отрицательный с обеих сторон. Мошонка отечна , при пальпации болезненна , отмечается увеличение правого яичка. Паховые лимфоузлы не пальпируются .
Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Необходимые методы обследования? Ваша тактика лечения?

7. Больной 16 лет поступил в клинику с жалобами на увеличение правой половины мошонки. В возрасте 6 лет перенес орхопексию по поводу пахового крипторхизма. При пальпации мошонки правое яичко увеличено, малоболезненно, плотной консистенции, четких изменений в придатке не обнаружено, паховые лимфоузлы не увеличены. На экскреторных урограммах определяется отклонение правого мочеточника латерально.
Вопросы: Предварительный диагноз? Какие дополнительные обследования необходимо произвести? Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае? От чего зависит объем вероятного оперативного вмешательства?

8. Больной К. 68 лет, с жалобами на слабость, рези при мочеиспускании, язвенное новообразование на коже полового члена. Вышеуказанные 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 75ударов 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: Ваш предположительный диагноз? Необходимые методы обследования? Ваша тактика лечения?

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: Ваш предположительный диагноз? Необходимые методы обследования? Ваша тактика лечения.

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какой гистологические типы опухоли встречается при ракепредстательной железы?
2. Какие симптомы обусловлены местным распространением рака предстательной железы?
3. Где чаще всего диагностируются метастазы?
4. Какие методы диагностики .
5. Чем может быть вызвано повышение титра ПСА при отсутствии рака предстательной железы?
6. Какие основные подходы существуют для лечения локализованного рака предстательной железы?
7. Какой объем оперативного вмешательства включает в себя термин «радикальная простатэктомия»при раке предстательной железы?
8. Для чего выполняется нервосберетающая простатэктомия? Перечислите условия, необходи-

мые для выполнения нервосберегающей радикальной простатэктомии.

9. Что включает в себя термин «максимальная андрогенная блокада»при ракепредстательной железы?

10. Что означает термин «интермиттирующая гормональная терапия»при раке предстательной железы? С какой целью используется данная методика?

11. Что может указывать на развитие гормонорезистентности ракапредстательной железы?

12.Приведите данные об эпидемиологии рака яичка.

13. Какие факторы повышают риск возникновения ?

14. Какие существуют возможности профилактики рака яичка?

15. Какие морфологические варианты выделяют при раке яичка?

16.Приведите клиническую классификацию по системе TNMрака яичка.

17. Приведитеклассификацию International Germ Cell Cancer Collaboratove Group - IGCCCG (1997) ракаяичка.

18. Как клинически проявляется рак яичка?

19. С какими заболеваниями следует дифференцировать рак яичка?

20. Какие методы используются в диагностике рака яичка?

21. Какая роль отводится выявлению сывороточных опухолевых маркеров в диагностике рака яичка?

22. Какие методы лечения используются на современном этапе при раке яичка?

23. Какая роль отводится химиотерапии в лечении рака яичка?

24. Как меняется лечебная тактика в зависимости от стадии рака яичка?

25. Каковы особенности лечения рецидивов рака яичка?

26. Каков прогноз при раке яичка?

27. Приведите данные об эпидемиологии рака полового члена?

28. Какие заболевания полового члена относят к предраковым?

29. Какие факторы повышают риск возникновения рака полового члена?

30. Какие существуют возможности профилактики рака полового члена?

31. Какие морфологические варианты выделяют рака полового члена?

32.Приведите клиническую классификацию рака полового члена по системе TNM.

33. Как клинически проявляется рак полового члена?

34. Какие методы применяются в диагностике рака полового члена?

3. Какие методы лечения рака полового члена используются на современном этапе?

36. Как меняется лечебная тактика в зависимости от стадии рака полового члена?

37. Каков прогноз при раке полового члена?

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Возможности органосохраняющего лечения при раке полового члена.
2. Выжидательная тактика при раке предстательной железы

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. В.И. Чиссов, А.Х. Трахтенберг, А.И. Пачес (ред). Атлас онкологических операций.2008 М. : ГЭОТАР-Медиа

3. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Раздел 16. Онкологические синдромы

Тема 16.1: Паранеопластические синдромы (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять, диагностические и лечебные мероприятия при паранеопластических синдромах.

Задачи: Изучить вопросы происхождения, классификации, проявления, значения для клиники паранеопластических синдромов. Обучить диагностике и врачебной тактике при паранеопластических синдромах.

Обучающийся должен знать: Причины возникновения, клиническую значимость паранеопластических синдромов.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных с паранеопластическими синдромами.

Обучающийся должен владеть: Врачебной тактикой при паранеопластических синдромах.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Что включает понятие паранеопластический синдром?

Классификация паранеопластических синдромов.

Какие причины формирования паранепластических синдромов?

Каким опухолям какие паранеопластические процессы соответствуют?

Как себя проявляют паранеопластические синдромы?

Какое значение имеют паранеопластические синдромы для диагностики и лечения?

2. Практическая работа.

Клинические разборы ***определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных с паранеопластическими проявлениями***

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Отработка практических навыков осмотра больных.

3. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие существуют группы паранеопластических синдромов?
2. Какие причины возникновения паранеопластических синдромов?
3. Какое значение паранеопластических синдромов в клинике?
4. Какие имеются кожные паранеопластические синдромы и каким опухолям они соответствуют?

5. Какие имеются эндокринные паранеопластические синдромы и каким опухолям они соответствуют?
6. Какие имеются неврологические паранеопластические синдромы и каким опухолям они соответствуют?
7. Какие имеются гематологические паранеопластические синдромы и каким опухолям они соответствуют?
8. Какие имеются неклассифицирумые паранеопластические синдромы и каким опухолям они соответствуют?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Гипогликемия, как проявление паранеопластического синдрома наиболее часто встречается при:

а)мелкоклеточном раке легкого
б)аденокарциноме желудка
в)гепатоцеллюлярном раке
г)фолликулярном раке поджелудочной железы

2. Синдром Труссо (мигрирующие венозные тромбозы) наиболее часто встречается при:

а)раке поджелудочной железы
б)раке желудка
в)остеогенной саркоме
г)раке щитовидной железы
д)раке почки

3. Паранеопластические синдромы встречаются при злокачественных опухолях у

а)1-2% больных
б)10-20% больных
в)40-50% больных
г)более 50% больных

4. Черный акантоз наиболее часто локализуется

а)на спине
б)на волосистой части головы
в)на разгибательной поверхности нижних конечностей
г)на шее

5. Черный акантоз наиболее часто встречается при:

а)фибросаркоме
б)аденокарциноме желудка
в)раке почки
г)лимфоме Ходжкина

6. Паранепластический синдром возникает

а)до появления местных признаков опухолевого заболевания
б)одновременно с появлением местных признаков опухолевого заболевания
в)после появления местных признаков опухолевого заболевания
г)возможны все перечисленные варианты

7. Паранеопластические синдромы могут развиваться при

а)злокачественных опухолях
б)доброкачественных опухолях
в)неопухолевых заболеваниях
г)при всем перечисленном

8. Наиболее часто паранеопластические синдромы наблюдаются при

а)мелкоклеточном раке легкого
б)плоскоклеточном раке кожи
в)раке мочевого пузыря
г)при всех перечисленных заболеваниях с одинаковой частотой

9. При мелкоклеточном раке легкого наиболее частый паранеопластический синдром

а)гипогликемия

б)эритроцитоз
в) гиперкортицизм
г)гипертрихоз
10. При раке молочной железы наиболее частый паранеопластический синдром
а)гиперкальциемия
б)полицитемия
в)гиперкортицизм
г)синдром Труссо
Эталоны ответов 1. в; 2. а; 3. б; 4. г; 5. б; 6. г; 7. г; 8. а; 9. в; 10. а.

Рекомендуемая литература:
Основная:
1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:
1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Раздел 16. Онкологические синдромы
Тема 16.1: Паранеопластические синдромы (семинар).
Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять, диагностические и лечебные мероприятия при паранеопластических синдромах.
Задачи: Изучить вопросы происхождения, классификации, проявления, значения для клиники паранеопластических синдромов. Обучить диагностике и врачебной тактике при паранеопластических синдромах.
Обучающийся должен знать: Причины возникновения, клиническую значимость паранеопластических синдромов.
Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных с паранеопластическими синдромами.
Обучающийся должен владеть: Врачебной тактикой при паранеопластических синдромах.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:
1. **Ответить на вопросы по теме занятия**
   Что включает понятие паранеопластический синдром?
   Классификация паранеопластических синдромов.
   Какие причины формирования паранепластических синдромов?
   Каким опухолям какие паранеопластические процессы соответствуют?
   Как себя проявляют паранеопластические синдромы?
   Какое значение имеют паранеопластические синдромы для диагностики и лечения?
2. **Практическая работа.**
   Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
3. **Решить ситуационные задачи**

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Больной 57 лет. При обращении жалобы на кашель. Кашель в течении 4-5 недель. В мокроте 10 дней назад и 3 дня назад обнаружил прожилки крови. Курит в течение 40 лет.

При осмотре сердечно-сосудистая система - выраженной патологии не обнаружено. Аускультативной над легкими рассеянные влажные хрипы. Периферические лимфоузлы не увеличены. Под левой ареолой обнаружено образование эластичной консистенции до 3 см, при пальпации которого отмечается невыраженная болезненность. Кожа над образованием не изменена. Заподозрен рак легкого.

Вопросы: О чем может свидетельствовать изменения в левой молочной железе? Чем вызвана данная патология. В случае подтверждения диагноза рака легкого какая гистологическая форма наиболее вероятна? Какая тактика по отношению к образованию в левой молочной железе?

Эталон ответов: Односторонняя гинекомастия может быть проявлением эндокринного паранеопластического синдрома. Гинекомастия – следствие эктопической продукции гонадотропина. Этот симптом в 75% бывает односторонним. Увеличение грудной железы обычно происходит на стороне опухоли. Чаще гинекомастия встречается у больных крупноклеточным раком легкого. Лечебная тактика – лечение основного заболевания.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. Пациентка 54 лет обратилась к дерматологу с жалобами на гиперпигментацию на задней поверхности шеи. Усиление пигментации заметила 2 месяца назад. Выраженность ее усилилась. При расспросе удалось выяснить, что пациентка потеряла 3 кг за последний месяц, чему значения не придала. При осмотре на задней поверхности шеи меланиноподобная пигментация, кроме того гиперпигментация обнаружена в подмышечной области. Назначена консультация онколога.
   Вопросы: Чем могут быть вызваны данные кожные проявления. Какое название носит данное проявление. Какое обследование необходимо провести пациентке. Какая тактика врача, если кроме кожных изменений другой патологии не будет обнаружено?
2. Пациент 64 лет обратился к дерматологу по поводу наличия изменений кожи. Удалось выяснить, что вначале появилась сильно зудящая пятнистая эритема. Вскоре на эритематозном фоне выступили сгруппированные герпитиформные пузырьки, которые располагаются субэпидермально. При попытке самолечения йодом – выраженное ухудшение. Направлен к онкологу.
   Вопросы: Какое кожное проявление может быть заподозрено у больного? Какую онкологическую патологию следует заподозрить у пациента? Какой механизм формирования кожной патологии? Какие действия онколога?
3. Пациентка 60 лет. 4 недели назад отметила появление общей слабости, быстрой утомляемости, ухудшение аппетита. Наблюдались боли в суставах и мышцах, 2 недели назад появились высыпания на коже. В течение нескольких дней – геморрагические высыпания.
   Вопросы: Какая причина может быть у указанных явлений. Какие действия онколога?
4. Больная К., 38 лет, обратилась к врачу-гинекологу по поводу сильной прибавки массы тела (на 15 кг за 1,5 месяца) с преимущественно абдоминальным типом ожирения на фоне неизмененного типа питания, кожные стрии и гиперпигментацию кожи. В биохимическом анализе крови концентрация АКТГ резко повышена, надпочечники при УЗИ без изменений, со стороны нервной системы патологии не выявлено. При прохождении флюорографического исследования лёгких выявлено шаровидное образование в верхней доле правого лёгкого около 3 см.
   Вопросы: Ваш предположительный диагноз. Какой патогенез клинических проявлений? Какое обследование необходимо провести для подтверждения диагноза?

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение понятию «паранеопластический синдром»
2. Какие причины возникновения паранеопластического синдрома?
3. Классификация паранеопластических синдромов.
4. Какое значение паранеопластических синдромов в практике онколога?
5. Какие неопластические проявления встречаются наиболее часто? Для каких опухолей они характерны?
6. Врачебная тактика при паранеопластических синдромах.

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Кожные паранеопластические синдромы.
2. Паранеопластические синдромы при раке легкого.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»

2. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Раздел 16. Онкологические синдромы

Тема 16.2: Синдромы метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Семейно-ассоциированный опухолевый синдром (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять, диагностические и лечебные мероприятия при синдромах метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Семейно-ассоциированном опухолевом синдроме.

Задачи: Изучить вопросы распространенности, условия формирования, значения для практики онколога синдромов метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Семейно-ассоциированном опухолевом синдроме. Обучить диагностической и врачебной тактике при указанных синдромах.

Обучающийся должен знать: Причины возникновения, клиническую значимость синдромов метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Семейно-ассоциированном опухолевом синдроме.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных с синдромами метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Семейно-ассоциированном опухолевом синдроме.

Обучающийся должен владеть: Врачебной тактикой при синдромах метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Семейно-ассоциированном опухолевом синдроме.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Синдром метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага. Распространенность, наиболее частые источники метастазирования.
Обследование больного при синдроме метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага.
Лечение при синдроме метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага.
Прогноз при синдроме метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага.
Синдром первичной множественности злокачественных опухолей. Распространенность, наиболее частые сочетания опухолевых поражений.
Понятие о синхронных и метахронных первично-множественных опухолей.
Лечебная тактика при первичной множественности злокачественных опухолей.
Прогноз при первичной множественности злокачественных опухолей.
Семейно-ассоциированный опухолевый синдром. Распространенность. Причины возникновения.
Наиболее частые семейно-ассоциированные опухолевые синдромы.
Врачебная тактика при наличии семейно-ассоциированном опухолевом синдроме.

2. Практическая работа.

Клинические разборы ***определение клинических проявлений заболевания, анализ результатов инструментальных и лабораторных методов обследования, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных с синдромами метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага, первичной множественности злокачественных опухолей. Семейно-ассоциированным опухолевым синдромом***
Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.
Отработка практических навыков осмотра больного и биопсии.

3. Решить ситуационные задачи

1) Алгоритм разбора задач: Ознакомиться с содержанием задачи. Ответить на вопросы. Обосновать ответ.

2) Пример задачи с разбором по алгоритму

Пациент Э., 35 лет, обратился к хирургу в поликлинику по месту жительства с жалобами на припухлость в области шеи после перенесенной 3 месяца назад ангины. При осмотре: область шеи справа увеличена за счет безболезненного, малоподвижного образования. Т тела в пределах нормы. Хирургом был поставлен диагноз «шейный лимфаденит» и назначена антибактериальная терапия. Однако эффекта от антибактериальной терапии в течении 7 дней не отмечалось, образование в области шеи увеличивалось и пациент был направлен на консультацию к районному онкологу.

Вопросы: В чем тактическая ошибка хирурга поликлиники? 2. Какой комплекс диагностических мероприятий для уточнения диагноза может быть использован районным онкологом? 3. Какой диагноз можно поставить пациенту на данном этапе?

Эталон ответов: Хирург без дополнительного обследования поставил пациенту диагноз и назначил лечение, не заподозрив онкологическую направленность процесса. Диагностическая тонкоигольная аспирационная биопсия, направление материала на цитологическое исследование, УЗИ лимфоузлов шеи, брюшной полости, органов малого таза, щитовидной железы, рентген органов грудной клетки. Метастатическое поражение лимфоузлов шеи из неустановленного первичного очага.

3) Задачи для самостоятельного разбора на занятии:

1. К онкологу в онкологическом диспансере обратилась пациентка К. 63 лет с жалобами на отечность и увеличение в объеме правой подмышечной области. При осмотре: кожа правой подмышечной области визуально не изменена. При пальпации в правой подмышечной области пальпируется крупный лимфоузел, около 3 см в диаметре, малосмещаемый, безболезненный. Молочные железы без узловых образований. Другие группы периферических лимфоузлов не увеличены. Пациентке выполнена диагностическая тонкоигольная биопсия лимфоузла правой подмышечной области, которая оказалась безуспешной и диагностического материала не содержала, маммографическое исследование - без патологических образований в молочных железах.

Вопросы: Какова дальнейшая тактика онколога? Метастазами из каких других первичных очагов (кроме молочной железы) могут поражаться подмышечные лимфоузлы?

2. В городскую больницу поступила пациентка, 75 лет с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, повышение Т тела к вечеру до 37,5. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые эктеричны, гепатомегалия (+2 см), асцит. Из анамнеза: считает себя больной около1 года, когда впервые появились боли в правом подреберье. Много лет наблюдалась у гинеколога по поводу поликистозно измененных яичников, однако последние 10 лет гинеколога не посещала. Из сопутствующих заболеваний: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии ремиссии, ИБС, гипертоническая болезнь 2 стадии.

Вопросы: Приведите схему обследования данной больной на основании данных осмотра и анамнеза? О каких диагнозах можно думать, опираясь на данные осмотра и анамнеза?

3. Пациенка Е., 45 лет, доставлена в приемное отделение больницы бригадой скорой помощи с жалобами на сильную головную боль, неукротимую рвоту. При осмотре: дезориентирована в ситуации, критика снижена, имеются элементы афазии, правосторонний гемипарез, вторичная стволовая симптоматика. Со слов родственников известно, что пациентка длительное время наблюдалась у онколога по месту жительства, однако заболевание свое от них скрывала. Документальных подтверждений онкологического заболевания нет.

Вопросы:Какова неотложная лечебная тактика при данной симтоматике? Приведите схему диагностического поиска? Какой диагноз можно поставить на данном этапе?

4. К маммологу обратилась пациентка С., 52 лет с жалобами на наличие узлового образования в левой молочной железе. При осмотре выявлено узловое образование левой и правой молочных железах. Пациентка направлена на маммографическое исследование. При маммографическом исследовании рентгенологическая картина рака левой и правой молочной желез.

Вопросы: 1. Определите дальнейшую диагностическую тактику маммолога? Поставьте предварительный диагноз данной пациентке?

