

Электронная цифровая подпись



Утверждено "28" июля 2022 г.
Протокол № 1

председатель Ученого Совета
Коленков А.А.
ученый секретарь Ученого Совета
Завалко А.Ф.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА К САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЕ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Онкология»**

**Специальность 31.05.01 Лечебное дело
(уровень специалитета)
Направленность: Лечебное дело
Квалификация (степень) выпускника: Врач –лечебник
Форма обучения: очная**

Срок обучения: 6 лет

Год поступления 2022

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ
1. Самостоятельная работа как важнейшая форма учебного процесса
по дисциплине «Онкология»

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студентов, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студентов).

Самостоятельная работа студентов в ВУЗе является важным видом учебной и научной деятельности студента. Самостоятельная работа студентов играет значительную роль в рейтинговой технологии обучения. В связи с этим, обучение в ВУЗе включает в себя две, практически одинаковые по объему и взаимовлиянию части – процесса обучения и процесса самообучения. Поэтому СРС должна стать эффективной и целенаправленной работой студента.

Концепцией модернизации российского образования определены основные задачи высшего образования - "подготовка квалифицированного работника соответствующего уровня и профиля, конкурентоспособного на рынке труда, компетентного, ответственного, свободно владеющего своей профессией и ориентированного в смежных областях деятельности, способного к эффективной работе по специальности на уровне мировых стандартов, готового к постоянному профессиональному росту, социальной и профессиональной мобильности".

Решение этих задач невозможно без повышения роли самостоятельной работы студентов над учебным материалом, усиления ответственности преподавателей за развитие навыков самостоятельной работы, за стимулирование профессионального роста студентов, воспитание творческой активности и инициативы.

К современному специалисту в области медицины общество предъявляет достаточно широкий перечень требований, среди которых немаловажное значение имеет наличие у выпускников определенных

Навыков (компетенций) и умения самостоятельно добывать знания из различных источников, систематизировать полученную информацию, давать оценку конкретной профессиональной ситуации. Формирование такого умения происходит в течение всего периода обучения через участие студентов в практических занятиях, выполнение контрольных заданий и тестов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ. При этом самостоятельная работа студентов играет решающую роль в ходе всего учебного процесса.

2. Компетенции, вырабатываемые в ходе самостоятельной работы обучающихся по дисциплине «Онкология»

Код компетенции	Содержание компетенции
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза
иОПК-4.1.	Демонстрирует применение медицинских технологий, медицинских изделий, при решении профессиональных задач
иОПК-4.2.	Демонстрирует умение применять диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза
ПК-2	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
иПК-2.1.	Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента
иПК-2.2.	Проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)
иПК-2.3.	Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента
иПК-2.4.	Направление пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.5.	Направление пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.6.	Направление пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских

	показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.7.	Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи
иПК-2.8.	Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными Установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
ПК-3	Назначение лечения и контроль его эффективности и безопасности у конкретного больного, в том числе с сочетанной патологией
иПК-3.5.	Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками

3. Цели и основные задачи СРС

Ведущая цель организации и осуществления СРС должна совпадать с целью обучения студента – подготовкой специалиста (или бакалавра) с высшим образованием. При организации СРС важным и необходимым условием становятся формирование умения самостоятельной работы для приобретения знаний, навыков и возможности организации учебной и научной деятельности.

Целью самостоятельной работы студентов является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю (компетенциями), опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студентов способствует развитию самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС в плане формирования вышеуказанных компетенций являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студентов;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студентов: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании контрольных (и выпускной квалификационной работ), для эффективной подготовки к итоговым зачетам, экзаменам, государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалиста

4. Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе по дисциплине «Онкология» выделяется два (один) вид(а) самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

4.1 Составление докладов/устных реферативных сообщений по темам:

Тема 1 Общие принципы диагностики онкологических заболеваний

- 1 Современные теории онкогенеза
2. Роль наследственности в развитии онкологических заболеваний
3. Особенности осмотра онкологического больного
4. Алгоритм постановки предварительного заболевания
5. Современная лабораторная диагностика опухолей на ранней стадии
6. Современные инструментальные методы в ранней диагностике онкологической патологии
- 7 Роль дополнительных методов исследования. Показания к их применению
- 8.Роль консультаций специалистов в проведении диф.диагностики

Тема 2 Общие принципы лечения в онкологии

1. Показания и противопоказания для стационарного и амбулаторного лечения пациентов с онкологией

2. Общие принципы лекарственного лечения в онкологии

Тема 3 Паллиативная помощь в онкологии

1. История создания паллиативной помощи в России

2. Показания к помещению онкологических больных в хоспис

3. Организация паллиативной помощи онкологическим больным

Тема 4 Опухоли органов грудной клетки

1. Основные группы онкогенов в пульмонологии

2. Причины развития рака пищевода

3. Диагностические критерии бронхогенного рака

Тема 5 Опухоли органов брюшной полости

1. Дифференциальная диагностика онкологических заболеваний гепатобилиарной зоны .

2. Факторы, способствующие развитию рака кишечника

Тема 6 Онкогинекология

1. Пути метастазирования опухолей женской половой сферы

Тема 7 Онкоурология

1. Злокачественные опухоли почек. Стандарты лечения.

2. Современные методы диагностики в онкоурологии

Тема 8 Опухоли молочной железы

1. Способы профилактики рака молочной железы

2. Алгоритм диагностики рака молочной железы.

Тема 9 Онкогематология

1. Дифференциальная диагностика острых и хронических лейкозов

2. Диагностика лимфогранулематозов

Тема 10 Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата

1. Стандарты диагностики сарком костей

Темы докладов/устных реферативных сообщений могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

4.2 Решение ситуационных задач

Тема 1 Общие принципы диагностики онкологических заболеваний

1. На прием обратился пациент 78 лет с жалобами на желтушность склер и кожных покровов, светлый кал, темную мочу. За последние 5 месяцев потерял около 6 кг. Боли не беспокоят. При объективном осмотре живот мягкий, несколько вздут, безболезненный. Наиболее вероятная причина желтухи с учетом жалоб и анамнеза пациента.

Какой предварительный диагноз, с учетом предъявляемых жалоб, можно предположить?

Ответ: механическая желтуха опухолевой природы

2. У пациента 47 лет при диспансерном обследовании выявлено повышение уровня общего ПСА крови в 3 раза от верхней границы нормы. Больной отмечает, что у него имеется увеличение левого яичка.

Поставьте предварительный диагноз

Ваша тактика

Ответ:

1. Предварительный диагноз: Рак яичка

2. Обязательная консультация и дообследование у уролога:

3. На приеме у терапевта мужчина 48 лет. Среди прочих жалоб отмечает, что стал просыпаться ночью 3-4 раза из-за позывов к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Симптомы появились последние 2-3 месяца. У уролога был около 5 лет назад. В настоящее время в крови повышен уровень ПСА в 4 раза. Пациент боится проведения биопсии предстательной железы и спрашивает у Вас о более щадящем, но эффективном методе верификации рака.

Ваши рекомендации:

Ответ: выполнить биопсию обязательно, так как только это исследование верифицирует опухоль предстательной железы

4. Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков диссеминации процесса нет.

Сформулируйте предварительный диагноз

Ответ : Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы. T4N0M0. Больной рекомендовано провести лучевое лечение.

