

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Чичановская Леса Васильевна  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 29.09.2023 21:50:58  
Уникальный программный ключ:  
fdc91c0170824641c2750b083f9178740b4d3a8ac

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Тверской государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по реализации  
национальных проектов и  
развитию регионального  
здравоохранения



А.В. Соловьева

апрель 2022г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ**

**«Онкология»  
( 504 часа)**

Тверь  
2022

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
**«ТВЕРСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
**МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
(ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России)

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ  
ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

**«ОНКОЛОГИЯ»**

**(504 часа)**

**Тверь**

**2022**

Программа профессиональной переподготовки разработана на основании установленных квалификационных требований, профессиональных стандартов (при наличии) и требований соответствующего федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ординатуры) к результатам освоения образовательных программ, с учетом примерной дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки по специальности «Онкология», рекомендованной Минздравом России.

Дополнительная профессиональная программа профессиональной переподготовки:

- рассмотрена на заседании Методического совета по дополнительному профессиональному образованию «\_\_» \_\_\_\_\_ 2022\_\_ г.;
- рекомендована к утверждению на заседании Центрального координационно-методического совета «\_\_» \_\_\_\_\_ 2022\_\_ г.

# **1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ**

## **1.1. Цель реализации программы:**

получение компетенций, необходимых для выполнения нового вида профессиональной деятельности, приобретение новой квалификации.

## **1.2. Характеристика новой квалификации и связанных с ней видов профессиональной деятельности, трудовых функций и (или) уровней квалификации**

В результате освоения программы выпускник должен быть готов решать следующие профессиональные задачи в соответствии с новой квалификацией:

### **1) профилактическая деятельность:**

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

### **2) диагностическая деятельность:**

- диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

- диагностика неотложных состояний;

- диагностика беременности;

- проведение медицинской экспертизы;

### **3) лечебная деятельность:**

- оказание специализированной медицинской помощи;

- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

- оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

### **4) реабилитационная деятельность:**

- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

### **5) психолого-педагогическая деятельность:**

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

### **6) организационно-управленческая деятельность:**

- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

- организация и управление деятельностью медицинских организаций, и

их структурных подразделений;

- организация проведения медицинской экспертизы;
- организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

### **1.3. Планируемые результаты обучения по программе**

Результаты обучения по программе профессиональной переподготовки должны соответствовать результатам освоения основной профессиональной образовательной программы ординатуры по соответствующей специальности, а также направлены на приобретение новой квалификации, требующей изменение направленности (профиля) или специализации в рамках направления подготовки (специальности) полученного ранее профессионального образования, должны определяться на основе профессиональных компетенций соответствующего федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ординатуры).

1.3.1. В результате успешного освоения программы профессиональной переподготовки обучающийся должен приобрести новые и развить имеющиеся компетенции:

#### **профессиональные (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 (ПК-1):

#### **з н а т ь**

- основные принципы формирования здорового образа жизни;
- патогенетические аспекты опухолевого роста;
- основные меры профилактики онкопатологии.

#### **у м е т ь**

- применять на практике борьбу за формирование здорового образа жизни;
- проводить раннюю диагностику и меры профилактики опухолевой патологии.

#### **в л а д е т ь**

- навыками дифференциальной диагностики опухолевой патологии.

2) готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2):

**з н а т ь**

- основные принципы диспансеризации онкологических больных;
- группы онкологических больных;
- понятие и принципы скрининга.

**у м е т ь**

- применять знания диагностики при диспансеризации больных;
- проводить раннюю диагностику и меры профилактики опухолевой патологии;
- оценивать лабораторные и инструментальные данные исследований с целью выявления онкопатологии.

**в л а д е т ь**

- навыками ведения медицинской документации.

3) готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3):

**з н а т ь :**

- Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

- основы национальной безопасности Российской Федерации основные положения руководящих документов по вопросам мобилизационной подготовки экономики Российской Федерации и гражданской защиты Российской Федерации;

- правила действий при обнаружении больного с признаками особо опасных инфекций

**у м е т ь :**

- использовать табельные средства медицинской защиты;

**в л а д е т ь :**

- методикой применения индивидуальных средств защиты органов дыхания.

4) готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4):

**з н а т ь**

- статистику состояния здоровья населения;

- значение статистического метода при изучении общественного здоровья

- заболеваемость, критерии оценки и показатели, характеризующие состояние здоровья населения;

- современную классификацию болезней и причин смерти.

**у м е т ь**

- проводить анализ состояния здоровья населения и отдельных его групп;

- правильно применять в научно-практической работе статистический метод исследования при оценке состояния здоровья населения и организации медицинской помощи;

- рассчитывать, оценивать и интерпретировать медико-демографические показатели.

**в л а д е т ь**

- методами сбора и обработки, анализа и оценки медико-статистической информации;

- современными методами статистического анализа состояния здоровья населения и отдельных его групп;

- методиками определения факторов, влияющих на общественное и индивидуальное здоровье, связанных с образом жизни, окружающей средой и экологической обстановкой, эффективностью проводимых профилактических мероприятий.

5) готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10):

**з н а т ь**

- основные методы диагностики патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

**у м е т ь**

- применять на практике основные методы диагностики патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм.

**в л а д е т ь :**

- методикой оценки результатов лабораторных и специальных методов исследования;

- оценкой результатов функционального обследования различных органов и систем.

6) готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (МКБ-10):

**з н а т ь**

- тактику ведения и лечения пациентов с онкологической патологией;

**у м е т ь**

- вести медицинскую специализированную документацию, знание современных методик лечения онкологических заболеваний.

**в л а д е т ь**

- навыками дифференциальной диагностики опухолевой.

7) готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8):

**з н а т ь**

- природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапию и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

**у м е т ь**

- применять знания реабилитации и санитарно-курортном лечении пациентов с онкологической патологией.

8) готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9):

**з н а т ь**

- основные принципы формирования здорового образа жизни;  
- основные меры профилактики онкопатологии.

**у м е т ь**

- применять на практике борьбу за формирование здорового образа жизни;  
- проводить раннюю диагностику и меры профилактики опухолевой патологии.

**в л а д е т ь**

- навыками проведения лекционных занятий, написание презентаций и прочего методического материала.

9) готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10):

**з н а т ь:**

- положения конституции Российской Федерации;  
- законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, общие вопросы организации онкологической помощи взрослому и детскому населению, вопросы онкологической настороженности;

**у м е т ь:**

- проводить мероприятия по организации охраны здоровья граждан в



медицинских организациях и их структурных подразделениях;

**в л а д е т ь:**

- навыками организации и управления структурными подразделениями в медицинских учреждениях.

10) готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11):

**з н а т ь:**

- стандарты оказания онкологической помощи населению;  
- современные международные гистологические классификации опухолей (МКБ-О, МКБ) методы массового скрининга для выявления опухолей;  
- вопросы статистики в работе онколога;

**у м е т ь:**

- оценивать качество оказанной медицинской помощи с применением утвержденных стандартов качества для различных нозологических форм по специальности «онкология»;

**в л а д е т ь:**

- оформление и анализ учетных документов на онкологического больного Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности, оформление листка временной нетрудоспособности и направления на медико-социальную экспертизу.

11) готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12):

**з н а т ь:**

- правила по охране труда и пожарной безопасности;

**у м е т ь:**

- методикой проведения медицинской сортировки пострадавших;

**в л а д е т ь:**

- методикой применения сортировочных марок и сортировочных талонов.

1.3.2. Сопоставление результатов обучения по программе профессиональной переподготовки с описанием квалификации в квалификационных требованиях, указанных в квалификационных справочниках по соответствующим должностям, профессиям и специальностям (приказ Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»)

Квалификационные требования, указанные в квалификационных справочниках	Результаты обучения
Обобщенные трудовые функции или трудовые действия (должностные обязанности)	Виды профессиональной деятельности:  профилактическая, диагностическая, лечебная, реабилитационная, психолого-педагогическая, организационно-управленческая
Охрана здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.	ПК-1, ПК-5, ПК-6
<p>Выполняет перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи.</p> <p>Выполняет перечень работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи.</p> <p>Обосновывает клинический диагноз, интерпретируя данные специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных).</p> <p>Обосновывает план и тактику лечения больных в соответствии с существующими стандартами оказания онкологической помощи населению Российской Федерации.</p>	<p>ПК-5</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-5</p> <p>ПК-5, ПК-6, ПК-11</p>

<p>При необходимости обосновывает показания к госпитализации, организует ее в соответствии с состоянием больного.</p> <p>Определяет показания и противопоказания к операции, химиотерапии, лучевому и медикаментозному лечению; проводит необходимые реабилитационные мероприятия;</p> <p>Осуществляет диспансерное наблюдение после проведенного противоопухолевого лечения.</p> <p>Участствует в проведении паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным.</p> <p>Определяет комплекс мер для достижения лучшего качества жизни больных.</p> <p>При необходимости направляет пациентов в отделение паллиативной помощи, хосписы, отделения сестринского ухода и пр.</p> <p>Оформляет необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством в сфере здравоохранения.</p> <p>Проводит диспансеризацию населения и санитарно-просветительную работу среди населения. Оказывает необходимую помощь при неотложных состояниях. В установленном порядке повышает профессиональную квалификацию.</p>	<p>ПК-6</p> <p>ПК-6, ПК-8</p> <p>ПК-8, ПК-11</p> <p>ПК-6, ПК-8</p> <p>ПК-8, ПК-9</p> <p>ПК-6, ПК-10</p> <p>ПК-10, ПК-11</p> <p>ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-10, ПК-12</p>
--	---

**1.4. Требования к уровню подготовки лиц, принимаемых для обучения по программе «Онкология»:**

специалитет по одной из специальностей «Лечебное дело» или «Педиатрия»; при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей «Акушерство и гинекология», «Терапия» и «Хирургия».

### **1.5. Трудоемкость обучения по программе**

Трудоемкость дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки по специальности «Онкология» составляет 504 учебных часа, включая все виды аудиторной (контактной) и внеаудиторной (самостоятельной) работы обучающегося.

### **1.6. Формы обучения по программе**

Освоение программы профессиональной переподготовки обучающимися может быть организовано: с отрывом от работы, с частичным отрывом от работы, по индивидуальному плану обучения.

При реализации программы не используются дистанционные образовательные технологии.

При реализации программы используется стажировка на рабочем месте.

### **1.7. Режим занятий по программе**

Учебная нагрузка при реализации программы профессиональной переподготовки вне зависимости от применяемых форм обучения устанавливается в размере не более 48 академических часов в неделю, включая все виды аудиторной и внеаудиторной учебной работы обучающихся.