5. К гинекологу в обратилась пациентка, 48 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей вне менструации. Из анамнеза: 3 года назад оперирована по поводу рака левой молочной железы T2N2M0, III А стадии в объеме радикальная мастэктомия слева с сохранением грудных мышц. От дальнейшего предложенного лечения (химиотерапия, гормонотерапия, лучевая терапия) пациентка отказалась. В последующие 3 года после операции не наблюдалась.

Вопросы: 1. Определите дальнейшую диагностическую тактику гинеколога? О каком предположительном диагнозе может идти речь?

6. К онкологу в онкологический диспансер обратилась пациентка 27 лет с жалобами на боли и уплотнения в молочных железах. При осмотре: на коже лица и рук пациентки имеются мелкие пигментные пятна, при пальпации молочных желез выявлены множественные узловые образования от 0,5 до 1 см в диаметре. Пациентка направлена на УЗИ молочных желез, заключение: множественные фиброаденомы молочных желез. Диагноз верифицирован в дальнейшем при помощи тонкоигольной диагностической пункционной биопсии. Из анамнеза пациентки известно, что все родственники женского пола по материнской линии болели раком молочной железы.

Вопросы: О каких синдромах можно думать, исходя из анамнестических и клинических данных заболевания? Какова дальнейшая тактика онколога?

7. Больная К., 40 лет, обратилась к гинекологу в связи с обнаруженным образованием в левой молочной железе при самообследовании, при пальпации гинеколог обнаружил в верхней трети левой молочной железы образование плотной консистенции, безболезненное с нечет-

кими контурами, подвижность его ограничена. Так же больная жалуется на слабость, потерю аппетита, резкую потерю веса за последние 3 месяца на 10 кг. Из анамнеза: менархе в 11 лет, нерожавшая, у прабабушки, бабушки и матери по материнской линии был выявлен рак молочной железы. Направлена на маммогрфию, рентген грудной клетки, УЗИ брюшной полости и органов малого таза.

Вопросы: Предварительный диагноз; какие методы исследования необходимо провести для верификации диагноза?

8. Больной К.,25 лет предъявляет жалобы на периодические боли в животе схваткообразного характера, понос, метеоризм, общую слабость. При осмотре на коже лица - пигментные пятна 2-3 мм в диаметре локализованные вокруг рта и ноздрей, на красной кайме губ пигментные пятна сине-бурого цвета. Из анамнеза: мать умерла от рака толстой кишки, у бабушки отмечает наличие множества веснушек.

Вопросы: Предварительный диагноз? Обследование?

4. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие, в зависимости от гистологической структуры метастатической опухоли при неустановленном первичном очаге, наиболее часты локализации первичной опухоли?
2. Какие диагностические мероприятия необходимо предпринять при обнаружении метастатической опухоли с целью определения первичного очага?
3. Какая лечебная тактика при обнаружении метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага?
4. Какая распространенность синхронных и метахронных первично-множественных опухолей?
5. Какие первично-множественные опухоли наиболее часто сочетаются?
6. Какая врачебная тактика при первично-множественных опухолях?
7. Дайте определение семейно-ассоциированному опухолевому синдрому.
8. Какие наиболее распространенные семейно-ассоциированные опухолевые синдромы вы знаете?
9. Генетическое тестирование при подозрении на наличие семейно-ассоциированного опухолевого синдрома.
10. Что служит основанием для подозрения на наличие семейно-ассоциированного опухолевого синдрома?
11. Профилактическая хирургия при семейно-ассоциированном опухолевом синдроме.

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. У мужчины 60 лет обнаружено множественное метастатическое поражение костей. Других проявлений опухолевого процесса нет. Наиболее вероятно первичная опухоль расположена в:

а)легком

б)желудке

в)предстательной железе

г)щитовидной железе

2. У женщины 50 лет обнаружен одиночный метастаз в подмышечной области. Других проявлений опухолевого процесса нет. Наиболее вероятно первичная опухоль расположена в:

а)коже (меланома)

б)яичнике

в)легком

г)молочной железе

д)раке почки

3. При изолированном метастатическом поражении лимфоузлов головы и шеи без выявленного первичного очага наиболее целесообразное лечение:

а)лучевая терапия

б)химиотерапия

в)лимфодиссекция

г)лимфодиссекция с последующей химиотерапией

4. Первично-множественные опухоли считаются синхронными, если они выявлены:

а)одновременно

б)одновременно или с разницей в срок до 6 месяцев

в)одновременно или с разницей в срок до 9 месяцев

г)одновременно или с разницей в срок до 12 месяцев

5. Мутации в генах BRCA 1 ассоциирован с высоким риском:

а)плоскоклеточного рака кожи

б)рака пищевода

в)рака молочной железы

г)лимфомы Ходжкина

6. При семейном наследственном диффузном полипозе рак кишечника возникает

а)в10 - 20% случаев

б) в 30 - 40% случаев

в) в 50 - 80% случаев

г) в 100% случаев

7. Наиболее часто рак щитовидной железы является семейно-ассоциированном при морфологической структуре опухоли:

а)фолликулярный рак

б)папиллярный рак

в)медуллярный рак

г)недифференцированный рак

8. Синдром Линча 1 во много раз повышает вероятность возникновения опухолей (один вариант ответа)

а)предстательной железы

б)пищевода

в)кишечника

г)мочевого пузыря

9. Синдром Ли-Фраумени вызван зародышевой мутацией в

а)супрессорном гене p53

б)супрессорном гене RBI

в)супрессорном гене APC

г)супрессорном гене p16

10. Синдром множественной эндокринной неоплазии II типа (МЭН-II) включает в себя

а)рак яичников, опухоль гипофиза

б)медуллярный рак щитовидной железы, феохромоцитому, аденому паращитовидных желез

в)опухоль надпочечников, гиперкератоз, аллопецию

г)фолликулярный рак щитовидной железы, герминогенную опухоль яичка, опухоли поджелудочной железы

Эталоны ответов 1. в; 2. г; 3. г; 4. б; 5. в; 6. г; 7. в; 8. в; 9. а; 10. Б

4) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Семейно-ассоциированный рак яичников.
2. Особенности лечения семейно-ассоциированного рака молочной железы.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа

Дополнительная:

1. ред.: М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М. : Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»
2. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Раздел 17. Паллиативная помощь в онкологии

Тема 17.1: Правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ, и регулирования фармакотерапии острой и хронической боли (семинар).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять фармакотерапию острой и хронической боли.

Задачи: Изучить правовые вопросы оборота наркотических средств и психотропных веществ, и регулирования фармакотерапии острой и хронической боли.

4. **Обучающийся должен знать:** Содержание Федерального закона от 08.01.1998 N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах", другие документы, определяющие правовые основы оборота наркотических средств и психотропных веществ, и регулирования фармакотерапии острой и хронической боли.

Обучающийся должен уметь: Проводить фармакотерапию острой и хронической боли в соответствии с действующим законодательством.

Обучающийся должен владеть: Понятийным аппаратомопределяющим безусловное соблюдение законодательства при лечении пациентов с острой и хронической болью наркотическими и психотропными веществами.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. **Ответить на вопросы по теме занятия**

   Что является наркотическим веществом?

   Какие наркотические вещества применяют в настоящее время в фармакотерапии острой и хронической боли?

   Что является психотропным веществом?

   Какие психотропные вещества применяют в настоящее время в фармакотерапии острой и хронической боли?

   Что является прекурсором наркотических и психотропных веществ?

   Какие методы контроля устанавливаются в отношении наркотических средств и психотропных веществ?

   Какие условия осуществления фармакотерапии наркотическими и психотропными веществами?

   Какой порядок хранения, назначения и применения наркотических и психотропных средств?

2. **Практическая работа.**

   Отработка практических навыков правильного оформления документации при назначения наркотических и психотропных средств.

3. **Задания для групповой работы**

Обсуждение правовых аспектов применения наркотических и психотропных средств в лечении острой и хронической боли.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с законами и нормативными актами, внутренними инструкциями по назначению наркотических и психотропных средств.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Основные положения Федерального закона от 08.01.1998 N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах".
2. Основные положения постановлений Правительства РФ по наркотическим и психотропным веществам.
3. Какая ответственность предусмотрена за нарушения законов и нормативных актов, регулирующих оборот наркотических и психотропных средств?
4. Какие меры противодействия незаконному обороту наркотических и психотропных веществ?
5. Какой порядок учета, назначения и хранения наркотических средств и психотропных веществ?

Рекомендуемая литература:

Основная:

Федеральный закон от 08.01.1998 N 3-ФЗ "О наркотических средствах и психотропных веществах".

Приказ МЗ РФ от 12 ноября 1997 г. N 330 2О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических средств и психотропных веществ.

Приказ МЗ и СР и РФ от 12 02 2007 №110 «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания».

Дополнительная:

Постановление Правительства РФ от 31.12.2009 N 1148 (ред. от 10.11.2017) "О порядке хранения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров" (вместе с "Правилами хранения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров"

Методические рекомендации по обороту наркотических и психотропных лекарственных препаратов. (Письмо Минздрава России от 27.02.2018 года N 25-4/10/1-1221).

Раздел 17. Паллиативная помощь в онкологии

Тема 17.2: Болевые синдромы и их терапия (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять диагностику и лечение болевых синдромов.

Задачи: Изучить вопросы этиологии и патогенеза болевых синдромов. Обучить диагностике и лечению боли.

Обучающийся должен знать: Причины возникновения, патогенез болевых синдромов. Методы терапии боли.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения больных с болевыми синдромами. Осуществить лечение болевого синдрома.

Обучающийся должен владеть: Методами леченияпри болевых синдромах.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Классификация боли.

Причины возникновения острой и хронической боли.

Диагностика болевых синдромов.
Общие принципы лечения боли.
Медикаментозное лечение болевого синдрома.
Немедикаментозные методы лечения болевого синдрома.

2. Практическая работа.

Клинические разборы ***выявление причин возникновения острой и хронической боли у конкретных больных злокачественными опухолями, определить диагностическую и лечебную тактику.***

Обсуждение тактики противоболевой терапии у онкологических больных.

3. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение острой и хронической боли.
2. Какие выделяют типы боли и чем они отличаются?
3. Какие методы оценки интенсивности хронического болевого синдрома?.
4. Как осуществляются лечение боли специальными методами (лучевая, химио-и гормонотерапия)?
5. Как осуществляется регионарная анестезия и химическая денервация на различных уровнях нервной системы?
6. Хирургические методы лечения боли.
7. Трехступенчатая схема лечения боли с применением ненаркотических и наркотических анальгетиков.
8. Какие побочные эффекты медикаментозной терапии боли?
9. Какие методы профилактики и лечения побочных эффектов медикаментозной терапии боли?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Основными целями паллиативной помощи являются:
а) поддержание у пациента стремления к жизни;
б) обеспечение уменьшения боли и смягчение других патологических симптомов;
в) улучшение качества жизни и сохранение функциональной активности пациентов;
г) психологическая и духовная поддержка, восприятие смерти как естественного процесса;
д) верно а, б, в и г.
2. Хронический болевой синдром обусловлен причинами:
а) поражением костей скелета;
б) поражением органов человека;
в) агрессивной химио- и лучевой терапией (нейропатические боли);
г) инфильтрацией мягких тканей, сдавливанием нервов;
д) раковой интоксикацией (нейропатические боли);
е) верно а, б, в и г.
3. Опрос пациента о характере болей должен отражать:
а) интенсивность боли;
б) локализацию;
в) длительность;
г) факторы, усугубляющие и облегчающие боль;
д) верно а, б и в;
е) верно а, б, в и г.
4. Для оценки интенсивности болевого синдрома чаще используют:

а) субъективную 10-балльную линейную шкалу болей;
б) мимическую шкалу болей;
в) остроту углов и переход красок;
г) верно а, б и в.
5. Основными принципами фармакотерапии хронического болевого синдрома при раке, рекомендованными ВОЗ, являются:
а) при слабой боли терапию проводят неопиоидными аналгетика ми по восходящей «аналгетической лестнице», что может сопровождаться кортикостероидами, антидепрессантами и др. На всех этапах могут сочетаться с кортикостероидами, антидепрессантами и др.;
б) прием препаратов выполнять в определенные часы (с опережением боли);
в) выбор оптимального для данного пациента аналгетика с учетом интенсивности боли, индивидуальных особенностей организма пациента и побочных действий препаратов;
г) полное информирование пациента о назначаемых аналгетических средствах и подробная схема их приема и способа введения;
д) верно б, в и г;
е) верно а, б, в и г.
6. При слабой боли, соответствующей начальной стадии хронического болевого синдрома, рекомендуется применять:
а) ненаркотические аналгетики;
б) нестероидные противовоспалительные средства [парацетамол, ибупрофен, диклофенак, кетопрофен (Кетонал*), индометацин и др.];
в) дезинтоксикационную терапию [включая препараты меглюмина натрия сукцинат (Реамберин*), Ремаксол*];
г) верно а и б;
д) верно а, б, в.
7. При умеренной боли наиболее оптимальным опиоидным средством является трамадол (Трамал*, традол). Он имеет ряд преимуществ:
а) превосходит кодеин по аналгетическому действию;
б) не является наркотическим средством [не требует специального (наркотического) бланка];
в) не вызывает тяжелых запоров;
г) не вызывает привыкания;
д) верно а, б, в;
е) верно а, б, в и г.
8. Какой препарат по схеме МНИОИ им. П.А. Герцена является базовым аналгетиком для снижения боли умеренной интенсивности?
а) производные салициловой кислоты;
б) кодеин;
в) морфин;
г) трамадол.
9. При сильном хроническом болевом синдроме (III стадия) следующим наркотическим аналгетиком является бупренорфин. По аналгетическому действию бупренорфин не уступает морфину, но вызывает меньшую:
а) сонливость;
б) тошноту, рвоту;
в) запоры;
г) снижение аппетита;
д) верно а, б, в и г.
10. Бупренорфин выпускается:
а) в таблетках для сублингвального приема по 200 и 400 мкг;
б) в ампулах по 300 мкг;
В) в шприц-тюбиках по 300 мкг;
г) в виде трансдермальных пластин 35, 52,5 и 70 мкг/ч;
д) верно а, б, в и г.

11. Морфин (Морфина гидрохлорид*) в инъекциях (10 мг/1 мл) обладает недостатками:
а) короткая продолжительность действия (всего 4 ч);
б) необходимость частых болезненных инъекций (до 6 раз в сутки);
в) быстрое привыкание;
г) выраженные побочные действия;
д) выписывание на специальном бланке и учет всех ампул;
е) верно а, б, в, г и д.
12. Пластырь фентанил (Дюрогезик*) в целях индивидуального подбора обезболивающей дозы выпускают площадью:
а) 10 $см^2$;
б) 20 $см^2$;
в) 30 $см^2$;
г) 40 $см^2$;
д) верно а, б, в и г.
13. Процедура применения пластыря включает следующие этапы:
а) подготовка места на коже (бритье волос, смыв теплой водой без мыла);
б) извлечение пластыря из запаянного пакета;
в) снятие плотной прозрачной защитной пленки;
г) плотное прижатие пластыря фентанила (Дюрогезика*) ладонью на 30 с;
д) верно б, в и г;
е) верно а, б, в и г.
14. В этапы подбора адекватной дозы фентанила (Дюрогезика*) не входит:
а) оценка интенсивности болей и снижение их уровня ранее другими аналгетиками;
б) наклеивание пластыря цельно, исходя из интенсивности болей на 72 часа;
в) деление пластыря на две части;
г) наклеивание пластыря на кожу по частям и оценка снижения болей;
д) верно в и г.
15. На современном этапе терапии нейропатической боли наиболее эффективно используют:
а) прегабалин (Лирика*);
б) метамизол натрия (Анальгин*);
в) парацетамол;
г) кетопрофен (Кетонал*);
д) верно б и в.
16. Назначение тримеперидина (Промедола*) не может быть продолжительным, поскольку вызывает ряд побочных действий:
а) сухость во рту, привыкание;
б) тошноту и рвоту;
в) запоры, признаки гепатотоксичности;
г) утнетение дыхательного центра и гипоксию;
д) верно а, б, в и г.
17. Противоболевая функция нервной системы способствуют снижению возбуждения, предупреждая шок путем:
а) синтеза нейромодуляторов головного мозга (эндорфинов), ведущих к подавлению боли;
б) возбуждения противоболевой серотонинергической системы нервных клеток, уменьшая поток болевых импульсов к коре головного мозга;
в) раздражение эмоциональных зон мозга;
г) воздействие электро- и лазерной акупунктуры связано с механизмами по пунктам: а, б и в;
д) верно а, б, в и г.
18. Согласно Приказу от 30 июня 2015 г. №386н наркотические и психотропные препараты выписывают на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 или №148-1/у-06:
а) в 2 экземплярах;
б) в 3 экземплярах;
в) указывая номер медицинской карты амбулаторного пациента;

г) с использованием компьютерных технологий;
д) верно а, в и г.
19. Если боль беспокоит большую часть суток, необходимо назначить аналгетик:
а) при первых признаках боли;
б) на ночь;
в) регулярно по часам при установлении оптимальной дозы;*
г) при средней интенсивности боли;
д) при трудноперенос имой боли.
20. Хроническая боль у больных злокачественной опухолью может быть следствием:
а) противоопухолевого лечения;
б) распространения опухолевого процесса;
в) проявления сопутствующей патологии;
г) проявления паранеопластического воспалительного процесса;
д) верно а, б, в и г;
е) верно а, б и в.
Эталоны ответов 1. д; 2. е; 3. е; 4. а; 5. е; 6. д; 7. е; 8. б; 9. д; 10. д 11. е; 12. д; 13. е; 14. д; 15. а; 16. д; 17. д; 18. д; 19. в; 20. д.

4) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

16. Хирургические методы лечения боли.
17. Регионарная анестезия при лечении болевого синдрома.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2.Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных и амбулаторно- поликлинических условиях. Методические рекомендации. Федеральный медицинский ис- следовательский центр имени И.А. Герцена.2015.
3. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 17. Паллиативная помощь в онкологии

Тема 17.3: Лечение кахексии, анорексии и некоторых других состояний у онкологических больных (практическое занятие).

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять паллиативную помощь при кахексии, анорексии и некоторых других состояний у онкологических больных.

Задачи: Изучить вопросы этиологии и патогенеза кахексии, анорексии, рвоты, икоты, диареи, запора, почечной и печеночной недостаточности у онкологических больных. Обучить диагностике и лечению данных состояний.