5 . К фельдшеру здравпункта химического завода обратился больной мужчина 47 лет, работающий длительное время на производстве углеводородного сырья. Из анамнеза выяснилось, что в течение 1,5-2 месяцев отмечает учащенные позывы и резь в конце мочеиспускания. В терминальной порции мочи заметил свежие капли крови, что и явилось причиной обращения за помощью. Отмечает снижение аппетита и некоторое похудание за последние 2-3 месяца.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37,0⁰. Пульс 78 уд./мин. АД 110/65 мм.рт.ст. Кожные покровы бледноваты. Из имеющегося на руках общего анализа крови видно наличие снижения гемоглобина- 110 г/л, СОЭ — 18 мм/г, лейкоцитоз 7,2x10⁹. В общем анализе мочи: реакция щелочная, белок 0,066 промила, лейкоциты 10-15 в п/з, эритроциты свежие 30-40 в п/з, фосфаты +++. *Диагноз: опухоль мочевого пузыря (Cr)?*

ЗАДАНИЯ

1. Составьте план дополнительного физикального обследования.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Необходимые физикальные методы исследования.

Необходимо провести пальпацию живота для выявления болевого синдрома, что нередко наблюдается при присоединении сопутствующей инфекции мочевыводящих путей, а также перкуссию низа живота для выявления остаточной мочи, хотя для постановки диагноза опухоль мочевого пузыря результаты перкуссии и пальпации малоинформативны. Некоторую информацию может дать ректальное исследование предстательной железы, если опухоль прорастает из мочевого пузыря в железу, но это наблюдается на поздних стадиях заболевания.

ЛПУ

6. Больной К. 34 года. При обследовании в малом тазу с обеих сторон от матки пальпируется плотное ограниченно подвижное образование размером 7x8 и 6x9 см. Год назад была произведена операция - резекция желудка и патологических изменений со стороны придатков не было.

Вопросы: 1. Назначьте план обследования. 2. Каков предполагаемый диагноз? 3. План ведения? 4. Назовите факторы риска возникновения рака яичников. 5. Назовите известные Вам метастатические опухоли яичников.

Ответы: 1. Общеклиническое обследование, включая исследование органов желудочно-кишечного тракта (гастроскопия, колоноскопия), УЗИ органов малого таза, исследование онкомаркера крови СА-125.

2. Метастатическая опухоль яичника или опухоль Крукенберга (метастаз рака желудка в яичники).

3. Оперативное лечение в объеме пангистерэктомии, резекция большого сальника. Системная химиотерапия.

4. Раннее менархе и поздняя менопауза, т.е. длительный репродуктивный период.

«Нереализованная» репродуктивная функция, отсутствие или позднее начало половой жизни, отсутствие беременностей или родов. Предшествующий рак любой гормонозависимой локализации.

5. Опухоль Крукенберга – метастаз рака желудка в яичник, метастазы рака эндометрия, молочной железы в яичники.

Задачи по Теме 2 ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ

1 . В поликлинику обратился больной 60 лет с жалобами на затрудненное прохождение жидкой пищи. 3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой

пищи. За это время похудел на 20 кг. При осмотре: больной истощен и ослаблен, дефицит массы тела 25 кг.

В левой надключичной области пальпируется плотный неподвижный безболезненный лимфатический узел диаметром 2см. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены.

Печень пальпируется у края реберной дуги. Опухолевидных образований пальпаторно в брюшной полости нет. *Диагноз: Рак пищевода IV стадии, Тх NxM₁*

Задание: Сформулируйте тактику лечения

Ответ: В данном случае, учитывая распространенность заболевания, радикальное лечение не показано.

Учитывая дисфагию III степени, надлежит произвести гастростомию с целью кормления больного.

2. К маммологу обратилась женщина 50 лет, которая при самообследовании обнаружила в правой молочной железе опухолевый узел.

При осмотре молочные железы внешне не изменены. При пальпации в правой молочной железе определяется четкое опухолевидное округлое образование диаметром 3 см, неподвижное относительно ткани молочной железы. Сосок не изменен, выделений из него нет, кожные симптомы над опухолевым узлом не определяются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. У пациентки установлен диагноз рака молочной железы, стадия заболевания Па Т2 N₀ M₀

Задание: Определите тактику лечения в отношении данной пациентки

Ответ: Пункционная биопсия по правилам соблюдения асептики производится в день операции в хирургическом отделении онкодиспансера.

После морфологического подтверждения диагноза больной производится операция Холстеда справа, которая является достаточной при данной распространенности.

И если менопауза у больной менее 10 лет, то в послеоперационный период показано применение в течение 2х лет тамоксифена

3. Женщина 40 лет жалуется на слабость, озноб, головную боль, снижение аппетита, повышение температуры до 39,0 С, боли и изменения в правой молочной железе. При осмотре правая молочная железа увеличена, напряжена, плотна, ограниченно подвижна. Выражена гиперемия и гипертермия кожи. В глубине железистой ткани прощупываются диффузные уплотнения. Справа в подмышечной области пальпируются три плотных подвижных лимфатических узла, не спаянных с кожей и между собой, диаметром 2см. После дообследования установлен диагноз: Диагноз. Инфильтративно-отечная форма рака правой молочной железы.

Задание: Ваша лечебная тактика

Ответ:

1. Данная форма рака – заболевание терапевтическое, хирургическое вмешательство, направленное на удаление первичного очага, не производят.
2. Двусторонняя овариэктомия производится в качестве меры удаления основного источника эстрогенов.
3. Облучение первичной опухоли и зон регионарного метастазирования.
4. Химиогормональное лечение.

Прогноз неблагоприятный.

Задачи по Теме 3 Паллиативная помощь в онкологии

Задача 1

Пациентка А., 47 лет, находясь в хосписе, жалуется на сильные боли в грудной клетке справа. 5 лет назад перенесла операцию правосторонней мастэктомии в связи со злокачественным новообразованием молочной железы. В послеоперационном периоде, по мере стихания боли, связанной с хирургическим вмешательством, она стала испытывать нарастающую боль в области грудной клетки за пределами операционной раны, в костях. Прикасание одежды к болезненной области груди резко усиливало болевые ощущения. В дополнение к постоянной жгучей боли

периодически возникали неожиданные резкие болевые приступы с частотой от одного до несколько раз в сутки. Болевые атаки продолжались несколько секунд или минут.

При обследовании обнаружены множественные метастазы в кости и лимфоузлы средостения, рубец полностью зажившей операционной раны. Небольшое касание кожи в области от ключицы справа вызывало сильную боль. Несмотря на боль, провоцируемую даже легким прикосновением, имеются зоны со сниженной тактильной чувствительностью.

Вопросы: 1) Что является основой лечения подобной боли у пациентов всех возрастных групп, и демонстрирует эффективность более чем в 80% случаев? 2) На какие категории делятся лекарственные препараты, используемые для лечения боли? 3) В какой последовательности, согласно «анальгетической лестнице» ВОЗ, назначаются анальгетики при лечении хронической боли? 4) Перечислите принципы, которые необходимо строго соблюдать для получения положительного результата с первых дней фармакотерапии хронической боли. 5) Какие опиоидные анальгетики, разрешенные к применению в РФ, рекомендуются для лечения хронической боли?.

Ответы: 1) Системная фармакотерапия 2) Неопиоидные анальгетики, опиоидные анальгетики и адъювантные препараты 3) При слабой боли - неопиоидные анальгетики, при умеренной дополнительно - опиоиды слабой потенции, для лечения сильной боли – опиоиды сильной потенции. 4) Индивидуальный подбор дозы анальгетика; назначение анальгетика строго «по часам»; применение анальгетиков «по восходящей» от слабого препарата к более сильному; приоритет неинвазивным лекарственным формам. 5) Просидол, морфин, фентанил трансдермальный, бупренорфин.

Тема 4 Опухоли органов грудной клетки

1. Больной С., 51 года, обратился к хирургу с жалобами на задержку прохождения твердой пищи по пищеводу в течение 2 месяцев, боли за грудиной, изжогу, тошноту. В последний месяц отмечает снижение веса на 8 кг. слабость, утомляемость. Объективно -кожные покровы бледные, тургор кожи снижен, определяются увеличенные надключичные лимфоузлы, плотноэластической консистенции. В лабораторных анализах - повышение СОЭ до 56.

Вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования
3. Оптимальные методы лечения при данной патологии
4. Дифференциальный диагноз.
5. Отдаленный прогноз.

Эталоны ответов

1. Рак пищевода
2. Рентгеноскопия и рентгенография пищевода, эзофагоскопия с биопсией и цитологическим исследованием.
3. Хирургическое при ранних стадиях, комбинированное - при распространенном процессе.
4. Рубцовые сужения, ахалазия пищевода, дивертикул пищевода, острый эзофагит.
5. Неблагоприятный.

2 К врачу обратился больной Ж., 77 лет, с жалобами на мучительный кашель с отделяемой слизистой мокротой, одышку, боль в правом легком, субфебрильную температуру. При рентгенологическом исследовании — небольшое затемнение правого легочного поля.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Назовите разновидности канцерогенов?
3. Какова последовательность развития опухолевого процесса?
4. Перечислите основные виды опухолевого атипизма, охарактеризуйте проявления атипизма роста опухоли.

Ответ: 1. Диагноз: рак легкого. 2 Химические канцерогены (2-нафталин, бензидин), биологические канцерогены (ДНК и РНК-содержащие онкогенные вирусы), физические канцерогены (радиационное и ультрафиолетовое излучения); 3. Этапы развития опухолевого процесса: на первом этапе происходит взаимодействие канцерогенов химической, физической и биологической природы с протоонкогенами и антионкогенами (онкосупрессорами) генома

нормальной клетки. На втором этапе канцерогенеза, в результате такого взаимодействия подавляется активность онкосупрессоров и происходит трансформация протоонкогенов в онкогены. На третьем этапе происходит синтез и репликация онкобелков, запускается процесс опухолевой трансформации клетки. Экспрессия онкогена — необходимое и достаточное условие для трансформации нормальной клетки в опухолевую. В основе опухолевой трансформации лежат стойкие изменения ДНК. При этом программа опухолевого роста становится фрагментом общей реализуемой клеткой программы, закодированной в её геноме. На последнем этапе происходит деление опухолевой клетки. 4. Основными видами опухолевого атипизма являются: атипизм роста, атипизм метаболизма, атипизм структуры и атипизм функции клеток новообразования. Атипизм роста опухоли характеризуется атипизмом деления клеток, атипизмом созревания клеток, инвазивным ростом, метастазированием и рецидивированием.

3. В ФАП обратился больной 60 лет с жалобами на затрудненное прохождение жидкой пищи. 3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой пищи. За это время похудел на 20 кг. При осмотре: больной истощен и ослаблен, дефицит массы тела 25 кг.

В левой надключичной области пальпируется плотный неподвижный безболезненный лимфатический узел диаметром 2 см. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены.

Печень пальпируется у края реберной дуги. Опухолевидных образований пальпаторно в брюшной полости нет.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения.
3. Расскажите о диагностической программе в поликлинике.
4. Расскажите о лечебной программе в стационаре.
5. Составьте набор инструментов для диагностической пункции лимфатического узла.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: Рак пищевода IV стадии, Тх NxM₁.*

Диагноз поставлен на основании основного симптома рака пищевода — дисфагии, которая в возрасте старше 50 лет является в 80% случаев симптомом именно рака.

Тх- протяженность опухоли по пищеводу будет определена после рентгенологического и эндоскопического исследований.

Nx — поражение регионарных лимфатических узлов определяется в данном случае рентгенологически.

M₁ — отдаленный метастаз в левый надключичный лимфатический узел (метастаз Вирхова). Метастатическое поражение этого узла будет доказано цитологически в условиях онкодиспансера.

2. *Дополнительных методов диагностики в условиях ФАП не производится.*

Больной направляется в поликлиническое отделение онкодиспансера с необходимыми сопроводительными документами.

3. *Диагностическая программа в поликлинике онкодиспансера.*

1. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови.
2. Рентгеноскопия пищевода производится с помощью введения в пищевод водной взвеси сульфата бария: дефект наполнения (при экзофитном росте), симптом “ниши” (при раковой язве), отсутствие перистальтики участка стенки пищевода.
3. При эзофагоскопии выявляют опухоль или язву. Для подтверждения диагноза применяют цитологическое исследование отпечатков с поверхности опухоли и биопсию.
4. Для определения отдаленных метастазов производят рентгеноскопию легких, УЗИ печени, забрюшинных лимфатических узлов, органов малого таза (возможен метастаз в дугласовом пространстве).
5. Для морфологического подтверждения метастатического характера поражения надключичного лимфатического узла производится его пункция.

4. *Лечебная программа:*

В данном случае, учитывая распространенность заболевания, радикальное лечение не показано.

Учитывая дисфагию III степени, надлежит произвести гастростомию с целью кормления больного.

5. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Тема 5 Опухоли органов брюшной полости

1. Больному 60 лет выполнена резекция желудка по поводу рака антрального отдела, но при этом обнаружены мелкие опухолевые узелки по брюшине. Опухолевых элементов по линии разреза не обнаружено.

Вопрос: Что из методов лучевой терапии ему следует выбрать?

Ответ: ввести в брюшную полость радиоактивное коллоидное золото

2. У больного 65 лет инфильтративный рак антрального отдела желудка со стенозом. При ультразвуковом исследовании выявлено 2 метастаза в печени.

Вопрос: Показана ли ему лучевая терапия

Ответ: лучевая терапия нецелесообразна

2. Больной М. 47 лет взят на операцию в экстренном порядке по поводу острой кишечной непроходимости. Причиной ее является злокачественная опухоль восходящего отдела ободочной кишки, суживающая просвет последней. Кроме того, опухоль прорастает в забрюшинное пространство, неподвижная.

Вопросы:

1) стадия рака?

2) на что должен обратить внимание хирург при ревизии органов брюшной полости?

3) объем оперативного пособия?

4) принципы послеоперационного ведения больного?

5) у кого должен наблюдаться больной после операции?

Ответы:

1. T4N3M0

2. распространенность опухоли, метастазы

3. илеотрансверзоанастомоз

4. антибактериальная и инфузионная терапия

5. у онколога.

3. В стационар поступила больная К. 70 лет, с жалобами на запоры, слабость, похудание на 8 кг за последние 3 месяца. При осмотре: кожные покровы бледные, язык влажный умеренно вздут, мягкий, болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется опухолевидное образование 7×6 см, плотное, болезненное, бугристое, плохо смещаемое. Перитонеальных симптомов нет. При пальцевом ректальном исследовании стенки прямой кишки безболезненные, на перчатке кал с примесью темной крови. Hb 90 г/л, Эритроциты – 2,6.

Вопросы.

1 Ваш предварительный диагноз.

2 Какие диагностические методы исследования необходимы?

3 Как верифицировать диагноз?

4 Возможные осложнения этого заболевания?

5 Лечение

Эталоны ответов

1 Опухоль сигмовидной кишки, кишечное кровотечение.

2 Ирригоскопия, колоноскопия с биопсией, УЗИ органов брюшной полости.

- 3 Верификация диагноза осуществляется с помощью гистологического исследования.
- 4 Кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость.
- 5 Радикальная операция – резекция сигмовидной кишки, паллиативная операция – выведение сигмостомы.

Тема 6 Онкогинекология

1. Пациентка 42 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Последняя менструация 3 недели назад. 5 дней назад вновь появились кровяные выделения, которые постепенно усиливаются. В течение 7 лет больная наблюдается по поводу миомы матки. При двуручном исследовании установлено: тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, плотное, бугристое, безболезненное. Придатки не определяются. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика ведения?