## 2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

### 2.1. Учебный план

Наименование модулей (разделов, дисциплин), стажировок на рабочем месте	Общая трудоемкость (в часах)	Аудиторные занятия (в академических часах)				Дистанционные занятия (в академических часах)				Промежуточная аттестация (форма)
		Всего	Лекции	Практические (клинико-практические,)	Стажировка	Всего	Лекции	Практические (семинары)	Прочие (указать)	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>Модуль 1.</b> 1)Пропедевтика в онкологии. 2)Организация онкологической помощи в РФ	10	10	4	6						
<b>Модуль 2.</b> «Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства»  1)Опухоли органов брюшной полости 2)Опухоли забрюшинного пространства	68	68	20	48	-	-	-	-	-	Тестирование, собеседование  Опрос, круглый стол
<b>Модуль 3.</b> «Опухоли органов грудной полости, средостения, пищевода, вилочковой железы 1)Опухоли органов грудной полости и средостения. 2) Опухоли пищевода 3) Опухоли вилочковой железы	36	36	12	24	-	-	-	-	-	Тестирование, собеседование

<b>Модуль 4</b> Опухоли опорно-двигательного аппарата 1) Опухоли костной ткани 2) опухоли соединительной ткани	20	20	4	16	-	-	-	-	-	Тестирование, собеседование
<b>Модуль 5</b> Опухоли головы, шеи	20	20	4	16	-	-	-	-	-	Тестирование, собеседование
<b>Модуль 6.</b> Опухоли молочных желез Опухоли кожи	34	34	8	26	-	-	-	-	-	Опрос, круглый стол
<b>Модуль 7</b> 1)Опухоли женской половой системы. 2)Рак репродуктивных органов и беременность	42	42	12	30	-	-	-	-	-	Тестирование, собеседование
<b>Модуль 8</b> Опухоли органов мочеполовой системы. 1)Опухоли мочевого системы 2)Опухоли мужской половой сферы	26	26	6	20	-	-	-	-	-	Собеседование
<b>Модуль 9</b> Лимфопролиферативные заболевания и гемобластозы	20	20	6	14	-	-	-	-	-	Тестирование, собеседование
<b>Модуль 10.</b> Неотложная онкохирургия	36	36	6	30	-	-	-	-	-	Собеседование

Модуль 11. Поликлиническая диагностика злокачественных опухолей	20	20	8	16	-	-	-	-	-	Собеседован ие
Модуль 12. Лекарственная терапия злокачественных опухолей	24	24	8	24	-	-	-	-	-	Собеседован ие
Модуль 13. Лучевая терапия	20	20	8	20	-	-	-	-	-	Собеседован ие
Модуль 14 Паллиативная помощь в онкологии.  Приказы МЗ регламентирующие оказание паллиативной помощи	32	32	12	20						
Модуль 15. Симуляционный курс	18	18	-	18	-	-	-	-	-	Оценка практически х навыков
Модуль 16. Избранные вопросы мобилизационной подготовки здравоохранения и гражданской защиты	12	12	4	8						Собеседован ие
Стажировка на рабочем месте в ТОКОД	48	48	-	-	48					Собеседован ие
Итоговая аттестация	6									
<b>Итого:</b>	<b>504</b>	<b>498</b>	<b>122</b>	<b>328</b>	<b>48</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	
<b>Итоговая аттестация</b>	Экзамен (тестирование, собеседование, демонстрация практических навыков)									

## 2.2 Календарный учебный график

№ п.п.	Наименование модулей (разделов, дисциплин, стажировок на рабочем месте, промежуточных и итоговой аттестации в последовательности их изучения)	Количество дней учебных занятий	Виды аудиторных занятий (лекции - Л, практические - П, семинары - С, промежуточная - ПА и итоговая аттестация - ИА)
1	<b>Модуль 1.</b> «1)Пропедевтика в онкологии. 2)Организация онкологической помощи в РФ»	2	Л, П, ПА
2	<b>Модуль 2.</b> «Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства»  1)Опухоли органов брюшной полости 2)Опухоли забрюшинного пространства Разбор клинических рекомендаций по данной теме	12	Л, П, ПА
3	<b>Модуль 3.</b> «Опухоли органов грудной полости, средостения, пищевода, вилочковой железы 1)Опухоли органов грудной полости и средостения. 2) Опухоли пищевода 3) Опухоли вилочковой железы Разбор клинических рекомендаций по данной теме	10	Л, П, ПА
4	<b>Модуль 4</b> О Опухоли опорно-двигательного аппарата 3 1) Опухоли костной ткани 2) опухоли соединительной ткани Разбор клинических рекомендаций по данной теме	2	П, ПА
5	<b>Модуль 5</b> «Опухоли головы, шеи» Разбор клинических рекомендаций по данной теме	2	Л, П, ПА
6	<b>Модуль 6</b> 1) Опухоли молочных желез 2) Опухоли кожи Разбор клинических рекомендаций по данной теме	8	Л, П, ПА



7	<b>Модуль 7</b> 1) Опухоли женской половой системы. 2) Рак репродуктивных органов и беременность Разбор клинических рекомендаций по данной теме	10	П, ПА
8	<b>Модуль 8</b> Опухоли органов мочеполовой системы. 1) Опухоли мочевого пузыря 2) Опухоли мужской половой сферы Разбор клинических рекомендаций по данной теме	6	П, ПА
9	<b>Модуль 9</b> Лимфопролиферативные заболевания и гемобластозы	2	П, ПА
10	<b>Модуль 10.</b> Неотложная помощь в онкологии	3	П, ПА
11	<b>Модуль 11.</b> Поликлиническая диагностика злокачественных опухолей	3	П, С, ПА
12	<b>Модуль 12.</b> Лекарственная терапия злокачественных опухолей	3	П, ПА
13	<b>Модуль 13.</b> Лучевая терапия 1) Место и значение лучевой терапии в лечении опухолей. Основные принципы лучевой терапии. 2) Реакции и осложнения лучевой терапии.	3	П, ПА
14	<b>Модуль 14</b> Паллиативная помощь в онкологии. Приказы МЗ регламентирующие оказание паллиативной помощи	4	П, ПА
15	<b>Модуль 15</b> Симуляционный курс	3	
16	<b>Модуль 16</b> Избранные вопросы мобилизационной подготовки здравоохранения и гражданской защиты	2	Л, П
17	<b>Стажировка</b>	8	
	<b>Итоговая аттестация</b>	1	

## **2.3 Рабочие программы модулей (дисциплин, стажировок на рабочем месте) с учебно-тематическим планом**

### **Модуль 1. Организация онкологической помощи в РФ. Пропедевтика в онкологии.**

#### ***1.1. Организация онкологической помощи в РФ***

1.1.1. Тема №1\_Приказы МЗ РФ об организации онкологической помощи в РФ. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.02.2021 №116н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях". (Зарегистрирован 01.04.2021 № 62964).

1.1.2. Тема № 2. Работа амбулаторного звена в современных условиях. Правила направления в стационар онкологического профиля.

#### ***1.2. Пропедевтика в онкологии.***

1.2.1. Тема № 1.\_Терминология в онкологии,

1.2.2 Тема №2 Классификации, построение диагноза. Клинические группы в онкологии

### **Модуль 2. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства**

#### ***2.1 Опухоли органов брюшной полости***

2.1.1 Тема №1.\_Опухоли желудка.

Предраковые процессы, рак желудка, ранний рак желудка.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Экспертиза трудоспособности. Клинические рекомендации по теме

2.1.2 Тема №2.\_Опухоли поджелудочной железы.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение. Клинические рекомендации по теме

2.1.3 Тема № 3.\_Опухоли печени.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение. Клинические рекомендации по теме

2.1.4 Тема № 4.\_Опухоли билиодуоденальной зоны: опухоли большого дуоденального сосочка, опухоли двенадцатиперстной кишки, опухоли желчного пузыря, опухоли желчных внепеченочных протоков.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение. Клинические рекомендации по теме

2.1.5 Тема №5.\_Опухоли тонкой кишки.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение. Клинические рекомендации по теме

#### 2.1.6 Тема №6. Опухоли толстой кишки.

Доброкачественные и предраковые заболевания

Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Диагностика осложнений рака толстой кишки: кишечная непроходимость, перфорация, параопухолевое воспаление, кровотечение. Лечение не осложнённого рака толстой кишки: радикальное, паллиативное. Реабилитационные мероприятия. Профилактика. Экспертиза трудоспособности.

.Злокачественные опухоли толстой кишки.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение. Клинические рекомендации по теме

#### 2.1.7 Тема №7. Опухоли прямой кишки.

Доброкачественные и предраковые заболевания

Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Диагностика осложнений рака толстой кишки: кишечная непроходимость, перфорация, параопухолевое воспаление, кровотечение. Лечение не осложнённого рака толстой кишки: радикальное, паллиативное. Реабилитационные мероприятия. Профилактика.

.Злокачественные опухоли толстой кишки.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение. Экспертиза трудоспособности. Клинические рекомендации по теме

### **2.2 Опухоли забрюшинного пространства**

#### 2.2.1 Тема №1. Внеорганные забрюшинные опухоли.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

#### 2.2.2 Тема №2. Опухоли надпочечников.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

2.2.3 Тема №3 Экспертиза нетрудоспособности. Клинические рекомендации по теме

### **Модуль 3. Опухоли органов грудной полости и пищевода**

#### **3.1 Опухоли органов грудной полости и средостения.**

##### 3.1.1 - 3.1.3\_\_Тема №1-3. Рак лёгкого.

Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Морфология. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Экспертиза трудоспособности.

##### 3.1.4 Тема №4. Мезотелиома плевры.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

##### 3.1.5 Тема №5. Опухоли и кисты средостения.

Доброкачественные опухоли средостения и злокачественные опухоли средостения. Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

3.1.6-3.1.7 Тема №6-7. Опухоли пищевода.

Доброкачественные опухоли пищевода и злокачественные опухоли пищевода.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

3.1.8 Тема №8 Опухоли тимуса

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

3.1.9 Тема №9 Экспертиза нетрудоспособности. Клинические рекомендации по теме

#### **Модуль 4. Опухоли опорно-двигательного аппарата .**

4.1. Тема №1. Опухоли костей.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Профилактика заболевания.

4.2 Тема №2 Экспертиза трудоспособности. Клинические рекомендации по теме

4.3 Тема №3. Опухоли мягких тканей.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Профилактика заболевания.

4.4 Тема №4 Экспертиза трудоспособности. Клинические рекомендации по теме

#### **Модуль 5 Опухоли головы и шеи.**

5.1. Тема №1. Опухоли губы.

Предраковые заболевания и рак губы. Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

5.2. Тема №2. Опухоли слизистой оболочки полости рта.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Профилактика заболевания.

5.3 Тема 3 Экспертиза трудоспособности. Клинические рекомендации по теме

5.3 Тема №3. Опухоли носоглотки.

Доброкачественные опухоли и рак носоглотки.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

5.4 Тема №4. Рак гортаноглотки.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности.  
Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

5.5 Тема №5. Рак гортани.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности.  
Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

5.6. Тема №6. Рак щитовидной железы.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности.  
Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

5.7 Тема №7. Внеорганные опухоли головы и шеи.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности.  
Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Профилактика заболевания.

5.8 Тема №8 Экспертиза трудоспособности. Клинические  
рекомендации по теме

**Модуль 6. Опухоли молочных желез. Опухоли кожи.**

**6.1 Опухоли молочных желез**

6.1.1 Тема №1. Мастопатия.

Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.  
Прогноз. Наблюдение.

6.1.2 Тема №2. Предраковые процессы молочных желез

Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.  
Прогноз. Наблюдение.

6.1.3-5 Тема №3-5. Рак молочной железы.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности.  
Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

6.1.6. Тема №6 Экспертиза трудоспособности. Клинические  
рекомендации по теме

**6.2 Рак кожи.**

6.2.1 Тема №1. Доброкачественные опухолеподобные и предраковые  
состояния

Этиопатогенез. Дерматоскопия. Клиника. Диагностика. Лечение.  
Прогноз. Наблюдение. Профилактика заболевания.

6.2.2 Тема №2. Рак кожи

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности.  
Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

6.2.3 Тема 3 Экспертиза нетрудоспособности. Клинические  
рекомендации по теме

**6.3. Меланома кожи**

6.3.1 Пигментные невусы

Этиопатогенез. Дерматоскопия. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

#### 6.3.2\_Меланома кожи.

Эпидемиология. Предрасполагающие факторы и предшествующие заболевания. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика. Лечение: хирургическое, лучевое, комбинированное, химиотерапия, иммунотерапия. Результаты лечения. Профилактика.

6.3.3. Тема №3 Экспертиза нетрудоспособности. Клинические рекомендации по теме

### **Модуль 7. Опухоли женской половой системы. Рак репродуктивных органов и беременность**

#### **7.1 Опухоли женских половых органов.**

7.1.1 Тема №1.\_Опухоли шейки матки. Фоновые, предраковые заболевания. Профилактика рака шейки матки.

Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

7.1.2 Тема №2.\_Злокачественные опухоли шейки матки.

