

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

»  2022г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА  
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

**«Актуальные вопросы онкологии»  
( 144 часа)**

Тверь  
2022

# **1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

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

Совершенствование и формирование новых компетенций, необходимых для профессиональной деятельности, повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации врача-онколога.

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

1.2.1. В результате успешного освоения программы повышения квалификации обучающийся должен приобрести новые и развить имеющиеся

### **-универсальные компетенции (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;

**в л а д е т ь:**

- навыками применения полученных знаний в различных клинических ситуациях.

### **-профессиональные компетенции (ПК):**

**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);

**з н а т ь:**

- топографическую анатомию основных областей тела (головы, шеи, грудной клетки, передней брюшной стенки и брюшной полости, нижних конечностей);

- анатомические основные вопросы нормальной и патологической физиологии при онкологической патологии;

- взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;

- причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления;

**у м е т ь:**

- провести комплексную оценку здоровья пациента;
- выявить причинный фактор расстройства здоровья;

в л а д е т ь:

- методикой составления рационального питания;
- методикой закаливания, ЛФК;

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

з н а т ь:

- принципы диспансеризации здоровых людей, выделять группы “риска”;
- вопросы диспансеризации больных, перенесших оперативное лечение и профилактику хронических форм заболеваний;

у м е т ь:

- выявить онкологические заболевания при профилактическом осмотре;
- оформить медицинскую документацию по диспансеризации населения;

в л а д е т ь:

- методикой определения “групп здоровья” взрослых и подростков;
- методикой определения группы “риска” и состояние здоровья пациента;

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;

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);

з н а т ь :

- современные методы диагностики основных нозологических форм;
- современную классификацию, этиологию, патогенез, симптоматику основных онкологических заболеваний;

у м е т ь :

- собрать анамнез жизни и заболевания, выбрать факторы риска возникновения заболевания;
- провести полное клиническое обследование, сформулировать предварительный диагноз;
- назначить необходимые лабораторные и инструментальные исследования, поставить клинический диагноз в соответствии с международной классификацией заболеваний;

в л а д е т ь :

- методикой оценки результатов лабораторных и специальных методов исследования;
- оценкой результатов функционального обследования различных органов и систем;

лечебная деятельность:

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

з н а т ь :

- современные методы лечения онкологических заболеваний;
- основы фармакотерапии, показания и противопоказания к применению лекарственных веществ, осложнения при их применении;

у м е т ь :

- назначить лечение в соответствии со стандартами медицинской помощи, контролировать его результаты, проводить коррекцию;

в л а д е т ь :

- методиками выполнения оперативных вмешательств при экстренной и плановой онкологической патологии;

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

з н а т ь :

- свои функциональные обязанности в условиях мирного и военного времени;

у м е т ь :

- оказать первую помощь пострадавшим при чрезвычайных ситуациях;

в л а д е т ь :

- навыками оказания медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях;
- навыками осуществления мероприятий по охране труда и пожарной безопасности;

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);

з н а т ь :

- принципы реабилитации больных с онкологическими заболеваниями, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению
- основы физиотерапии, фитотерапии, ЛФК;

у м е т ь :

- провести реабилитационные мероприятия с применением традиционных и нетрадиционных методов;
- определить показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;

в л а д е т ь :

- методикой назначения реабилитационных мероприятий при онкологических заболеваниях;

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);

з н а т ь :

- факторы, влияющие на формирование здоровья;
- вопросы санпросветработы;

у м е т ь :

- проводить профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды, пропагандировать здоровый образ жизни;

в л а д е т ь :

- навыками составления лекции (беседы, выпуска санитарного бюллетеня, подготовки презентаций) для населения по вопросам формирования здоровья;

организационно-управленческая деятельность:

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;

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;

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.

1.2.2. Сопоставление результатов обучения по программе повышения квалификации с описанием квалификации в профессиональном стандарте по специальности «онкология» (или квалификационными требованиями, указанными в квалификационных справочниках по соответствующим должностям, профессиям и специальностям - приказ Минздравсоцразвития России от 23 июля 2010 г. N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения")

<b>Профессиональный стандарт специалиста (квалификационные требования, указанные в квалификационных справочниках)</b>	<b>Результаты обучения</b>
Охрана здоровья граждан путем обеспечения оказания	ПК-1, ПК-5, ПК-6

<p>высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.</p>	
<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>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>ПК-5</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-5</p> <p>ПК-5, ПК-6, ПК-11</p> <p>ПК-6</p> <p>ПК-6, ПК-8</p> <p>ПК-8, ПК-11</p> <p>ПК-6, ПК-8</p>

<p>осуществляет диспансерное наблюдение после проведенного противоопухолевого лечения.</p> <p>Участвует 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-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>
---	--

### **1.3. Требования к уровню подготовки лиц, принимаемых для обучения по программе**

Специалитет по одной из специальностей «Лечебное дело» или «Педиатрия».