Ответ: Множественная субмукозная миома матки, метроррагия. Лечение – гистероскопия, РДВ (раздельное диагностическое выскабливание). Для сохранения репродуктивной функции – эмболизация маточных артерий (для нарушения питания миомы).

2. Пациентка 39 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей, возникающие после полового акта. Из анамнеза выявлено, что 10 лет назад больная наблюдалась у гинеколога по поводу эрозии шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией (16 тип). От предложенного лечения пациентка отказалась. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрическая, наружный зев щелевидный. На задней губе определяется кратерообразное углубление 0,5 x 0,7 см с неровными краями, из которого на момент осмотра поступает кровь в незначительном количестве.

диагноз? Тактика лечения?

Ответ Рак шейки матки, II стадия.

Колькоскопия+ биопсия: добро- или злокачественная, если злокач., то низко- или высокодифференцирована

Операция Вертгейма (убирают все до верхней трети влагалища)

3. Больная О., 54 лет, в постменопаузе находится 2 года. 10 лет назад у нее обнаружено опухолевидное образование в области придатков матки размером 6x8 см. При осмотре в настоящее время размеры опухоли прежние.

Вопросы:

1. Составьте план обследования больной.
2. Составьте план ведения больной.
3. Укажите ошибки ведения больной
4. Определите объем оперативного вмешательства.
5. Назовите факторы риска возникновения опухолей яичников.

Ответы:

1. Общеклиническое обследование, включая гастроскопию, колоноскопию, УЗИ органов малого таза, исследование онкомаркера крови СА-125

2. После дообследования показано оперативное лечение.

3. Выявление опухоли яичника в любом возрасте является показанием для оперативного лечения. Недопустимо ошибочно - наблюдение пациентки с опухолью яичников, тем более в периоде перименопаузы в течение 10 лет.

4. Оперативное лечение – пангистерэктомия (экстирпация матки с удалением предатков. Удаляют как тело, так и шейку матки. Перед наложением гемостатических зажимов на сосуды необходимо вскрыть брюшину пузырно-маточной складки и отсепаровать мочевого пузырь ниже шейки матки. Сзади матки вскрывают задний листок широкой маточной связки до уровня наружного зева шейки матки. Гемостатические зажимы накладывают на маточные сосуды параллельно ребру матки и близко к матке. Сосуды пересекают и зашивают. После наложения зажимов лигируют и пересекают крестцово-маточные связки, вскрывают между

ними маточно-прямокишечную складку брюшины, которую нужно спускать ниже шейки матки. После мобилизации шейки матки производят вскрытие влагалища. Шейку отсекают от сводов влагалища ножницами, стенки влагалища фиксируют зажимами. матку удаляют из брюшной полости, стенки влагалища зашивают. Перитонизацию осуществляют непрерывным швом за счет брюшины широких маточных связок, пузырно-маточной свкладки), решить вопрос о резекции сальника во время операции при подозрении на малигнизацию.

5. Раннее менархе и поздняя менопауза, т.е. длительный репродуктивный период.

«Нереализованная» репродуктивная функция, отсутствие или позднее начало половой жизни, отсутствие беременностей или родов. Предшествующий рак любой гормонозависимой локализации.

Тема 7 Онкоурология

1. У мужчины 36 лет при проведении УЗИ органов брюшной полости обнаружено увеличение правой почки. Компьютерная томография выявила образование размером 1,2*1,5*1,5 см у верхнего полюса правой почки. В связи с этим мужчина был госпитализирован. При обследовании в клинике: Hb 180 г/л, эритроциты $7,5 \cdot 10^{12}/л$, ретикулоциты 10%, лейкоциты $4,0 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $250 \cdot 10^9/л$; Ht 0,61, эритропоэтин — на 20% выше нормы, АД 150/90 мм рт.ст. Гистологическое исследование пунктата образования, обнаруженного у верхнего полюса правой почки, показало наличие почечно-клеточного рака. Пациенту была проведена операция по удалению опухоли. Через 3 недели после операции его самочувствие и лабораторные показатели нормализовались.

1. Какая форма патологии развилась у пациента в связи с развитием почечно-клеточного рака? Охарактеризуйте эту патологию с учётом данных из задачи.

2. В чём причина этой формы патологии?

3. Каковы механизмы её развития и симптомов, имеющих у пациента?

4. Какие другие разновидности первичных и вторичных форм этой патологии могут встретиться у человека?

Ответ: 1. У пациента развился вторичный (приобретённый) абсолютный эритроцитоз. Он характеризуется усилением эритропоэза в костном мозге и выходом избытка эритроцитов в сосудистое русло. В связи с этим повышается число эритроцитов в крови (до $7,5 \cdot 10^{12}/л$), ретикулоцитов (10%), уровень Hb (до 180 г/л), Ht (0,61), увеличивается АД (150 и 90 мм рт.ст. систолическое и диастолическое соответственно).

2. Причиной развития вторичного абсолютного эритроцитоза в данном случае является гиперпродукция эритропоэтина (уровень его в крови на 20% выше нормы) клетками опухоли правой почки.

3. Повышение уровня эритропоэтина в крови обуславливает стимуляцию эритропоэза в костном мозге и выхода избытка эритроцитов (в том числе их молодых форм) в циркулирующую кровь. Это, в свою очередь, приводит к эритроцитозу, увеличению Ht и содержания Hb в крови. Повышенное АД является результатом эритроцитоза, обусловившего гипертонию.

4. У человека могут развиваться несколько разновидностей эритроцитозов:

I. Первичные (самостоятельные болезни): эритремии (например, болезнь Вакеза), семейные (наследуемые) эритроцитозы.

II. Вторичные (симптомы других болезней): абсолютные и относительные.

2. Больная 46 лет обратилась с жалобами на частое мочеиспускание с макрогематурией и общую адинамию. Проведена цистоскопия, найдено опухолевидное разрастание, взят биоптат этой ткани и прилегающей слизистой оболочки. При гистологическом исследовании биоптата: опухолевидное разрастание состоит из правильно расположенных клеток, но местами имеются скопления атипичных клеток. Больная более 10 лет работает на ткацком комбинате в красильном цехе, где используют анилиновые красители.

1. Какой тип опухоли развился у больной?

2. Какова возможная причина новообразования?

3. К какому классу канцерогенов относятся анилиновые красители?

4. Какие механизмы противоопухолевой резистентности оказались неэффективными у пациентки?

Ответ: 1. Судя по данным гистологического исследования (при котором выявлены атипичные клетки), у пациентки развилась злокачественная опухоль.

2. Вероятными причинами развития этого новообразования явились: генетически обусловленная и/или приобретенная предрасположенность в виде недостаточной антибластомной резистентности организма, воздействие канцерогенов - анилиновых красителей, можно также предполагать воздействие коканцерогенных факторов.

3. К экзогенным химическим канцерогенам. 4. Неэффективными оказались антиканцерогенные и антимутационные механизмы антибластомной резистентности.

3. К фельдшеру здравпункта химического завода обратился больной мужчина 47 лет, работающий длительное время на производстве углеводородного сырья. Из анамнеза выяснилось, что в течение 1,5-2 месяцев отмечает учащенные позывы и резь в конце мочеиспускания. В терминальной порции мочи заметил свежие капли крови, что и явилось причиной обращения за помощью. Отмечает снижение аппетита и некоторое похудание за последние 2-3 месяца.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37,0°. Пульс 78 уд./мин. АД 110/65 мм.рт.ст. Кожные покровы бледноваты. Из имеющегося на руках общего анализа крови видно наличие снижения гемоглобина- 110 г/л, СОЭ — 18 мм/г, лейкоцитоз $7,2 \times 10^9$. В общем анализе мочи: реакция щелочная, белок 0,066 промиля, лейкоциты 10-15 в п/з, эритроциты свежие 30-40 в п/з, фосфаты +++.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о необходимых физикальных методах исследования и методике их проведения.
3. Составьте и обоснуйте алгоритм оказания доврачебной помощи больному.
4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре при данном заболевании.
5. Составьте набор инструментов для цистоскопии..