Рак шейки матки, саркомы шейки матки

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

7.1.3 Тема №3. Опухоли тела матки. Фоновые, предраковые заболевания Гиперплазии эндометрия, эндометриальная интраэпителиальная неоплазия

Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

7.1.4 Тема №4. Злокачественные опухоли тела матки - рак и саркомы  
Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

7.1.5 Тема №5 Эпителиальные опухоли яичников - доброкачественные, пограничные, злокачественные.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

7.1.6 Тема №6\_Неэпителиальные опухоли яичников

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

7.1.7 Тема №7.\_Опухоли наружных половых органов.

Фоновые, предраковые, рак, меланома.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

7.1.8 Тема №8.\_Опухоли влагалища.

Фоновые, предраковые, рак.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

7.1.9 Тема №9.\_ Трофобластическая болезнь.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

7.1.10 Тема №10 Экспертиза трудоспособности в онкогинекологии. Клинические рекомендации по онкогинекологии

## **7.2 Рак репродуктивных органов и беременность**

### **6.2. Рак репродуктивных органов и беременность**

7.2.1. Тема №1\_Беременность и опухоли молочной железы

Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Прогноз. Сроки родоразрешения

7.2.2. Тема №2 Беременность предрак и рак шейки матки

Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Прогноз. Сроки родоразрешения

7.2.3. Тема №3 Беременность и опухоли яичников

Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Прогноз. Сроки родоразрешения

7.2.4 Тема №4 Клинические рекомендации по теме

## **Модуль 8. Опухоли органов мочеполовой системы.**

### **8.1 Опухоли мочевыводящей системы**

8.1.1 Тема №1. Опухоли мочевого пузыря, уретры

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

8.1.2 Тема №2. Опухоли почки.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

8.1.3 Клинические рекомендации по теме

### **8.2 Опухоли мужской половой сферы**

8.2.1 Тема №3. Рак предстательной железы. Опухоли полового члена.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

Экспертиза трудоспособности в онкоурологии.

8.2.2 Тема №4. Опухоли яичка.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.

8.2.4 Клинические рекомендации по теме

## **Модуль 9. Лимфопролиферативные заболевания и гемобластозы**

### **9.1 Лимфопролиферативные заболевания.**

9.1.1 Тема №1. Лимфогранулематоз.

Эпидемиология. Статистика. Патологическая анатомия. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз. Экспертиза трудоспособности.

9.1.2 Тема №2. Т и В клеточные лимфомы.

Эпидемиология. Патологическая анатомия. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Экспертиза трудоспособности.

## **9.2 Гемобласты**

9.2.1 Тема №1. Анемия

9.2.2 Тема №2. Гематосаркомы

## **Модуль 10 Неотложная помощь в онкологии**

10.1 Тема №1 Частота, клиника, диагностика и лечение неотложных состояний при онкологических заболеваниях.

10.2 Тема №2 Интенсивная терапия в неотложной онкохирургии;

1). неотложные состояния при опухолях желудочно-кишечного тракта (пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки, тонкой кишки, ободочной кишки, прямой кишки):

- а) прободение;
- б) непроходимость;
- в) кровотечение.

2). неотложные состояния при опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны и печени:

- а) механическая желтуха;
- б) кровотечение;
- в) непроходимость кишечника;
- г) перитонит.

3). неотложные состояния при опухолях матки и яичников:

- а) разрыв опухоли яичника;
- б) маточное кровотечение;
- в) перфорация матки;
- г) острая непроходимость кишечника;
- д) острая экскреторная анурия.

4). неотложные состояния при опухолях лёгкого:

- а) канцероматозный плеврит;
- б) пневмоторакс;
- в) эмпиема плевры;
- г) ателектаз лёгкого;
- д) профузное лёгочное кровотечение.

5). неотложные состояния при опухолях почек и мочевых путей:

- а) внутреннее кровотечение;
- б) забрюшинная флегмона;
- в) профузная гематурия;
- г) внебрюшинная перфорация мочевого пузыря, паравезикальная флегмона;

- д) внутрибрюшинная перфорация мочевого пузыря, перитонит;
- е) острая задержка мочи.

6). неотложные состояния при опухолях верхних дыхательных путей и внеорганных опухолях шеи.

## **Модуль 11. Поликлиническая диагностика злокачественных опухолей**



11.1 Тема №1. Амбулаторная диагностика первичных опухолей основных локализаций в поликлинике онкологического диспансера.

11.2 Тема №2. Амбулаторная диагностика рецидивов и метастазов злокачественных опухолей.

11.3 Тема № 3. Диспансеризация пролеченных онкологических больных.

11.4. Тема №4. Симптоматическое лечение онкологических больных.

11.5 Тема №5. Реабилитация онкологических больных и врачебно-трудовая экспертиза больных с опухолями.

11.6 Тема №6. Учёт заболеваемости злокачественными опухолями и изучение результатов лечения больных.

## **Модуль 12. Лекарственная терапия злокачественных опухолей**

12.1 Тема №1. Организация стационарного и амбулаторного лекарственного лечения больных со злокачественными опухолями. Основные группы лекарственных препаратов для лечения злокачественных опухолей. Дозы, режимы и схемы лекарственной терапии опухолей.

12.2 Тема №2. Химиотерапия отдельных форм злокачественных опухолей: кожи; меланомы; опухолей головы и шеи; опухолей желудочно-кишечного тракта; опухолей лёгкого; опухолей молочной железы; опухолей женских половых органов; опухолей мочевыводящей системы; опухолей лимфоидной ткани; опухолей у детей.

12.3 Тема №3. Побочные реакции и осложнения противоопухолевой лекарственной терапии и борьба с ними.

## **Модуль 13. Лучевая терапия**

13.1 Тема №1 Место и значение лучевой терапии в лечении опухолей. Основные принципы лучевой терапии. Показания и противопоказания к применению лучевой терапии. Технологическое обеспечение лучевой терапии. Состав курса лучевой терапии.

13.2 Тема №2 Реакции и осложнения лучевой терапии.

## **Модуль 14 *Паллиативная помощь в онкологии. Приказы МЗ регламентирующие оказание паллиативной помощи***

14.1\_Правила оказания паллиативной помощи, приказы МЗ РФ регламентирующие оказание паллиативной помощи.

14.2 Структуры, оказывающие паллиативную помощь, специфика работы отделения паллиативной помощи,

14.3 Хоспис, выездная служба.

14.4 Симптоматическая терапия. Назначения обезболивающей терапии.

14.5 Психологические аспекты проблемы нахождения онкологического пациента в семье.

### **Модуль 15 Симуляционный курс**

1. Методика пальпации молочной железы на муляже
2. Методика пальцевого ректального осмотра на муляже

### **Модуль 16. Избранные вопросы мобилизационной подготовки здравоохранения и гражданской защиты**

**Учебно-тематический план (в академических часах)**

Номера модулей, тем, разделов, итоговая аттестация	Аудиторные занятия		Часы на промежуточные и итоговую аттестации	Всего часов на аудиторную работу	Формируемые компетенции (коды компетенций)	Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения*	Формы текущего контроля успеваемости**
	занятия лекционного типа	клинико-практические (семинарские) занятия					
<b>Модуль 1. «Организация онкологической помощи в РФ. Пропедевтика в онкологии».</b>							
1. Организация онкологической помощи в РФ 2. Пропедевтика в онкологии	<b>4</b>	<b>6</b>		<b>10</b>	ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8		
<b>Модуль 2. «Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства»</b>							
1. Опухоли органов брюшной полости	<b>20</b>	<b>48</b>	-	<b>68</b>	ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л ВК КС	Т ЗС

2.Опухоли забрюшинного пространства			-		ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л ВК КС	С
<b>Модуль 3. «Опухоли органов грудной полости, пищевода»</b>							
1.Опухоли органов грудной полости и средостения	<b>10</b>	<b>20</b>	-	<b>30</b>	ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л ВК КС	Т ЗС
2.опухоли пищевода	<b>2</b>	<b>4</b>	-	<b>6</b>	ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л ВК КС	Т ЗС
<b>Модуль 4. Опухоли опорно-двигательного аппарата.</b>							
1.Опухоли опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани	4	8	-	12	ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Л ВК КС	ЗС Т
<b>Модуль 5 Опухоли головы и шеи.</b>							
1. Опухоли головы и шеи	4	16	-	20	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11	ВК	С
<b>Модуль 6. Опухоли молочных желез. Опухоли кожи.</b>							

1.Опухоли молочных желез. 2.Опухоли кожи.	8	26	-	34	ПК-5 ПК-6	Л ВК КС	С
<b>Модуль 7. Опухоли женской половой системы. Рак репродуктивных органов и беременность</b>							
1 Опухоли женской половой системы. 2. Рак репродуктивных органов и беременность	12	30		42	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11	ВК	С
<b>Модуль 8. Опухоли органов мочеполовой системы.</b>							
1Опухоли мочевой системы 2Опухоли мужской половой сферы	6	20		26	ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11	ВК	С
<b>Модуль 9. Лимфопролиферативные заболевания и гемобластозы</b>							

1.Лимфопролиферативные заболевания 2.Гематосаркомы	<b>6</b>	<b>14</b>		<b>20</b>	<b>ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6</b>	<b>ВК</b>	<b>С</b>
<b>Модуль 10. Неотложная помощь в онкологии</b>							
Неотложные состояния	<b>6</b>	<b>30</b>		<b>36</b>	<b>ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9</b>	<b>ВК</b>	<b>С</b>
<b>Модуль 11. Поликлиническая диагностика злокачественных опухолей</b>							
Организация амбулаторного приема онкологического пациента	<b>8</b>	<b>16</b>		<b>24</b>			
<b>Модуль 12. Лекарственная терапия злокачественных опухолей</b>							
1. Организация стационарного и амбулаторного лекарственного лечения больных со злокачественными опухолями.	<b>8</b>	<b>24</b>		<b>32</b>	<b>ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11</b>	<b>ВК</b>	<b>С</b>

2. Химиотерапия отдельных форм злокачественных опухолей							
<b>Модуль 13. Лучевая терапия</b>							
1. Место и значение лучевой терапии в лечении опухолей. Основные принципы лучевой терапии. 2 Осложнения лучевой терапии.	<b>8</b>	<b>20</b>		<b>28</b>	<b>ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-10 ПК-11</b>	<b>ВК</b>	<b>С</b>
<b>Модуль 14 Паллиативная помощь в онкологии. Приказы МЗ регламентирующие оказание паллиативной помощи</b>							
1_Правила оказания паллиативной помощи, приказы МЗ РФ регламентирующие оказание паллиативной помощи.	12	20	-	32	<b>ПК-5 ПК-6</b>	<b>Тр</b>	<b>Пр</b>

<p>2 Структуры, оказывающие паллиативную помощь, специфика работы отделения паллиативной помощи, хоспис Симптоматическая терапия. Назначения обезболивающей терапии. Психологические аспекты проблемы нахождения онкологического пациента в семье.</p>							
<p><b>Модуль 15. «Симуляционный курс»</b></p>							
<p>1). Методика пальпации молочной железы на муляже</p>	<p>-</p>	<p>18</p>	<p>-</p>	<p>18</p>	<p><b>ПК-5ПК-6</b></p>	<p>Т ДИ РИ</p>	<p>С</p>



2). Методика пальцевого ректального осмотра на муляже							
<b>Модуль 16 «Избранные вопросы мобилизационной подготовки здравоохранения и гражданской защиты»</b>							
Модуль 16. «Избранные вопросы мобилизацион- ной подготовки здравоохране- ния и гражданской защиты»	4	8		12	<b>ПК-5 ПК-6</b>	КС ВК	С
Итоговая аттестация			6	6			
<b>И Т О Г О:</b>	<b>122</b>	<b>376</b>	<b>6</b>	<b>504</b>			

**\*\*Образовательные технологии, способы и методы обучения** (с сокращениями): традиционная лекция (Л), лекция-визуализация (ЛВ), проблемная лекция (ПЛ), лекция – пресс-конференция (ЛПК), занятие – конференция (ЗК), тренинг (Т), дебаты (Д), мозговой штурм (МШ), мастер-класс (МК), «круглый стол» (КС), активизация творческой деятельности (АТД), регламентированная дискуссия (РД), дискуссия типа форум (Ф), деловая и ролевая учебная игра (ДИ, РИ), метод малых групп (МГ), занятия с использованием тренажёров, имитаторов (Тр), компьютерная симуляция (КС), разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), использование компьютерных обучающих программ (КОП), интерактивных атласов (ИА), посещение врачебных конференции, консилиумов (ВК), участие в научно-практических конференциях (НПК), съездах, симпозиумах (Сим), учебно-исследовательская работа (УИР), проведение предметных олимпиад (О), подготовка письменных аналитических работ (АР), подготовка и защита рефератов (Р), проектная технология (ПТ), экскурсии (Э), подготовка и защита курсовых работ (Курс), дистанционные образовательные технологии (ДОТ)

**\*\*\*Формы текущего контроля успеваемости** (с сокращениями): *Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), ЗС – решение ситуационных задач, КР – контрольная работа, КЗ – контрольное задание, ИБ – написание и защита истории болезни, КЛ – написание и защита кураторского листа, Р – написание и защита реферата, С – собеседование по контрольным вопросам, Д – подготовка доклада и др.*

## **2.4. Краткая характеристика содержания стажировки на рабочем месте**

Стажировка осуществляется в целях изучения передового опыта, в том числе зарубежного, а также закрепления теоретических знаний, полученных при освоении программы профессиональной переподготовки, и приобретение практических навыков и умений для их эффективного использования при исполнении своих должностных обязанностей.