Обучающийся должен знать: Причины возникновения, патогенез кахексии, анорексии, рвоты, икоты, диареи, запора, почечной и печеночной недостаточности у онкологических боль- ных. Методы терапии при этих состояниях.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения онкологических больных с симптомами кахексии, анорексии, рвоты, икоты, диареи, запора, почечной и печеночной недостаточности. Осуществить лечение кахексии, анорексии, рвоты, икоты, диареи, запора, почеч- ной и печеночной недостаточности у онкологических больных.

Обучающийся должен владеть: Методами лечения при

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Причины возникновения и патогенез кахексии у онкологических больных.
Лечение кахексии.
Причины возникновения и патогенез анорексии у онкологических больных.
Лечение анорексии.
Причины возникновения и патогенез рвоты у онкологических больных.
Лечение рвоты.
Причины возникновения и патогенез икоты уонкологических больных.
Лечение икоты.
Причины возникновения и патогенез диареи у онкологических больных.
Лечение диареи.
Причины возникновения и патогенез запора у онкологических больных.
Лечение запора.
Причины возникновения и патогенез почечной и печеночной недостаточности у онкологических больных.
Лечение почечной и печеночной недостаточности.

2. Практическая работа.

Клинические разборы ***выявление причин, определение клинических проявлений кахексии, анорексии и некоторых других состояний у онкологических больных, определение показаний к определенному виду лечения; у конкретных больных***
Обсуждение тактики терапии у онкологических больных с симптомами кахексии, анорексии, рвоты, икоты, диареи, запора, почечной и печеночной недостаточности.

3. Задания для групповой работы

Обсуждение тактики диагностики и лечения по отношению к представленному пациенту.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие механизмы формирования кахексии у онкологических больных?.
2. Какие методы лечения кахексии?
3. Как развивается анорексия у онкологических больных?
4. Как осуществляется лечение анорексии?
5. Какие причины возникновения и как осуществляется лечение икоты у онкологических больных?
6. Какие причины возникновения и как осуществляется лечение рвоты у онкологических больных?
7. Какие причины возникновения и как осуществляется лечение диареи у онкологических больных?
8. Какие причины возникновения и как осуществляется лечение запора у онкологических больных?
9. Какие причины возникновения и как осуществляется лечение почечной и печеночной недостаточности у онкологических больных?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Принципам современной противорвотной терапии при полихимиотерапии противоречит:
а) применение антимиметиков в адекватных дозах сразу после введения химиопрепаратов;
б) применение антимиметиков в адекватных дозах перед началом курса полихимиотерапии;
в) регулярный осмотр слизистой полости рта для исключения мукозитов, афтозных язв;
г) соблюдение интервалов между приемами антиэметиков;
д) верно б, в и г.
2. По рекомендации ESMO выделяют 4 уровня эметогенности химиопрепаратов:
а) высокий риск - химиопрепараты [цисплатин, циклофосфамид (Циклофосфан) > 1,5 г/м^2, дакарбазин, доксорубицин 60 мг/м^2 идр.], после введения которых наблюдается рвота более чем у 90% больных;
б) умеренный риск - (оксалиплатин, карбоплатин, ифосфамид, доксорубицин, иринотекан и др.) - рвота от 30 до 90% больных;
в) низкий риск - [паклитаксел, доцетаксел, доксорубицин липосомальный, этопозид, метотрексат, фторурацил (5-фторурацилЭбеве), гемцитабин, трастузумаб идр.] - рвота у 10-30% больных;
г) минимальный - (блеомицин, винкристин, винбластин и др.) <10% больных;
д) верно а, б, в и г.
3. В зависимости от сроков и механизмов развития тошноты и рвоты, связанной с полихимиотерапией, выделяют 3 основных типа:
а) острая (в течение 24 ч);
б) отсроченная (спустя 24 ч и более после введения химиопрепаратов);
в) предшествующая (условно рефлекторная);
г) отдаленная (спустя 7-8 дней);
д) верно а, б и г;
е) верно а, б ив.
4. Основной биологической субстанцией, с которой связаны тошнота и рвота, являются:
а) рецепторы адреналина;
б) рецепторы серотонина;
в) норадреналина;
г) ренина;
д) кортизола.
5. Противорвотными препаратами 1-й линии, в основе которых лежит ондансетрон (антагонист серотонина), являются:
а) Зофран;
б) Новобан;
в) Китрил;
г) Латран;
д) верно а, б и г.
6. Наиболее важным из «дополнительных» противорвотных препаратов является:
а) дексаметазон;
б) серотонин;
в) эпинефрин (Адреналин);
г) гидрокортизон;
д) верно б и в.
7. Международной ассоциацией поддерживающего лечения в онкологии приняты принципы проведения противорвотной терапии:
а) при высоко- и среднеэметогенной химиотерапии в обязательном порядке должна использоваться комбинация эффективных доз антагонистов серотониновых рецепторов и дексаметазона;
б) при высоко- и среднеэметогенной химиотерапии должна использоваться профилактика отсроченной тошноты и рвоты путем назначения комбинации дексаметазона с метоклопрамидом (Церукалом). Профилактика проводится, пока у пациентов сохраняется риск развития этих осложнений (3 сут после окончания химиотерапии);
в) для профилактики тошноты и рвоты после низкоэметогенной химиотерапии достаточно применения дексаметазона или метоклопрамида (Церукала);

г) нет данных о преимуществе назначения противорвотных препаратов несколько раз в сутки перед однократным введением (перед началом химиотерапии);
д) верно а, б, в и г.
8. Тошнота и рвота не могут быть связаны:
а) с условно-рефлекторным введением препаратов (плацебо);
б) с метастазами в головной мозг;
в) с локальной лучевой терапией;
г) обструкцией или парезом кишечника;
д) гиперкальциемией, гипонатриемией, гипергликемией, уремией.
9. Возникновение икоты наиболее часто связано с:
а) растяжением желудка при распространенном раке;
б) раздражением диафрагмы или диафрагмального нерва;
в) токсическими эффектами при уремии и инфекции;
г) опухолью центральной нервной системы;
д) верно а, б, в и г.
10. Установление причин икоты начинают с:
а) осмотра и пальпации живота;
б) осмотра полости рта;
в) УЗИ органов брюшной полости;
г) КТ органов брюшной полости;
д) верно в и г.
11. Применению экстренного лечения икоты противоречит:
а) сокращение растяжения желудка (с помощью мятной воды, расслабляющей кардиальный жом и освобождающей от избытка газа);
б) назначение метоклопрамида (Церукала), который сокращает нижний пищеводный сфинктер и расслабляет пилорический отдел, ускоряя опорожнение желудка;
в) одновременное назначение мятной воды и метоклопрамида (Церукала);
г) стимуляция гортани, массаж места соединения твердого и мягкого нёба с помощью палочки с ватой, смоченной мятной водой;
д) повышение парциального давления углекислого газа в плазме;
е) центральное подавление рефлекса икоты с помощью приема галоперидола (5-10 мг внутрь) или аминазина (10-25 мг внутрь).
12. При длительных запорах и частичной кишечной непроходимости, вызвавшей задержку мочи, противопоказано:
а) выведение мочи катетером;
б) назначать препараты, стимулирующие работу кишечника;
в) применять слабительные средства;
г) поэтапное проведение микроклизм до 0,5 л;
д) введение слабительных свечей.
13. К простым методам детоксикации больных с генерализированными формами злокачественных опухолей следует отнести:
а) плазмаферез;
б) гемосорбцию, гемодиализ;
в) энтеросорбцию лигнином гидролизным (Полифепаном) (1 г на 1 кг массы в 3 приема в течение 2 нед);
г) в/введение 0,06% р-ра натрия гипохлорита(300 мг/л)до6-10дней;
д) в/в введение р-ра меглюмина натрия сукцината (Реамберина) 200-400 мл от 2 до 10 дней;
е) верно в, г и д.
14. В зависимости от выраженности эндотоксикоза максимальный лечебный эффект достигается комбинированиым применением:
а) энтеросорбции;
б) в/в введения р-ра меглюмина натрия сукцината (Реамберина);
в) внутрисосудистой фотомодификации (гелий-неоновым лазером);

г) верно а и б;
д) верно а, б и в.
15. Преимуществами простых методов детоксикации являются:
а) практическое отсутствие побочных
эффектов;
б) техническая простота;
в) выполнение средним медперсоналом;
г) экономичность;
д) верно а, б, в и г.

Эталоны ответов 1. а; 2. д; 3. д; 4. б; 5. д; 6. а; 7. д; 8. в; 9. д; 10. б 11. в; 12. б; 13. е; 14. д; 15. д.

4) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Дезинтоксикационная терапия при кахексии.
2. Профилактика почечной недостаточности у онкологических больных.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2010 Москва ГЭОТАР
2. Ш.Х.Ганцев, В.В. Старинский, И.В. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова Амбулаторно-поликлиническая онкология руководство для врачей 2014. М.: ГЭОТАР-Медиа,

Дополнительная:

1. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)

Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)

Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)

Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)

Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Составитель: М.Ю. Попов
Зав. кафедрой А.Г. Кисличко

Дополнения и изменения в приложение А к рабочей программе учебной дисциплины

«ОНКОЛОГИЯ»

Специальность 31.08.57 ОНКОЛОГИЯ (3+)

Профиль - Онкология

Форма обучения очная

Кафедра онкологии

Автор М.Ю. Попов

На 2025 / 2026 учебный год в приложение А к рабочей программе вносятся следующие дополнения и изменения:

Раздел 1. Основы организации онкологической помощи населению

Тема 1.1: Состояние онкологической помощи в России и Кировской области. Пути улучшения диагностики злокачественных опухолей. Активный поиск. Организация онкологической помощи в России (семинар)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного оценивать состояние онкологической помощи на государственном и регионарном уровне, пути улучшения диагностики злокачественных новообразований, проводить скрининг злокачественных опухолей, решать задачи в области организации онкологической помощи.

Задачи: сформировать специалиста врача онколога, способного самостоятельно организовывать онкологическую помощь населению, **организовать проведение скрининга опухолевых заболеваний, ранней диагностики онкологических заболеваний**

Обучающийся должен знать: состояние онкологической помощи населению и пути её улучшения. Принципы организации онкологической помощи.

Обучающийся должен уметь: организовать проведение скрининга злокачественных заболеваний.

Обучающийся должен владеть: методиками активного поиска злокачественных новообразований.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия:

1. Каковы основные статистические показатели, характеризующие распространенность злокачественных новообразований среди населения России?
2. Чем объяснить половозрастные различия статистических показателей в динамике заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них?
3. Какие основные научные направления определяют актуальность исследований в онкологии?
4. Охарактеризуйте динамику показателей излечения онкологических больных.
5. **Что подразумевает понятие активный поиск злокачественных опухолей, как он способствует ранней диагностике?**
6. **Каким условиям должны отвечать опухоли, чтобы скрининг был целесообразным?**
7. **Какие программы скрининга злокачественных опухолей применяются в России?**
8. Какие задачи онкологического диспансера?

2. Практическая работа

Решение тестовых заданий.

1. Основным структурным звеном онкологической службы является

а) НИИ онкологии

б) онкологический диспансер

в) онкологическое отделение

г) онкологический кабинет

2. В индустриальных странах главной причиной увеличения смертности от злокачественных новообразований является

а) старение населения

б) резкое ухудшение экологической обстановки

в) увеличение влияния профессиональных вредностей

г) нет правильного ответа

3. В онкологической статистике целесообразно использовать

а) только стандартизованные показатели

б) только обычные (грубые показатели)

в) и стандартизованные показатели, и обычные (грубые) показатели заболеваемости и смертности

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1.б; 2. а; 3. в.

3. Задания для групповой работы

Какие имеются реальные пути улучшения организации онкологической помощи в Кировской области и городе Кирове?

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля:

1. Каковы динамика заболеваемости злокачественными опухолями и смертности от них в России?
2. Какие имеются онкологические учреждения в России и какие их задачи и функции?
3. **Как осуществить раннюю диагностику онкопатологии?**
4. **Что такое скрининг и какие онкологические заболевания подлежат скринингу?**
5. **Какие методики проведения скрининга злокачественных опухолей?**
6. Дайте определение понятия «хоспис».
7. Организация паллиативной помощи онкологическим больным

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Как изменяется смертность от онкологических заболеваний в России за последние 20 лет?

А. Снижается за счёт уменьшения количества больных.

Б. Стабилизировалась.

В. Снижается за счёт повышения качества лечения больных онкологическими заболеваниями.

Г. Растёт за счёт увеличения удельного веса запущенных форм.

2. Что должно стать результатом любой скрининговой программы в онкологии?

А. Повышение качества ранней диагностики онкологических заболеваний.

Б. Снижение заболеваемости злокачественными новообразованиями.

В. Снижение смертности от злокачественных опухолей.

Г. Повышение качества жизни больных.

Д. Снижение затрат на лечение онкологических заболеваний.

3. Когда целесообразно проводить женщинам маммографическое исследование в качестве скринингового метода диагностики рака молочной железы?

А. При рождении.

Б. В возрасте 10-29 лет.

В. В возрасте 35-69 лет.

Г. В возрасте 40-55 лет.

Д. Старше 70 лет.

4. Какой метод скрининга рака молочной железы наиболее эффективен?

А. Маммография.

Б. Самообследование молочных желёз.

В. УЗИ молочных желёз.
Г. Компьютерная томография молочных желёз.
Д. Осмотр маммологом.
5. Что должно быть скрининговым методом диагностики рака шейки матки?
А. Осмотр гинеколога.
Б. Кольпоцитодиагностика.
В. Трансабдоминальное УЗИ органов малого таза.
Г. Трансвагинальное УЗИ органов малого таза.
Д. Раздельное диагностическое выскабливание.
6. Использование рентгенографии грудной клетки в качестве скринингового метода диагностики рака лёгких?
А. Целесообразно.
Б. Целесообразно в группах повышенного риска.
В. Целесообразно у лиц старше 50 лет.
Г. Целесообразно у курильщиков.
Д. Нецелесообразно.
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ
1.В; 2. В; 3. Г; 4. А; 5. Б; 6. Д.
4) Подготовить доклад
Примерные темы доклада:
История организации онкологической службы в России.
Перспективные методы скрининга в онкологии.

Рекомендуемая литература:
Основная:
1. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2023 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
Дополнительная:
ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 6. Общие принципы лечения злокачественных опухолей

Тема 6.3: Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей (практическое занятие)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять лекарственное лечение онкологических больных.

Задачи: Сформировать знания и умения применения лекарственного метода в лечении онкологических больных.

Обучающийся должен знать: Основы лекарственного лечения онкологических больных.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения онкологических больных, проводить лекарственное лечение онкологических больных.

Обучающийся должен владеть: Общими принципами лекарственного лечения злокачественных опухолей, техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

Модели и методы для изучения противоопухолевой активности различных соединений.

Принципы химиотерапии.

Биологическое поведение опухолей и их ответ на лекарственную терапию.

Классификация противоопухолевых цитостатиков по механизму действия.

Химиотерапия как самостоятельный метод лечения и составная комбинированного лечения.

Осложнения химиотерапии.

Таргетные препараты и их эффективность при различных злокачественных опухолях.

Группы гормональных препаратов и антигормоны.

Механизм действия гормонального лечения и показания к нему.

Модификаторы биологических реакций. Классификация, механизм действия.

2. Практическая работа

Клинические разборы - ***определение показаний к лекарственному виду лечения; лечения у конкретных больных злокачественными опухолями, определение схем лечения***

Обсуждение комплексных клинических случаев и анализ современных протоколов лечения. (Рак молочной железы, рак легкого, колоректальный рак, рак яичников, меланома кожи. Персонализированная онкология.)

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

3. Задания для групповой работы

Обсуждение необходимости проведения лекарственного лечения и характера данного лечения у больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение понятий «химиотерапия», «таргетная терапия», «гормональная терапия», «иммунотерапия» применительно к онкологии.
2. Какие опухоли, которые могут быть принципиально излечены более чем в 50 % случаев с помощью химиотерапии?
3. Какие опухоли чувствительные. Какие малочувствительные к химиотерапии?
4. Какие критерии оценки результатов лекарственного лечения?
5. Назовите основные виды химиотерапии.
6. Какие основные принципы и задачи химиотерапии?
7. Как подразделяются осложнения химиотерапии?
8. Какие противопоказания к проведению химиотерапии?
9. Как подразделяются цитостатики по механизму действия и происхождению?
10. Какие механизмы действия таргетных препаратов?
11. Какие известны препараты для гормонотерапии?
12. Какие методы иммунотерапии применяются в настоящее время?
13. **Таргетная терапия**
14. **Персонализированная онкологии. Содержание понятия. Возможности осуществления в современных условиях.**

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. Механизм действия алкилирующих препаратов состоит

а) в реакции алкилирования

б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты

в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы

г) в денатурации тубулина - белка микротрубочек

д) в образовании сшивок молекул ДНК

2. Механизм действия противоопухолевых антибиотиков состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина - белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК
3. Механизм действия антиметаболитов состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина - белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК
4. Механизм действия препаратов растительного происхождения (например, таксола) состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина - белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК
5. Механизм действия производных платины состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина - белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК
6. Наиболее часто лекарственная терапия может считаться самостоятельным высокоэффективным методом при лечении
а) рака почки
б) мелкоклеточного рака легкого
в) рака мочевого пузыря
г) рака желудка
д) рака яичников
7. Эффективная предоперационная химиотерапия в ряде случаев может привести
а) к уменьшению объема опухоли
б) к переводу больного в операбельное состояние
в) к возможному сокращению объема оперативного вмешательства
г) ко всему перечисленному
д) верных ответов нет
8. Высокочувствительными к цитостатикам являются: 1) ретинобластома 2) герминогенные опухоли 3) саркома матки 4) саркома Юинга 5) рак вульвы
а) все перечисленное правильно
б) правильно 1, 2 и 3
в) правильно 1, 2 и 4
г) правильно 1, 2 и 5
д) правильно 2, 3, 4
9. Наиболее уязвима для цитостатиков опухолевая клетка, находящаяся в фазе
а) M
б) G1
в) S
г) G2
д) G
10. К цитостатикам с преимущественно фазово-неспецифическим действием относятся
а) адриамицин
б) платидиам
в) метотрексат

г) алкилирующие агенты
д) правильно все перечисленное
11. К алкилирующим препаратам относятся
а) ифосфамид
б) эмбихин
в) вепезид
г) тио-ТЭФ
д) все перечисленные, кроме в)
12. К противоопухолевым антибиотикам относятся
а) адриамицин
б) митрамицин
в) стрептозотоцин
г) проспидин
д) правильно а) и б)
13. К антиметаболитам относятся
а) фторурацил
б) цитозар
в) хлодитан
г) цитембена
д) правильные ответы все, кроме в)
14. Противопоказанием для назначения антрациклинов является
а) диссеминация опухолевого процесса
б) сердечно-сосудистая недостаточность
в) повышение температуры тела до 37,5-С
г) отсутствие одной почки
15. Противопоказанием для применения ифосфамида является
а) геморрагический цистит
б) инфаркт в анамнезе
в) повышение трансаминаз в 2 раза
г) аллергия в анамнезе
16. Согласно рекомендации ВОЗ под полным эффектом (полной ремиссией) понимают
а) полную резорбцию опухоли
б) полную резорбцию опухоли сроком не менее, чем на 1 месяц
в) полную резорбцию опухоли сроком не менее, чем на 2 месяца
г) уменьшение опухоли и улучшение состояния больного
17. Согласно рекомендации ВОЗ под частичным эффектом (частичной ремиссией) понимают
а) уменьшение опухоли, улучшение состояния больного
б) уменьшение размеров опухоли >50%*
в) уменьшение размеров опухоли >50% сроком не менее, чем на 2 месяца
18. Статистически значимое увеличение жизни больных с диссеминированным опухолевым процессом достигается
а) при получении полного эффекта
б) при получении эффекта <50%
в) при получении субъективного эффекта
г) верно а) и б)
19. К побочным реакциям химиотерапии относятся
а) тошнота и рвота
б) гипертермия
в) агранулоцитоз
г) нефротоксичность
д) правильно а) и б)
20. К осложнениям химиотерапии относятся
а) диарея
б) анорексия

в) стоматит
г) цистит
д) правильные ответы а), в) и г)
21. Андрогены применяются
а) при раке мочевого пузыря
б) при раке молочной железы
в) при злокачественных опухолях яичника
г) при раке предстательной железы
д) верные ответы б) и г)
22. Эстрогены применяются
а) при раке предстательной железы
б) при злокачественных опухолях яичка
в) при раке яичников
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)
Эталоны ответов 1. а; 2. в; 3. б; 4. г; 5. д; 6. б; 7. г; 8. в; 9. в; 10. г 11. д; 12. д; 13. д; 14. б; 15. а; 16. б; 17. б; 18. а; 19. д; 20. д; 21. б; 22. а.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2023 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М.: ГЭОТАР-Медиа
3. М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М.: Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»

Дополнительная:

ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Раздел 6. Общие принципы лечения злокачественных опухолей

Тема 6.3: Современные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей (семинар)

Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного осуществлять лекарственное лечение онкологических больных.