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: опухоль мочевого пузыря (Cr)?

Заключение основано на данных анамнеза (учащенные позывы и резь в конце мочеиспускания, терминальная гематурия, снижение аппетита и похудание). Кроме того, больной работает на производстве углеводородного сырья, являющегося канцерогенным веществом.

Данные объективного исследования (кожные покровы бледноваты, субфебрильная температура) и лабораторных исследований (в общем анализе крови снижение гемоглобина до 110 г/л, ускоренная СОЭ до 18 мм/час; в общем анализе мочи наличие протеинурии 0,066 промиля, микрогематурии, щелочная реакция мочи и фосфатурии), также являются косвенным подтверждением этого диагноза.

2. Необходимые физикальные методы исследования.

Необходимо провести пальпацию живота для выявления болевого синдрома, что нередко наблюдается при присоединении сопутствующей инфекции мочевыводящих путей, а также перкуссию низа живота для выявления остаточной мочи, хотя для постановки диагноза опухоль мочевого пузыря результаты перкуссии и пальпации малоинформативны. Некоторую информацию может дать ректальное исследование предстательной железы, если опухоль прорастает из мочевого пузыря в железу, но это наблюдается на поздних стадиях заболевания.

3. Больного необходимо срочно направить на консультацию к врачу – урологу ЛПУ

Медикаментозная терапия и наблюдение больного фельдшером абсолютно противопоказаны, и.

4. Диагностическая и лечебная программа.

Для подтверждения диагноза врачом-урологом могут проводиться следующие исследования:

- а) УЗИ мочевыводящих органов, особое внимание обращают на состояние стенки мочевого пузыря, наличие в ее полости образований, подозрительных на опухоль;
- б) осадочная цистография;

- в) по строгим показаниям цистоскопия, что затруднено в связи с уменьшением емкости мочевого пузыря и ухудшением видимости;
- г) компьютерная томография тазовых органов;
- д) тазовая вазо- и лимфография.

При подтверждении диагноза больному показано оперативное лечение, объем которого зависит от вида и стадии опухоли (электрокоагуляция, резекция мочевого пузыря, цистэктомия и др.).

5. Набор составляется согласно алгоритму.

Задачи Тема 8 Опухоли молочной железы

1. Больной 40 лет по поводу рака левой молочной железы IIb стадии выполнена радикальная операция по Пейти после интенсивно-концентрированной предоперационной лучевой терапии на молочную железу с подмышечно-подключичной зоной СОД 20 Гр. Гистологически: инфильтративно-протоковый рак, 5 см, с комплексами раковых клеток в лимфатических щелях, сосудах, метастазы в 5 лимфоузлах подмышечной области.

Определите дальнейшую тактику лечения.

Ответ: послеоперационное облучение грудной стенки и регионарных зон

2. У больной 44 лет рак правой молочной железы. Опухоль 9 см, центральная локализация с вторичным отеком кожи и железы, в подмышечной области 2-го лимфоузла.

Какая лучевая терапия наиболее целесообразна в данном случае

Ответ: полного курса лучевой терапии на молочную железу 66-70 Гр, подмышечную область 50-55 Гр, остальные регионарные зоны - 44-50 Гр с последующей операцией предоперационной интенсивно-концентрированной на

3. У больной 60 лет через 4 года после комбинированного лечения рака молочной железы IIb стадии и приема тамоксифена выявлен рентгенологический метастаз в тело подвздошной кости слева. Сканографически выявлены очаги повышенного накопления препарата в теле подвздошной кости слева, левом крестцово-подвздошном сочленении L1 и L4.

Определите наиболее целесообразный вариант лечения

Ответ: лучевая терапия на левое полукольцо таза и поясничный отдел позвоночника

4. Больная 35 лет жалуется на кровянистые выделения из соска. При обследовании: узловых образований в молочных железах не определяется. При надавливании на сосок - кровянистые выделения. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Цитологическое исследование выделений из соска клеток рака не выявило.

Поставьте предварительный диагноз

Ответ: внутримолочная папиллома

5. Больная М., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре в верхнее - наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корочки», и пальпируется узловое образование 4 и 5 см слабо подвижное, в правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области -единичный плотный лимфатический узел. Вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.

2.Стадия процесса.

3.Методы обследования

4.Дифференциальный диагноз

5.Схема лечения.

Эталоны ответов

1. Рак молочной железы

2. T4 N2 M 1

3. Маммография, УЗИ молочных желез, зон регионарного лимфооттока, печени, органов малого таза, пункционная биопсия молочной железы и лимфоузлов с цитологическим исследованием.

4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить между маститом, актиномикозом и туберкулезом.

5. При верификации диагноза - комплексное лечение: лучевая терапия, затем мастэктомия и химиотерапия.

Тема 9 Онкогематология

1. 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 были сделаны анализы.

ОАК: эр-2,5 * 10¹²/л Нб-79 г/л Лейк-6,1* 10⁹/л Лимф-10% с/я-5% тромбоциты-100* 10⁹/л бласты-85%

Был направлен в гематологическое отделение ГКБ №7, где 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, безболезненные. 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.

Ваш диагноз? протокол лечения?

Ответ: Диагноз- острый лимфобластный лейкоз, первая атака, индукция ремиссии.

План обследования: миелограмма, иммунофенотипирование

Диф.диагноз- с острым миелобластным лейкозом-выявляется с помощью цитохимических реакций-в данном случае отрицательный результат на миелопероксидазу и липиды говорят об ОЛЛ

-с лейкомоидными реакциями. Наличие четкой связи между перенесенной бактериальной или вирусной инфекцией и развитием лейкомоидной реакции. При остром лейкозе такая связь не характерна. Купирование инфекционно-воспалительного процесса приводит к нормализации периферической крови и миелограммы; отсутствие тромбоцитопении и геморрагического синдрома при лейкомоидной реакции, в то время как для острого лейкоза тромбоцитопения и тяжелый геморрагический синдром закономерны; отсутствие бластемии в периферической крови и костном мозге при лейкомоидной реакции является важнейшей особенностью лейкомоидной реакции, при остром лейкозе, напротив, чрезвычайно характерно высокое содержание бластов в костном мозге.

Лечение- ПХТ по Хольцеру: винкристин, преднизолон, L-аспаргиназа, рубомицин

Лечение анемии, профилактика нейролейкемии-метотрексат, цитозар, дексаметазон

2. Больной, 60 лет, жалуется на одышку, слабость, утомляемость. отмечает ночные поты, увеличение шейных лимфоузлов. Болен в течение 6 месяцев.

Объективно-бледность кожных покровов, желтушность склер, увеличение шейных, подмышечных лимфоузлов. при пальпации они мягкие, безболезненные, не спаяны 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.-2,7*10¹²

Нб-87г/л

Лей-50 x 10⁹/л

Лимф-87%

Тромб-100*10⁹

СОЭ-27 мм/ч

В мазке «тени»Боткина-Гумпрехта

Ваш диагноз? Диф. Диагноз, лечение

Ответ: Диагноз-хронический лимфолейкоз,развернутая стадия.