Содержание стажировки определяется университетом с учетом предложений организаций, направляющих специалистов на стажировку, содержания дополнительных профессиональных программ.

Сроки стажировки определяются университетом самостоятельно исходя из целей обучения. Продолжительность стажировки согласовывается с руководителем организации, где она проводится.

Стажировка носит индивидуальный или групповой характер и может предусматривать такие виды деятельности как:

- самостоятельную работу с учебными изданиями;
- приобретение профессиональных и организаторских навыков;
- изучение организации и технологии производства, работ;
- работу с технической, нормативной и другой документацией;
- выполнение функциональных обязанностей должностных лиц (в качестве временно исполняющего обязанности или дублера);
- участие в совещаниях, деловых встречах.

Трудоемкость стажировки составляет 48 академических часов.

Стажировка на рабочем месте может осуществляться в ГБУЗ ТОКОД.

### 3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

### УСЛОВИЯ

#### 3.1. Материально-технические условия реализации программы

№ п\п	Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы
1	Аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения	Помещения, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;
2	Аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой	Помещения с техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;
3	Анатомический зал и (или) другие специализированные помещения	Помещения, предусмотренные для работы с биологическими моделями;
4	Помещения, необходимые для выполнения медицинских манипуляций.	Помещения, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции

	<p>легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации, гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой оптикой), колоноскоп (педиатрический), фибробронхоскоп (педиатрический), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, видеодуоденоскоп, видеогастроскоп, эндоскопический отсасыватель, энтероскоп, низкоэнергетическая лазерная установка, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, видеогастроскоп операционный, видеогастроскоп педиатрический, видеоколоноскоп операционный, видеоколоноскоп педиатрический, видеоколоноскоп диагностическиаргоно-плазменный коагулятор, электрохирургический блок, набор для эндоскопической резекции слизистой, баллонный дилататор) и расходным</p>
--	---

		материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы
--	--	--

*\*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы, включая помещения и оборудование учебного центра практических навыков.*

### 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение программы

#### Рекомендуемая литература:

##### а) основная литература:

1. Онкология [Текст]: национальное руководство / ред. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов, Г. А. Франк. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 1061 с.
2. Вельшер, Леонид Зиновьевич Клиническая онкология. Избранные лекции [Текст]: учебное пособие / Леонид Зиновьевич Вельшер, Борис Иванович Поляков, Сергей Борисович Петерсон. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 486 с.

##### 3. Стандарты медицинской помощи:

<http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>.

##### б) дополнительная литература:

1. TNM: Классификация злокачественных опухолей [Текст]: пер. с англ. / ред. Л. Х. Собин, М. К. Господарович, К. Виттекинд. - Москва: Логосфера, 2011. - 275 с.
2. Диагностика и терапия онкологических заболеваний [Текст]: пер. с англ. / Д. Кьюкир, Ф. Джинджерелли, Г. Макари-Джадсон. - Москва: Практическая медицина, 2012. - 298 с.

##### Дополнительная литература

3. Бохман Я.В. Руководство по онкогинекологии. СПб., 2002
4. Клиническая маммология [Электронный ресурс]: практическое руководство/ И.И. Высоцкая [и др.].— Электрон. текстовые данные.— М.: АБВпресс,2010.— 154с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/9905>.— ЭБС «IPRbooks»
5. Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. Онкология. ГЭОТАР-Медиа, 2019.-920 с.
6. Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Петерсон С.Б. Клиническая онкология. Избранные лекции. Учебное пособие, ГЭОТАР-Медиа.-2014.-496 с.
7. Доброхотова Ю.Э., Венедиктова М.Г. Онкогинекология в практике гинеколога/ ГЭОТАР-Медиа. Москва. 2015, 288с
8. Труфанов Г. Е.Лучевая терапия : учебник / Г. Е. Труфанов, М. А. Асатурян, Г. М. Жаринов. - :ГЭОТАР-Медиа. - 2010.-Т. 2. - 2010. - 192 с. : ил. (Шифр 616.073 (075.8)/Т 80-315032)
9. Рак легкого. Атлас: руководство. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. 2009. - 256 с.: 485 ил (ЭУ)Консультант студента.
10. Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. 2008. - 632 с. (ЭУ).
11. Алексеев Б.Я. Клиническая онкоурология [Электронный ресурс]: монография/ Алексеев Б.Я., Волкова М.И., Воробьев Н.В.— Электрон. текстовые данные.— М.: АБВ-пресс, 2011.— 934 с.— Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/9906>.— ЭБС «IPRbooks»

## **в) электронные образовательные ресурсы:**

1.Онкология [электронный ресурс]: национальное руководство. Краткое издание / ред. В. И. Чиссов, М. И. Давыдов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 576 с.

2.Амбулаторно-поликлиническая онкология [электронный ресурс]: руководство / Ганцев Ш.Х., Старинский В.В., Рахматуллина И.Р. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 448 с.

Университет обеспечен необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2013:

- Access 2013;
- Excel 2013;
- Outlook 2013 ;
- PowerPoint 2013;
- Word 2013;
- Publisher 2013;
- OneNote 2013.

2. Комплексные медицинские информационные системы «КМИС. Учебная версия» (редакция Standart) на базе IBM Lotus.

3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOfficePro.

Обучающимся обеспечен доступ к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам:

- Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. - Режим доступа: [www.geotar.ru](http://www.geotar.ru).
- электронная база данных и информационная система поддержки принятия клинических решений «ClinicalKey» ([www.clinicalkey.com](http://www.clinicalkey.com));
- электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений ([www.informuo.ru](http://www.informuo.ru));
- университетская библиотека on-line ([www.biblioclub.ru](http://www.biblioclub.ru));
- научная электронная библиотека eLIBRARY.RU (<http://www.elibrary.ru>);
- информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);
- сводный каталог Корбис (Тверь и партнеры) (<http://www.corbis.tverlib.ru>);
- доступ к базам данных POLPRED ([www.polpred.ru](http://www.polpred.ru));
- «МЕДАРТ» сводный каталог периодики и аналитики по медицине (<http://www.medart.komlog.ru>);
- электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова;
- бесплатная электронная библиотека онлайн «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» // <http://window.edu.ru/>;
- федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России // <http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191>



- официальный сайт Министерства здравоохранения Российской Федерации // <http://www.rosminzdrav.ru>;
- Российское образование. Федеральный образовательный портал. // <http://www.edu.ru>;
- официальный сайт Министерства образования и науки Российской Федерации // <http://минобрнауки.рф/>.

#### **4. ФОРМЫ АТТЕСТАЦИИ И ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

##### **4.1. Оценочные средства и критерии оценки для текущего контроля успеваемости**

###### **Примеры заданий в тестовой форме:**

Укажите один правильный ответ.

1. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПИЩЕВОДА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) полипов
- 2) аденом
- 3) папиллом
- 4) лейомиом
- 5) нет ответа

Эталон ответа: 4.

2. ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) рентгенологический
- 2) эндоскопический
- 3) радиоизотопный
- 4) трахеобронхоскопия

Правильные ответы:

- 1). 1,2
- 2). 2,3
- 3). 3,4
- 4). 1,3
- 5). 1,4

Эталон ответа: 1.

3. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) хирургическое лечение
- 2) лучевое лечение
- 3) химиотерапия
- 4) комбинированное лечение
- 5) ответа нет

Эталон ответа: 1.

#### 4. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ПИЩЕВОДА В СНГ

- 1) увеличивается
- 2) остается стабильной
- 3) одинакова в разных регионах
- 4) имеются значительные территориальные различия

Правильные ответы:

- 1). 1,3
- 2). 1,4
- 3). 2,3
- 4). 2,4
- 5). 1

Эталон ответа: 4.

#### 5. 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)

Правильные ответы:

- 1). Все ответы верны
- 2). Верно все, кроме 5
- 3). Верно все, кроме 4,5
- 4). Верно все, кроме 2,3
- 5). Верно все, кроме 1,5

Эталон ответа: 1.

#### **Критерии оценки тестового контроля:**

- 91-100% правильных ответов - **отлично**;
- 81 -90% правильных ответов - **хорошо**;
- 71-80% правильных ответов - **удовлетворительно**;
- 70% и менее правильных ответов - **неудовлетворительно**.

#### **Примеры ситуационных задач:**

##### **Задача №1**

Больная 33 лет, учительница, одинокая, обратилась с жалобами на затрудненное прохождение пищи по пищеводу, которое усиливается после больших волнений и неприятностей. Больная около 3 лет. После приема седативных средств, спазмолитиков и снотворных препаратов состояние улучшается. Снижение веса не отмечает. При осмотре больной патологических отклонений со стороны пищеварительного тракта не

обнаружено. Средней упитанности. Шейные и надключичные лимфоузлы не увеличены. Анализы крови без патологии.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Расскажите об этиопатогенезе основного клинического синдрома?
3. Были ли в тактике ведения больной какие-либо ошибки и просчеты?
4. Направления дифференциального диагноза?
5. Укажите необходимый объем дообследования больного и ожидаемые результаты?
6. Необходимые лечебные мероприятия, их последовательность?
7. Основные реабилитационные мероприятия?

### Эталон ответа

1. Учитывая клинику заболевания можно предположить, что у больной имеется кардиоспазм.
2. Причиной развития кардиоспазма в данном случае, по-видимому, является хроническая нервно-психическая травма, связанная с работой пациентки, что приводит к преобладанию симпатической нервной системы, вызывающей спазм кардиального сфинктера пищевода. Дисфагия, как основной синдром клиники данного страдания вначале имеет перемежающийся характер, иногда парадоксальный. Существует он длительное время и неплохо поддается консервативному лечению.
3. Больная, страдая 3 года, не обращалась к врачу, что указывает на низкую санитарную грамотность пациентки, а также отсутствие профилактических осмотров по месту её работы.
4. Дифференциальный диагноз при указанной клинике следует проводить с раком пищевода, хроническим рефлюкс-эзофагитом, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы, послеожоговой стриктурой пищевода.
5. Главными методами диагностики в данном случае является контрастная рентгенография пищевода с взвесью сернокислого бария; основные ожидаемые симптомы при этом - резкое расширение тени пищевода, его удлинение, S-образное искривление, значительное сужение кардии с ровными контурами, отсутствие эвакуации бария или её улучшение после применения спазмолитиков, отсутствие перистальтики пищевода. Кроме этого необходима эзофагоскопия с биопсией наиболее измененных участков.
6. Методами лечения кардиоспазма могут быть как консервативное лечение, так и применение кардиодилатации, или операция кардиомиотомии и пластики по Геллеру или Петровскому.
7. Реабилитация больной - санаторно-курортное лечение, гипноз, седативные препараты, возможно смена работы на более спокойную.