Задачи: Сформировать знания и умения применения лекарственного метода в лечении онкологических больных.

Обучающийся должен знать: Основы лекарственного лечения онкологических больных.

Обучающийся должен уметь: Определять план и тактику ведения онкологических больных, проводить лекарственное лечение онкологических больных.

Обучающийся должен владеть: Общими принципами лекарственного лечения злокачественных опухолей, техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата).

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Модели и методы для изучения противоопухолевой активности различных соединений.
2. Принципы химиотерапии.

3. Биологическое поведение опухолей и их ответ на лекарственную терапию.
4. Классификация противоопухолевых цитостатиков по механизму действия.
5. Химиотерапия как самостоятельный метод лечения и составная комбинированного лечения.
6. Осложнения химиотерапии.
7. Группы гормональных препаратов и антигормоны.
8. Механизм действия гормонального лечения и показания к нему.
9. **Новейшие методы лечения.** Таргетные препараты и их эффективность при различных злокачественных опухолях.
10. Биотерапии рака (цитокины, моноклональные антитела, противоопухолевые вакцины, генотерапия, гемопоэзстимулирующие факторы).

2. Практическая работа

Участие в консилиумах по определению тактики лечения у онкологических больных.

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:

1. Антиандрогены применяются
а) при раке предстательной железы
б) при раке почки
в) при злокачественных опухолях яичка
г) при меланоме кожи
2. К средствам неспецифической иммунотерапии относятся
а) БЦЖ
б) зимозан, летинол
в) Poly-A-Poly-И
д) все перечисленное
Эталоны ответов 1. а; 2. д;

3. Задания для групповой работы

Обсуждение необходимости проведения лекарственного лечения и характера данного лечения у больного.

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Дайте определение понятий «химиотерапия», «таргетная терапия», «гормональная терапия», «иммунотерапия» применительно к онкологии.
2. Какие опухоли, которые могут быть принципиально излечены более чем в 50 % случаев с помощью химиотерапии?
3. Какие опухоли чувсвительные. Какие малочувствительные к химиотерапии?
4. Какие критерии оценки результатов лекарственного лечения?
5. Назовите основные виды химиотерапии.
6. Какие основные принципы и задачи химиотерапии?
7. Как подразделяются осложнения химиотерапии?
8. Какие противопоказания к проведению химиотерапии?
9. Как подразделяются цитостатики по механизму действия и происхождению?
10. Какие механизмы действия таргетных препаратов?
11. Какие известны препараты для гормонотерапии?
12. Какие методы иммунотерапии применяются в настоящее время?
13. **Понятие о генотерапии рака.**
14. **Противоопухолевые вакцины.**
15. **Персонализированная онкология.**

3) Подготовить доклад

Примерные темы доклада:

1. Осложнения химиотерапии.
2. Интерлейкины в онкологии.

Рекомендуемая литература:

Основная:

1. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2023 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М.: ГЭОТАР-Медиа
3. М. И. Давыдов, В. А. Горбунова. Рациональная фармакотерапия в онкологии. 2017. М.: Изд-во "Литтерра", «Консультант врача»

Дополнительная:

ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Дополнения и изменения в рабочей программе рассмотрены на заседании кафедры
“08” апреля 2025 г. Протокол № 9
Зав. кафедрой С.А. Кисличко

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«17» апреля 2025 г., протокол № 4

Дополнения и изменения в приложение А к рабочей программе учебной дисциплины

«ОНКОЛОГИЯ»

Специальность 31.08.57 ОНКОЛОГИЯ (3+)

Профиль - Онкология

Форма обучения очная

Кафедра онкологии

Автор М.Ю. Попов.

С 2025 / 2026 учебного года в приложение А к рабочей программе вносятся следующие дополнения и изменения

Раздел 5. Методы диагностики в клинической онкологии
Тема 5.2: Лабораторные, инструментальные и морфологические методы исследования (практическое занятие) изменить и читать в следующей редакции:
Цель: Подготовка специалиста врача-онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного провести качественное клиническое обследование пациента.
Задачи: Сформировать знания и умения клинического обследования пациента.
Обучающийся должен знать: Основы диагностики онкологических заболеваний.
Возможности искусственного интеллекта в диагностике онкопатологии.
Обучающийся должен уметь: Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных). Грамотно толковать результаты обследования. **Использовать искусственный интеллект при лучевых методах диагностики злокачественных опухолей**.
Обучающийся должен владеть: Основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией МКБ, в том числе с применением инструментальных и лабораторных методов диагностики.

Самостоятельная аудиторная работа обучающихся по теме:

1. Ответить на вопросы по теме занятия

1. Рациональное построение инструментальной и лабораторной диагностики злокачественных опухолей.
2. Виды лучевых методов диагностики.
3. Задачи и возможности лучевых методов диагностики злокачественных опухолей.
4. Виды эндоскопических методов диагностики.
5. Задачи и возможности эндоскопических методов диагностики злокачественных опухолей.
6. Биохимические методы диагностики.
7. Опухолевые маркеры.
8. Иммунологические методы в диагностике.
9. Перспективные методы диагностики злокачественных новообразований.
10. Морфологическая диагностика в деятельности онколога (виды морфологических исследований, способы забора материала)

2. Практическая работа.

Выполнения тестовых заданий Примеры тестовых заданий:
1. К достоинствам метода ультразвуковой томографии относятся: 1) неинвазивный характер исследования 2) безвредность 3) практически отсутствие противопоказаний 4) возможность выявления мелких (до 1 см в диаметре) новообразований в легких 5) высокая информативность при исследовании желудка и толстой кишки
а) все ответы правильные
б) правильные ответы 1, 2 и 3
в) правильные ответы 2, 3 и 4
г) правильные ответы 3, 4 и 5

д) правильные ответы 4 и 5
2. Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных с опухолями
а) легких
б) органов брюшной полости
в) молочной железы
г) щитовидной железы
д) правильные ответы в) и г)
3. Инструментальным методом, позволяющим дифференцировать магистральные сосуды без их контрастирования, может быть
а) ультразвуковая томография
б) ангиография
в) обзорная рентгенография
г) правильного ответа нет

Эталоны ответов 1б; 2д; 3а;

Самостоятельная внеаудиторная работа обучающихся по теме:

Задания для самостоятельной внеаудиторной работы студентов по указанной теме:

1) Ознакомиться с теоретическим материалом по теме занятия с использованием конспектов лекций и рекомендуемой учебной литературы.

2) Ответить на вопросы для самоконтроля

1. Какие основные этапы обследования больных с подозрением на злокачественное новообразование?
2. Основные методы базовой рентгенодиагностики онкологических заболеваний.
3. Какие основные рентгеноскопические симптомы рака органов пищеварения?
4. Какие инвазивные исследования, выполняемые под рентгенотелевизионным контролем, применяются в онкологии?
5. Какие рентгенологические симптомы злокачественных заболеваний легких и средостения?
6. Какие рентгенологические симптомы злокачественных опухолей костно-суставной системы?
7. Укажите цели и области использования линейной томографии.
8. Назовите специальные виды рентгенографии, их возможности.
9. Дайте характеристику метода КТ.
10. Укажите области применения КТ.
11. Охарактеризуйте диагностические возможности МРТ.
12. Перечислите виды УЗИ с их предназначением.
13. Назовите виды радионуклидных исследований.
14. Какие уровни получения медицинских изображений вы знаете?
15. **Как правильно использовать искусственный интеллект при лучевой диагностике опухолей?**
16. Какими возможностями обладают эндоскопические исследования?
17. Какие основные виды эндоскопических исследований и области их применения?
18. Какие существуют особенности изменений периферической крови, биохимических и иммунологических тестов у онкологических больных?
19. **В чем целесообразность использования искусственного интеллекта при морфологической диагностике опухолей?**
20. Роль опухолевых маркеров в онкологии.
21. Как проводится выявление рака в доклиническом периоде?

3) Проверить свои знания с использованием тестового контроля

1. К эндоскопическим исследованиям с применением фиброволоконной оптики, используемым в настоящее время в клинике, относятся
а) лапароскопия
б) торакоскопия
в) цистоскопия
г) артроскопия
д) все перечисленные
2. Применение рентгенотелевидения

а) уменьшает лучевую нагрузку на рентгенолога и больного
б) увеличивает лучевую нагрузку
в) не влияет на величину лучевой нагрузки
г) повышает качество рентгенограммы
д) ухудшает качество рентгенограммы
3. Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить
а) морфологический диагноз
б) топический диагноз
в) клинический диагноз
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет
4. Уровень стероидных гормонов может быть определен
а) в моче
б) в крови
в) в слюне
г) в слюне и крови
д) в моче и крови
5. При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается
а) гипокоагуляция
б) нормокоагуляция
в) гиперкоагуляция
г) все варианты встречаются с одинаковой частотой
6. Для рака молочной железы I стадии характерны следующие изменения анализа крови
а) анемия
б) лейкоцитоз
в) ускоренное СОЭ
г) все ответы верные
д) правильного ответа нет
7. Из перечисленных методик дуоденографии наиболее информативной является
а) беззондовая дуоденография без гипотонии двенадцатиперстной кишки
б) зондовая дуоденография без гипотонии двенадцатиперстной кишки
в) зондовая гипотензивная дуоденография
г) беззондовая гипотензивная дуоденография
д) все перечисленные методики обладают одинаковой информативностью
8. Наиболее информативным из перечисленных методов диагностики метастатического поражения паренхимы печени является
а) лапароскопия
б) ангиография
в) биохимическое исследование крови
г) сканирование печени
д) все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью
9. На поперечных срезах грудной клетки при рентгеновской компьютерной томографии нельзя
а) точно локализовать опухоль
б) рассчитать ее размеры
в) оценить плотность и однородность опухоли
г) определить доброкачественный или злокачественный характер новообразования
10. Рентгенокинематографическое исследование
а) является основной методикой изучения морфологии органа и патологического процесса
б) применение метода связано с большими трудностями
в) увеличивает лучевую нагрузку на больного и рентгенолога
г) качество изображения не уступает таковому на высококачественной рентгенограмме
д) правильные ответы б) и в)
11. Свойством, не характерным для электрорентгенографии, является
а) получение скрытого изображения на селеновой пластинке

б) быстрота изготовления снимков
в) невозможность визуального контроля при производстве электрорентгенограмм
г) нечеткое изображение контуров отдельных органов и деталей
д) отсутствие необходимости затемнения помещения
12. Абсолютными противопоказаниями к бронхографии являются
а) тяжелая декомпенсация при пороках сердца
б) выраженная недостаточность внешнего дыхания
в) острое воспаление верхних дыхательных путей
г) массивное легочное кровотечение
д) все ответы верные
13. Условиями выполнения диагностического пневмоторакса являются: 1) проводится в стационаре 2) проводится амбулаторно 3) оптимальное количество газа, вводимое в плевральную полость, - 400-800 мл 4) обязательное введение не менее 1500 мл газа
а) правильно 1 и 3
б) правильно 2 и 4
в) правильно 1 и 4
г) правильно 2 и 3
д) правильного ответа нет
14. Показаниями к проведению сиалографии являются
а) аденома слюнной железы
б) рак слюнной железы
в) хронический сиалоаденит
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного
15. Диагностика опухолевых образований молочных желез возможна
а) при ультразвуковом исследовании
б) при маммографии
в) при термографии
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет
16. К инвазивным методам рентгенологического исследования относятся
а) компьютерная томография
б) ирригоскопия
в) ангиография
г) флюорография
17. К неинвазивным методам рентгенологического исследования относятся
а) аортография
б) лимфография
в) компьютерная томография
г) илиокавография
д) веноазигография
18. К рентгенологическим методикам исследования мочевыводящих путей относятся
а) гистерография
б) экскреторная урография
в) холецистография
г) бронхография
19. К непрямым методам диагностики увеличенных лимфоузлов относятся
а) лимфография
б) илиокавография
в) рентгеновская компьютерная томография
г) ультразвуковая томография
20. Ангиография наиболее информативна при диагностике опухолей
а) шейки матки
б) почки

в) желудка
г) легких
21. Использование лимфографии целесообразно при следующих опухолях яичников
а) серозная цистаденокарцинома
б) дисгерминома
в) муцинозный рак
г) эндометриоидный рак
22. Радиоизотопные исследования в клинической онкологии используются
а) для выявления первичной опухоли
б) для определения распространенности злокачественного процесса
в) для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов
г) правильны только ответы а) и б)
д) все ответы правильные
23. Опухоль характеризуется
а) повышенным накоплением радионуклида в опухоли
б) пониженным накоплением радионуклида в опухоли
в) нарушением распространения радиоактивного вещества по сосудам
г) все ответы правильные
д) правильные только ответы а) и б)
24. Радиофосфорный тест применяют для диагностики
а) поверхностных опухолей
б) опухолей полостных органов, доступных для введения датчика
в) только для опухолей, имеющих тропность к фосфору
г) все ответы правильные
д) правильные ответы а) и б)
25. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей
а) поджелудочной железы
б) желудка
в) щитовидной железы
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет
26. Радиоактивный йод может быть применен для выявления
а) первичной опухоли щитовидной железы
б) метастазов рака щитовидной железы в легкие, печень
в) метастазов рака щитовидной железы в кости
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные
27. Для диагностики метастатического поражения костей чаще всего используются
а) радиоактивный 32P
б) радиоактивный 99Sr
в) радиоактивный 90Co
г) радиоактивный 131J
д) все ответы правильные
28.Радиоизотопные исследования лимфатических узлов с цитратом галлия 67Ga информативны
а) для рака легкого
б) для лимфомы
в) для рака пищевода
г) все ответы правильные
29. Радиоизотопное исследование легких с внутривенным введением 133Xe используется
а) для диагностики злокачественных опухолей
б) для диагностики доброкачественных опухолей
в) для оценки регионарного легочного кровотока
г) для оценки вентиляции легких

30. Радиоиммунологическое определение уровня РЭА (раково-эмбрионального антигена) может быть использовано
а) для установления диагноза рака
б) для уточнения степени распространенности опухоли
в) для динамического наблюдения
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные
31. Повышение уровня кальцитонина, определяемое радиоиммунологическим методом, характерно
а) для папиллярного рака щитовидной железы
б) для фолликулярного рака щитовидной железы
в) для недифференцированного рака щитовидной железы
г) для медуллярного рака щитовидной железы
д) все ответы правильные
32. Рецепторы стероидных гормонов выявляются в опухолях
а) молочной железы
б) матки
в) гортани
г) правильные ответы а) и б)
д) все ответы правильные
33. Для диагностики злокачественных опухолей тела матки наиболее информативной является
а) лапароскопия
б) гистероскопия
в) кольпоскопия
г) кульдоскопия
34. Противопоказанием к выполнению бронхофиброскопии не является
а) тяжелый астматический статус (при самостоятельном дыхании)
б) искусственная вентиляция легких в связи с дыхательной недостаточностью
в) профузное легочное кровотечение (при самостоятельном дыхании)
г) наличие крупного инородного тела в трахее (при самостоятельном дыхании)
д) в настоящее время перечисленные ситуации противопоказанием не являются
35. Экстренная эзофагоскопия показана: 1) для подтверждения или исключения диагноза злокачественного новообразования в пищеводе 2) для уточнения распространенности опухолевого процесса 3) при подозрении на повреждение или перфорацию пищевода 4) при пищеводно-желудочном кровотечении 5) для оценки эффективности противоопухолевого лечения
а) правильно 1 и 2
б) правильно 3 и 4
в) правильно 4 и 5
г) правильно 1 и 4
д) правильно 1 и 5
36. Абсолютным противопоказанием к выполнению медиастиноскопии является
а) увеличение щитовидной железы (I-II степени)
б) выраженный синдром сдавления верхней полой вены
в) синусовая тахикардия до 100 в минуту
г) недостаточность легочной вентиляции II степени
37. Методами, позволяющими определить функциональное участие правого и левого легкого в вентиляции, являются: 1) сканирование органов средостения с цитратом галлия (67Ga) 2) сканирования легких с макроагрегатом альбумина, меченного 131J 3) общая спирография (спирометрия) 4) раздельная бронхоспирография (-спирометрия) 5) латеротест (Бергана)
а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 4 и 5
д) правильно 2 и 4

38. Аспирационный (пункционный) метод исследования наиболее информативен в цитологической диагностике
а) эпителиальных опухолей
б) мезенхимальных опухолей
в) нейрогенных опухолей
г) дисэмбриональных опухолей
39. Для диагностики хориокарциномы матки целесообразно применять следующие иммунологические методы исследования
а) АФП, РЭА (а-фетопротеин, раково-эмбриональный антиген)
б) ХГ, ТБГ (хронический гонадотропин, трофобластический b-глобулин)
в) правильного ответа нет
г) все ответы правильные
40. Абсолютно достоверная интраоперационная диагностика распространенности опухолевого процесса возможна
а) на основании срочного цитологического исследования материала, взятого во время операции
б) на основании срочного гистологического исследования биопсийного материала, взятого во время операции
в) на основании комплексного обследования (пальпация, осмотр, срочное гистологическое и цитологическое исследование)
г) нет абсолютно достоверных методов интраоперационной диагностики распространенности опухолевого процесса
д) правильного ответа нет
Эталоны ответов 1. д; 2. а; 3. б; 4. д; 5. в; 6. д; 7. в; 8. б; 9. г; 10. Д; 11. г; 12. д; 13. а; 14. г; 15. г; 16. в; 17. в; 18. б; 19. б; 20. б; 21. б; 22. д; 23. г; 24. г; 25. в; 26 д; 27. б; 28. г; 29. в; 30. в; 31. г; 32. д; 33. б; 34. д; 35. б; 36. б; 37. г; 38. а; 39. б; 40. г.