Подготовка по интернатуре/ординатуре по специальности «Онкология».

Профессиональная переподготовка по специальности «Онкология» при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей «Акушерство и гинекология», «Терапия» и «Хирургия».



#### **1.4. Трудоемкость обучения по программе**

Трудоемкость дополнительной профессиональной образовательной программы переподготовки равна 144 академическим часам аудиторной (контактной) и внеаудиторной (самостоятельной) учебной работы, составляет не более 6 академических часов в день, 36 академических часов в неделю.

#### **1.5. Формы обучения по программе**

Очная. Освоение программы повышения квалификации обучающимися может быть организовано: с отрывом от работы, с частичным отрывом от работы, по индивидуальному плану обучения.

#### **1.6. Режим занятий по программе**

Учебная нагрузка при реализации программы повышения квалификации вне зависимости от применяемых форм обучения устанавливается в размере не более 36 академических часов в неделю, включая все виды аудиторной и внеаудиторной учебной работы обучающихся.



2. Опухоли пищевода, вилочковой железы  Разбор клинических рекомендаций по данной теме	20	20	8	12	-	-	-	-	-	Зачет, круглый стол
<b>Модуль 3.</b> «Опухоли опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани, головы и шеи»	12	12	9	3	-	-	-	-	-	Собеседование, зачет
<b>Модуль 4</b> Опухоли кожи Фоновые, предопухолевые и злокачественные новообразования кожи. Рак кожи. Меланома кожи	12	12	4	8	-	-	-	-	-	Зачет, промежуточная аттестация
<b>Модуль 5</b> «Опухоли мочеполовой системы»  1.Опухоли органов мочевой системы. 2.Опухоли половой системы	22	22	10	12	-	-	-	-	-	Зачет, круглый стол
<b>Модуль 6</b>  1.Опухоли молочных желез  2.Репродукция, рак и беременность	14	14	8	6	-	-	-	-	-	Демонстрация практических навыков  Собеседование, зачет

<b>Модуль 7</b> Лимфопролиферативные заболевания –  1. Лимфоранулематоз  2. Лимфомы Т и В клеточные	8	8	2	6						Собеседование, зачет
<b>Модуль 8.</b> Организация онкологической помощи в РФ  Пропедевтика в онкологии, классификации, правильное построение диагноза. Паллиативная помощь	8	8	3	5						Собеседование, зачет
<b>Модуль 9</b>  Избранные вопросы мобилизационной подготовки здравоохранения и гражданской защиты	12	12	5	7						
<b>Модуль 10</b>  Симуляционный курс	6	6		6						П, ПА
Итоговая аттестация	6	6		6						Т,СЗ,Пр
<b>Итого:</b>	<b>144</b>	<b>144</b>	<b>59</b>	<b>85</b>	-	-	-	-	-	
<b>Итоговая аттестация</b>	Экзамен (тестирование, собеседование, демонстрация практических навыков)									

## 2.2. Календарный учебный график

№ п.п.	Наименование модулей (разделов, дисциплин, промежуточных и итоговой аттестации в последовательности их изучения)	Количество дней учебных занятий	Виды аудиторных занятий (лекции - Л, практические - П, промежуточная - ПА и итоговая аттестация - ИА)
1	<b>Модуль 1.</b> «Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства» Разбор клинических рекомендаций по данной теме	4	Л, П
2	<b>Модуль 2</b> Опухоли органов грудной полости и средостения. Разбор клинических рекомендаций по данной теме	3,3	Л, П
3	<b>Модуль 3.</b> «Опухоли ОДА, головы и шеи» Разбор клинических рекомендаций по данной теме	2	Л, П
4	<b>Модуль 4</b> Опухоли кожи Фоновые, предраковые и рак кожи. Меланома кожи Разбор клинических рекомендаций по данной теме	2	П
5	<b>Модуль 5 .</b> «Опухоли мочеполовой системы»	3,6	Л
6	<b>Модуль 6</b> Опухоли молочных желез Фоновые, предраковые и рак Рак и репродуктивная система	2,3	Л, П

	Разбор клинических рекомендаций по данной теме		
7	<b>Модуль 7</b> Лимфопролиферативные заболевания  1. Лимфоранулематоз  2. Лимфомы Т и В клеточные  Разбор клинических рекомендаций по данной теме	1,4	П
8	<b>Модуль 8.</b> Организация онкологической помощи в РФ Пропедевтика в онкологии, классификации, правильное построение диагноза. Паллиативная помощь	1,4	Л, П
9	<b>Модуль 9</b>  Избранные вопросы мобилизационной подготовки здравоохранения и гражданской защиты	2	Л, П
10	<b>Модуль 10</b>  Симуляционный курс	1	П
	<b>Итоговая аттестация</b>	1	

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

### **Содержание модулей (дисциплин, стажировок на рабочем месте)**

#### **Модуль 1. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства**

##### ***1.1. Опухоли органов брюшной полости***

###### 1.1.1 Тема №1. Опухоли желудка.

Предраковые процессы, рак желудка, ранний рак желудка.

