

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 государственной итоговой аттестации

по специальности
31.08.57 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
Шапекина Е.А., старший
преподаватель мультипрофильного
аккредитационно-симуляционного
центра

Тверь, 2023 г.

Государственная итоговая аттестация (ГИА) в полном объеме относится к базовой части программы ординатуры и завершается присвоением квалификации.

ГИА включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

ГИА является обязательной для выпускника и осуществляется после освоения им основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре.

Целью ГИА является определение практической и теоретической подготовленности выпускников к выполнению профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, а также универсальными и профессиональными компетенциями (*см. матрицу компетенций*) и их способности к самостоятельной профессиональной деятельности.

Выпускник должен обладать следующими универсальными компетенциями (УК):

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

Выпускник должен обладать следующими профессиональными компетенциями (ПК):

1) профилактическая деятельность:

- 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);

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

2) диагностическая деятельность:

- 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);

3) лечебная деятельность:

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

4) реабилитационная деятельность:

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

5) психолого-педагогическая деятельность:

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

ГИА осуществляется в форме государственного 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.

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 выполнения заданий в тестовой форме:

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

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.

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 атипичные 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 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:

- У больного можно предположить рак желудка. Скорее всего, уровень поражения - кардиальный отдел, возможен переход опухоли на пищевод.
- В основном превалирует дисфагический синдром с общесоматическими нарушениями. Указанные синдромы характерны для рака кардиального отдела желудка, пищевода или их сочетания (кардиоэзофагеальный рак).
- 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.
- Дифференциальный диагноз в данном случае проводится между раком пищевода, кардиоэзофагеальным раком, опухолью средостения, грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

- 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 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.
- 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.

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:

Соответствует оценке по итогам собеседования при условии, что за первые два этапа ГИА «зачтено».

Учебно-методическое и информационное обеспечение ГИА

а) основная литература:

1. Сумин, Сергей Александрович Анестезиология и реаниматология [Текст] : учебное пособие. В 2-х т. / Сергей Александрович Сумин, Михаил Владимирович Руденко, Игорь Михайлович Бородинов. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2010. - Т. 1. – 927 с., Т. 2. – 869 с.
<http://lib.tvgmu.ru/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/39681/default>
2. Анестезиология [Текст] : национальное руководство / ред. А. А. Бунятян, В. М. Музиков. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 1100 с. + CD.
<http://lib.tvgmu.ru/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/75697/default>
3. Анестезиология-реаниматология [Текст] : клинические рекомендации / ред. И. Б. Заболотских, Е. М. Шифман. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 947 с.
<http://lib.tvgmu.ru/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/75571/default>
4. Стандарты медицинской помощи:
<http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>.

б) дополнительная литература:

1. Марино, Пол Л. Интенсивная терапия [Текст] : пер. с англ. / Пол Л. Марино ; ред. А. П. Зильбер. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 764 с.
<http://lib.tvgmu.ru/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/39070/default>
2. Интенсивная терапия: современные аспекты [Текст] : пер. с англ. / ред. Дэррил Сью, Дженайн Винч, Л. В. Колотилов. – Москва : МЕДпресс-информ,

<http://lib.tvgmu.ru/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/42671/default>

3. Руководство по кардиоанестезиологии и интенсивной терапии [Текст] / ред. А. А. Бунятян, Н. А. Трекова, А. А. Еременко. – 2-е изд., доп. и перераб. – Москва : Медицинское информационное агентство, 2015. – 701 с.

<http://lib.tvgmu.ru/OpacUnicode/index.php?url=/notices/index/58468/default>

4. Анестезиология [Электронный ресурс] : национальное руководство / ред. А. А. Бунятян, В. М. Мизиков. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439531.html?SSr=19013415330972dfd71e513>

5. Анестезиология и интенсивная терапия [Электронный ресурс] : практическое руководство / ред. Б. Р. Гельфанд. - 2-е изд., испр. и доп. – Москва : Литтерра, 2012.

<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423500467.html?SSr=19013415330972dfd71e513>

г) рекомендации обучающимся по подготовке к ГИА

1. Сборник заданий в тестовой форме.
2. Перечень практических навыков.
3. Сборник ситуационных задач с эталонами ответов.