

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

Л.А. Мурашова

«29» августа 2023 г.

Рабочая программа дисциплины

ОНКОЛОГИЯ

Разработчики рабочей программы:
Чирков Р.Н., зав. кафедрой
онкологии, хирургии и
паллиативной медицины, д.м.н.,
доцент
Максимов Д.А., ассистент кафедры
онкологии, хирургии и
паллиативной медицины

Тверь, 2023 г.

I. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины **ОНКОЛОГИЯ** разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности **31.08.57 ОНКОЛОГИЯ** (уровень подготовки кадров высшей квалификации) с учётом рекомендаций примерной основной профессиональной образовательной программы ординатуры по специальности **31.08.57 ОНКОЛОГИЯ**.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у выпускников универсальных и профессиональных компетенций для оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Задачами освоения дисциплины являются:

- сформировать обширный объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-онколога, способного решать профессиональные задачи;
- сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-онколога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующего в сложной патологии, имеющие углубленные знания смежных дисциплин;
- сформировать у врача-специалиста умения в освоении новейших технологий и методик в сфере профессиональных интересов врача-онколога;
- подготовить врача-онколога к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности;
- подготовить врача-онколога, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи;
- сформировать у врача-специалиста навыки реабилитационной, психолого-педагогической, организационно-управленческой деятельности.

2. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре

Дисциплина **ОНКОЛОГИЯ** входит в Базовую часть Блока 1 программы ординатуры.

В результате освоения программы ординатуры сформированы следующие компетенции:

- способность и 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;

- способность и готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

- способность и готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

- способность и готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков;

- готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания;

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

- готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека;

- способность к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами;

- готовность к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;

- готовность к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;

- готовность к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

- готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

- готовность к определению необходимости применения природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

- готовность к обучению взрослого населения, подростков и их родственников основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, навыкам самоконтроля основных физиологических показателей,

способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике заболеваний;

- готовность к просветительской деятельности по устранению факторов риска и формированию навыков здорового образа жизни;

- способность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

- способность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации;

- готовность к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины;

- способность к участию в проведении научных исследований;

- готовность к участию во внедрении новых методов и методик, направленных на охрану здоровья граждан.

В процессе изучения дисциплины **ОНКОЛОГИЯ** формируются универсальные и профессиональные компетенции для успешной профессиональной деятельности в качестве врача-онколога.

3. Объём рабочей программы дисциплины составляет 26 з.е. (936 академических часов).

4. Результаты освоения дисциплины

В результате освоения дисциплины онкология у обучающегося формируются следующие компетенции:

I) универсальные (УК):

готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1):

з н а т ь

- методологические подходы к абстрактному мышлению, анализу, синтезу при диагностике заболеваний и патологических состояний.

у м е т ь

- применять на практике методологические подходы к абстрактному мышлению, анализу, синтезу при диагностике заболеваний и патологических состояний;

- анализировать и обобщать клинические и параклинические данные о пациенте с целью постановки диагноза и разработки алгоритма лечения и профилактики;

- применять полученные знания в различных клинических ситуациях.

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

з н а т ь

- патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

у м е т ь

- определять у пациентов симптомы и синдромы сердечно-сосудистых заболеваний, диагностировать нозологические формы в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;
- формулировать диагноз в соответствии с действующими

классификациями и Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

в л а д е т ь

- методами диагностики патологических состояний, симптомов, синдромов при сердечно-сосудистых заболеваниях и методами диагностики нозологических форм.

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

з н а т ь

- алгоритмы и схемы ведения и лечения пациентов с онкологической патологией;

- современные методики лечения онкологических заболеваний

у м е т ь

- составлять план диагностических и лечебных мероприятий у больных онкологического профиля;

- совершенствовать подходы к ведению пациентов в соответствии с изменяющимися стандартами лечения;

- вести медицинскую специализированную документацию.

в л а д е т ь

- навыками дифференциальной диагностики опухолевой патологии.