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

Экспертиза трудоспособности.

###### 1.1.2 Тема №2. Опухоли поджелудочной железы.

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

###### 1.1.3 Тема № 3. Опухоли печени.

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

1.1.4 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.

###### 1.1.5 Тема №5. Опухоли тонкой кишки.

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

###### 1.1.6 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.

###### 1.1.7 Тема №6. Злокачественные опухоли толстой кишки.

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

###### 1.1.8 Тема №8. Опухоли прямой кишки.

Предраковые заболевания и рак.

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

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности.

## **1.2. Опухоли забрюшинного пространства**

### **1.2.1 Тема №1. Внеорганные забрюшинные опухоли.**

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

### **1.2.2 Тема №2. Опухоли надпочечников.**

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

Экспертиза не трудоспособности

## **Модуль 2. Опухоли органов грудной полости и пищевода**

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

#### **2.1.1 - 2.1.3 Тема №1-3. Рак лёгкого.**

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

Экспертиза трудоспособности.

#### **2.1.4 Тема №4. Мезотелиома плевры.**

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

#### **2.1.5 Тема №5. Опухоли и кисты средостения.**

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

#### **2.1.6-2.1.7 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

#### **2.1.8 Тема №8 Опухоли тимуса**

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

## **Модуль 3. Опухоли ОДА, головы и шеи**

### **3.1. Опухоли опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани.**

#### **3.1.1 Тема №1. Опухоли костей.**



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

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

### 3.1.2 Тема №2. Опухоли мягких тканей.

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

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

## **3.2. Опухоли головы и шеи.**

### 3.2.1 Тема №1. Опухоли губы.

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

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

### 3.2.2 Тема №2. Опухоли слизистой оболочки полости рта.

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

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

### 3.2.3 Тема №3. Опухоли носоглотки.

Доброкачественные опухоли и рак носоглотки.

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

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

### 3.2.4 Тема №4. Рак гортаноглотки.

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

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

### 3.2.5 Тема №5. Рак гортани.

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

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

### 3.2.6. Тема №6. Рак щитовидной железы.

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

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

### 3.2.7 Тема №7. Внеорганные опухоли головы и шеи.

Этиопатогенез. Статистика заболеваемости и смертности. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Прогноз. Наблюдение.  
Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

## **Модуль 4 Опухоли кожи.**

### **4.1 Рак кожи.**

4.1.1 Тема №1. Доброкачественные опухолительно-предраковые состояния

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

Профилактика заболевания. Экспертиза трудоспособности

#### 4.1.2 Тема №2. Рак кожи

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

### **4.2 Меланома кожи**

#### 4.2.1 Пигментные невусы

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

#### 4.2.2 Меланома кожи.

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

## **Модуль 5. Опухоли мочеполовой системы.**

### **5.1 Опухоли органов мочевыводящей системы.**

5.1.1 Тема №1. Опухоли мочевого пузыря, уретры

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

5.1.2 Тема №2. Опухоли почки.

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

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

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

Экспертиза трудоспособности в онкоурологии.

5.1.4 Тема №4. Опухоли яичка.

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

## **5..2 Опухоли женских половых органов.**

5.2.1 Тема №1. Опухоли шейки матки. Фоновые, предраковые заболевания. Профилактика рака шейки матки.

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

5.2.2 Тема №2. Злокачественные опухоли шейки матки.

Рак шейки матки, саркомы шейки матки

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

5.2.3 Тема №3. Опухоли тела матки. Фоновые, предраковые заболевания

Гиперплазии эндометрия, эндометриальная интраэпителиальная неоплазия

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

5.2.4 Тема №4. Злокачественные опухоли шейки матки - рак и саркомы

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

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

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

5.2.6 Тема №6 Неэпителиальные опухоли яичников

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

5.2.7 Тема №7. Опухоли наружных половых органов.

Фоновые, предраковые, рак, меланома.

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

5.2.8 Тема №8. Опухоли влагалища.

Фоновые, предраковые, рак.

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

5.2.9 Тема№9. Трофобластическая болезнь.