## **Задача № 2**

В хирургическое отделение в экстренном порядке поступила больная 40 лет, с жалобами на обильную рвоту алой кровью, возникшую впервые 2 часа назад среди полного здоровья.

При поступлении состояние тяжелое, бледная, АД 90/60 мм рт., пульс 112 в 1 минуту. В клиническом анализе крови Эр 2,7х10, Нв 58 г/л. В клинике рвота кровью дважды повторялась. Проводилась гемостатическая терапия и гемотрансфузии в объеме 1200 мл эритромаcсы. Кровотечение остановилось. Состояние больной улучшилось.

При рентгенологическом исследовании пищевода через 10 дней в средней трети пищевода обнаружен дефект наполнения овоидной формы с ровными контурами величиной со сливу, выступающий в просвет пищевода на 1/3. Ваш предварительный диагноз?

Задание:

1. Объясните главный синдром клиники.
2. Направления дифференциального диагноза?
3. Укажите необходимый объем дообследования больного и ожидаемые результаты?
4. План дальнейшего лечения больной?
5. Техника оперативного пособия в данном случае?
6. Послеоперационное ведение больной?

## **Эталон ответа**

1. У больной, скорее всего, имеется доброкачественная опухоль - лейомиома, приведшая к пищеводному кровотечению.
2. Доброкачественные опухоли пищевода встречаются в 6% всех опухолей пищевода, 70-90% из них - лейомиомы, т.е. опухоли из гладкой мышечной ткани. Лейомиомы часто изъязвляются и впервые проявляют себя явными или скрытыми кровотечениями, приводящими к анемии.
3. Ошибок в лечении больной не было. Обследование больной следует расширить и провести пневмомедиастинографию с контрастированием пищевода, компьютерную томографию, эзофагоскопию. Последняя позволяет уточнить уровень и степень сужения пищевода, протяженность, состояние слизистой оболочки, а также провести при возможности биопсию опухоли.
4. Дифференциальный диагноз по данным обследования необходимо проводить со злокачественными опухолями, кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода, специфической язвой пищевода (сифилитической, туберкулезной).
5. После установления диагноза и остановки кровотечения консервативными мероприятиями показано оперативное лечение - иссечение опухоли с ушиванием стенки пищевода. Желательно вылушивание опухоли с сохранением целостности слизистой

пищевода и в завершение операции подкрепление шва на мышечной оболочке фасциальными тканями во избежании несостоятельности, медиастинита или плеврита.

6. При интрамуральных леймиомах верхних двух третей пищевода операция проводится через правосторонний трансплевральный доступ в IV-V межреберье, опухоли нижней трети пищевода удаляют через левосторонний доступ в VII межреберье.
7. Кормление больного не ранее пятых суток, возможно зондовое питание с 2-3 суток, щадящая диета 6 месяцев, ограничение подъема тяжести в связи с опасностью развития дивертикула.

### **Задача № 3**

Больной 60 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на чувство "царапанья" за грудиной при проглатывании грубой пищи, обильное слюнотечение, слабость, похудании на 5 кг. Около полугода назад обращался в поликлинику, когда впервые появились Данные ощущения после приема костистой рыбы. Учитывая это, терапевт связал клинику заболевания с травмой слизистой пищевода рыбной костью и назначил альмагель, но-шпу, облепиховое масло, диету. В течение 2 месяцев больной чувствовал относительное облегчение, а затем клиника заболевания вновь стала нарастать.

Задание:

1. О каком заболевании следует подумать?
2. Почему отмечалось улучшение состояния больного после проведения консервативного лечения?
3. В чем состояла ошибка участкового врача при первичном осмотре?
4. Направления дифференциального диагноза?
5. Укажите необходимый объем дообследования больного и ожидаемые результаты?
6. План дальнейшего лечения больной?

### **Эталон ответа**

1. Клиническая картина дает право заподозрить рак пищевода.
2. Улучшение состояния при консервативном лечении при наличии опухоли можно объяснить устранением вторичного спазма пищевода и уменьшением воспалительных явлений, сопутствующих опухоли.
3. Участковый врач принял синдром дисфагии за клинику эзофагита и без обследования назначил консервативное лечение, забыв об онкологической настороженности.
4. Клинику заболевания и анамнестические данные следовало дифференцировать с раком пищевода, кардиоспазмом, рефлюкс-эзофагитом, имеющим сходную начальную клинику.
5. Дифференциальная диагностика должна при подобной клинике основываться на контрастной рентгеноскопии пищевода. При раке его ожидается выявление неравномерного сужения пищевода, нарушение

рельефа слизистой, дефект наполнения или наличие симптома "ниши", наличие ригидности стенки, супрастенотическое расширение над сужением. Важнейшим методом для дифференциальной диагностики является эзофагоскопия с биопсией измененных участков пищевода. Показано рентгенологическое дообследование легких, средостения. Показано также УЗИ печени, забрюшинных лимфоузлов, почек, осмотр ЛОР врача, фибробронхоскопия. Для оценки состояния больного важно исследование ФВД, биохимических показателей крови, Свертывающей системы крови, иммунного статуса, функции почек, сердца.

6. В случае резектабельности опухоли при её локализации в средней трети пищевода показана экстирпация пищевода по Добромыслову-Тореку с принятым вариантом пластики толстой кишкой или изоперистальтической трубкой из большой кривизны желудка с различными методиками проведения искусственного пищевода - позади или предгрудинное. При раке нижней трети пищевода проводится одномоментная резекция нижней трети пищевода и абдоминального отдела по Льюису или Гарлоку. Все виды оперативного лечения можно комбинировать с лучевой терапией, улучшающей местные результаты лечения. При нерезектабельных опухолях или противопоказаниях к сложным радикальным вмешательствам накладывается стебельчатая гастростома и проводится лучевая терапия.
7. После радикального лечения на 1, 2, 3 года - II группа инвалидности. При паллиативном лечении 1 или 2 группа инвалидности пожизненно. Курсы общеукрепляющей терапии 2 раза в год.

#### **Задача № 4**

Больной 59 лет, жалуется на затрудненное прохождение пищи по пищеводу, боль в области мечевидного отростка грудины, отрыжку воздухом, осиплость голоса, боль в области шеи справа, иногда "черный стул". Полгода назад отмечал сильный кашель особенно при приеме пищи, обильное отхождение мокроты, боль за грудиной, временами хриплый голос, частое повышение температуры до 37,4-37,8 градусов. Обращался к терапевту который при обследовании выявил трахеобронхит. При обследовании отмечено наличие сухих хрипов в легких, больше справа, увеличение шейных лимфатических узлов справа до 1,5-2 см, в анализе крови СОЭ-34мм/час, Нв 118 г/л, Эр 3,6x10, ФЛГ - пневмосклероз, эмфизема легких, увеличение бронхопульмональных лимфатических узлов в корне правого легкого. Назначалась противовоспалительная терапия, имевшая небольшой эффект. Последние два месяца присоединились диспепсические симптомы. Объективно: бледен, пониженного питания, в правой надключичной области и позади кивательной мышцы 2 плотных малоподвижных лимфатических узла 2x3 и 2x2 см, голос хриплый. В легких справа в нижней доле дыхание ослаблено, сухие и влажные хрипы. Живот мягкий, в эпигастральной области неотчетливо пальпируется инфильтрат. Печень по краю реберной дуги.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. В чем состояла ошибка врача при первичном обследовании больного?
3. С чем была связана осиплость голоса?
4. С чем необходимо было дифференцировать имеющуюся клинику?
5. Как следовало обследовать больного при первичном обращении?
6. Объем и возможности радикального лечения в зависимости от находок?

#### **Эталон ответа**

1. Предположительно у больного имеется опухоль нижней трети пищевода.
2. Осиплость голоса могла быть связана с метастазами опухоли в средостение, поражением возвратного нерва и парезом гортани.
3. Участковый врач не провел инструментального обследования желудка и пищевода, не придал значения увеличенным шейным лимфатическим узлам.
4. Клинику трахеоларингита следовало дифференцировать с возможным раком легкого, раком пищевода, раком гортани и пр.
5. Для дообследования больного было необходимо провести рентгенологическое и эндоскопическое обследование пищевода и желудка, трахеи и бронхов. Была показана также пункция увеличенных лимфоузлов. Необходимо было консультировать больного ЛОР специалистом. Оценка возможных метастазов должна была осуществляться с применением УЗИ печени, забрюшинных лимфатических узлов, печени, почек, надпочечников, лапароскопии для исключения канцероматоза брюшины.
6. При выявлении резектабельного рака пищевода в нижней трети больному показана его резекция по типу операции Льюиса. Если метастатический процесс в шейно-надключичных лимфатических узлах будет доказан, случай будет признан нерезектабельным и возможно только проведение паллиативной лучевой терапии и наложение стелевчатой гастростомы.

#### **Критерии оценки при решении ситуационных задач:**

- **отлично** - ставится курсанту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения практических задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему знанием современных стандартов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанных на данных доказательной медицины. Ординатор безошибочно определяет сущность приведенной в задаче патологии, дает характеристику соответствующих клинических и рентгенологических синдромов, способы диагностики, определяет пути дифференциальной диагностики и варианты дополнительных методик исследования, выбора метода лечения;

- **хорошо** - заслуживает курсант, обнаруживший достаточное знание программного материала, но допускающий незначительные ошибки в классификации нозологических форм, постановке диагноза, составлении плана дополнительной диагностики, выбора метода лечения, которые легко исправляет после наводящих вопросов;

- **удовлетворительно** - заслуживает курсант, обнаруживший средний уровень знания основного программного материала, допустивший погрешности при его изложении, недостаточно владеющий современными классификациями и вследствие этого неправильно формулирующий диагноз. Затрудняется в достаточном объеме определить пути проведения дополнительной диагностики, определяет правильные направления лечения, но назначает их в неадекватном объеме;

- **неудовлетворительно** - выставляется курсанту, допустившему при ответе на вопросы задачи множественные ошибки принципиального характера (например, неправильно поставлен диагноз, неверно выбран метод лечения), причём после собеседования на наводящие вопросы ординатор ответить не может.

## **4.2. Оценочные средства и критерии оценки для промежуточной аттестации**

### **1 этап – выполнение заданий в тестовой форме**

#### **Примеры заданий в тестовой форме:**

Укажите один правильный ответ.

#### **1. ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ**

- 1) в печени
- 2) в легких
- 3) в почках
- 4) в костях
- 5) верны все ответы

Эталон ответа: 5.

#### **2. ПРИ РАКЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ВОЗМОЖНО В СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ**

- 1) околопищеводные
- 2) нижние трахеобронхиальные
- 3) околокардиальные
- 4) левые желудочковые
- 5) во все перечисленные группы

Эталон ответа: 5.



3. ОПУХОЛЬ (РАК ПИЩЕВОДА) ПРОТЯЖЕННОСТЬЮ 3-5 СМ С ИНФИЛЬТРАЦИЕЙ СЛИЗИСТО-ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ И ОТСУТСТВИЕМ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ ОТНОСИТСЯ К

- 1) I стадии
- 2) IIa стадии
- 3) IIb стадии
- 4) IIIa стадии
- 5) IIIb стадии

Эталон ответа: 2.

4. РАК ПИЩЕВОДА, ИНФИЛЬТРИРУЮЩИЙ СТЕНКУ ОРГАНА ДО МЫШЕЧНОГО СЛОЯ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ПРИ НАЛИЧИИ ОДИНОЧНЫХ РЕГИОНАРНЫХ И ОТСУТСТВИИ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ, СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ПО СИСТЕМЕ TNM

- 1) T<sub>1</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub>
- 2) T<sub>2</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub>
- 3) T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>
- 4) T<sub>4</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>
- 5) ответа нет

Эталон ответа: 2.

5. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышенное слюноотделение
- 2) тошнота
- 3) дисфагия
- 4) рвота
- 5) ответа правильного нет

Эталон ответа: 3.