4) Подготовить доклад

Примерные темы доклада

1. ДНК-диагностика в онкологии.
2. ПЭТ-диагностика в онкологии.

Рекомендуемая литература:

Основная:
1. Ганцев Ш.Х. Онкология; учебник 2023 Москва ГЭОТАР
2. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов Онкология национальное руководство. Краткое издание 2017 М. : ГЭОТАР-Медиа
Дополнительная:
1. ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»
1. Федеральная электронная медицинская библиотека (http://193.232.7.109/feml)
2. Федеральный портал «Российское образование» (http://www.edu.ru)
3. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/window)
4. Документационный центр Всемирной организации здравоохранения (http://whodc.mednet.ru)
5. Univadis.ru – ведущий интернет-ресурс для специалистов здравоохранения (http://www.univadis.ru).

Дополнения и изменения в приложение А рабочей программы рассмотрены на заседании кафедры
«18» февраля 2026 г., протокол № 7
Заведующий. кафедрой С.А. Кисличко

Внесенные изменения и дополнения утверждаю:
Проректор по учебной работе Е.Н. Касаткин
«19» февраля 2026 г., протокол № 3

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Кировский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра ОНКОЛОГИИ

Приложение Б к рабочей программе дисциплины (модуля)

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

«ОНКОЛОГИЯ»

Специальность 31.08.57 ОНКОЛОГИЯ
(очная форма обучения)

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код компетенции	Содержание компетенции	Результаты обучения			Разделы дисциплины, при освоении которых формируется компетенция	Номер семестра, в котором формируется компетенция
		Знать	*Уметь*	*Владеть*		
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Основные проблемы здравоохранения. Место онкологии как раздела медицинской науки и шире, как части естествознания.	Критически и творчески воспринимать данные медицинской науки вообще и онкологии в частности.	Клиническим мышлением, онкологическим мировоззрением. Навыками работы с медицинской литературой. Навыками применения достижений онкологической науки в практике, основами медицинской информатики и компьютерной техники	Раздел 1. Основы организации онкологической помощи населению Раздел 2 Хирургическая анатомия и оперативная хирургия Раздел 3 Морфология опухолей Раздел 4 Основы теоретической и экспериментальной онкологии Раздел 5 Методы диагностики в клинической онкологии Раздел 6 Общие принципы лечения злокачественных опухолей	1 – 4 семестры

					Раздел 7 Опухоли головы и шеи Раздел 8 Опухоли опорно-двигательного аппарата Раздел 9 Опухоли женских половых органов Раздел 10 Опухоли кожи Раздел 11 Опухоли органов грудной клетки Раздел 12 Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства Раздел 13 Опухоли молочной железы Раздел 14 Опухоли кроветворной системы Раздел 15 Онкоурология Раздел 16 Онкологические синдромы Раздел 17 Паллиативная помощь в онкологии	
ПК-1	Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, пре-	Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям. Проведение динамического наблюдения за больными и необходимого обследования. Осуществление профилактической работы, направленной на вы-	Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного	Методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых	Раздел 1. Основы организации онкологической помощи населению Раздел 4 Основы теоретической и экспериментальной онкологии Раздел 5 Методы диагностики в клинической онкологии Раздел 7	1 – 4 семестры

	дупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	явление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии. Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний; Основы канцерогенеза. Основы диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологические, цитологические, лучевые, иммунологические). Эпидемиологию онкологических заболеваний. Задачи онкологической пропаганды и методы санитарного просвещения; статистические отчетные формы	врачебного инструментария. Организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний; Проводить профилактические осмотры населения с целью выявления больных онкологическими заболеваниями; Проводить санитарно-просветительную работу среди населения, осуществлять подготовку общественного актива участка	методов и средств диагностики больных в условиях стационара и поликлиник). Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания. Методами проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы. Методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии,	Опухоли головы и шеи Раздел 8 Опухоли опорно-двигательного аппарата Раздел 9 Опухоли женских половых органов Раздел 10 Опухоли кожи Раздел 11 Опухоли органов грудной клетки Раздел 12 Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства Раздел 13 Опухоли молочной железы Раздел 14 Опухоли кроветворной системы Раздел 15 Онкоурология Раздел 16 Онкологические синдромы	

				аускультации) Основами медицинской информатики и компьютерной техники		
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям. Осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии Проведение динамического наблюдения за больными и необходимого обследования. Знание этиологии и патогенеза опухолевых заболеваний.	Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария. Организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний. Проводить профилактические осмотры населения с целью выявления больных онкологическими заболеваниями	Методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, применяемых методов и средств диагностики больных) Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания	Раздел 1. Основы организации онкологической помощи населению Раздел 3 Морфология опухолей Раздел 5 Методы диагностики в клинической онкологии Раздел 7 Опухоли головы и шеи Раздел 8 Опухоли опорно-двигательного аппарата Раздел 9 Опухоли женских половых органов Раздел 10 Опухоли кожи Раздел 11 Опухоли органов грудной клетки Раздел 12 Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства Раздел 13 Опухоли молочной железы Раздел 14 Опухоли кроветворной системы Раздел 15 Онкоурология Раздел 16 Онкологические синдромы	1 – 4 семестры
ПК-5	готовностью к	Алгоритм постановки	Получать информацию о	Методами клинического	Раздел 1. Основы орга-	1 – 4 семестры

	определению упациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	диагноза и на основании полученных данных выработать индивидуальный план лечения больного, определить основные прогностические перспективы. Основы диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологические, цитологические, лучевые, иммунологические). Клиническую анатомию основных анатомических областей тела, закономерности метастазирования опухолей. Основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов и систем организма, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции	заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере. Собрать жалобы и анамнез. Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющихся у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария. Оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения больных из этого состояния, определить	обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации). Методами операционной диагностики (биопсии опухоли) Основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией МКБ.	низации онкологической помощи населению Раздел 3 Морфология опухолей Раздел 4 Основы теоретической и экспериментальной онкологии Раздел 5 Методы диагностики в клинической онкологии Раздел 7 Опухоли головы и шеи Раздел 8 Опухоли опорно-двигательного аппарата Раздел 9 Опухоли женских половых органов Раздел 10 Опухоли кожи Раздел 11 Опухоли органов грудной клетки Раздел 12 Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства Раздел 13 Опухоли молочной железы Раздел 14 Опухоли кроветворной системы Раздел 15 Онкоурология Раздел 16 Онкологические синдромы Раздел 17 Паллиативная помощь в онкологии	

			объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия. Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных). Организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на онкологическое заболевание. Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы.			
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании	Основы хирургического, лекарственного, гормонального и иммунологиче	Определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные	Общими принципами лечения злокачественных опухолей. Техникой выполнения оперативных	Раздел 1. Основы организации онкологической помощи населению Раздел 2 Хирургическая	1 – 4 семестры

	онкологической медицинской помощи	ского лечения онкологических больных	средства и другие лечебные мероприятия. Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях.	вмешательств при онкологических заболеваниях. Техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата); Методами обезболивания у онкологических больных; Методиками нутритивной терапии и зондового питания.	анатомия и оперативная хирургия Раздел 5 Методы диагностики в клинической онкологии Раздел 6 Общие принципы лечения злокачественных опухолей Раздел 7 Опухоли головы и шеи Раздел 8 Опухоли опорно-двигательного аппарата Раздел 9 Опухоли женских половых органов Раздел 10 Опухоли кожи Раздел 11 Опухоли органов грудной клетки Раздел 12 Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства Раздел 13 Опухоли молочной железы Раздел 14 Опухоли кроветворной системы Раздел 15 Онкоурология Раздел 16 Онкологические синдромы Раздел 17 Паллиативная помощь в онкологии	
ПК-8	готовностью к применению природных лечебных	Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в	Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в	Методикой определения необходимости проведения тех или	Раздел 6 Общие принципы лечения злокачественных опухолей	1 – 4 семестры

	факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	соответствии с требованиями квалификационной характеристики.	соответствии с требованиями квалификационной характеристики. Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы.	иных лечебных и реабилитационных мероприятий в зависимости от конкретной ситуации.	Раздел 7 Опухоли головы и шеи Раздел 8 Опухоли опорно-двигательного аппарата Раздел 9 Опухоли женских половых органов Раздел 10 Опухоли кожи Раздел 11 Опухоли органов грудной клетки Раздел 12 Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства Раздел 13 Опухоли молочной железы Раздел 14 Опухоли кроветворной системы Раздел 15 Онкоурология Раздел 16 Онкологические синдромы	
ПК-9	готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии. Знание принципов врачебной этики и деонтологии. Санитарно-гигиенические и	Организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний. Проводить санитарно-просветительную работу среди населения, осуществлять подготовку общественного актива участка.	Методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения	Раздел 1. Основы организации онкологической помощи населению Раздел 4 Основы теоретической и экспериментальной онкологии Раздел 7 Опухоли головы и шеи Раздел 8 Опухоли опорно-двигательного аппарата Раздел 9 Опухоли жен-	1 – 4 семестры

		профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний.		больных в условиях стационара и поликлиники. Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания	ских половых органов Раздел 10 Опухоли кожи Раздел 11 Опухоли органов грудной клетки Раздел 12 Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства Раздел 13 Опухоли молочной железы Раздел 14 Опухоли кроветворной системы Раздел 15 Онкоурология Раздел 16 Онкологические синдромы	

2. Показатели и критерии оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Показатели оценивания	Критерии и шкалы оценивания				Оценочное средство	
	Неудовлетворительно	Удовлетворительно	Хорошо	Отлично	для текущего контроля	для промежуточной аттестации
УК-1						
Знать	Не знает основные проблемы здравоохранения. Место онкологии как раздела медицинской науки и шире, как части естествознания.	Не в полном объеме знает основные проблемы здравоохранения. Место онкологии как раздела медицинской науки и шире, как части естествознания, допускает существенные ошибки	Знает основные проблемы здравоохранения. Место онкологии как раздела медицинской науки и шире, как части естествознания, допускает ошибки	Знает основные проблемы здравоохранения. Место онкологии как раздела медицинской науки и шире, как части естествознания	устный опрос	собеседование
Уметь	Не умеет критически и творчески воспринимать данные медицинской науки вообще и онкологии в частности	Частично освоено умение критически и творчески воспринимать данные медицинской науки вообще и онколо-	Правильно использует умение критически и творчески воспринимать данные медицинской науки вообще и онко-	Самостоятельно использует умение критически и творчески воспринимать данные медицинской науки вообще и	Устный опрос. Проверка практических навыков.	Собеседование.

		гии в частности	логии в частности, допускает ошибки	онкологии в частности		
Владеть	Не владеет клиническим мышлением, онкологическим мировоззрением. Навыками работы с медицинской литературой. Навыками применения достижений онкологической науки в практике, основами медицинской информатики и компьютерной техники	Не полностью владеет клиническим мышлением, онкологическим мировоззрением. Навыками работы с медицинской литературой. Навыками применения достижений онкологической науки в практике, основами медицинской информатики и компьютерной техники	Способен использовать навыки клинического мышления, онкологического мировоззрения. Имеет навыки работы с медицинской литературой, навыки применения достижений онкологической науки в практике. Владеет основами медицинской информатики и компьютерной техники, однако допускает ошибки.	Владеет клиническим мышлением, онкологическим мировоззрением. Навыками работы с медицинской литературой. Навыками применения достижений онкологической науки в практике, основами медицинской информатики и компьютерной техники	Устный опрос. Проверка практических навыков.	Проверка практических навыков, собеседование.
ПК-1						
Знать	Фрагментарные знания принципов выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям. Проведения динамического наблюдения за больными и необходимого обследования. Осуществления профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии. Санитарно-гигиенических и профилактичес	Общие, но не структурированные знания принципов выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям. Проведения динамического наблюдения за больными и необходимого обследования. Осуществления профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии. Санитарно-гигиенических и	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания принципов выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям. Проведения динамического наблюдения за больными и необходимого обследования. Осуществления профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии. Санитарно-	Сформированные систематические знания принципов выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям. Проведения динамического наблюдения за больными и необходимого обследования. Осуществления профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии. Санитарно-гигиенических	Устный опрос.	собеседование

	ких мероприятий, направленных на снижение риска онкологических заболеваний; Основ канцерогенеза. Основ диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологическ ие, цитологические , лучевые, иммунологичес кие). Эпидемиологии онкологических заболеваний. Задач онкологической пропаганды и методов санитарного просвещения; статистических отчетных форм.	профилактичес ких мероприятий, направленных на снижение риска онкологических заболеваний; Основ канцерогенеза. Основ диагно-стики онколо-гических забо-леваний (кли-нические, мор-фологические, цитологиче-ские, лучевые, иммунологиче-ские). Эпиде-миологии онко-логических за-болеваний. За-дач онкологи-ческой пропа-ганды и мето-дов санитарно-го просвеще-ния; статисти-ческих отчет-ных форм.	гигиенических и профилактичес ких мероприятий, направленных на снижение риска онкологических заболеваний; Основ канцерогенеза. Основ диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологическ ие, цитологические , лучевые, иммунологичес кие). Эпидемиологии онкологических заболеваний. Задач онкологической пропаганды и методов санитарного просвещения; статистических отчетных форм.	и профилактичес ких мероприятий, направленных на снижение риска онкологических заболеваний; Основ канцерогенеза. Основ диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологическ ие, цитологические , лучевые, иммунологичес кие). Эпидемиологии онкологических заболеваний. Задач онкологической пропаганды и методов санитарного просвещения; статистических отчетных форм.		
Уметь	Частично освоенное умение получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария. Организовать	В целом успешное, но не систематически осуществляемо е умение получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного	Сформированн ое умение получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария. Организовать и провести	Устный опрос. Проверка практиче-ских навыков.	Тесты. собеседо-вание

	и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний; Проводить профилактические осмотры населения с целью выявления больных онкологическими заболеваниями; Проводить санитарно-просветительную работу среди населения, осуществлять подготовку общественного актива участка	инструментария. Организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний; Проводить профилактические осмотры населения с целью выявления больных онкологическими заболеваниями; Проводить санитарно-просветительную работу среди населения, осуществлять подготовку общественного актива участка	врачебного инструментария. Организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний; Проводить профилактические осмотры населения с целью выявления больных онкологическими заболеваниями; Проводить санитарно-просветительную работу среди населения, осуществлять подготовку общественного актива участка	комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний; Проводить профилактические осмотры населения с целью выявления больных онкологическими заболеваниями; Проводить санитарно-просветительную работу среди населения, осуществлять подготовку общественного актива участка		
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики больных в условиях стационара и	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики больных в	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств	Успешное и систематическое применение навыков владения методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики больных в условиях	Проверка практических навыков.	Проверка практических навыков, собеседование

	поликлиник). Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания. Методами проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы. Методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации). Основами медицинской информатики и компьютерной техники.	условиях стационара и поликлиник). Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания. Методами проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы. Методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации). Основами медицинской информатики и компьютерной техники.	диагностики больных в условиях стационара и поликлиник). Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания. Методами проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы. Методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации). Основами медицинской информатики и	стационара и поликлиник). Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания. Методами проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы. Методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации). Основами медицинской информатики и компьютерной техники.		