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

Экспертиза трудоспособности в онкогинекологии

## **Модуль 6 Опухоли молочных желез. Рак репродуктивных органов и беременность**

### ***6.1 Предопухолевые заболевания и опухоли молочной железы.***

#### 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.

Экспертиза трудоспособности

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

#### 6.2.1. Тема №1 Беременность и опухоли молочной железы

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

#### 6.2.2. Тема №2 Беременность предрак и рак шейки матки

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

#### 6.2.3. Тема №3 Беременность и опухоли яичников

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

## **Модуль 7 Лимфопролиферативные заболевания.**

#### 7.1.1 Тема №1. Лимфогранулематоз.

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

#### 7.1.2 Тема №2. Т и В клеточные лимфомы.

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

## **Модуль 8 Общие вопросы**

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

8.1.1. 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).

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

## ***8.2. Препедевтика в онкологии. Паллиативная помощь в онкологии.***

8.2.1. Тема № 1. Терминология в онкологии, классификации, правильное построение диагноза. Клинические группы в онкологии

8.2.2. Тема № 1. Правила оказания паллиативной помощи, приказы МЗ РФ регламентирующие оказание паллиативной помощи. Структуры, оказывающие паллиативную помощь, специфика работы отделения паллиативной помощи, Хоспис, выездная служба. Симптоматическая терапия. Назначения обезболивающей терапии. Психологические аспекты проблемы нахождения онкологического пациента в семье.

**Модуль 9** Избранные вопросы мобилизационной подготовки здравоохранения и гражданской защиты.

## **Модуль 10** Симуляционный курс (СО)

Объем СО составляет 6 академических часов. Цель СО - совершенствование врачами-неврологами практических навыков проведения базовой сердечно-лёгочной реанимации, а также диагностики онкопатологии. Для его реализации применяются:

- тренинги на фантомах («Оживленная АННА», MegaCode Kelly; VitalSim) в Центре симуляционного обучения и аккредитации специалистов ТГМУ;

- отработка практических навыков описания компьютерных и магнитно-резонансных томограмм с использованием интерактивных атласов;

- методика «Стандартизированный пациент», предусматривающая решение слушателями развернутых клинических задач с последующим обсуждением в группе с целью выработки адекватной тактики. В условия

ситуационных задач выносятся наиболее сложные в диагностическом плане случаи, а также осложненные формы заболеваний.

**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. «Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства»</b>							
1.	<b>8</b>	<b>10</b>	-	<b>18</b>	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	ВК ИПК УИР КОП	КЗ ИБ С
2.	<b>2</b>	<b>4</b>	-	<b>6</b>	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	ВК ИПК УИР КОП	КЗ С
<b>Модуль 2. «Опухоли органов грудной полости и пищевода»</b>							
1.	<b>6</b>	<b>8</b>	-	<b>14</b>	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	ВК ИПК УИР КОП	КЗ ИБ С
2.	<b>2</b>	<b>4</b>	-	<b>6</b>	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	ИА РД Т	КЛ ЗС Т
<b>Модуль 3. «Опухоли ОДА, головы и шеи»</b>							

1.	2	1	-	3	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Р УИР НПК ИА	КЛ КЗ Т
2.	7	2	-	9	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Т АР ВК	КЛ КЗ Т
<b>Модуль 4 «Опухоли кожи»</b>							
1.	2	4	-	6	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	ИБ УИР КС	Т КР
2.	2	4	-	6	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	ВК УИР ВК	ЗС КЗ
<b>Модуль 5 «Опухоли мочеполовой системы»</b>							
1.	4	6	-	10	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	ИБ УИР КС	Т КР
2.	6	6	-	12	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8		ЗС КЗ
<b>Модуль 6 «Опухоли молочной железы. Рак репродуктивных органов и беременность»</b>							
1.	5	4	-	9	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	ИБ УИР КС	Т КР
2.	3	2	-	5	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	ВК УИР ВК	КЗ С



Модуль 7 «Лимфопролиферативные заболевания»							
1.	1	3	-	4	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	ИБ УИР КС	Т КР
2.	1	3	-	4	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	ВК УИР ВК	КЗ С
Модуль 8 «Общие вопросы»							
1.	2	2	-	4	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	ИБ УИР КС	Т КР
1.	1	3	-	4	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6	ВК УИР ВК	КЗ С
Модуль 9. «Избранные вопросы мобилизационной подготовки здравоохранения и гражданской защиты»							
1.	5	7	-	12	ОПК-1 ПК-2	Т ДИ РИ	С
Модуль 10 Симуляционное обучение							
		6		6			
Итоговая аттестация		6		6			
<b>ИТОГО:</b>	<b>59</b>	<b>85</b>		<b>144</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 конференций, 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.