### **Критерии оценки выполнения заданий в тестовой форме:**

- **зачтено** – правильных ответов 71% и более правильных ответов;
- **не зачтено** – 70% и менее правильных ответов.

### **2 этап - проверка освоения практических навыков**

#### **Перечень практических навыков:**

- проводить эзофагогастродуоденоскопию, ректороманоскопию;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- влагалищное исследование со взятием мазков из влагалища, с шейки матки и из цервикального канала;
- тонкоигольную пункцию, биопсию опухолей кожи, молочных желёз, мягких тканей, лимфатических узлов;

- эксцизионную биопсию лимфатических узлов, молочной железы, мягких тканей;
- пункцию костного мозга;
- взятие биопсионного отпечатка методом мазка-отпечатка, скарификации;
- лапароскопию;
- лапароцентез;
- пункцию узловых образований печени;
- плевральную пункцию;
- дренирование плевральной полости;
- венесекцию и венепункцию;
- пункцию узловых образований щитовидной железы;
- лечебные блокады;
- зондирование желудка;
- интерпретация результатов рентгенологических, эндоскопических, иммунологических, ультразвуковых, морфологических, функциональных методов исследования.

### **Критерии оценки выполнения практических навыков:**

- **отлично** – курсант обладает отличными практическими умениями (знает методику выполнения практических навыков, умеет правильно применять тот или иной диагностический прием при проведении объективного исследования конкретного пациента, способен обоснованно запланировать комплекс дополнительной диагностики, поставить правильный диагноз, с учетом современной классификации; назначить план лечения, исходя из мультидисциплинарного подхода и знаний основ лекарственной терапии злокачественных новообразований, определяет пути профилактики осложнений, диспансерную группу, исходы заболевания и прогноз, в том числе и для трудоспособности, а также планирует реабилитацию);

- **хорошо** – курсант обладает хорошими практическими умениями (знает методику выполнения практических навыков недостаточно точно, применяет на практике тот или иной диагностический прием при проведении объективного исследования конкретного пациента, но с ошибками; планирует комплекс дополнительной диагностики в недостаточно полном объеме, допускает ошибки в формулировке диагноза или не владеет современными классификациями, допускает несущественные ошибки в определении стадии заболевания и назначении плана лечения, недооценивает прогноз, недостаточно точно ориентируется в методах профилактики и постгоспитальной реабилитации пациента);

- **удовлетворительно** – курсант обладает удовлетворительными практическими умениями (знает основные положения методики выполнения практических навыков, но выполняет диагностические манипуляции с грубыми ошибками, ухудшающими информативность исследования в значительной степени; назначает комплекс дополнительной диагностики в неполном объеме, без учета дифференциальной диагностики, формулирует диагноз не полностью,

без учета всех осложнений и современных классификаций, формулирует план лечения с ошибками, которые после собеседования может исправить, плохо ориентируется в возможных вариантах комплексного лечения, не может определить прогноз и планировать реабилитацию пациента);

- **неудовлетворительно** – курсант не обладает достаточным уровнем практических умений (не знает и не умеет применить методики выполнения различных диагностических мероприятий, не умеет планировать дополнительное обследование, не может сформулировать правильный диагноз, не ориентируется в методах и способах лечения или допускает грубые ошибки, не знает профилактики и проч.)

### **3 этап – итоговое собеседование по ситуационным задачам**

#### **Примеры ситуационных задач:**

##### **Задача № 1**

Больной 57 лет отмечает, что после охлаждения у него повысилась температура, появилась боль в области левой лопатки, кашель, кровохарканье, одышка, слабость. Три месяца назад лечился в терапевтическом отделении ЦРБ с диагнозом левосторонняя пневмония. Диагноз был поставлен на основании ФГЛ. После лечения состояние улучшилось, через 2 недели был выписан на работу. Курит 40 лет. Работает электросварщиком. При поступлении при рентгенологическом исследовании выявлено уменьшение объема левого легкого за счет гиповентиляции верхней доли, расширение корня левого легкого.

Объективно: перкуторно над верхней долей левого легкого укорочение перкуторного звука, аускультативно – дыхание в этой зоне резко ослаблено, над остальными отделами легких жесткое везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

##### **Задание:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Чем объяснить: а) положительный эффект от предпринятого лечения; б) ухудшение состояния;
3. Какой объем обследования следовало предпринять при первой госпитализации?
4. С какими заболеваниями следовало дифференцировать имевшуюся клиническую картину?
5. Опишите диагностические возможности рентгенологического метода исследования в подобной ситуации.
6. Дайте обоснование возможным вариантам лечения больного.

##### **Эталон ответа:**

1. Вероятно, у больного центральный рак правого легкого с поражением верхнедолевого бронха и вторичным пневмонитом.
2. Кашель, боль в грудной клетке, высокая температура тела при раке

- легкого связаны с развитием обтурационного пневмонита.
3. Продолжающийся рост опухоли, присоединение отека и бронхоспастического компонента после "излечения пневмонии" вновь привели к обтурации правого верхнедолевого бронха, ателектазу, воспалительным изменениям в невентилируемых участках легкого, то есть к пневмониеподобной клинике.
  4. При лечении больного 3 месяца назад не проведено динамическое рентгенологическое обследование по завершении лечения. Не проведена так же фибробронхоскопия, исследование мокроты на атипичные клетки и комплексы.
  5. Как 3 месяца назад, так и сейчас клинику заболевания необходимо дифференцировать с банальной пневмонией, раком легкого, туберкулезом.
  6. Для полного обследования необходимо: рентгенография легких в прямой и боковой проекциях, томография грудной клетки. При томографии могут быть обнаружены сужение бронха, его ампутация или "культя". Могут быть обнаружены метастатические лимфатические узлы в средостении. Кроме того, показано проведение бронхоскопии со взятием смыва или мазка со стенки бронха, а также биопсии измененного участка бронха, исследование мокроты на атипичные клетки, бациллы Коха, микрофлору и чувствительность ее к антибиотикам.
  7. Отсутствие отдаленных метастазов и местно-распространенного процесса в корне легкого позволяет провести хирургическое лечение в объеме лобэктомии, билобэктомии или пульмонэктомии. При наличии противопоказаний или запущенности процесса возможно проведение лучевой терапии на опухолевый очаг в дозе до 50 Гр. При низкодифференцированных и мелкоклеточном раке показано химиолучевое лечение.
  8. Пульмонэктомия проводится с обязательным удалением клетчатки с бронхопульмональными, перибронхиальными и трахеобронхиальными лимфатическими узлами. Лобэктомия проводится при периферическом раке или при центральном раке сегментарного бронха без поражения лимфатических узлов.

### **Задача № 2**

У мужчины 65 лет в течение 4 месяцев отмечаются боли в области левой ключицы с иррадиацией в кисть, снижение силы кисти. Кроме того, отмечает сухой кашель, похудание на 7 кг в течение 4 месяцев, слабость. Курит более 30 лет, два месяца лечился у невропатолога с диагнозом "плечелопаточный периартрит" инъекциями нестероидных противовоспалительных препаратов, витамина В-12, прозерина, получал УВЧ, токи Бернара, массаж, парафиновые аппликации. Последняя ФЛГ 2 года назад. Рентгенологическое обследование позвоночника не проводилось.

Объективно: имеется сужение зрачка и глазной щели слева, западение

глазного яблока, атрофия мышц левой руки с умеренным ограничением движений в плечевом суставе. В левой надключичной области отмечается некоторая пастозность, пальпируются 2 плотноватых увеличенных лимфатических узла до 2 см в диаметре. При аускультации дыхание в области верхушки левого легкого практически отсутствует.

**Задание:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. План обследования больного?
3. В чем патогенез неврологических нарушений?
4. Какие ошибки допущены невропатологом при обследовании больного?
5. Наметьте план лечения.
6. Экспертиза трудоспособности?

**Эталон ответа:**

1. Вероятно, у больного имеется рак верхушки правого легкого (рак Пэнкоста), вызвавший клинику симптоматического плечелопаточного периартрита, плексита.
2. Патогенез неврологических нарушений объясняется прорастанием и сдавлением опухолью шейного сплетения и симпатического ствола.
3. Неврологом не назначено обследование легкого, рентгенография позвоночника, не принято во внимание наличие увеличенных лимфатических узлов в надключичной области.
4. Для постановки диагноза показано: комплексное рентген-обследование легких; (обзорная рентгенография в прямой и боковых проекциях, томография грудной клетки); бронхоскопия; исследование мокроты на атипические клетки, наличие бацилл Коха, микрофлору. Для подтверждения морфологического диагноза возможно проведение трансторакальной пункции легкого, пункция или биопсия увеличенных лимфоузлов.
5. В данном случае возможно только паллиативное лечение (лучевое или химиолучевое) и симптоматическая терапия. Вид лечения будет зависеть от морфологии опухоли.
6. Больному может быть определена I-II группа инвалидности.

**Задача № 3**

Больной 57 лет жалуется на слабость, похудание за 4 месяца на 10 кг, плохой аппетит, боли в эпигастральной области при проглатывании пищи, сопровождающиеся чувством затруднения ее прохождения и отрыжкой. В анамнезе у больного хронический гастрит в течение 8 лет. Курит, злоупотребляет алкоголем. Обследование желудка не проводилось 4 года. При обращении к цеховому терапевту 2 месяца назад назначено консервативное лечение с диагнозом «Обострение хронического гастрита». Объективно: бледен, пониженного питания. Лимфатические узлы не пальпируются. Живот не вздут, мягкий болезненный в эпигастральной области. При глубокой

пальпации ниже мечевидного отростка пальпируется малоблезненный плотный инфильтрат без четких границ. Печень по краю реберной дуги.

**Задание:**

1. О каком заболевании можно подумать?
2. Предположительная локализация поражения?
3. Основной синдром клинической картины в данном наблюдении? На что он может указывать?
4. Тактические ошибки диспансерного наблюдения больного цеховым терапевтом?
5. Направления дифференциального диагноза?
6. Составьте план дообследования больного.
7. Укажите необходимые лечебные мероприятия, возможные в данном случае.
8. Основные элементы техники оперативного вмешательства, возможного в данном случае в качестве радикального лечения?
9. Экспертиза трудоспособности?
10. Реабилитационные мероприятия?

**Эталон ответа:**

1. У больного можно предположить рак желудка. Скорее всего, уровень поражения - кардиальный отдел, возможен переход опухоли на пищевод.
2. В основном превалирует дисфагический синдром с общесоматическими нарушениями. Указанные синдромы характерны для рака кардиального отдела желудка, пищевода или их сочетания (кардиоэзофагеальный рак).
3. Цеховой терапевт полгода назад провел формальное диспансерное наблюдение за больным, не предприняв инструментального обследования желудка. Таким образом, у больного хроническим гастритом в течение 4 лет желудок не был обследован.
4. Дифференциальный диагноз в данном случае проводится между раком пищевода, кардиоэзофагеальным раком, опухолью средостения, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.
5. Показано рентгенологическое обследование пищевода и желудка. Возможно выявление сужения просвета пищевода или кардии, ригидность стенок, дефект наполнения с нечеткими контурами, уступы или подрывность контуров. При ФГДС возможно выявление опухолевого поражения, уровня сужения, распада, кровоточивости, взятие биоптата. При УЗИ возможно оценить состояние печени, почек, поджелудочной железы, забрюшинных лимфатических узлов, селезенки. Лапароскопия позволяет уточнить степень распространенности процесса по брюшной полости (канцероматоз брюшины), проращение опухоли в другие органы.
6. Радикальное лечение при отсутствии отдаленных метастазов, местного распространения опухолевого процесса, общесоматических противопоказаний - экстирпация желудка или проксимальная

субтотальная резекция желудка и абдоминального отдела пищевода с анастомозом типа Льюиса. Экстирпация желудка при раке данной локализации состоит в удалении всего желудка вместе со связками и сальниками, возможно со спленэктомией. Абдоминальный отдел пищевода пересекается на 3-4 см выше видимой границы опухоли. Анастомоз "конец в конец" или "конец в бок" между культей пищевода и тонкой кишкой. При проксимальной резекции желудка с удалением нижней трети пищевода операция проводится из торакоабдоминального доступа, мобилизация желудка - как при операции Льюиса-Торека, резекция пищевода и наложение анастомоза осуществляется через торакотомный доступ в 7-8 межреберье справа.