			компьютерной техники.			
ПК-2						
Знать	Фрагментарные знания принципов выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям. Осуществления профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии Проведения динамического наблюдения за больными и необходимого обследования. Знания этиологии и патогенеза опухолевых заболеваний.	Общие, но не структурированные знания принципов выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям. Осуществления профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии Проведения динамического наблюдения за больными и необходимого обследования. Знания этиологии и патогенеза опухолевых заболеваний.	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания принципов выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям. Осуществления профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии Проведения динамического наблюдения за больными и необходимого обследования. Знания этиологии и патогенеза опухолевых заболеваний.	Сформированные систематические знания принципов выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям. Осуществления профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии Проведения динамического наблюдения за больными и необходимого обследования. Знания этиологии и патогенеза опухолевых заболеваний.	Устный опрос.	собеседование
Уметь	Частично освоенное умение получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Объективно исследовать больного по всем органам и	Сформированное умение получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного	Устный опрос. Проверка практических навыков.	Тесты. собеседование

	основного врачебного инструментария. Организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний. Проводить профилактические осмотры населения с целью выявления больных онкологическими заболеваниями	числе с использованием основного врачебного инструментария. Организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний. Проводить профилактические осмотры населения с целью выявления больных онкологическими заболеваниями.	системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария. Организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний. Проводить профилактические осмотры населения с целью выявления больных онкологическими заболеваниями.	врачебного инструментария. Организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний. Проводить профилактические осмотры населения с целью выявления больных онкологическими заболеваниями.		
Владеть	Не владеет методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, применяемых методов и средств диагностики больных) Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания	Не полностью владеет методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, применяемых методов и средств диагностики больных) Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков методов статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, применяемых методов и средств диагностики больных) Методов проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определения задач по улучшению онкологической ситуации, решения	Успешное и систематическое применение навыков методов статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, применяемых методов и средств диагностики больных) Методов проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определения задач по улучшению онкологической ситуации, решения вопросов прогноза заболевания	Проверка практических навыков.	Проверка практических навыков, собеседование

			вопросов прогноза заболевания			
ПК-5						
Знать	Фрагментарные знания алгоритма постановки диагноза и на основании полученных данных выработки индивидуального плана лечения больного, определения основных прогностических перспектив. Основ диагностики онкологических заболеваний (клинических, морфологических, цитологических, лучевых, иммунологических). Клинической анатомии основных анатомических областей тела, закономерности метастазирования опухолей. Основных вопросов нормальной и патологической физиологии органов и систем организма, взаимосвязи функциональных систем организма и уровни их регуляции	Общие, но не структурированные знания алгоритма постановки диагноза и на основании полученных данных выработки индивидуального плана лечения больного, определения основных прогностических перспектив. Основ диагностики онкологических заболеваний (клинических, морфологических, цитологических, лучевых, иммунологических). Клинической анатомии основных анатомических областей тела, закономерности метастазирования опухолей. Основных вопросов нормальной и патологической физиологии органов и систем организма, взаимосвязи функциональных систем организма и уровни их регуляции	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания алгоритма постановки диагноза и на основании полученных данных выработки индивидуального плана лечения больного, определения основных прогностических перспектив. Основ диагностики онкологических заболеваний (клинических, морфологических, цитологических, лучевых, иммунологических). Клинической анатомии основных анатомических областей тела, закономерности метастазирования опухолей. Основных вопросов нормальной и патологической физиологии органов и систем организма, взаимосвязи функциональных систем организма и уровни их регуляции	Сформированные систематические знания алгоритма постановки диагноза и на основании полученных данных выработки индивидуального плана лечения больного, определения основных прогностических перспектив. Основ диагностики онкологических заболеваний (клинических, морфологических, цитологических, лучевых, иммунологических). Клинической анатомии основных анатомических областей тела, закономерности метастазирования опухолей. Основных вопросов нормальной и патологической физиологии органов и систем организма, взаимосвязи функциональных систем организма и уровни их регуляции	Устный опрос. Решение тестовых и ситуационных задач.	Тесты. собеседование.
Уметь	Частично	В целом	В целом	Сформированн	Устный	Тесты.

	освоенное умение получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере. Собрать жалобы и анамнез. Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющихся у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария. Оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения больных из этого	успешное, но не систематически осуществляемое умение получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере. Собрать жалобы и анамнез. Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющихся у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария. Оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения	успешное, но содержащее отдельные пробелы умение получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере. Собрать жалобы и анамнез. Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющихся у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария. Оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для	ое умение получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания. Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере. Собрать жалобы и анамнез. Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющихся у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения. Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария. Оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения больных из этого состояния,	опрос. Решение тестовых и ситуационных задач.	собеседование.

	состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия. Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных). Организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на онкологическое заболевание. Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы	больных из этого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия. Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных). Организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на онкологическое заболевание. Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы.	выведения больных из этого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия. Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных). Организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на онкологическое заболевание. Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы.	определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия. Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных). Организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на онкологическое заболевание. Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы.		
Владеть	Не владеет, либо фрагментарно владеет методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза,	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами клинического обследования онкологических больных	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами клинического обследования	Успешное и систематическое применение навыков владения методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора	Устный опрос. Решение ситуационных задач.	Тесты. Проверка практических навыков, собеседование.

	пальпации, перкуссии, аускультации). Методами операционной диагностики (биопсии опухоли) Основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией МКБ.	(осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации). Методами операционной диагностики (биопсии опухоли) Основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией МКБ.	онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации). Методами операционной диагностики (биопсии опухоли) Основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией МКБ.	анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации). Методами операционной диагностики (биопсии опухоли) Основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией МКБ.		
ПК-6						
Знать	Фрагментарные знания основ хирургического, лекарственного, гормонального и иммунологического лечения онкологических больных	Общие, но не структурированные знания основ хирургического, лекарственного, гормонального и иммунологического лечения онкологических больных	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания основ хирургического, лекарственного, гормонального и иммунологического лечения онкологических больных	Сформированные систематические знания основ хирургического, лекарственного, гормонального и иммунологического лечения онкологических больных	Устный опрос. Решение тестовых и ситуационных задач.	Тесты. собеседование.
Уметь	Частично освоенное умение определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия. Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия. Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия. Организовать неотложную помощь в экстренных ситуа-	Сформированное умение определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия. Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях	Устный опрос. Решение тестовых и ситуационных задач.	Тесты. собеседование.

			циях			
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения общими принципами лечения злокачественных опухолей. Техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях. Техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата); Методами обезболивания у онкологических больных; Методиками нутритивной терапии и зондового питания.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков общими принципами лечения злокачественных опухолей. Техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях. Техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата); Методами обезболивания у онкологических больных; Методиками нутритивной терапии и зондового питания	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков общими принципами лечения злокачественных опухолей. Техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях. Техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата); Методами обезболивания у онкологических больных; Методиками нутритивной терапии и зондового питания	Успешное и систематическое применение навыков общими принципами лечения злокачественных опухолей. Техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях. Техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата); Методами обезболивания у онкологических больных; Методиками нутритивной терапии и зондового питания	Устный опрос. Решение ситуационных задач.	Тесты. Проверка практических навыков, собеседование.
ПК-8						
Знать	Фрагментарные знания проведения лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики	Общие, но не структурированные знания проведения лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания проведения лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики	Сформированные систематические знания проведения лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики	Устный опрос. Решение тестовых и ситуационных задач.	Тесты. собеседование.
Уметь	Частично освоенное умение проведения лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение проведения лечебных и реабилитационных	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение проведения лечебных и реабилитационных	Сформированное умение проведения лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями	Устный опрос. Решение тестовых и ситуационных задач.	Тесты. собеседование.

	квалификационной характеристики. Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы.	мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики. Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы.	мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики. Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы.	квалификационной характеристики. Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы.		
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методикой определения необходимости проведения тех или иных лечебных и реабилитационных мероприятий в зависимости от конкретной ситуации.	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методикой определения необходимости проведения тех или иных лечебных и реабилитационных мероприятий в зависимости от конкретной ситуации.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методикой определения необходимости проведения тех или иных лечебных и реабилитационных мероприятий в зависимости от конкретной ситуации.	Успешное и систематическое применение навыков владения методикой определения необходимости проведения тех или иных лечебных и реабилитационных мероприятий в зависимости от конкретной ситуации.	Устный опрос. Решение ситуационных задач.	Тесты. Проверка практических навыков, собеседование.
ПК-9						
Знать	Фрагментарные знания осуществления профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии. Знания принципов врачебной этики и деонтологии. Санитарно-гигиенических	Общие, но не структурированные знания осуществления профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии. Знания принципов врачебной этики и деонтологии. Санитарно-	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания осуществления профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии. Знания принципов врачебной этики и	Сформированные систематические знания осуществления профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии. Знания принципов врачебной этики и деонтологии.	Устный опрос. Решение тестовых и ситуационных задач.	Собеседование.

	и профилактических мероприятий, направленных на снижение риска онкологических заболеваний.	гигиенических и профилактических мероприятий, направленных на снижение риска онкологических заболеваний.	деонтологии. Санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий, направленных на снижение риска онкологических заболеваний.	Санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий, направленных на снижение риска онкологических заболеваний.		
Уметь	Частично освоенное умение организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний. Проводить санитарно-просветительную работу среди населения, осуществлять подготовку общественного актива участка.	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний. Проводить санитарно-просветительную работу среди населения, осуществлять подготовку общественного актива участка.	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы умение организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний. Проводить санитарно-просветительную работу среди населения, осуществлять подготовку общественного актива участка.	Сформированное умение организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний. Проводить санитарно-просветительную работу среди населения, осуществлять подготовку общественного актива участка.	Устный опрос. Решение тестовых и ситуационных задач.	Собеседование.
Владеть	Фрагментарное применение навыков владения методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых	В целом успешное, но не систематическое применение навыков владения методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой	В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы применение навыков владения методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности,	Успешное и систематическое применение навыков владения методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики,	Устный опрос. Решение тестовых и ситуационных задач.	Собеседование.

	методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники. Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания. Методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники. Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению	профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники. Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания. Методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники. Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, опре-	эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники. Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания. Методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники. Методами проведения анализа заболеваемости на обслу-	применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники. Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания. Методами статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники. Методами проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улуч-		

	онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания	делением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания	живаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания	шению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания		

3. Типовые контрольные задания и иные материалы

3.1. Примерные вопросы к экзамену и устному опросу по текущему контролю, критерии оценки

Вопросы к экзамену и устному опросу по текущему контролю (1 семестр). Проверяемые компетенции УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.

1. Каковы основные статистические показатели, характеризующие распространенность и смертность злокачественных новообразований среди населения России? Чем объяснить половозрастные различия статистических показателей в динамике заболе- ваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них?

2. Какие основные научные направления определяют актуальность исследований в онкологии?

3. Что подразумевает понятие активный поиск злокачественных опухолей? Какие программы скрининга злокачественных опухолей применяются в России и Мире?

4. Какие задачи онкологической службы в целом, онкологического диспансера, онкологического кабинета, кабинета противоболевой терапии, хосписа?

5. Учетные формы онкологической документации. Правила и порядок заполнения Дальнейшая судьба этих документов.

6. Роль факторов внешней и внутренней среды в возникновении онкологических заболеваний.

7. Первичная, вторичная, третичная профилактика рака.

8. Топографическая анатомия гортани, рото и носоглотки. Типовые операции при опухолях данной локализации.

9. Топографическая анатомия гортани, слюнных желез. Типовые операции при опухолях данной локализации.

10. Топографическая анатомия щитовидной железы. Типовые операции при опухолях данной локализации.

11. Топографическая анатомия молочной железы. Типовые операции при опухолях данной локализации.

12. Топографическая анатомия лёгких. Типовые операции при опухолях данной локализации.

13. Топографическая анатомия пищевода. Типовые операции при опухолях данной локализации.

14. Топографическая анатомия средостения. Типовые операции при опухолях данной локализации.

15. Топографическая анатомия желудка. Типовые операции при опухолях данной локализации.

16. Топографическая анатомия тонкой кишки. Типовые операции при опухолях данной локализации.

17. Топографическая анатомия ободочной и прямой кишки. Типовые операции при опухолях данной локализации.

18. Топографическая анатомия печени. Типовые операции при опухолях данной локализа-

ции.

19. Топографическая анатомия органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Типовые операции при опухолях данной локализации.

20. Топографическая анатомия забрюшинного пространства. Типовые операции при опухолях данной локализации.

21. Топографическая анатомия почек и мочеточников. Типовые операции при опухолях данной локализации.

22. Топографическая анатомия мочевого пузыря и уретры. Типовые операции при опухолях данной локализации.

23. Топографическая анатомия органов мужской половой системы. Типовые операции при опухолях данной локализации.

24. Топографическая анатомия женских половых органов. Типовые операции при опухолях данной локализации.

25. Содержание понятия «морфология опухоли». Современные понятия об органоидности опухоли.

26. Тканевый и клеточный атипизм опухоли. Современные представления о метаплазии и дисплазии.

27. Гистогенетическая классификация опухолей. Макроскопические виды опухоли. Какое значение морфологии опухоли для выбора метода лечения и прогноза. Лечебный патоморфоз опухоли.

28. Какие основные теории онкогенеза?

29. Экзогенные и эндогенные канцерогены.

риска. 30. Первичная и вторичная диагностика злокачественных опухолей. Группы повышенного

31. Патогенез симптомов злокачественного заболевания. Как формулируется диагноз опухолевого заболевания по стадиям, в том числе TNM?

32. Рациональное построение инструментальной и лабораторной диагностики злокачественных опухолей.

33. Виды лучевых методов диагностики. Задачи и возможности лучевых методов диагностики злокачественных опухолей.

34. Виды эндоскопических методов диагностики. Задачи и возможности эндоскопических методов диагностики злокачественных опухолей.

35. Биохимические методы диагностики. Опухолевые маркеры. Иммунологические методы в диагностике.

36. Морфологическая диагностика в деятельности онколога (виды морфологических исследований, способы забора материала)

37. Методы лечения в онкологии.

37. Хирургическое лечение в онкологии.

38. Механизмы лучевого воздействия на опухоль. Корпускулярные и волновые методы облучения.

39. Задачи лучевой терапии в онкологии. Радиочувствительность опухолей.

40. Методы лучевой терапии. Фракционирование. Радиомодификация.

42. Лучевые реакции и осложнения.

43. Принципы химиотерапии. Биологическое поведение опухолей и их ответ на лекарственную терапию.

44. Классификация противоопухолевых цитостатиков по механизму действия.

45. Химиотерапия как самостоятельный метод лечения и составная комбинированного лечения. Осложнения химиотерапии.

46. Таргетные препараты и их эффективность при различных злокачественных опухолях.

47. Группы гормональных препаратов и антигормоны. Механизм действия гормонального лечения и показания к нему.

48. Модификаторы биологических реакций. Классификация, механизм действия.

Вопросы к экзамену и устному опросу по текущему контролю (2 семестр). Проверяе

мые компетенции УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.

1. Распространенность и причины возникновения опухолей губы, слизистой полости рта и глотки. Предопухолевые состояния. Макро- и микроскопические формы данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей губы, слизистой полости рта и глотки.

2. Клиника и диагностика опухолей губы, слизистой полости рта и глотки. Лечение опухолей губы, слизистой полости рта и глотки. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

3. Распространенность и причины возникновения опухолей гортани. Предопухолевые состояния. Макро- и микроскопические формы данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей гортани.

4. Клиника и диагностика опухолей гортани. Лечение опухолей гортани. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

5. Распространенность и причины возникновения опухолей щитовидной железы. Гистологические формы данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей рака щитовидной железы.

6. Клиника и диагностика опухолей щитовидной железы. Лечение опухолей щитовидной железы. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

7. Распространенность и причины возникновения опухолей костей. Классификация данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей костей.

8. Клиника и диагностика опухолей костей. Лечение опухолей костей. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

9. Распространенность и причины возникновения опухолей мягких тканей. Классификация опухолей мягких тканей. Закономерности прогрессирования опухолей мягких тканей.

10. Клиника и диагностика опухолей мягких тканей. Лечение опухолей мягких тканей. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

11. Распространенность и причины возникновения опухолей шейки матки. Предопухолевые состояния. Макро- и микроскопические формы данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей шейки матки.

12. Клиника и диагностика опухолей шейки матки. Лечение опухолей шейки матки. Профилактика рака шейки матки. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

13. Распространенность и причины возникновения опухолей тела матки. Предопухолевые состояния. Макро- и микроскопические формы данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей тела матки.

14. Клиника и диагностика опухолей тела матки. Лечение опухолей тела матки. Профилактика рака тела матки. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

15. Классификация трофобластической болезни. Клиника и диагностика трофобластической болезни. Лечение трофобластической болезни. Диспансерное наблюдение при трофобластической болезни.

16. Распространенность и причины возникновения опухолей яичника. Предопухолевые состояния. Макро- и микроскопические формы данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей яичника.

17. Клиника рака яичника. Диагностика опухолей тела яичника. Лечение опухолей яичника. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. Метастатические опухоли яичника.

18. Распространенность и причины возникновения опухолей наружных половых органов и влагалища. Предопухолевые состояния. Макро- и микроскопические формы данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей наружных половых органов и влагалища.

19. Клинические проявления опухолей наружных половых органов и влагалища. Диагностика опухолей наружных половых органов и влагалища. Лечение опухолей наружных половых органов и влагалища. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

20. Распространенность и причины возникновения эпителиальных опухолей кожи. Предраковые заболевания кожи. Макро- и микроскопические формы рака кожи. Закономерности прогрессирования эпителиальных опухолей кожи.

21. Клиника рака кожи. Диагностика рака кожи. Лечение рака кожи. Диспансерное наблю-

дение за больными с данной патологией.

22. Внутренние и внешние факторы возникновения меланомы кожи. Меланомоопасные невусы и неневоидные образования кожи. Клиника и тактика врача при этих заболеваниях.

23. Закономерности прогрессирования меланомы кожи. Клиника меланомы кожи. Диагностика меланомы кожи.

24. Лечение меланомы кожи. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. Профилактика меланомы кожи.

Вопросы к экзамену и устному опросу по текущему контролю (3 семестр). Проверяемые компетенции УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.

1. Этиология рака пищевода. Закономерности прогрессирования рака пищевода. Клиника рака пищевода. Закономерности прогрессирования рака пищевода. Профилактика рака пищевода

2. Клиника, диагностика и лечение рака пищевода. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

3. Классификация опухолей средостения. Клиника, опухолей средостения.

4. Диагностика и лечение опухолей средостения. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией.

5. Эпидемиология опухолей легких Этиология и классификация рака легкого. Закономерности прогрессирования рака легкого. Профилактика и скрининг рака легкого.

6. Клиника, диагностика и лечение рака легкого. Диспансерное наблюдение за больными с опухолями легкого.

7. Этиология и классификация опухолей плевры. Закономерности прогрессирования мезотелиомы плевры.

8. Клиника, диагностика и лечение опухолей плевры. Диспансерное наблюдение за больными с опухолями плевры.

9. Эпидемиология рака желудка. Фоновые заболевания для рака желудка. Классификация опухолей желудка. Закономерности прогрессирования рака желудка. Профилактика рака желудка.

10. Клиника опухолей желудка. Диагностика опухолей желудка. Лечение опухолей желудка. Диспансерное наблюдение за больными с опухолями желудка. Скрининг рака желудка.

11. Эпидемиология рака печени. Этиология и классификация опухолей печени. Закономерности прогрессирования рака печени. Клиника опухолей печени.