5) 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

- определять показания и противопоказания к проведению санаторно-курортного лечения;

в л а д е т ь

- навыками оформления документов для направления на санаторно-курортное лечение.

б) 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

- создавать у населения, пациентов и членов их семей положительную

мотивацию на сохранение и укрепление здоровья;

в л а д е т ь

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

5. Образовательные технологии

В процессе освоения дисциплины используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций: традиционная лекция, лекция-визуализация, проблемная лекция, занятие – конференция, тренинг, «круглый стол», активизация творческой деятельности, регламентированная дискуссия, метод малых групп, занятия с использованием тренажёров, имитаторов, компьютерная симуляция, разбор клинических случаев, подготовка и защита истории болезни, участие в научно-практических конференциях, съездах, симпозиумах, учебно-исследовательская работа, подготовка и защита рефератов, экскурсии.

6. Самостоятельная работа обучающегося включает:

- самостоятельную курацию больных (в качестве палатного врача) онкологического профиля на базе отделений и поликлиники ГБУЗ ТОКОД г. Твери ГБУЗ ОКБ, ГБУЗ ГБ №6, а также знакомство с работой отделений эндоскопии, функциональной (ультразвуковой) диагностики, рентгенологического и клиничко-биохимической лаборатории;

- написание истории болезни;
- участие в клинических разборах, консультациях специалистов, консилиумах, клиничко-патологоанатомических конференциях;
- подготовку к клиничко-практическим занятиям;
- подготовку к промежуточной и государственной итоговой аттестации;
- подготовку рефератов, презентаций и сообщений для выступлений на конференциях;
- работу с Интернет-ресурсами;
- работу с отечественной и зарубежной научно-медицинской литературой;
- работу с компьютерными программами;
- создание информационных бюллетеней;
- ночные (вечерние) дежурства по стационару совместно с врачом.

7. Форма промежуточной аттестации – зачёт с оценкой, экзамен.

II. Учебно-тематический план дисциплины

Содержание дисциплины

Модуль 1. Введение в онкологию. Основы организации онкологической помощи в РФ.

Модуль 2. Опухоли органов брюшной полости

и забрюшинного пространства:

- 2.1. Опухоли желудка:
- 2.2. Опухоли поджелудочной железы:
- 2.3. Опухоли печени:
- 2.4. Опухоли биллиодуоденальной зоны: опухоли большого дуоденального сосочка, опухоли двенадцатиперстной кишки, опухоли желчного пузыря, опухоли внепечёночных желчных протоков;
- 2.5. Опухоли тонкой кишки
- 2.6. Опухоли толстой кишки
- 2.7. Опухоли прямой кишки
- 2.8. Внеорганные забрюшинные опухоли
- 2.9. Опухоли надпочечников

Модуль 3. Опухоли органов грудной полости и средостения

- 3.1. Рак лёгкого
- 3.2. Мезотелиома плевры
- 3.3. Опухоли и кисты средостения
- 3.4. Опухоли пищевода

Модуль 4. Мастопатия и рак молочной железы

Модуль 5. Злокачественные новообразования кожи

- 5.1. Рак кожи
- 5.2. Меланома

Модуль 6. Опухоли опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани

- 6.1. Опухоли костей
- 6.2. Опухоли мягких тканей

Модуль 7. Опухоли головы и шеи

- 7.1. Рак щитовидной железы
- 7.2. Рак гортани
- 7.3. Опухоли носоглотки
- 7.4. Рак гортаноглотки
- 7.5. Опухоли слизистой оболочки полости рта
- 7.6. Опухоли губы
- 7.7. Внеорганные опухоли головы и шеи

Модуль 8. Опухоли органов мочеполовой системы

- 8.1. Опухоли органов мочевыводящей системы
- 8.2. Рак почки
- 8.3. Опухоли почечной лоханки и мочеточника
- 8.4. Опухоли мочевого пузыря
- 8.5. Опухоли мочеиспускательного канала

Модуль 9. Опухоли женских половых органов

- 9.1. Опухоли шейки матки
- 9.2. Опухоли тела матки
- 9.3. Опухоли яичников
- 9.4. Опухоли наружных половых органов у женщин