*В учебно-тематическом плане по каждому тематическому блоку:*

- прописываются отдельные темы учебных занятий;*
- дается информация о трудоемкости в учебных часах освоения каждой темы, как общей, так и в рамках отдельных форм занятий;*
- указывается перечень универсальных, общепрофессиональных /или профессиональных компетенций, которые приобретаются (совершенствуются) при освоении отдельных тем;*
- указываются используемые образовательные технологии, способы и методы обучения.*

### **3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ**

#### **3.1. Специальные помещения для реализации программы обучения.**

<b>№ п\п</b>	<b>Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы</b>	<b>Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы</b>
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, ростометр, противошоковый набор, набор и

		<p>укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с креплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации, гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой</p>
--	--	---

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

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

В случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий допускается замена специально оборудованных помещений их виртуальными аналогами, позволяющими обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

В случае неиспользования в организации электронно-библиотечной системы (электронной библиотеки) библиотечный фонд укомплектован печатными изданиями из расчета не менее 50 экземпляров каждого из изданий основной литературы, перечисленной в рабочих программах дисциплин (модулей), практик, и не менее 25 экземпляров дополнительной литературы на 100 обучающихся.

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

#### Рекомендуемая

##### 6.1 Обеспеченность ДП П основной и дополнительной учебно-методической литературой

##### Библиография нормативных документов и методических разработок

1 Терновой С.К. Лучевая диагностика и терапия [Эл. ресурс]/, 2010

2 Онкология [Эл. ресурс] / под ред. В.И. Чиссова, 2008

##### Дополнительная литература

1. Бохман Я.В. Руководство по окогинекологии. СПб., 2002
2. 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»
3. Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х.Онкология. ГЭОТАР-Медиа, 2019.-920 с.
4. Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Петерсон С.Б.Клиническая онкология. Избранные лекции. Учебное пособие, ГЭОТАР-Медиа.-2014.-496 с.
5. Доброхотова Ю.Э., Венедиктова М.Г. Онкогинекология в практике гинеколога/ ГЭОТАР-Медиа. Москва. 2015, 288с
6. 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)
7. Рак легкого. Атлас: руководство. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. 2009. - 256 с.: 485 ил (ЭУ)Консультант студента.
8. Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. 2008. - 632 с. (ЭУ).
9. 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»



### **Электронные образовательные ресурсы (пример оформления)**

1. Степанов, В. Медицинские электронные библиотеки [Электронный ресурс] / В. Степанов. - Электрон. дан. - [Б. м.], 2004. - Режим доступа: <http://www.clib.yar.ru>. - Загл. с экрана.
2. Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы [Электронный ресурс] // Российская гастроэнтерологическая ассоциация [Офиц. сайт]. URL: [http://www.gastro.ru/i\\_26&cat\\_id=6](http://www.gastro.ru/i_26&cat_id=6) (дата обращения: 15.08.2011).

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 SUNRAVTestOfficePro.

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](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**

Контроль качества подготовки курсантов осуществляется путем текущего контроля в тестовой форме по изученным темам.

Для текущего контроля качества самостоятельной работы и подготовки курсанта используются контрольные вопросы для собеседования.

#### **Пример контрольных вопросов по теме**

**«Опухоли головы и шеи».**

1. Какие предопухолевые заболевания губы вы знаете?
2. Какие формы рака губы вы знаете?

3. Что такое хейлит Манганотти и как провести его диагностику?
4. В какие лимфатические узлы наиболее часто метастазирует рак губы и как провести дифференциальную диагностику с другими вторичными злокачественными процессами?
5. Перечислите виды лечения рака губы?
6. Прогнозы при раке губы?
7. Перечислите предопухолевые заболевания полости рта?
8. Назовите этапы диагностики рака языка?
9. Что такое операция Ванаха?
10. Что такое операция Крайля?
11. Перечислите и проведите дифференциальную диагностику между предраковыми заболеваниями щитовидной железы. Укажите принципы их диагностики?
12. Назовите гистологические формы рака щитовидной железы?
13. Перечислите виды операций и способы лечения рака щитовидной железы?
14. Каков прогноз при раке щитовидной железы?

**При ответах на контрольные вопросы:**

- оценка «отлично» выставляется при исчерпывающих правильных ответах на все поставленные вопросы;
- оценка «хорошо» выставляется при достаточно полных правильных ответах на основные вопросы;
- оценка «удовлетворительно» выставляется при неполных, в основном правильных ответах на вопросы;
- оценка «неудовлетворительно» выставляется при неполных и в основном неправильных ответах на вопросы.

Для рубежного контроля качества самостоятельной работы и подготовки курсанта используются задания в тестовой форме и клинические ситуационные задачи.