7. После радикальной операции на 2-3 года больные признаются инвалидами II группы, больные пенсионного возраста - пожизненно. Реабилитация больных при отсутствии опухолевой прогрессии состоит в коррекции постгастрэктомических расстройств, гемостимулирующей терапии, назначении больным желудочных и панкреатических ферментов, витаминов. Больные должны наблюдаться у хирурга и гастроэнтеролога.

#### **Задача № 4**

У больной 40 лет, в течение 10 лет страдавшей язвенной болезнью желудка с частыми рецидивами за последние 3 месяцев снизился аппетит, боли стали постоянными, тупыми, снизился аппетит, боль с приемом пищи не связана. При рентгенологическом обследовании в области малой кривизны желудка выявлена "ниша" размером 2,5 см с неровными контурами, подрытыми краями, ослаблением перистальтики в зоне язвы. Нв - 86 г/л, Эр - 3,1x10, СОЭ - 31 мм/час. Терапевтом с диагнозом обострение язвенной болезни, хроническая каллезная язва желудка назначено традиционное консервативное лечение. Через 1,5 месяца состояние больной не изменилось. Присоединилась отрыжка пищей и воздухом, снизился аппетит. Показатели крови без изменения. Боль иррадирует в спину, стул неустойчивый, иногда почти черного цвета. При рентгеноскопии желудка выявлена "ниша" размером 2 см, малая кривизна укорочена. Складки слизистой в зоне язвы не прослеживаются.

#### **Задание:**

1. Что случилось с больной?
2. Объясните характер рентгенологических изменений в желудке
3. Тактические ошибки диспансерного наблюдения больного цеховым терапевтом?
4. Направления дифференциального диагноза?
5. Составьте план дообследования больного.
6. Укажите необходимые лечебные мероприятия, возможные в данном случае.

#### **Эталон ответа:**

1. У больной изменилась типичная для язвенной болезни клиника, что

- подозрительно в отношении малигнизации.
2. Большие размеры язвы, неровные края и очертания "ниши", снижение перистальтики в области язвы, атипический рельеф слизистой, укорочение малой кривизны желудка - рентгенологические симптомы возможной малигнизации язвы.
  3. Терапевтом при выявлении "обострения" течения язвенной болезни 1,5 месяца назад не заострено внимание на изменение клиники, рентгенологической характеристики язвы, наличии анемии, ускорение СОЭ. Обследование для морфологической верификации язвы так же не было проведено (ФГДС с биопсией).
  4. Клинику 1,5 месяца назад необходимо было дифференцировать с раком желудка, панкреатитом, язвенной болезнью, малигнизацией язвы.
  5. Полное дообследование требует применения ФГДС с взятием биоптатов из краев и дна язвы, УЗИ печени, поджелудочной железы, забрюшинных лимфатических узлов, Определения РЭА, лапароскопии. При отрицательных данных биопсии при ФГДС показана диагностическая лапаротомия с резекцией части желудка по правилам и в объеме абластики.
  6. При доказанной малигнизации язвы показано оперативное лечение в объеме дистальной субтотальной резекции желудка с сальниками и связками по Бильрот-2 или другому способу, или экстирпация желудка.

#### **Критерии оценки собеседования по ситуационным задачам:**

- **отлично** – ставится курсанту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения практических задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему знанием современных стандартов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанных на данных доказательной медицины. Ординатор безошибочно определяет сущность приведенной в задаче патологии, дает характеристику соответствующих клинических и рентгенологических синдромов, способы диагностики, определяет пути дифференциальной диагностики и варианты дополнительных методик исследования, выбора метода лечения;

- **хорошо** – заслуживает курсант, обнаруживший достаточное знание программного материала, но допускающий незначительные ошибки в классификации нозологических форм, постановке диагноза, составлении плана дополнительной диагностики, выбора метода лечения, которые легко исправляет после наводящих вопросов;

- **удовлетворительно** – заслуживает курсант, обнаруживший средний уровень знания основного программного материала, допустивший погрешности при его изложении, недостаточно владеющий современными



классификациями и вследствие этого неправильно формулирующий диагноз. Затрудняется в достаточном объеме определить пути проведения дополнительной диагностики, определяет правильные направления лечения, но назначает их в неадекватном объеме;

- **неудовлетворительно** – выставляется курсанту, допустившему при ответе на вопросы задачи множественные ошибки принципиального характера (например, неправильно поставлен диагноз, неверно выбран метод лечения), причём после собеседования на наводящие вопросы ординатор ответить не может.

### **Критерии выставления итоговой оценки:**

- **отлично** – ставится курсанту, обнаружившему системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения практических задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему знанием современных стандартов диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанных на данных доказательной медицины. Ординатор безошибочно определяет сущность приведенной в задаче патологии, дает характеристику соответствующих клинических и рентгенологических синдромов, способы диагностики, определяет пути дифференциальной диагностики и варианты дополнительных методик исследования, выбора метода лечения;

- **хорошо** – заслуживает курсант, обнаруживший достаточное знание программного материала, но допускающий незначительные ошибки в классификации нозологических форм, постановке диагноза, составлении плана дополнительной диагностики, выбора метода лечения, которые легко исправляет после наводящих вопросов;

- **удовлетворительно** – заслуживает курсант, обнаруживший средний уровень знания основного программного материала, допустивший погрешности при его изложении, недостаточно владеющий современными классификациями и вследствие этого неправильно формулирующий диагноз. Затрудняется в достаточном объеме определить пути проведения дополнительной диагностики, определяет правильные направления лечения, но назначает их в неадекватном объеме;

- **неудовлетворительно** – выставляется курсанту, допустившему при ответе на вопросы задачи множественные ошибки принципиального характера (например, неправильно поставлен диагноз, неверно выбран метод лечения), причём после собеседования на наводящие вопросы ординатор ответить не может.

### **4.3. Оценочные средства и критерии оценивания для итоговой аттестации**

Целью итоговой аттестации является определение практической и теоретической подготовленности выпускников по программе к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой.

Итоговая аттестация осуществляется в форме экзамена и включает:

- 1 этап – письменное тестирование;
- 2 этап – проверка освоения практических навыков;
- 3 этап – собеседование по ситуационным задачам.

### **1 этап – письменное тестирование**

#### **Примеры заданий в тестовой форме:**

Укажите один правильный ответ.

6. ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ

- 1) в печени
- 2) в легких
- 3) в почках
- 4) в костях
- 5) верны все ответы

Эталон ответа: 5.

7. ПРИ РАКЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ВОЗМОЖНО В СЛЕДУЮЩИЕ ГРУППЫ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

- 1) околопищеводные
- 2) нижние трахеобронхиальные
- 3) околокардиальные
- 4) левые желудочковые
- 5) во все перечисленные группы

Эталон ответа: 5.

8. ОПУХОЛЬ (РАК ПИЩЕВОДА) ПРОТЯЖЕННОСТЬЮ 3-5 СМ С ИНФИЛЬТРАЦИЕЙ СЛИЗИСТО-ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ И ОТСУТСТВИЕМ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ ОТНОСИТСЯ К

- 1) I стадии
- 2) IIa стадии
- 3) IIb стадии
- 4) IIIa стадии
- 5) IIIb стадии

Эталон ответа: 2.

9. РАК ПИЩЕВОДА, ИНФИЛЬТРИРУЮЩИЙ СТЕНКУ ОРГАНА ДО МЫШЕЧНОГО СЛОЯ ВКЛЮЧИТЕЛЬНО ПРИ НАЛИЧИИ ОДИНОЧНЫХ РЕГИОНАРНЫХ И ОТСУТСТВИИ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ, СООТВЕТСТВУЕТ СЛЕДУЮЩЕЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ПО СИСТЕМЕ TNM

- 1) T<sub>1</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub>

- 2) T<sub>2</sub> N<sub>1</sub> M<sub>0</sub>
- 3) T<sub>3</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>
- 4) T<sub>4</sub> N<sub>0</sub> M<sub>0</sub>
- 5) ответа нет

Эталон ответа: 2.

#### 10. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышенное слюноотделение
- 2) тошнота
- 3) дисфагия
- 4) рвота
- 5) ответа правильного нет

Эталон ответа: 3.

#### **Критерии оценки выполнения заданий в тестовой форме:**

- 1) оценка «зачтено» – правильных ответов 71-100%;
- 2) оценка «не зачтено» – правильных ответов менее 71%.

#### **2 этап - проверка освоения практических навыков**

##### **Перечень практических навыков:**

- проводить эзофагогастродуоденоскопию, ректороманоскопию;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- влагалищное исследование со взятием мазков из влагалища, с шейки матки и из цервикального канала;
- тонкоигольную пункцию, биопсию опухолей кожи, молочных желёз, мягких тканей, лимфатических узлов;
- эксцизионную биопсию лимфатических узлов, молочной железы, мягких тканей;
- пункцию костного мозга;
- взятие биопсионного отпечатка методом мазка-отпечатка, скарификации;
- лапароскопию;
- лапароцентез;
- пункцию узловых образований печени;
- плевральную пункцию;
- дренирование плевральной полости;
- венесекцию и венепункцию;
- пункцию узловых образований щитовидной железы;
- лечебные блокады;
- зондирование желудка;
- интерпретация результатов рентгенологических, эндоскопических, иммунологических, ультразвуковых, морфологических, функциональных методов исследования.

#### **Критерии оценки выполнения практических навыков:**

**«зачтено»** - обучающийся знает основные положения методики выполнения обследования больного, самостоятельно демонстрирует мануальные навыки, анализирует результаты лабораторного и инструментального исследований, проводит дифференциальную диагностику, выставляет диагноз заболевания и составляет план лечения. Выполняет манипуляции, связанные с оказанием первой помощи. Допускает некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет

**«не зачтено»** - обучающийся не знает методики выполнения обследования больного, не может самостоятельно провести мануальное обследование больного, делает грубые ошибки в интерпретации результатов лабораторного и инструментального исследований, делает ошибки при проведении дифференциальной диагностики и формулировке диагноза заболевания и назначении лечения. Не может выполнить манипуляции при оказании неотложной помощи.

### **3 этап – собеседование по ситуационным задачам**

#### **Примеры ситуационных задач:**

##### **Задача № 1**

Больной 57 лет отмечает, что после охлаждения у него повысилась температура, появилась боль в области левой лопатки, кашель, кровохарканье, одышка, слабость. Три месяца назад лечился в терапевтическом отделении ЦРБ с диагнозом левосторонняя пневмония. Диагноз был поставлен на основании ФГЛ. После лечения состояние улучшилось, через 2 недели был выписан на работу. Курит 40 лет. Работает электросварщиком. При поступлении при рентгенологическом исследовании выявлено уменьшение объема левого легкого за счет гиповентиляции верхней доли, расширение корня левого легкого.

Объективно: перкуторно над верхней долей левого легкого укорочение перкуторного звука, аускультативно – дыхание в этой зоне резко ослаблено, над остальными отделами легких жесткое везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

##### **Задание:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Чем объяснить: а) положительный эффект от предпринятого лечения; б) ухудшение состояния;
3. Какой объем обследования следовало предпринять при первой госпитализации?
4. С какими заболеваниями следовало дифференцировать имевшуюся клиническую картину?
5. Опишите диагностические возможности рентгенологического метода исследования в подобной ситуации.
6. Дайте обоснование возможным вариантам лечения больного.