Модуль 10. Опухоли мужских половых органов

- 10.1. Рак предстательной железы

10.2. Опухоли яичка

10.3. Опухоли полового члена

Модуль 11. Лимфопролиферативные заболевания – гемобластозы

11.1. Лимфома Ходжкина

11.2. Неходжкинские лимфомы

Модуль 12. Неотложная онкохирургия

Модуль 13. Поликлиническая терапия злокачественных опухолей

Модуль 14. Особенности диагностики и лечения злокачественных новообразований у детей.

Модуль 15. Лекарственная терапия злокачественных опухолей

Модуль 16. Экстренная абдоминальная хирургия

16.1. Острый аппендицит

16.2. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки

16.3. Острый холецистит

16.4. Острый панкреатит

16.4. Желудочно-кишечные кровотечения

16.5. Кишечная непроходимость

16.6. Ущемлённая грыжа

16.7. Перитонит

Модуль 17. Травматология и ортопедия (общие вопросы)

Учебно-тематический план дисциплины «ОНКОЛОГИЯ» (в академических часах)

Номера разделов дисциплины (модулей) и тем	Аудиторные занятия		Всего часов на аудиторную работу	Самостоятельная работа обучающегося	Итого часов	Формируемые компетенции		Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения**	Формы текущего контроля успеваемости***
	занятия лекционного типа*	клинико-практические занятия				УК	ПК		
1. Введение в онкологию. Основы организации онкологической помощи в РФ	1	-	1	2	3	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ПЛ, ЗК, Т, АТД, Э	Т, С, Д
2. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства	4	106	122	50	161	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ПЛ, ЗК, ИБ,	Т, ИБ, КЛ, Р
2.1.	1	14	15	6	21	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	ПЛ, ЗК, Т, , МГ, Тр, ИБ	ИБ, КЛ, Д
2.2.	1	14	15	6	21	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ, КС, НПК, Сим, УИР,Р, Э	Т, Пр, Д
2. 3.	1	14	15	6	21	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ПЛ, ЗК, Т, АТД, Сим, УИР,Р	Т, Пр, С, Д
2.4.	1	14	15	6	21	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, РД,	Т, Пр, ИБ,
2.5.		15	15	6	21	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, Т, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ, КС,	Пр, КР,КЗ,
2.6.		15	15	5	20	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ	КЗ, ИБ

2.7.		11	11	5	16	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, УИР,Р, Э	Т, Пр, КР, Д
2.8.		11	11	5	16	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ, КС	Т, Пр, КР, С, Д
2.9.		10	10	5	15	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Тр, ИБ, КС, НПК, Сим, УИР,Р	Т, С, Д
3. Опухоли органов грудной полости и средостения	2	50	52	25	77	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Тр, ИБ, КС, НПК, Сим, УИР,Р	Т, КЛ, С, Д
3.1.	1	14	15	7	22	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД	ИБ, КЛ, Д
3.2.	1	12	13	7	20	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т,	Т, Пр,
3.3.		12	12	6	18	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т,	ТКЛ, Р, С
3.4.		12	12	5	17	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ПЛ, ЗК, Т, АТД, Э	Т, С, Д
4. Мастопатия и рак молочной железы	2	25	27	10	37	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ПЛ, ЗК, ИБ,	Т, ИБ, КЛ, Р
5. Злокачественные новообразования кожи	1	38	39	15	54	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	ПЛ, ЗК, Т, , МГ, Тр, ИБ	ИБ, КЛ, , Д
5.1.	1	19	20	10	30	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ, КС, НПК, Сим, УИР,Р, Э	Т, Пр, Д
5.2.		19	19	5	24	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ПЛ, ЗК, Т, АТД, Сим, УИР,Р	Т, Пр, С, Д