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

##### **1) Примеры тестовых заданий и ситуационных задач**

1. К каким процессам относится дисплазия эпителия шейки матки

1) фоновым

**2) предраковым**

3) злокачественным

2. К каким процессам относится дисплазия эпителия шейки матки на фоне воспаления

**1) фоновым**

2) предраковым

3) злокачественным

3. Что не относится к преκлиническим формам рака шейки матки

1). Рак in situ шейки матки с инвазией 1мм

2). Рак in situ шейки матки с инвазией 3мм

**3) Рак in situ шейки матки с инвазией 3-5мм**

4. Что относится к преклиническим формам рака шейки матки

- 1). Рак in situ шейки матки
- 2). Рак in situ шейки матки с инвазией 1мм
- 3). Рак in situ шейки матки с инвазией 3мм

**4). Все ответы правильны**

5. Что относится к клиническим формам рака шейки матки

- 1). Рак in situ шейки матки
- 2). Рак in situ шейки матки с инвазией 1мм

**3). Рак in situ шейки матки с инвазией более 3мм**

6. Возможно ли выполнение органосохраняющего лечения у пациентки с диагнозом Рак in situ шейки матки с инвазией 1мм в возрасте 30 лет

- 1) да
- 2) нет

7. В каком триместре беременности можно ориентироваться на маркер СА125 при попытке уточнить характер опухоли яичника

- А. Только 1 триместр
- Б. Только 2 триместр
- В. Только 3 триместр
- Г. 2 и 3 триместр**
- Д. При беременности ориентироваться нельзя

8. При наблюдении за беременной при выявлении образования яичника 10x15 см, и отсутствии признаков злокачественности в каком сроке целесообразно проводить хирургическое вмешательство

А. Непосредственно сразу при выявлении

**Б. В сроке 14-16 недель**

В. В сроке 16-18 недель

Г. В сроке 18-20 недель

Д. После родов

10. При наблюдении за беременной выявлено образование яичника 5x6 см, многокамерное, солидно-кистозной структуры, наличием кровотока в опухоли, в одной из капсул регистрируется пристеночный компонент. В каком сроке целесообразно проводить хирургическое вмешательство

**А. Непосредственно при выявлении, в любом сроке**

Б. В сроке 14-16 недель

В. В сроке 16-18 недель

Г. В сроке 18-20 недель

Д. После родов

10. Рак молочной железы метастазирует

а) в легкие

б) в кости

в) в печень

г) в головной мозг

**д) все ответы правильны**

11. При распространенном раке молочной железы у больных в менопаузе целесообразно назначить лечение

а) андрогенами

б) кортикостероидами

**в) антиэстрогенами**

12. При отечно-инфильтративной форме рака молочной железы наиболее целесообразно проводить

а) только хирургическое лечение

б) только лучевую терапию

в) только химиотерапию

г) комбинированное лечение

**д) комплексное лечение**

13. В соответствии с международной классификацией заболеваний кроветворной и лимфоидной ткани (ВОЗ) к опухолям относятся

а) миеломная болезнь

**б) лимфогранулематоз**

в) лейкоз

г) только а) и б)

д) все перечисленное

1. 14. Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может проявиться

а) неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса

б) увеличением или неравномерностью пигментации

**в) увеличением или неравномерностью плотности**

г) изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров

д) всем перечисленным

15. Излюбленная локализация рака кожи

а) на конечностях

б) на туловище

в) на волосистой части головы

г) на периорбитальной зоне

**д) на местах перехода кожи в слизистую**

16. Клинически заподозрить наличие меланомы кожи можно по следующим признакам

а) гиперпигментации

б) асимметрии невоидного образования



в) бурному темпу роста опухоли

г) выпадению волос при волосатом невусе

**д) все ответы правильные**

17. Символ T1 для рака почки означает

а) опухоль до 2.5 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой

**б) опухоль до 3 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой**

в) опухоль до 5 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой

г) правильного ответа нет

18. Рак мочеиспускательного канала чаще встречается

**а) у женщин**

б) у мужчин

в) и у тех, и у других

19. К доброкачественным опухолям, развивающимся из слизистой оболочки мочеиспускательного канала, относятся

а) папиллома

б) полипы

в) кондиломы

г) только а) и б)

**д) все перечисленные**

20. Наиболее частыми клиническими симптомами рака предстательной железы являются

**а) дизурические расстройства**

б) боль в промежности, крестце

в) микроскопическая гематурия

г) нарушение акта дефекации

21. Наиболее часто рак предстательной железы метастазирует

**а) в кости**

б) в легкие

в) в печень

г) в головной мозг

д) по плевре

22. Прогноз больных раком мочевого пузыря зависит

а) от степени дифференцировки опухоли

б) от типа роста

в) от распространенности процесса

**г) все ответы правильные**

д) правильные ответы только а) и б)

23. На выбор вида радикальной операции при раке прямой кишки оказывает влияние

а) локализация опухоли в прямой кишке

б) степень распространенности опухолевого процесса

в) наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфоузлах

г) наличие осложнений заболевания

**д) все ответы правильные**

24. Наиболее ранними клиническими симптомами при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки являются