12. Диагностика и лечение опухолей печени.

13. Эпидемиология рака билиопанкреатодуоденальной области. Этиология и классификация опухолей билиопанкреатодуоденальной области. Закономерности прогрессирования рака органов билиопанкреатодуоденальной области.

14. Клиника опухолей органов билиопанкреатодуоденальной области. Диагностика опухолей органов билиопанкреатодуоденальной области. Дифференциальная диагностика желтух. Лечение опухолей органов билиопанкреатодуоденальной области.

15. Эпидемиология колоректального рака. Этиология и классификация колоректального рака. Предраковые состояния колоректальной зоны и тактика врач при них. Закономерности прогрессирования колоректального рака.

16. Клиника рака ободочной и прямой кишки. Диагностика колоректального рака.

17. Лечение колоректального рака. Диспансерное наблюдение при колоректальном раке. Раннее выявление колоректального рака.

18. Распространенность и классификация опухолей забрюшинного пространства. Закономерности прогрессирования забрюшинных опухолей. Клиника, диагностика, лечение забрюшинных внеорганных опухолей.

Вопросы к экзамену и устному опросу по текущему контролю (4 семестр). Проверяемые компетенции УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.

1. Распространенность и причины возникновения предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез. Классификация предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез. Роль предопухолевых заболеваний и доброкачественных

опухолей молочных желез в возникновении рака молочной железы.

2. Клиника предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез. Диагностика предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез. Лечебная тактика при предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез. Диспансерное наблюдение за больными предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями молочных желез.

3. Эпидемиология рака молочной железы. Причины возникновения рака молочной железы. Закономерности прогрессирования и метастазирования рака молочной железы. Классификация рака молочной железы.

4. Клинические проявления рака молочной железы в зависимости от клинической формы. Диагностика рака молочной железы. Лечение рака молочной железы в зависимости от стадии, клинической формы, данных морфологического исследования. Профилактика рака молочной железы. Скрининг рака молочной железы. Диспансерное наблюдение при раке молочной железы.

5. Классификация лейкозов. Этиопатогенез острых и хронических лейкозов. Закономерности прогрессирования лейкозов.

6. Клинические проявления острых и хронических лейкозов. Диагностика острых и хронических лейкозов. Лечение острых и хронических лейкозов. Диспансерное наблюдение при лейкозах.

7. Причины возникновения множественной миеломы. Распространенность множественной миеломы. Патофизиология и закономерности прогрессирования множественной миеломы. Классификации миеломной болезни.

8. Клинические проявления множественной миеломы. Диагностика миеломной болезни. Лечение множественной миеломы. Прогноз и диспансерное наблюдение при множественной миеломе.

9. Эпидемиология злокачественных лимфом. Этиология и патогенез злокачественных лимфом. Классификация лимфомы Ходжкина и неходжкинской лимфом. Клиническая картина лимфомы Ходжкина. Клинические проявление неходжкинской лимфомы.

10. Диагностика злокачественных лимфом. Значение морфологического метода исследования и техника забора материала для него. Объём исследования для оценки распространенности опухолевого процесса при злокачественных лимфомах. Факторы прогноза при злокачественных лимфомах. Выбор метода исследования в зависимости от вида лимфомы, и клинических особенностей болезни. Прогноз при злокачественных лимфомах. Экспертиза трудоспособности при злокачественных лимфомах. Социальная значимость реабилитации больных злокачественнымилимфомами.

11. Эпидемиология рака мочевых путей (опухолей почки, лоханки мочеточника, мочевого пузыря). Этиология и классификация рака мочевых путей. Макро- и микроскопические формы опухолей мочевых путей. Классификация опухолей мочевых путей. Закономерности прогрессирования рака мочевых путей.

12. Клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение при раке почки.

13. Клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение при раке лоханки и мочеточника.

14. Клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение при раке мочевого пузыря.

15. Эпидемиология, причины возникновения рака предстательной железы. Закономерности прогрессирования и метастазирования рака предстательной железы. Классификация рака предстательной железы.

16. Клинические проявления рака предстательной железы. Диагностика рака предстательной железы. Лечение рака предстательной железы в зависимости от стадии, данных морфологического исследования и других факторов. Скрининг рака предстательной железы. Диспансерное наблюдение при раке предстательной железы.

17. Эпидемиология, причины возникновения рака яичка. Закономерности прогрессирования и метастазирования рака яичка. Классификация рака яичка.

18. Клиника, диагностика и лечение рака яичка. Диспансерное наблюдение при раке яичка.

19. Эпидемиология, причины возникновения рака полового члена. Закономерности про-

грессирования и метастазирования рака полового члена. Классификация рака полового члена.

20. Клиника, диагностика, лечение рака полового члена. Диспансерное наблюдение при раке полового члена.

21. Паранеопластический синдром. Определение понятия. Причины возникновения. Классификация паранеопластических синдромов.

22. Клинические проявления паранеопластических процессов при различных опухолях. Значение паранеопластических синдромов для врача-онколога. Врачебная тактика при паранеопластических синдромах.

23. Синдром метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага. Распространенность, наиболее частые источники метастазирования. Обследование и лечение больного при синдроме метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага. Прогноз при синдроме метастазов злокачественной опухоли из неустановленного первичного очага.

24. Синдром первичной множественности злокачественных опухолей. Распространенность, наиболее частые сочетания опухолевых поражений. Понятие о синхронных и метахронных первично-множественных опухолей. Лечебная тактика при первичной множественности злокачественных опухолей. Прогноз при первичной множественности злокачественных опухолей.

25. Семейно-ассоциированный опухолевый синдром. Распространенность. Причины возникновения. Наиболее частые семейно-ассоциированные опухолевые синдромы. Врачебная тактика при наличии семейно-ассоциированном опухолевом синдроме.

26. Что является наркотическим веществом? Какие наркотические вещества применяют в настоящее время в фармакотерапии острой и хронической боли? Что является психотропным веществом? Какие психотропные вещества применяют в настоящее время в фармакотерапии острой и хронической боли? Что является прекурсором наркотических и психотропных веществ?

27. Какие методы контроля устанавливаются в отношении наркотических средств и психотропных веществ? Какие условия осуществления фармакотерапии наркотическими и психотропными веществами? Какой порядок хранения, назначения и применения наркотических и психотропных средств?

28. Классификация боли. Причины возникновения острой и хронической боли. Диагностика болевых синдромов. Общие принципы лечения боли.

29. Медикаментозное лечение болевого синдрома. Немедикаментозные методы лечения болевого синдрома.

30. Причины возникновения и патогенез кахексии и анорексии у онкологических больных. Лечение кахексии и анорексии.

31. Причины возникновения и патогенез рвоты, икоты, диареи и запора у онкологических больных. Лечение рвоты, икоты, диареи и запора.

32. Причины возникновения и патогенез почечной и печеночной недостаточности у онкологических больных. Лечение почечной и печеночной недостаточности.....

Критерии оценки:

Оценки «отлично» *заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять зада- ния, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литера- турой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающим- ся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.*

Оценки «хорошо» *заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.*

Оценки «удовлетворительно» *заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.*

Оценка «неудовлетворительно» *выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение в образовательной организа- ции высшего образования и приступить к изучению последующих дисциплин.*

3.2.Примерные тестовые задания, критерии оценки

1 уровень

1. В структуре смертности от злокачественных опухолей в России у мужчин первое место занимает
   А. Рак желудка.
   Б. Рак прямой кишки.
   В. Рак лёгкого.*
   Г. Рак поджелудочной железы.
   Д. Рак кожи.
   Е. Злокачественные опухоли кроветворной и лимфоидной ткани.
   Компетенции: ПК-2;

2. К II клинической группе диспансерного наблюдения принадлежат
   А. Больные с предопухолевыми заболеваниями.
   Б. Люди, имеющие в роду больных раком.
   В. Больные злокачественными опухолями, которые подлежат специальному лечению.
   Г. Больные злокачественными опухолями, которые подлежат специальному лечению по радикальной программе. *
   Д. Больные злокачественными опухолями на поздних стадиях заболевания, которые подлежат симптоматическому лечению.
   Е. Больные злокачественными опухолями, закончившие лечение по радикальной программе и не имеющие признаки опухолевого процесса (практически здоровые).
   Компетенции: ПК-2; ПК-5; ПК-6;

3. К IV клинической группе диспансерного наблюдения принадлежат
   А. Больные с предопухолевыми заболеваниями.
   Б. Люди, имеющие в роду больных раком.
   В. Больные злокачественными опухолями, которые подлежат специальному лечению.
   Г. Больные злокачественными опухолями, которые подлежат специальному лечению по радикальной программе.
   Д. Больные злокачественными опухолями на поздних стадиях заболевания, которые подлежат симптоматическому лечению. *
   Е. Больные злокачественными опухолями, закончившие лечение по радикальной программе и не имеющие признаки опухолевого процесса (практически здоровые).
   Компетенции: ПК-2; ПК-6;

4. Достоверная диагностика в онкологии обеспечивается исследованием
   А. ультразвуковым
   Б. радиоизотопным

В. гистологическим *
Г. рентгенологическое
Компетенции: ПК-5; ПК-6;

5. При отсутствии морфологической верификации злокачественного новообразования следует предпочесть метод лечения:
А. хирургический *
Б. лазерный
В. лучевой
Г. комбинированный
Д. химиотерапевтический
Компетенции: ПК-5; ПК-6;

6. К комбинированной операции следует относить:
А.Удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером
Б.Удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами, и клетчаткой в зоне операции
В.Удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, куда произошла инвазия первичной опухоли *
Г.Удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого – либо другого заболевания
Д. Все ответы правильные
Компетенции: ПК-6;

7. Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено
А. На обеспечение антибластики
Б. на обеспечение абластики*
В.На снижение риска хирургических вмешательств
Г. На максимальное сохранение функции органа
Д. Все ответы правильные
Компетенции: ПК-6;

8. При лечении ЗН в первую очередь оценивают возможность:
А. Лучевой терапии
Б. Химиотерапии
В. Радикального хирургического лечения *
Компетенции: ПК-6;

9. Как называется применение различных методов лечения, имеющих как местное, так и системное действие?
А.Комбинированная терапия
Б.Комплексная терапия *
В.Полихимиотерапия
Г. Сочетанная лучевая терапия
Д. Химио-гормонотерапия
Компетенции: ПК-6;

10. Пункционная биопсия — высокоэффективный диагностический метод. В каких случаях его применяют?
А. Саркоме костей.
Б.РМЖ.*
В. Меланоме кожи.

Г. Саркоме мягких тканей.
Д. Первичной костной ретикулосаркоме
Компетенции: ПК-5; ПК-6;

11. Какое лечение показано при клиническом диагнозе меланомы кожи туловища без морфологической верификации?
А. Хирургическое *
Б. Химиотерапевтическое
В. Криовоздействие
Г. Лучевое
Д. Иммунотерапия
Компетенции: ПК-5; ПК-6;

12. Предраковыми поражениями кожи являются все перечисленные кроме:
А. Пигментной ксеродермы
Б. Псориаза *
В. Болезни Боуэна
Г. Болезни Педжета
Д. Эритроплазии Кейра
Компетенции: ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9.

13. Что из перечисленных пигментных образований, как правило, трансформируется в меланому?
А. Ювенильный невус.
Б. «Монгольское пятно»
В. Пограничный невус*
Г.Внутридермальный невус
Компетенции: ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9.

14. Ранними макроскопическими признаками малигнизации пигментного невуса являются все перечисленные кроме:
А. Появления экзофитного компонента на фоне пигментного пятна
Б. Усиления роста волос *
В. Появления более тёмных вкраплений
Г. Частичной депигментации образования
Д. Появления венчика застойной гиперемии вокруг пятна
Компетенции: ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9.

15. Какая опухоль наиболее радиорезистентна?
А. Остеогенная саркома*
Б. Плоскоклеточный ороговевающий рак кожи
В. Рак молочной железы
Г. Лимфома
Компетенции: ПК-6;

16. У больного плоскоклеточный рак кожи волосистой части головы, размер опухоли до 2,5 см, без деструкции костей черепа и регионарных метастазов. Следует выставить следующую стадию процесса.
А. 0 стадия
Б. I стадия
В. II стадия *
Г. III стадия
Д. IV стадия

Компетенции: ПК-6;

17. Назовите ведущий метод диагностики меланомы кожи.
А. Радиофосфорная проба
Б. Лучевая меланурия
В. Термография
Г. Морфологический метод *
Д. Проба Шиллера
Компетенции: ПК-5; ПК-6;

18. Какой из перечисленных методов лечения не используют для радикального лечения первичного очага при раке губы?
А. Хирургический.
Б. Лучевой.
В. Химиотерапевтический.*
Г. Лазерной хирургии.
Д. Комбинированный.
Компетенции: ПК-6;

19. Какое из перечисленных заболеваний не относят к предопухолевым заболеваниям слизистой оболочки полости рта?
А. Болезнь Боуэна.
Б. Лейкоплакию.
В. Папилломатоз.
Г. Послелучевой стоматит.
Д. Кандидозный стоматит.*
Компетенции: ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;

20. Чем характеризуются предраковые состояния слизистой оболочки желудка?
А. Наличием атипичных клеток.
Б. Степенью дисплазии клеток.*
В. Наличием хронического атрофического гастрита.
Г. Наличием кишечной метаплазии очагового характера.
Компетенции: ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9.

2 уровень

1. Расположите факторы, влияющие на заболеваемость раком в зависимости от приведённых процентных отношение к общей заболеваемости злокачественными опухолями.

Факторы: А. Вирусы. Б. Питание. В. Инсоляция. Г. Курение, жевание табака. Д. Ионизирующее излучение

1. 5 – 10% А
2. 5% В
3. 35% Б
4. 30% Г
5. 3% Д

Компетенции: ПК-1; ПК-2; ПК-9.

2. Расположите признаки малигнизации невуса от начальных к дальнейшим в наиболее частой хронологической последовательности

А. Горизонтальный рост. Б. Появление ассиметрии.
В. Размягчение невуса. Г.Появление блестящей глянцевой поверхности Д.Кровоточивость
1. Появление блестящей глянцевой поверхности Г
2. Появление ассиметрии Б

3. Горизонтальный рост. А
4. Размягчение невуса. В
5. Кровоточивость Д

Компетенции: ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-9.

3. Расположите в соответствии с заболеванием перечисленные признаки пальпируемого образования молочной железы.

А. Образование каменистой консистенции с бугристой поверхностью. Б. Образование округлой формы с чёткими контурами, мягкоэластической консистенцией. В. Образование с нечёткими контурами плотноэластической консистенции, неподвижное относительно подлежащей части молочной железы, частично размягчающееся в положении лёжа, не связанное с кожей и грудной стенкой. Г. Образование плотноэластической консистенции с гладкой поверхностью, чёткими границами, хорошо смещаемое

1. Узловой рак молочной железы А
2. Фиброаденома Г.
3. Узловой фиброаденоматоз В
4. Киста.....Б

Компетенции: ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;

4. Расположите объём операции при раке желудка в соответствии с локализацией и формой роста раковой опухоли желудка. Выберите по одному правильному ответу.

А. Гастрэктомия. Б. Проксимальная субтотальная резекция желудка В. Дистальная субтотальная резекция желудка.

1. Эндофитная опухоль верхней трети желудка А
2. Экзофитная опухоль нижней трети желудка В
3. Экзофитная опухоль верхней трети желудка Б

Компетенции: ПК-6;

5. Расположите приведённые симптомы рака мочевого пузыря в убывающей последовательности.

А. Боль в надлобковой области Б. Гематурия. В. Дизурия Г. Кожный зуд

1. Гематурия Б
2. Дизурия В
3. Боль в надлобковой области…… А
4. Кожный зуд Г

Компетенции: ПК-5; ПК-6;

3 уровень

1. Пациентка 64 лет. На коже нижней трети правой голени имеется пигментное образование синюшнего цвета с распадом, периодически подкравливает. Выражен экзофитный компонент. Заподозрена меланома кожи.

В случае наличия метастазов где, с наибольшей вероятностью, будут локализоваться метастазы?

А. Подколенные лимфатические лимфоузлы справа
Б. Паховые лимфатические лимфоузлы справа*
В. Печень
Г. Лёгкие
Д. Головной мозг

Какой метод забора материала для цитологического исследование наиболее целесообразно использовать?

А. Тонкоигольная биопсия опухоли
Б. Толстоигольная биопсия опухоли
В. Взятие мазка-отпечатка*
Г. Ножевая инцизионная биопсия
Д. Ножевая эксцизионная биопсия

При цитологическом исследовании – данные за меланому. Метастазы не обнаружены. Какое лечение необходимо для лечения первичного очага?
А. Иссечение опухоли с отступлением от краёв опухоли 2 см*
Б. Иссечение опухоли с отступлением от краёв опухоли 5 см.
В. Предоперационная лучевая терапия с последующим иссечением опухоли с отступлением от краёв опухоли 3 см
Г. Предоперационная лучевая терапия с последующим иссечением опухоли с отступлением от краёв 3 см с последующим лекарственным лечением
Д. Иссечение опухоли с отступлением от краёв 3 см с последующей лучевой терапией

Выполнено иссечение опухоли с отступлением от краёв опухоли 2 см. При гистологическом исследовании препарата обнаружена меланома с изъязвлением, толщина опухоли 4 мм. У пациентки не обнаружены регионарные и отдалённые метастазы.

Следует ли провести превентивную лимфаденэктомии паховой области справа и почему?
А. Не следует, так как это вмешательство не влияет на выживаемость пациентов*
Б. Следует, потому что толщина опухоли более 3 мм
В. Следует, потому что имеется изъязвление опухоли
Г. Следует, исходя из локализации опухоли и толщины опухоли
Д. Следует, потому что толщина опухоли более 3 мм и имеется изъязвление опухоли
Компетенции: ПК-1; ПК-5; ПК-6;ПК-8.

2. У больного 64 лет на нижней губе имеется изъязвление неправильной формы, края язвы плотные, приподнятые, безболезненные. Размер 1,5 см. Процесс, со слов больного развился в течении 1,5 лет. Клинически заподозрен рак нижней губы. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Отдалённые метастазы не выявлены.