6. Опухоли опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани	1	26	27	15	42	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, РД,	Т, Пр, ИБ,
6.1.	1	14	15	8	23	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, Т, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ, КС,	Пр, КР, КЗ,
6.2.		12	12	7	19	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ	КЗ, ИБ
7. Опухоли головы и шеи	2	60	62	40	102	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, УИР, Р, Э	Т, Пр, КР, Д
7.1.	1	12	13	5	18	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ, КС	Т, Пр, КР, С, Д
7.2.	1	12	13	5	18	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Тр, ИБ, КС, НПК, Сим, УИР, Р	Т, С, Д
7.3.		12	12	8	20	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Тр, ИБ, КС, НПК, Сим, УИР, Р	Т, КЛ, С, Д
7.4.		9	9	7	16	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД	ИБ, КЛ, Д
7.5.		9	9	5	14	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т,	Т, Пр,
7.6.		9	9	5	14	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т,	ТКЛ, Р, С
7.7.		9	9	5	14	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ПЛ, ЗК, Т, АТД, Э	Т, С, Д
8. Опухоли органов мочеполовой системы	2	54	57	30	86	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ПЛ, ЗК, ИБ,	Т, ИБ, КЛ, Р
8.1.	1	12	13	6	19	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	ПЛ, ЗК, Т, , МГ, Тр, ИБ	ИБ, КЛ, , Д

8.2.	1	9	10	6	16	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ, КС, НПК, Сим, УИР,Р, Э	Т, Пр, Д
8.3.		12	12	6	18	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ПЛ, ЗК, Т, АТД, Сим, УИР,Р	Т, Пр, С, Д
8.4.		9	9	6	14	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, РД,	Т, Пр, ИБ,
8.5.		12	12	6	18	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, Т, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ, КС,	Пр, КР,КЗ,
9. Опухоли женских половых органов	1	45	46	25	71	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ	КЗ, ИБ
9.1.	1	12	13	5	18	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, УИР,Р, Э	Т, Пр, КР, Д
9.2.		12	12	5	17	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ, КС	Т, Пр, КР, С, Д
9.3.		12	12	5	17	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Тр, ИБ, КС, НПК, Сим, УИР,Р	Т, С, Д
9.4.		9	9	10	19	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Тр, ИБ, КС, НПК, Сим, УИР,Р	Т, КЛ, С, Д
10. Опухоли мужских половых органов	1	36	37	20	57	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД	ИБ, КЛ, Д
10.1.	1	12	13	5	18	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т,	Т, Пр,
10.2		12	12	8	20	1, 2	1, 2, 5, 6,	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т,	ТКЛ, Р, С

							8, 9		
10.3.		12	12	7	19	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ПЛ, ЗК, Т, АТД, Э	Т, С, Д
11. Лимфопролиферативные заболевания – гемобластозы	1	40	41	15	56	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ПЛ, ЗК, ИБ,	Т, ИБ, КЛ, Р
11.1.		21	21	5	26	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	ПЛ, ЗК, Т, , МГ, Тр, ИБ	ИБ, КЛ, , Д
11.2.	1	19	20	10	30	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ, КС, НПК, Сим, УИР,Р, Э	Т, Пр, Д
12. Неотложная онкохирургия	1	12	13	5	18	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ПЛ, ЗК, Т, АТД, Сим, УИР,Р	Т, Пр, С, Д
13. Поликлиническая терапия злокачественных опухолей	1	9	10	5	15	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, РД,	Т, Пр, ИБ,
14. Особенности диагностики и лечения злокачественных новообразований у детей	1	11	12	5	17	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, Т, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ, КС,	Пр, КР,КЗ,
15. Лекарственная терапия злокачественных опухолей	1	9	10	5	15	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ	КЗ, ИБ
16. Экстренная абдоминальная хирургия	1	72	73	40	113	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, УИР,Р, Э	Т, Пр, КР, Д
16.1.		12	12	5	17	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД, РД, МГ, Тр, ИБ, КС	Т, Пр, КР, С, Д
16.2.		12	12	5	17	1, 2	1, 2, 5, 6,	Тр, ИБ, КС, НПК,	Т, С, Д