а) боли

б) патологические примеси в кале

в) кровотечение

г) перемежающийся стул

**д) правильные ответы в) и г)**

25. К наиболее ранним клиническим симптомам при раке анального канала относятся

- а) боли
- б) кровотечение
- в) патологические примеси в кале
- г) изменение формы каловых масс
- д) *правильные ответы а) и б)***

**26** К облигатному предраку толстого кишечника следует относить

- а) неспецифический язвенный колит
- б) болезнь Крона
- в) *семейный диффузный полипоз***
- г) одиночные полипы толстого кишечника
- д) все перечисленное

**27.** К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих

- а) неспецифическим язвенным колитом
- б) болезнь Крона
- в) полипами кишечника
- г) семейным диффузным полипозом

*д) всем перечисленным*

28. Дифференциальный диагноз доброкачественной периферической опухоли легкого необходимо проводить

а) с периферическим раком

б) с туберкулезом

в) с кистой

г) с асперилломой

*д) со всеми перечисленными*

29 При хирургическом лечении периферических доброкачественных опухолей легких наиболее часто выполняемыми операциями являются все перечисленные, кроме

а) энуклеации опухоли

б) клиновидной или краевой резекции

в) сегментарной резекции легких

*г) билобэктомии и пульмонэктомии*

30 Помимо хирургических методов при лечении доброкачественных опухолей легких могут применяться

а) лучевая терапия

- б) противоопухолевая химиотерапия
- в) комбинированное лечение (операция + лучевая терапия)
- г) все перечисленные методы
- д) ни один из перечисленных методов**

31. 39 Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является

- а) повышенное слюноотделение
- б) тошнота
- в) дисфагия**
- г) рвота

32. Главным критерием "раннего" рака пищевода являются

- а) размеры опухоли
- б) анатомический тип роста опухоли
- в) глубина инвазии опухолевой стенки**
- г) все ответы верные
- д) правильные ответы а) и б)

33. Термин "симптоматическая терапия" означает

***а) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии***

б) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей

в) терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов

г) правильного ответа нет

34 К побочным реакциям химиотерапии относятся

а) тошнота и рвота

б) гипертермия

в) агранулоцитоз

г) нефротоксичность

***д) правильно а) и б)***

35 К осложнениям химиотерапии относятся

а) диарея

б) анорексия

в) стоматит

г) цистит

**д) правильные ответы а), в) и г)**

36 Согласно рекомендации ВОЗ под частичным эффектом (частичной ремиссией) понимают

а) уменьшение опухоли, улучшение состояния больного

**б) уменьшение размеров опухоли >50%**

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

37 Согласно рекомендации ВОЗ под полным эффектом (полной ремиссией) понимают

а) полную резорбцию опухоли

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

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

г) уменьшение опухоли и улучшение состояния больного

38. Предраковые состояния слизистой оболочки желудка при гистологическом исследовании характеризуются

а) наличием атипичных клеток

**б) степенью дисплазии клеток**



в)наличием хронического атрофического гастрита

г)наличием кишечной метаплазии очагового характера

39. Наиболее часто перерождаются в рак

а)гиперпластические полипы

б)аденоматозные полипы

в)адено-папилломатозные полипы

**г)папиллярные аденомы**

д)все полипы, независимо от их гистологического строения, обладают одинаковым индексом малигнизации

39. По гистологическому строению рак желудка чаще всего является

**а)железистым раком**

б)плоскоклеточным раком

в)смешанным железисто-плоскоклеточным раком

г)все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой

40. При раннем раке желудка

а)специфические симптомы отсутствуют

б)имеются специфические симптомы заболевания

**в)симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка**

г)"синдром малых признаков" является ранним клиническим проявлением рака желудка

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

Из всех тестовых заданий даны курсантом правильные ответы на:

91-100% - оценка «отлично»,

81 -90% - оценка «хорошо»,

71-80% - оценка «удовлетворительно»,

70% и менее - оценка «неудовлетворительно».

## **ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ:**

### **ЗАДАЧА № 1**

Больной 57 лет отмечает, что после переохлаждения у него повысилась температура, появилась боль в области левой лопатки, одышка, слабость, кашель, кровохарканье. 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. Возврат всех симптомов. 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.

### ***Вопросы к заданию:***

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.

### **Базисное направление ответа**

Вероятно, у больного центральный рак правого легкого с поражением верхнедолевого бронха и вторичным пневмонитом.

Кашель, боль в грудной клетке, высокая температура тела при раке легкого связаны с развитием обтурационного пневмонита.

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 пневмонииеподобной клинике.

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.

Как 3 месяца назад, так и сейчас клинику заболевания необходимо дифференцировать с банальной пневмонией, раком легкого, туберкулезом.