План обследования :миелограмма,ифа на ВИЧ, R-графия грудной клетки

Диф.диагноз- со злокачественными лимфомами (неходжкинскими) и лимфогранулематозом. при этих заболеваниях, как правило, нет лимфоцитоза (иногда даже наблюдается лимфопения), отмечается обычно нейтрофильный лейкоцитоз; при лимфогранулематозе возможна эозинофилия, характерны длительная лихорадка, потливость, кожный зуд. При лимфогранулематозе и неходжкинских лимфомах лимфоузлы значительно более плотные, чем при ХЛЛ, могут образовывать бугристые конгломераты.

Лечение-флюдарабин+циклофосфан

Тема 10 Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата

1. Больной Г., 47 лет, обратился с жалобой на появление в области правой кисти бугорка, в области которого 4 недели назад появилась язва. При осмотре: на правой кисти безболезненное образование размером 2х2 см. В центре образования кровоточащая язва. Края образования плотные. Произведена биопсия. При гистологическом исследовании обнаружены атипичные клетки.

1. Поставьте предварительный диагноз

1. Что является наиболее частой причиной рака кожи?
2. Перечислите основные методы лечения рака.
3. Как изменяется углеводный обмен в опухолевых клетках?

Ответ:

1. Диагноз: базально-клеточный рак кожи
2.Наиболее частой причиной рака кожи является хроническая избыточная инсоляция.
3.Удаление опухоли (иссечение, электрохирургия, криохирургия, лазерная хирургия), лучевая терапия, иммунотерапия.

4. Углеводный обмен в опухолевых клетках характеризуется увеличением включения глюкозы в реакции гликолиза; устранением феномена торможения гликолитического окисления глюкозы в аэробных условиях; отсутствием активации потребления глюкозы в процессе тканевого дыхания при оксигенации опухолевых клеток; уменьшением относительной доли тканевого дыхания при ресинтезе АТФ; интенсификацией процесса прямого окисления углеводов в пентозофосфатном цикле.

Основными видами самостоятельной работы студентов с участием преподавателей являются: тестирование.

5. Организация СРС

Методика организации самостоятельной работы студентов зависит от структуры, характера и особенностей изучаемой дисциплины, объема часов на ее изучение, вида заданий для самостоятельной работы студентов, индивидуальных качеств студентов и условий учебной деятельности.

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студентов обеспечивают: факультет, кафедра, учебный и методический отделы, преподаватель, библиотека, электронная информационно-образовательная среда ВУЗа и сам обучающийся.

6.Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Онкология»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (по видам учебных занятий)	

всего-36 часов		
1.	Общие принципы диагностики онкологических заболеваний	подготовка доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
2.	Общие принципы лечения в онкологии	подготовка доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
3.	Паллиативная помощь в онкологии	подготовка доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
4.	Опухоли органов грудной клетки	подготовка доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
5.	Опухоли органов брюшной полости	подготовка доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
6.	Онкогинекология	подготовка доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
7.	Онкоурология	подготовка доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
8.	Опухоли молочной железы	подготовка доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
9.	Онкогематология	подготовка доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач
10.	Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата. Зачёт	подготовка доклада/устного реферативного сообщения, решение ситуационных задач

7. Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Онкология»

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки доклада/ устного реферативного сообщения:

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение/доклад соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферативное сообщение/доклад соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание \ отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение/доклад не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферативного сообщения/доклада не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

1. Деятельность студентов по формированию и развитию навыков учебной самостоятельной работы по дисциплине «Онкология»

В процессе самостоятельной работы студент приобретает необходимые для будущей специальности компетенции, навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем и компетенциями в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО) по дисциплине **«Онкология»**
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

студент может:

сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого (ФГОС ВО) по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студентов должна оказывать важное влияние на формирование личности будущего специалиста, его компетентность. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

2. Методические рекомендации для студентов по отдельным формам самостоятельной работы.

С первых же сентябрьских дней на студента обрушивается громадный объем информации, которую необходимо усвоить. Нужный материал содержится не только в лекциях (запомнить его – это только малая часть задачи), но и в учебниках, книгах, статьях. Порой возникает необходимость привлекать информационные ресурсы Интернет, ЭИОС, ЭБС и др. ресурсы.

Система вузовского обучения подразумевает значительно большую самостоятельность студентов в планировании и организации своей деятельности. Вчерашнему школьнику сделать это бывает весьма непросто: если в школе ежедневный контроль со стороны учителя заставлял постоянно и систематически готовиться к занятиям, то в вузе вопрос об уровне знаний вплотную встает перед студентом только в период сессии. Такая ситуация оборачивается для некоторых соблазном весь семестр посвятить свободному времяпрепровождению («когда будет нужно – выучу!»), а когда приходит пора экзаменов, материала, подлежащего усвоению, оказывается так много, что никакая память не способна с ним справиться в оставшийся промежуток времени.

Работа с книгой.

При работе с книгой необходимо подобрать литературу, научиться правильно ее читать, вести записи. Для подбора литературы в библиотеке используются алфавитный и систематический каталоги.

Важно помнить, что рациональные навыки работы с книгой - это всегда большая экономия времени и сил.

Правильный подбор учебников рекомендуется преподавателем, читающим лекционный курс. Необходимая литература может быть также указана в методических разработках по данному курсу.

Изучая материал по учебнику, следует переходить к следующему вопросу только после правильного уяснения предыдущего, описывая на бумаге все выкладки и вычисления (в том числе те, которые в учебнике опущены или на лекции даны для самостоятельного вывода).

При изучении любой дисциплины большую и важную роль играет самостоятельная индивидуальная работа.

Особое внимание следует обратить на определение основных понятий курса. Студент должен подробно разбирать примеры, которые поясняют такие определения, и уметь строить аналогичные примеры самостоятельно. Нужно добиваться точного представления о том, что изучаешь. Полезно составлять опорные конспекты. При изучении материала по учебнику полезно в тетради (на специально отведенных полях) дополнять конспект лекций. Там же следует отмечать вопросы, выделенные студентом для консультации с преподавателем.

Выводы, полученные в результате изучения, рекомендуется в конспекте выделять, чтобы они при перечитывании записей лучше запоминались.

Опыт показывает, что многим студентам помогает составление листа опорных сигналов, содержащего важнейшие и наиболее часто употребляемые формулы и понятия. Такой лист помогает запомнить формулы, основные положения лекции, а также может служить постоянным справочником для студента.

Различают два вида чтения; первичное и вторичное. *Первичное* - это внимательное, неторопливое чтение, при котором можно остановиться на трудных местах. После него не должно остаться ни одного непонятого слова. Содержание не всегда может быть понятно после первичного чтения.

Задача *вторичного* чтения - полное усвоение смысла целого (по счету это чтение может быть и не вторым, а третьим или четвертым).

Правила самостоятельной работы с литературой.