							8, 9	Сим, УИР,Р	
16.3.		12	12	5	17	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Тр, ИБ, КС, НПК, Сим, УИР,Р	Т, КЛ, С, Д
16.4.	1	9	10	5	15	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т, АТД	ИБ, КЛ, Д
16.5.		9	9	6	15	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т,	Т, Пр,
16.6.		9	9	7	16	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т,	ТКЛ, Р, С
16.7.		9	9	7	16	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т,	ИБ, КЛ, Д
17. Травматология и ортопедия (общие вопросы)	1	6	7	5	12	1, 2	1, 2, 5, 6, 8, 9	Л, ЛВ, ПЛ, ЗК, Т,	Т, Пр,
ИТОГО	24	600	624	312	936				

* количество часов, отведённых на занятия лекционного типа, должно составлять не более 10% от общего количества часов аудиторных занятий (взять из учебного плана).

****Образовательные технологии, способы и методы обучения** (с сокращениями): традиционная лекция (Л), лекция-визуализация (ЛВ), проблемная лекция (ПЛ), занятие – конференция (ЗК), тренинг (Т), «круглый стол» (КС), активизация творческой деятельности (АТД), регламентированная дискуссия (РД), метод малых групп (МГ), занятия с использованием тренажёров, имитаторов (Тр), компьютерная симуляция (КС), разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), участие в научно-практических конференциях (НПК), съездах, симпозиумах (Сим), учебно-исследовательская работа (УИР), подготовка и защита рефератов (Р), экскурсии (Э).

*****Формы текущего контроля успеваемости** (с сокращениями): Т – тестирование, Пр – оценка освоения практических навыков (умений), 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.

Ш. Оценочные средства для контроля уровня сформированности компетенций (текущий контроль успеваемости, промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины)

Оценка уровня сформированности компетенций включает следующие формы контроля:

- **текущий контроль успеваемости;**
- **промежуточную аттестацию**

1. Оценочные средства 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 и кровозаместительная терапия в объеме 1200 мл свежеситратной крови. 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

8. У больной, скорее всего, имеется доброкачественная опухоль - лейомиома, приведшая к пищеводному кровотечению.
9. 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.
10. Ошибок в лечении больной не было. Обследование больной следует расширить и провести пневмомедиастенографию 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.
11. Дифференциальный диагноз по данным обследования необходимо проводить со злокачественными опухолями, кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода, специфической язвой пищевода (сифилитической, туберкулезной).
12. 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.

13. 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.
14. 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 слюноотечение, слабость, похудания 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 стелебчатая 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 бронхопультмональных 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 имевшуюся 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 стебельчатой гастростомы.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- **отлично** - ставится ординатору, 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 ординатор, 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 ординатор, 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 ординатору, 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.

2. Оценочные средства 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) IIб стадии
- 4) IIIa стадии
- 5) IIIб 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) T₁ N₁ M₀
- 2) T₂ N₁ M₀
- 3) T₃ N₀ M₀
- 4) T₄ N₀ M₀
- 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** – ординатор 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** – ординатор 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** – ординатор 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** – ординатор 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, бактерии 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 подрытость 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), 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 - 3,1x10⁹, 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 клиника, 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 ординатору, 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 ординатор, 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 ординатор, 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 ординатору, 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 ординатору, 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 ординатор, 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 ординатор, 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 ординатору, 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.

IV. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины, включая электронно-библиотечные системы

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.

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.

V. Материально-техническое обеспечение дисциплины

1. Приложение

2. Лицензионное программное обеспечение

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.

3. Профессиональные базы данных и информационные справочные системы

- Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – Режим доступа: www.geotar.ru.
- электронная библиотека «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);
- электронная база данных и информационная система поддержки принятия клинических решений «ClinicalKey» (www.clinicalkey.com);
- университетская библиотека on-line (www.biblioclub.ru);
- научная электронная библиотека eLIBRARY.RU (<http://www.elibrary.ru>);
- информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);
- Врачи РФ. Общероссийская социальная сеть. (<http://vrachirf.ru/company-announce-single/6191>).