Для забора материала для гистологического подтверждения диагноза в данном случае целесообразно использовать метод:
А. Пункционная тонкоигольная биопсия
Б. Толстоигольная биопсия
В.Взятие мазка-отпечатка
Г. Инцизионная биопсия*
Д. Эксцизионная биопсия

Какое наиболее вероятное гистологическое заключение уданного больного:
А. Высокодифференцированная аденокарцинома
Б. Перстневидно-клеточный рак
В.Плоскоклеточный рак без ороговевания
Г. Плоскоклеточный ороговевающий рак*
Д. Базальноклеточный рак

Гистологическое заключение – плоскоклеточный ороговевающий рак

К какой клинической группе диспансерного наблюдения следует отнести данного больного?
А. Iа
Б. Iб

В. II*
Г. III
Д.IV

Какой метод лечения определённо не будет применён уданного больного?
А.Криотерапия
Б.Лучевой
В.Хирургический
Г. Химиотерапия*
Компетенции: ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;

3. Женщина 64 лет обратилась с жалобами на появление крови при акте дефекации, запоры, похудение. Заподозрен рак прямой кишки.

Какой симптом наиболее характерен при раке ампулярного отдела прямой кишки?
А. Появление крови в начале акта дефекации*
Б.Появление крови в конце акта дефекации
В. Запоры
Г. Поносы
Д. Тенезмы
Е. Похудение

При ректоскопии обнаружена опухоль на 5 см. В процессе диагностики метастазы не обнаружены. Установлен диагноз: рак примой кишки T3N0M0.
Какое лечение показано больной?
А. Хирургическое
Б. Лучевое
В. Лекарственное
Г. Комбинированное (предоперационная лучевая терапия + хирургическое лечение) с возможным лекарственным лечением в последующем*
Д. Комбинированное (хирургическое + лучевая терапия) с возможным лекарственным лечением в последующем

Какая операция должна быть выполнена пациентке?
А. Иссечение опухоли прямой кишки
Б. Трансанальная резекция нижнеампулярного отдела прямой кишки с формированием ректоанального анастомоза
В.Резекция прямой кишки по Гартману
Г. Передняя резекция прямой кишки
Д. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки*
Компетенции: ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6;

Критерии оценки*:*
«зачтено» - не менее 71% правильных ответов;
«не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

3.3.Примерные ситуационные задачи, критерии оценки

1. К хирургу обратилась женщина 47 лет с жалобами на увеличение подмышечных лимфатических узлов справа. При осмотре в правой аксиллярной области обнаружены единичные плотные лимфатические узлы с ограниченной подвижностью, размером до 1-1,5 см, не спаянные между собой. При физикальном осмотре узловые образования в молочных железах не определяются. Соски, ареолы не изменены. Другие группы регионарных лимфатических узлов не увеличены. Признаков воспаления в правой молочной железе не выявлено. Пациентка направлена на маммо-

графическое исследование, при котором в обеих молочных железах обнаружена картина умеренно выраженной двусторонней фиброзно-кистозной мастопатии. Узловые образования в ткани молочных желёз не обнаружены. Пациентке было рекомендовано контрольное обследование через 3 месяца.

Вопросы

Правильная ли тактика выбрана хирургом?

Какие дополнительные исследования вы порекомендуете?

Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением аксиллярных лимфатических узлов?

Компетенции: ПК-5; ПК-6;

2. У больной К., 52 лет, при профилактическом осмотре в смотровом кабинете участковой поликлиники обнаружено увеличение в объеме правого яичника. Больная жалоб не предъявляет.

Данные анамнеза: менструации с 12 лет, регулярные, установились сразу. Имеет двоих детей. Абортов не было. В менопаузе 4 года. Мать умерла от рака молочной железы. Данные гинекологического осмотра: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. При осмотре в зеркалах слизистая влагалища и шейки матки чистая. При бимануальном влагалищном исследовании: тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное, пальпируется увеличенный до7-8см правый яичник, безболезненный. УЗИ органов малого таза: матка не увеличена, толщина М-эха 5мм, объемное образование правого яичника размером до 7х8 см, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Увеличенных забрюшинных лимфоузлов не выявлено. При лапароскопическом исследовании: множественные метастатические очаги по брюшине. Цитологическое исследование опухолевой ткани яичников: аденокарцинома. Исследование асцитической жидкости: обнаружены опухолевые клетки. Маркер СА 125 - 620 Ед/мл.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Определите стадию заболевания? Назначьте план дополнительных методов обследования для дифференциальной диагностики и определения распространенности опухолевого процесса. Какова лечебная тактика при данной стадии заболевания?

Компетенции: ПК-5; ПК-6; ПК-9.

3. Больной Н., 68 лет, обратился с жалобами на боли в нижней части грудной клетки справа, ощущение полноты и давления за грудиной, распирающие боли. Недавно появилась осиплость голоса. Из анамнеза известно, что больной работал на производстве асбеста. Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Выражен отек лица и верхних конечностей. Пульс - 88 ударов в 1 мин. АД—140/70 мм.рт. ст. Тоны сердца приглушены. На коже грудной клетки выраженная венозная сеть. При аускультации в нижней части правого легкого дыхание не прослушивается. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Рентгенологически в правой плевральной полости плевральный выпот и растущая на плевре опухоль, отмечается увеличение лимфоузлов корня правого легкого и средостения.

Вопросы: Каков Ваш предварительный диагноз, стадия заболевания? Составьте план обследования больного. Тактика лечения?

Компетенции: ПК-5; ПК-6; ПК-9.

4. На прием в поликлинику обратилась женщина, 52 лет, с жалобами на желтушность кожных покровов, выраженную слабость, отсутствие аппетита, тупые боли в правом подреберьи. Считает себя больной около 2-х недель, когда муж обратил внимание на желтушность ее склер. За 1 - 2 месяца до этого перенесла респираторное заболевание, после чего пропал аппетит. Похудела. В анамнезе холецистит. Находится 8 лет на диспансерном учете после перенесенного ранее инфекционного гепатита. Данные объективного обследования. Пациентка пониженного питания. Кожные покровы слегка желтушной окраски. Склеры иктеричны. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации в легких выслушивается везикулярное дыхание, акцент II тона на аорте. Пульс - 76 ударов 1 мин. АД - 180/100 мм рт. ст. Живот умеренно вздут. При пальпации печень выступает из-под реберного края на 5-6см, край ее плотный, слегка болезненный.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний. Составьте план обследования больной. Составьте план лечения больной.

Компетенции: ПК-5; ПК-6.

5. К гинекологу обратилась женщина 45 лет с жалобами на обильные выделения из соска левой молочной железы, которые появились в течение последних 4-х месяцев. Вначале выделения имели светлый цвет, в последнее время приобрели грязно-бурый оттенок. Во время последней маммографии, выполненной 6 месяцев назад, узловой патологии обнаружено не было. Объективно: молочные железы симметричны. При надавливании на левый сосок отмечается наличие выделений бурого цвета. Выделения из правого соска отсутствуют. При пальпации молочные железы комоватые, узловые образования не определяются. Региональные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы: Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа? Назначьте план дополнительных методов обследования. Составьте план лечения больной. Составьте план и обозначьте режим диспансерного наблюдения.

Компетенции: ПК-5; ПК-6;ПК-8; ПК-9.

Критерии оценки*:*

«отлично» - обучающийся активно, без наводящих вопросов отвечает правильно и в полном объеме на поставленные вопросы; при решении ситуационной задачи ответ содержит полную информацию о симптомах, имеющихся у пациента, с объяснением их патогенеза; о синдромах и нозологической принадлежности заболевания; обоснованно назначает дополнительное обследование и интерпретирует результаты лабораторных и инструментальных методов обследования; обучающийся может провести дифференциальный диагноз в рамках патологии, в полном объеме назначает и обосновывает необходимое лечение.

«хорошо» - обучающийся отвечает правильно и в полном объеме, но в процессе собеседования ставились наводящие вопросы.

«удовлетворительно» - обучающийся правильно выявляет симптомы и синдромы и объясняет их патогенез, определяет нозологическую принадлежность болезни. Допускается неполное выделение симптомов при условии, что это не помешало правильно выявить синдромы; неполное выделение или неполное объяснение синдромов при условии, что диагностическая принадлежность заболевания была определена правильно; неполная интерпретация результатов дополнительного обследования; не полностью сформулированы основные направления лечения; ответы на вопросы даются в достаточном объеме после наводящих вопросов, обучающийся показал понимание патогенетической сути симптомов и синдромов, принадлежность синдромов к нозологической форме.

«неудовлетворительно» - у обучающегося отсутствует понимание сущности и механизма отдельных симптомов и синдромов, в том числе ведущего; обучающийся не умеет оценить результаты дополнительных исследований; не понимает сущности механизма лабораторных синдромов; не умеет оценить данные исследований; не понимает принципов лечения; не может исправить пробелы в ответе даже при наводящих и дополнительных вопросах.

3.4.Примерный перечень практических навыков, критерии оценки

По окончании обучения врач-онколог должен владеть навыками:

Организация онкологической помощи в РФ

- методом статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники);
- методом проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания;

- методом проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы;
- методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации);
- основами медицинской информатики и компьютерной техники;
- методами ведения медицинской документации у онкологических пациентов (в стационаре, поликлинике);

Морфология опухолей
- техникой пункционной и эксцизионной биопсии, маркировки и доставки биопсийного и операционного материала;
- оформлением документации для морфологического исследования.

Методы диагностики в клинической онкологии
- методами операционной диагностики (биопсии опухоли)
- основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией ВОЗ

Общие принципы лечения злокачественных опухолей.
- техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях;
- техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата);
- методами обезболивания у онкологических больных;
- методиками нутритивной терапии и зондового питания.

Опухоли головы и шеи
- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- ларингофиссура;
- половинная резекции языка;
- удаление подчелюстной слюнной железы;
- перевязка наружной сонной артерии;
- биопсия опухолей головы и шеи и/или лимфатического узла шеи;
- резекция щитовидной железы.

Опухоли органов грудной клетки
- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- Парастернальная медиастинотомия
- диагностическая торакотомия
- биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях органов грудной клетки

Опухоли органов брюшной полости
- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- гастростомия
- еюностомия, колоностомия
- резекция тонкой кишки
- биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях органов грудной клетки

Опухоли женских половых органов
- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- конизация шейки матки;
- овариэктомия;

- криодеструкция шейки матки и опухолей вульвы;
- раздельное диагностическое выскабливание;
- биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях женских половых органов.

Забрюшинные внеорганные опухоли
- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- - биопсия опухоли (лимфатического узла) при забрюшинных опухолях.

Опухоли мочеполовой системы
- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- орхфуникулэктомия;
- трансуретральная резекция (ТУР);
- ампутация полового члена;
- биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях мочеполовой системы.

Опухоли молочной железы
- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- секторальная резекция молочной железы;
- биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях молочной железы.

Опухоли опорно-двигательного аппарата
- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- удаление доброкачественных и злокачественных опухолей мягких тканей;
- ампутация и экзартикуляция пальца, верхней и нижней конечности.

Опухоли кроветворной системы
- техникой выполнения биопсии лимфатического узла;
- техникой разведения и инфузии (включая использование инфузомата) противоопухолевых лекарственных препаратов;
- техникой выполнения пункции костного мозга и трепанобиопсии подвздошной кости
- техникой выполнения люмбальной пункции;

Опухоли кожи
- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- иссечение доброкачественных и злокачественных опухолей кожи
- кожная пластика (свободным кожным лоскутом).

Текущий контроль производится осуществлением контролирования правильности производства ординатором диагностических и лечебных действий, работы с медицинскими документами, устным опросом, собеседованием по итогам работы с пациентами. **Компетенции: УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.**

Промежуточные контроль осуществляется путем собеседования по вопросам экзаменационных билетов, решению ситуационных задач. **Компетенции: УК-1; ПК-1; ПК-2; ПК-5; ПК-6; ПК-8; ПК-9.**

Критерии оценки:

«зачтено» - обучающийся обладает теоретическими знаниями и владеет методикой выполнения практических навыков, демонстрирует их выполнение, в случае ошибки может исправить при коррекции их преподавателем;

«не зачтено» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных

осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта профессиональной деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

4.1. Методика проведения тестирования

Целью этапа промежуточной аттестации по дисциплине, проводимой в форме тестирования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которых направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии. В случае проведения тестирования на компьютерах время и место проведения тестирования преподаватели кафедры согласуют с информационно-вычислительным центром и доводят до сведения обучающихся.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк тестовых заданий. Преподаватели кафедры разрабатывают задания для тестового этапа зачёта, утверждают их на заседании кафедры и передают в информационно-вычислительный центр в электронном виде вместе с копией рецензии. Минимальное количество тестов, составляющих фонд тестовых заданий, рассчитывают по формуле: трудоемкость дисциплины в з.е. умножить на 50.

Тесты включают в себя задания 3-х уровней:

- ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)
- ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)
- ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)

Соотношение заданий разных уровней и присуждаемые баллы

	Вид промежуточной аттестации
	экзамен
Количество ТЗ 1 уровня (выбрать все правильные ответы)	30
Кол-во баллов за правильный ответ	1
Всего баллов	**30**
Количество ТЗ 2 уровня (соответствие, последовательность)	15
Кол-во баллов за правильный ответ	2
Всего баллов	**30**
Количество ТЗ 3 уровня (ситуационная задача)	5

Кол-во баллов за правильный ответ	8
Всего баллов	**40**
Всего тестовых заданий	**50**
Итого баллов	**100**
Мин. количество баллов для аттестации	70

Описание проведения процедуры:

Тестирование является обязательным этапом экзамена независимо от результатов текущего контроля успеваемости. Тестирование может проводиться на компьютере или на бумажном носителе.

Тестирование на бумажном носителе:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания обучающийся должен выбрать правильные ответы на тестовые задания в установленное преподавателем время.

Обучающемуся предлагается выполнить 50 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

Тестирование на компьютерах:

Для проведения тестирования используется программа INDIGO. Обучающемуся предлагается выполнить 5 тестовых заданий разного уровня сложности на экзамене. Время, отводимое на тестирование, составляет не более полутора академических часов на экзамене.

Результаты процедуры:

Результаты тестирования на компьютере или бумажном носителе имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам тестирования являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за тестирование обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

4.2. Методика проведения приема практических навыков

Цель этапа промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме приема практических навыков является оценка уровня приобретения обучающимся умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) на последнем занятии по дисциплине (модулю), или в день проведения собеседования, или может быть совмещена с экзаменационным собеседованием по усмотрению кафедры.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль).

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки умений и навыков. Банк оценочных материалов включает перечень практических навыков, которые должен освоить обучающийся для будущей профессиональной деятельности.

Описание проведения процедуры:

Оценка уровня освоения практических умений и навыков может осуществляться на основании положительных результатов текущего контроля при условии обязательного посещения всех занятий семинарского типа.

Для прохождения этапа проверки уровня освоения практических навыков обучающийся должен овладеть всеми практическими умениями и навыками, предусмотренными программой дисциплины (модуля).

Оценка уровня владения практическими навыками осуществляется по итогам собеседования по ситуационным задачам.

Результаты процедуры:

Результаты проверки уровня освоения практических умений и навыков имеют качественную оценку «зачтено» – «не зачтено». Оценки «зачтено» по результатам проверки уровня освое- ния практических умений и навыков являются основанием для допуска обучающихся к собеседованию. При получении оценки «не зачтено» за освоение практических умений и навыков обучающийся к собеседованию не допускается и по результатам промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) выставляется оценка «не зачтено» или «неудовлетворительно».

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в экзаменационные ведомости в соответствующую графу.

4.3. Методика проведения устного собеседования

Целью процедуры промежуточной аттестации по дисциплине (модулю), проводимой в форме устного собеседования, является оценка уровня усвоения обучающимися знаний, приобретения умений, навыков и сформированности компетенций в результате изучения учебной дисциплины (части дисциплины).

Локальные нормативные акты, регламентирующие проведение процедуры:

Проведение промежуточной аттестации обучающихся регламентируется Положением о текущем контроле успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся, введенным в действие приказом от 08.02.2018 № 61-ОД.

Субъекты, на которые направлена процедура:

Процедура оценивания должна охватывать всех обучающихся, осваивающих дисциплину (модуль). В случае, если обучающийся не проходил процедуру без уважительных причин, то он считается имеющим академическую задолженность.

Период проведения процедуры:

Процедура оценивания проводится по окончании изучения дисциплины (модуля) в соответствии с приказом о проведении промежуточной аттестации (если промежуточная аттестация проводится в форме экзамена). Деканатом факультета, отделом подготовки кадров высшей квалификации может быть составлен индивидуальный график прохождения промежуточной аттестации для обучающегося при наличии определенных обстоятельств.

Требования к помещениям и материально-техническим средствам для проведения процедуры:

Требования к аудитории для проведения процедуры и необходимость применения специализированных материально-технических средств определяются преподавателем.

Требования к кадровому обеспечению проведения процедуры:

Процедуру проводит преподаватель, ведущий дисциплину (модуль), как правило, проводящий занятия лекционного типа.

Требования к банку оценочных средств:

До начала проведения процедуры преподавателем подготавливается необходимый банк оценочных материалов для оценки знаний, умений, навыков. Банк оценочных материалов включа-

ет вопросы, как правило, открытого типа, перечень тем, выносимых на опрос, типовые задания. Из банка оценочных материалов формируются печатные бланки индивидуальных заданий (билеты). Количество вопросов, их вид (открытые или закрытые) в бланке индивидуального задания определяется преподавателем самостоятельно.

Описание проведения процедуры:

Каждому обучающемуся, принимающему участие в процедуре, преподавателем выдается бланк индивидуального задания. После получения бланка индивидуального задания и подготовки ответов обучающийся должен в меру имеющихся знаний, умений, навыков, сформированности компетенции дать устные развернутые ответы на поставленные в задании вопросы и задания в установленное преподавателем время. Продолжительность проведения процедуры определяется преподавателем самостоятельно, исходя из сложности индивидуальных заданий, количества вопросов, объема оцениваемого учебного материала, общей трудоемкости изучаемой дисциплины (модуля) и других факторов.

Собеседование может проводиться по вопросам билета и (или) по ситуационной(ым) задаче(ам). Результат собеседования при проведении промежуточной аттестации в форме экзамена определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Результаты процедуры:

Результаты проведения процедуры в обязательном порядке проставляются преподавателем в зачетные книжки обучающихся и экзаменационные ведомости и представляются в деканат факультета, за которым закреплена образовательная программа, либо в отдел подготовки кадров высшей квалификации.

По результатам проведения процедуры оценивания преподавателем делается вывод о результатах промежуточной аттестации по дисциплине.