Как уже отмечалось, самостоятельная работа с учебниками и книгами (а также самостоятельное теоретическое исследование проблем, обозначенных преподавателем на лекциях) – это важнейшее условие формирования у себя научного способа познания. Основные советы здесь можно свести к следующим:

- Составить перечень книг, с которыми Вам следует познакомиться; «не старайтесь запомнить все, что вам в ближайшее время не понадобится, – советует студенту и молодому ученому Г. Селье, – запомните только, где это можно отыскать» (Селье, 1987. С. 325).
- Сам такой перечень должен быть систематизированным (что необходимо для семинаров, что для экзаменов, что пригодится для написания курсовых и дипломных работ, а что Вас интересует за рамками официальной учебной деятельности, то есть что может расширить Вашу общую культуру...).
- Обязательно выписывать все выходные данные по каждой книге (при написании работ это позволит очень сэкономить время).
- Разобраться для себя, какие книги (или какие главы книг) следует прочитать более внимательно, а какие – просто просмотреть.
- При составлении перечней литературы следует посоветоваться с преподавателями и научными руководителями (или даже с более подготовленными и эрудированными сокурсниками), которые помогут Вам лучше сориентироваться, на что стоит обратить большее внимание, а на что вообще не стоит тратить время...
- Естественно, все прочитанные книги, учебники и статьи следует конспектировать, но это не означает, что надо конспектировать «все подряд»: можно выписывать кратко основные идеи автора и иногда приводить наиболее яркие и показательные цитаты (с указанием страниц).
- Если книга – Ваша собственная, то допускается делать на полях книги краткие пометки или же в конце книги, на пустых страницах просто сделать свой «предметный указатель», где отмечаются наиболее интересные для Вас мысли и обязательно указываются страницы в тексте автора (это очень хороший совет, позволяющий экономить время и быстро находить «избранные» места в самых разных книгах).
- Если Вы раньше мало работали с научной литературой, то следует выработать в себе способность «воспринимать» сложные тексты; для этого лучший прием – научиться «читать медленно», когда Вам понятно каждое прочитанное слово (а если слово незнакомое, то либо с помощью словаря, либо с помощью преподавателя обязательно его узнать), и это может занять

немалое время (у кого-то – до нескольких недель и даже месяцев); опыт показывает, что после этого студент каким-то «чудом» начинает буквально заглатывать книги и чуть ли не видеть «сквозь обложку», стоящая это работа или нет...

• «Либо читайте, либо перелистывайте материал, но не пытайтесь читать быстро... Если текст меня интересует, то чтение, размышление и даже фантазирование по этому поводу сливаются в единый процесс, в то время как вынужденное скорочтение не только не способствует качеству чтения, но и не приносит чувства удовлетворения, которое мы получаем, размышляя о прочитанном», – советует Г. Селье (Селье, 1987. – С. 325-326).

• Есть еще один эффективный способ оптимизировать знакомство с научной литературой – следует увлечься какой-то идеей и все книги просматривать с точки зрения данной идеи. В этом случае студент (или молодой ученый) будет как бы искать аргументы «за» или «против» интересующей его идеи, и одновременно он будет как бы общаться с авторами этих книг по поводу своих идей и размышлений... Проблема лишь в том, как найти «свою» идею...

Чтение научного текста является частью познавательной деятельности. Ее цель – извлечение из текста необходимой информации. От того насколько осознанна читающим собственная внутренняя установка при обращении к печатному слову (найти нужные сведения, усвоить информацию полностью или частично, критически проанализировать материал и т.п.) во многом зависит эффективность осуществляемого действия.

Выделяют **четыре основные установки в чтении научного текста**:

1. информационно-поисковый (задача – найти, выделить искомую информацию)
2. усваивающая (усилия читателя направлены на то, чтобы как можно полнее осознать и запомнить как сами сведения излагаемые автором, так и всю логику его рассуждений)
3. аналитико-критическая (читатель стремится критически осмыслить материал, проанализировав его, определив свое отношение к нему)
4. творческая (создает у читателя готовность в том или ином виде – как отправной пункт для своих рассуждений, как образ для действия по аналогии и т.п. – использовать суждения автора, ход его мыслей, результат наблюдения, разработанную методику, дополнить их, подвергнуть новой проверке).

С наличием различных установок обращения к научному тексту связано существование и нескольких **видов чтения**:

1. библиографическое – просматривание карточек каталога, рекомендательных списков, сводных списков журналов и статей за год и т.п.;
2. просмотровое – используется для поиска материалов, содержащих нужную информацию, обычно к нему прибегают сразу после работы со списками литературы и каталогами, в результате такого просмотра читатель устанавливает, какие из источников будут использованы в дальнейшей работе;
3. ознакомительное – подразумевает сплошное, достаточно подробное прочтение отобранных статей, глав, отдельных страниц, цель – познакомиться с характером информации, узнать, какие вопросы вынесены автором на рассмотрение, провести сортировку материала;
4. изучающее – предполагает доскональное освоение материала; в ходе такого чтения проявляется доверие читателя к автору, готовность принять изложенную информацию, реализуется установка на предельно полное понимание материала;
5. аналитико-критическое и творческое чтение – два вида чтения близкие между собой тем, что участвуют в решении исследовательских задач. Первый из них предполагает направленный критический анализ, как самой информации, так и способов ее получения и подачи автором; второе – поиск тех суждений, фактов, по которым или в связи с которыми, читатель считает нужным высказать собственные мысли.

Из всех рассмотренных видов чтения основным для студентов является изучающее – именно оно позволяет в работе с учебной литературой накапливать знания в различных областях. Вот почему именно этот вид чтения в рамках учебной деятельности должен быть освоен в первую очередь. Кроме того, при овладении данным видом чтения формируются основные приемы, повышающие эффективность работы с научным текстом.

1. утверждений автора без привлечения фактического материала;
2. Цитирование – дословное выписывание из текста выдержек, извлечений, наиболее существенно отражающих ту или иную мысль автора;
3. Конспектирование – краткое и последовательное изложение содержания прочитанного.

Конспект – сложный способ изложения содержания книги или статьи в логической последовательности. Конспект аккумулирует в себе предыдущие виды записи, позволяет всесторонне охватить содержание книги, статьи. Поэтому умение составлять план, тезисы, делать выписки и другие записи определяет и технологию составления конспекта.

Методические рекомендации по составлению конспекта:

1. Внимательно прочитайте текст. Уточните в справочной литературе непонятные слова. При записи не забудьте вынести справочные данные на поля конспекта;
2. Выделите главное, составьте план;
3. Кратко сформулируйте основные положения текста, отметьте аргументацию автора;
4. Законспектируйте материал, четко следуя пунктам плана. При конспектировании старайтесь выразить мысль своими словами. Записи следует вести четко, ясно.
5. Грамотно записывайте цитаты. Цитируя, учитывайте лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля.

Овладение навыками конспектирования требует от студента целеустремленности, повседневной самостоятельной работы.

Практические занятия.

Для того чтобы практические занятия приносили максимальную пользу, необходимо помнить, что упражнение и решение задач проводятся по вычитанному на лекциях материалу и связаны, как правило, с детальным разбором отдельных вопросов лекционного курса. Следует подчеркнуть, что только после усвоения лекционного материала с определенной точки зрения (а именно с той, с которой он излагается на лекциях) он будет закрепляться на практических занятиях как в результате обсуждения и анализа лекционного материала, так и с помощью решения проблемных ситуаций, задач. При этих условиях студент не только хорошо усвоит материал, но и научится применять его на практике, а также получит дополнительный стимул (и это очень важно) для активной проработки лекции.

При самостоятельном решении задач нужно обосновывать каждый этап решения, исходя из теоретических положений курса. Если студент видит несколько путей решения проблемы (задачи), то нужно сравнить их и выбрать самый рациональный. Полезно до начала вычислений составить краткий план решения проблемы (задачи). Решение проблемных задач или примеров следует излагать подробно, вычисления располагать в строгом порядке, отделяя вспомогательные вычисления от основных. Решения при необходимости нужно сопровождать комментариями, схемами, чертежами и рисунками.

Следует помнить, что решение каждой учебной задачи должно доводиться до окончательного логического ответа, которого требует условие, и по возможности с выводом. Полученный ответ следует проверить способами, вытекающими из существа данной задачи. Полезно также (если возможно) решать несколькими способами и сравнить полученные результаты. Решение задач данного типа нужно продолжать до приобретения твердых навыков в их решении.

Самопроверка.

После изучения определенной темы по записям в конспекте и учебнику, а также решения достаточного количества соответствующих задач на практических занятиях и самостоятельно студенту рекомендуется, используя лист опорных сигналов, воспроизвести по памяти определения, выводы формул, формулировки основных положений и доказательств.

В случае необходимости нужно еще раз внимательно разобраться в материале.