### **Эталон ответа:**

1. Вероятно, у больного центральный рак правого легкого с поражением верхнедолевого бронха и вторичным пневмонитом.
2. Кашель, боль в грудной клетке, высокая температура тела при раке легкого связаны с развитием обтурационного пневмонита.
3. Продолжающийся рост опухоли, присоединение отека и бронхоспастического компонента после "излечения пневмонии" вновь привели к обтурации правого верхнедолевого бронха, ателектазу, воспалительным изменениям в невентилируемых участках легкого, то есть к пневмониеподобной клинике.
4. При лечении больного 3 месяца назад не проведено динамическое рентгенологическое обследование по завершении лечения. Не проведена так же фибробронхоскопия, исследование мокроты на атипичные клетки и комплексы.
5. Как 3 месяца назад, так и сейчас клинику заболевания необходимо дифференцировать с банальной пневмонией, раком легкого, туберкулезом.
6. Для полного обследования необходимо: рентгенография легких в прямой и боковой проекциях, томография грудной клетки. При томографии могут быть обнаружены сужение бронха, его ампутация или "культя". Могут быть обнаружены метастатические лимфатические узлы в средостении. Кроме того, показано проведение бронхоскопии со взятием смыва или мазка со стенки бронха, а также биопсии измененного участка бронха, исследование мокроты на атипичные клетки, бациллы Коха, микрофлору и чувствительность ее к антибиотикам.
7. Отсутствие отдаленных метастазов и местно-распространенного процесса в корне легкого позволяет провести хирургическое лечение в объеме лобэктомии, билобэктомии или пульмонэктомии. При наличии противопоказаний или запущенности процесса возможно проведение лучевой терапии на опухолевый очаг в дозе до 50 Гр. При низкодифференцированных и мелкоклеточном раках показано химиолучевое лечение.
8. Пульмонэктомия проводится с обязательным удалением клетчатки с бронхопульмональными, перибронхиальными и трахеобронхиальными лимфатическими узлами. Лобэктомия проводится при периферическом раке или при центральном раке сегментарного бронха без поражения лимфатических узлов.

### **Задача № 2**

У мужчины 65 лет в течение 4 месяцев отмечаются боли в области левой ключицы с иррадиацией в кисть, снижение силы кисти. Кроме того, отмечает сухой кашель, похудание на 7 кг в течение 4 месяцев, слабость. Курит более 30 лет, два месяца лечился у невропатолога с диагнозом "плечелопаточный

периартрит" инъекциями нестероидных противовоспалительных препаратов, витамина В-12, прозерина, получал УВЧ, токи Бернара, массаж, парафиновые аппликации. Последняя ФЛГ 2 года назад. Рентгенологическое обследование позвоночника не проводилось.

Объективно: имеется сужение зрачка и глазной щели слева, западение глазного яблока, атрофия мышц левой руки с умеренным ограничением движений в плечевом суставе. В левой надключичной области отмечается некоторая пастозность, пальпируются 2 плотноватых увеличенных лимфатических узла до 2 см в диаметре. При аускультации дыхание в области верхушки левого легкого практически отсутствует.

**Задание:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. План обследования больного?
3. В чем патогенез неврологических нарушений?
4. Какие ошибки допущены невропатологом при обследовании больного?
5. Наметьте план лечения.
6. Экспертиза трудоспособности?

**Эталон ответа:**

1. Вероятно, у больного имеется рак верхушки правого легкого (рак Пэнкоста), вызвавший клинику симптоматического плечелопаточного периартрита, плексита.
2. Патогенез неврологических нарушений объясняется прорастанием и сдавлением опухолью шейного сплетения и симпатического ствола.
3. Неврологом не назначено обследование легкого, рентгенография позвоночника, не принято во внимание наличие увеличенных лимфатических узлов в надключичной области.
4. Для постановки диагноза показано: комплексное рентген-обследование легких; (обзорная рентгенография в прямой и боковых проекциях, томография грудной клетки); бронхоскопия; исследование мокроты на атипические клетки, наличие бактерий Коха, микрофлору. Для подтверждения морфологического диагноза возможно проведение трансторакальной пункции легкого, пункция или биопсия увеличенных лимфоузлов.
5. В данном случае возможно только паллиативное лечение (лучевое или химиолучевое) и симптоматическая терапия. Вид лечения будет зависеть от морфологии опухоли.
6. Больному может быть определена I-II группа инвалидности.

**Задача № 3**

Больной 57 лет жалуется на слабость, похудание за 4 месяца на 10 кг, плохой аппетит, боли в эпигастральной области при проглатывании пищи, сопровождающиеся чувством затруднения ее прохождения и отрыжкой. В анамнезе у больного хронический гастрит в течение 8 лет. Курит, злоупотребляет алкоголем. Обследование желудка не проводилось 4 года. При

обращении к цеховому терапевту 2 месяца назад назначено консервативное лечение с диагнозом «Обострение хронического гастрита». Объективно: бледен, пониженного питания. Лимфатические узлы не пальпируются. Живот не вздут, мягкий болезненный в эпигастральной области. При глубокой пальпации ниже мечевидного отростка пальпируется малоболезненный плотный инфильтрат без четких границ. Печень по краю реберной дуги.

**Задание:**

1. О каком заболевании можно подумать?
2. Предположительная локализация поражения?
3. Основной синдром клинической картины в данном наблюдении? На что он может указывать?
4. Тактические ошибки диспансерного наблюдения больного цеховым терапевтом?
5. Направления дифференциального диагноза?
6. Составьте план дообследования больного.
7. Укажите необходимые лечебные мероприятия, возможные в данном случае.
8. Основные элементы техники оперативного вмешательства, возможного в данном случае в качестве радикального лечения?
9. Экспертиза трудоспособности?
10. Реабилитационные мероприятия?

**Эталон ответа:**

1. У больного можно предположить рак желудка. Скорее всего, уровень поражения - кардиальный отдел, возможен переход опухоли на пищевод.
2. В основном превалирует дисфагический синдром с общесоматическими нарушениями. Указанные синдромы характерны для рака кардиального отдела желудка, пищевода или их сочетания (кардиоэзофагеальный рак).
3. Цеховой терапевт полгода назад провел формальное диспансерное наблюдение за больным, не предприняв инструментального обследования желудка. Таким образом, у больного хроническим гастритом в течение 4 лет желудок не был обследован.
4. Дифференциальный диагноз в данном случае проводится между раком пищевода, кардиоэзофагеальным раком, опухолью средостения, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.
5. Показано рентгенологическое обследование пищевода и желудка. Возможно выявление сужения просвета пищевода или кардии, ригидность стенок, дефект наполнения с нечеткими контурами, уступы или подрывность контуров. При ФГДС возможно выявление опухолевого поражения, уровня сужения, распада, кровоточивости, взятие биоптата. При УЗС возможно оценить состояние печени, почек, поджелудочной железы, забрюшинных лимфатических узлов, селезенки. Лапароскопия позволяет уточнить степень распространенности процесса по брюшной полости (канцероматоз

брюшины), прорастание опухоли в другие органы.

6. Радикальное лечение при отсутствии отдаленных метастазов, местного распространения опухолевого процесса, общесоматических противопоказаний - экстирпация желудка или проксимальная субтотальная резекция желудка и абдоминального отдела пищевода с анастомозом типа Льюиса. Экстирпация желудка при раке данной локализации состоит в удалении всего желудка вместе со связками и сальниками, возможно со спленэктомией. Абдоминальный отдел пищевода пересекается на 3-4 см выше видимой границы опухоли. Анастомоз "конец в конец" или "конец в бок" между культей пищевода и тонкой кишкой. При проксимальной резекции желудка с удалением нижней трети пищевода операция проводится из торакоабдоминального доступа, мобилизация желудка - как при операции Льюиса-Торека, резекция пищевода и наложение анастомоза осуществляется через торакотомный доступ в 7-8 межреберье справа.
7. После радикальной операции на 2-3 года больные признаются инвалидами II группы, больные пенсионного возраста - пожизненно. Реабилитация больных при отсутствии опухолевой прогрессии состоит в коррекции постгастрэктомических расстройств, гемостимулирующей терапии, назначении больным желудочных и панкреатических ферментов, витаминов. Больные должны наблюдаться у хирурга и гастроэнтеролога.

#### **Задача № 4**

У больной 40 лет, в течение 10 лет страдавшей язвенной болезнью желудка с частыми рецидивами за последние 3 месяцев снизился аппетит, боли стали постоянными, тупыми, снизился аппетит, боль с приемом пищи не связана. При рентгенологическом обследовании в области малой кривизны желудка выявлена "ниша" размером 2,5 см с неровными контурами, подрывными краями, ослаблением перистальтики в зоне язвы. Нв - 86 г/л, Эр - 3,1x10, СОЭ - 31 мм/час. Терапевтом с диагнозом обострение язвенной болезни, хроническая каллезная язва желудка назначено традиционное консервативное лечение. Через 1,5 месяца состояние больной не изменилось. Присоединилась отрыжка пищей и воздухом, снизился аппетит. Показатели крови без изменения. Боль иррадирует в спину, стул неустойчивый, иногда почти черного цвета. При рентгеноскопии желудка выявлена "ниша" размером 2 см, малая кривизна укорочена. Складки слизистой в зоне язвы не прослеживаются.

#### **Задание:**

1. Что случилось с больной?
2. Объясните характер рентгенологических изменений в желудке
3. Тактические ошибки диспансерного наблюдения больного цеховым терапевтом?
4. Направления дифференциального диагноза?
5. Составьте план дообследования больного.



б. Укажите необходимые лечебные мероприятия, возможные в данном случае.

**Эталон ответа:**

1. У больной изменилась типичная для язвенной болезни клиника, что подозрительно в отношении малигнизации.
2. Большие размеры язвы, неровные края и очертания "ниши", снижение перистальтики в области язвы, атипичный рельеф слизистой, укорочение малой кривизны желудка - рентгенологические симптомы возможной малигнизации язвы.
3. Терапевтом при выявлении "обострения" течения язвенной болезни 1,5 месяца назад не заострено внимание на изменение клиники, рентгенологической характеристики язвы, наличии анемии, ускорение СОЭ. Обследование для морфологической верификации язвы так же не было проведено (ФГДС с биопсией).
4. Клинику 1,5 месяца назад необходимо было дифференцировать с раком желудка, панкреатитом, язвенной болезнью, малигнизацией язвы.
5. Полное дообследование требует применения ФГДС с взятием биоптатов из краев и дна язвы, УЗИ печени, поджелудочной железы, забрюшинных лимфатических узлов, Определения РЭА, лапароскопии. При отрицательных данных биопсии при ФГДС показана диагностическая лапаротомия с резекцией части желудка по правилам и в объеме абластики.
6. При доказанной малигнизации язвы показано оперативное лечение в объеме дистальной субтотальной резекции желудка с сальниками и связками по Бильрот-2 или другому способу, или экстирпация желудка.

**Критерии оценки собеседования по ситуационным задачам:**

- 1) оценка «не зачтено» выставляется обучающемуся, не показавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему серьезные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий;
- 2) оценку «зачтено» заслуживает обучающийся:
  - показавший частичное освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, сформированность не в полной мере новых компетенций и профессиональных умений для осуществления профессиональной деятельности, знакомый с литературой, публикациями по программе;
  - показавший освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, изучивший литературу, рекомендованную программой, способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;
  - показавший полное освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, всестороннее и глубокое изучение литературы, публикаций, а также умение выполнять задания с привнесением собственного видения

проблемы, собственного варианта решения практической задачи, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения.

#### **Критерии выставления итоговой оценки:**

При выставлении курсанту оценки «зачтено» на всех трех этапах аттестации итогом ее становится оценка «**ЗАЧТЕНО**».

При выставлении курсанту оценки «не зачтено» на одном или нескольких этапах аттестации итогом ее становится оценка «**НЕ ЗАЧТЕНО**».

### **5. СВЕДЕНИЯ О СОСТАВИТЕЛЯХ ПРОГРАММЫ**

#### **Разработчики программы**

##### **Разработчики программы:**

1. – *д.м.н., профессор, кафедры онкологии Венедиктова М.Г.;*
2. – *д.м.н., профессор, декан ФПДО, Дербенев Д.П.*