Иногда недостаточность усвоения того или иного вопроса выясняется только при изучении дальнейшего материала. В этом случае надо вернуться назад и повторить плохо усвоенный материал. Важный критерий усвоения теоретического материала - умение решать задачи или пройти тестирование по пройденному материалу. Однако следует помнить, что правильное решение задачи может получиться в результате применения механически заученных формул без понимания сущности теоретических положений.

Консультации

Если в процессе самостоятельной работы над изучением теоретического материала или при решении задач у студента возникают вопросы, разрешить которые самостоятельно не удастся, необходимо обратиться к преподавателю для получения у него разъяснений или указаний. В своих вопросах студент должен четко выразить, в чем он испытывает затруднения, характер этого затруднения. За консультацией следует обращаться и в случае, если возникнут сомнения в правильности ответов на вопросы самопроверки.

Подготовка к экзаменам и зачетам.

Изучение многих общепрофессиональных и специальных дисциплин завершается экзаменом. Подготовка к экзамену способствует закреплению, углублению и обобщению знаний, получаемых, в процессе обучения, а также применению их к решению практических задач. Готовясь к экзамену, студент ликвидирует имеющиеся пробелы в знаниях, углубляет, систематизирует и упорядочивает свои знания. На экзамене студент демонстрирует то, что он приобрел в процессе обучения по конкретной учебной дисциплине.

Экзаменационная сессия - это серия экзаменов, установленных учебным планом. Между экзаменами интервал 3-4 дня. Не следует думать, что 3-4 дня достаточно для успешной подготовки к экзаменам.

В эти 3-4 дня нужно систематизировать уже имеющиеся знания. На консультации перед экзаменом студентов познакомят с основными требованиями, ответят на возникшие у них вопросы. Поэтому посещение консультаций обязательно.

Требования к организации подготовки к экзаменам те же, что и при занятиях в течение семестра, но соблюдаться они должны более строго. Во-первых, очень важно соблюдение режима дня; сон не менее 8 часов в сутки, занятия заканчиваются не позднее, чем за 2-3 часа до сна. Оптимальное время занятий, особенно по математике - утренние и дневные часы. В перерывах между занятиями рекомендуются прогулки на свежем воздухе, неустойчивые занятия спортом. Во-вторых, наличие хороших собственных конспектов лекций. Даже в том случае, если была пропущена какая-либо лекция, необходимо во время ее восстановить (переписать ее на кафедре), обдумать, снять возникшие вопросы для того, чтобы запоминание материала было осознанным. В-третьих, при подготовке к экзаменам у студента должен быть хороший учебник или конспект литературы, прочитанной по указанию преподавателя в течение семестра. Здесь можно эффективно использовать листы опорных сигналов.

Вначале следует просмотреть весь материал по сдаваемой дисциплине, отметить для себя трудные вопросы. Обязательно в них разобраться. В заключение еще раз целесообразно повторить основные положения, используя при этом листы опорных сигналов.

Систематическая подготовка к занятиям в течение семестра позволит использовать время экзаменационной сессии для систематизации знаний.

Правила подготовки к зачетам и экзаменам:

- Лучше сразу сориентироваться во всем материале и обязательно расположить весь материал согласно экзаменационным вопросам (или вопросам, обсуждаемым на семинарах), эта работа может занять много времени, но все остальное – это уже технические детали (главное – это ориентировка в материале!).
- Сама подготовка связана не только с «запоминанием». Подготовка также предполагает и переосмысление материала, и даже рассмотрение альтернативных идей.
- Готовить «шпаргалки» полезно, но пользоваться ими рискованно. Главный смысл подготовки «шпаргалок» – это систематизация и оптимизация знаний по данному предмету, что само по себе прекрасно – это очень сложная и важная для студента работа, более сложная и важная, чем простое поглощение массы учебной информации. Если студент самостоятельно подготовил такие «шпаргалки», то, скорее всего, он и экзамены сдавать будет более уверенно, так как у него уже сформирована общая ориентировка в сложном материале.
- Как это ни парадоксально, но использование «шпаргалок» часто позволяет отвечающему студенту лучше продемонстрировать свои познания (точнее – ориентировку в знаниях, что намного важнее знания «запомненного» и «тут же забытого» после сдачи экзамена).
- Сначала студент должен продемонстрировать, что он «усвоил» все, что требуется по программе обучения (или по программе данного преподавателя), и лишь после этого он вправе высказать иные, желательные аргументированные точки зрения.

Правила написания научных текстов (рефератов):

- Важно разобраться сначала, какова истинная цель Вашего научного текста - это поможет Вам разумно распределить свои силы, время и.

- Важно разобраться, кто будет «читателем» Вашей работы.
- Писать серьезные работы следует тогда, когда есть о чем писать и когда есть настроение поделиться своими рассуждениями.
- Писать следует ясно и понятно, стараясь основные положения формулировать четко и недвусмысленно (чтобы и самому понятно было), а также стремясь структурировать свой текст. Каждый раз надо представлять, что ваш текст будет кто-то читать и ему захочется сориентироваться в нем, быстро находить ответы на интересующие вопросы (заодно представьте себя на месте такого человека). Понятно, что работа, написанная «сплошным текстом» (без заголовков, без выделения крупным шрифтом наиболее важным мест и т. п.), у культурного читателя должна вызывать брезгливость и даже жалость к автору (исключения составляют некоторые древние тексты, когда и жанр был иной и к текстам относились иначе, да и самих текстов было гораздо меньше – не то, что в эпоху «информационного взрыва» и соответствующего «информационного мусора»).
- Объем текста и различные оформительские требования во многом зависят от принятых норм.
- Как создать у себя подходящее творческое настроение для работы над научным текстом (как найти «вдохновение»)? Во-первых, должна быть идея, а для этого нужно научиться либо относиться к разным явлениям и фактам несколько критически (своя идея – как иная точка зрения), либо научиться увлекаться какими-то известными идеями, которые нуждаются в доработке.

3. Самостоятельная работа студентов по дисциплине «Онкология»

№ п/п	Название темы занятия	Вид СРС
	СРС (по видам учебных занятий) всего-36 часов	
1.	Общие принципы диагностики онкологических заболеваний	написание реферата, решение ситуационных задач
2.	Общие принципы лечения в онкологии	написание реферата, решение ситуационных задач
3.	Паллиативная помощь в онкологии	написание реферата, решение ситуационных задач
4.	Опухоли органов грудной клетки	написание реферата, решение ситуационных задач
5.	Опухоли органов брюшной полости	написание реферата, решение ситуационных задач
6.	Онкогинекология	написание реферата, решение ситуационных задач
7.	Онкоурология	написание реферата, решение ситуационных задач
8.	Опухоли молочной железы	написание реферата, решение ситуационных задач
9.	Онкогематология	написание реферата, решение ситуационных задач

10.Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата. Зачёт	написание реферата, решение ситуационных задач
--	--

Критерии оценивания самостоятельной работы студентов по дисциплине «Онкология»

Критерии оценки самостоятельной работы студентов (СРС)

Самостоятельная работа студентов предусмотрена программой для всех форм обучения и организуется в соответствии с рабочей программой дисциплины. Контроль выполнения заданий на СРС осуществляется преподавателем на каждом практическом занятии.

Оценка	Критерии оценки
Зачтено	Выставляется студенту, если работа выполнена самостоятельно, содержание соответствует теме исследования, оформление соответствует предъявляемым требованиям и студент может кратко пояснить качественное содержание работы.
Не зачтено	Выставляется студенту, если имеются признаки одного из следующих пунктов: оформление не соответствует предъявляемым требованиям, содержание работы не соответствует теме, студент не может пояснить содержание работы, не может ответить на поставленные вопросы