Для полного обследования необходимо: рентгенография легких в прямой и боковой проекциях, томография грудной клетки. При томографии могут быть обнаружены сужение бронха, его ампутация или "культия". 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.

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 химио-лучевое 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 женщины 50 лет при профилактическом осмотре гинекологом обнаружена бугристая опухоль в правом яичнике. В анализе крови Нв - 90 г/л, Эр 3,4x10. В анамнезе хронический гастрит. Снижение гемоглобина отмечается около 10 лет, 4 года назад появились длительные и обильные маточные кровотечения. Менопауза наступила в 48 лет. Отмечает редкую отрыжку, снижение аппетита, умеренную слабость, запоры. Похудела за последний год на 5 кг. Объективно: пониженного питания, небольшой асцит. Живот мягкий, безболезненный. В надлобковой области справа определяется верхний полюс опухолевидного образования. На УЗИ: матка небольших размеров, левый яичник 3,5x2,3 см солидной структуры, правый яичник размером 5,7x6,3 см, солидной структуры. При обследовании желудка по большой кривизне выявлена язва 3 см в диаметре. Пациентка обследована в объеме предоперационной подготовки. С диагнозом "образование яичника" больной в гинекологическом отделении в плановом порядке произведена операция - надвлагалищная ампутация матки с придатками. При гистологическом исследовании: метастаз низкодифференцированного рака, скорее всего из желудочно-кишечного тракта.

### ***Вопросы к заданию:***

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте план обследования пациентке.
3. Какие ошибки были допущены в процессе предоперационной подготовки?
4. Какие ошибки были допущены интраоперационно?
5. Какой объем лечения в случае подтверждения Вашего диагноза следует провести?

### **Базисное направление ответа**

Так как у больной при гистологическом исследовании в яичнике выявлен метастаз железистого рака, то его следует расценивать как метастаз Крукенберга. Имевшиеся признаки поражения желудка в сочетании с метастазом Крукенберга дают основание предполагать наличие рака желудка 4 ст.

Игнорирование данных анамнеза, диспепсического синдрома, анемии, необходимости проведения противоязвенной терапии с контролем ФГДС и не выполнение биопсии язвы желудка привело к ошибке в диагнозе.

### **План обследования пациента с опухолью яичника**

1. Группа крови. Резус фактор
2. RW, ВИЧ, гепатиты В и С
3. Клинический анализ крови
4. Биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, креатинин, мочевины, сахар сыворотки)
5. Коагулограмма (АЧТВ, фибриноген, МНО, Д-димер)
6. СА-125, СА -19,9, СА-72,4, НЕ4
7. Общий анализ мочи
8. Цитологическое исследование мазка шейки матки и цервикального канала
9. Пайпель биопсия эндометрия или РДВ+ГС
10. ЭКГ, после 70 лет и по показаниям ЭхоКГ
11. УЗС молочных желез/маммография

12. УЗС малого таза, брюшной полости забрюшинных лимфоузлов, почек, селезенки, мочевого пузыря
13. Рентген легких
14. УЗС вен ног
15. ФГДС
16. Колоноскопия
17. КТ брюшной полости и забрюшинного пр-ва с контрастом
18. КТ/МРТ малого таза с контрастом
19. Заключение терапевта о состоянии здоровья
20. Заключение кардиолога о состоянии здоровья
21. Заключение невролога о состоянии здоровья
22. Заключение инфекциониста о состоянии здоровья. – это для тех, кто состоит на диспансерном учете у этих специалистов, если у других - то от них. Инфекционист если болел гепатитом ВИЧ и это светится в анализе

У больной интраоперационно необходимо выполнить экспресс исследование удаленных яичников и выполнить ревизию органов брюшной полости

При подтверждении диагноза метастазы Крукенберга предположительно из ЖКТ Крукенберга и отсутствии других метастазов следует произвести паллиативную резекцию желудка с двусторонней тубовариэктомией и удалением большого сальника, если имеется канцероматоз в брюшной полости, хирургическое лечение не показано возможно провести 2-х стороннюю тубовариэктомию. После операции возможно применение химиотерапии 5-фторурацилом, иммунокорректирующей терапии. В случае если диагноз был установлен до операции целесообразно с диагностической целью выполнить лапароскопию для оценки резектабельности желудка, при этом при метастазах по брюшине и петлям кишечника тубовариэктомия не показана.

### **ЗАДАЧА № 3**

Больная 59 лет жалуется на кожный зуд, темный цвет мочи, периодически обесцвеченный кал, озноб, проливной пот, слабость, дважды отмечался дегтеобразный стул. Пять лет назад перенесла холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни. Объективно: кожа и склеры иктеричны. Живот немного вздут, малоболезненный в эпигастральной области, печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, безболезненная. При УЗИ печень увеличена, уплотнена, с умеренным внутripеченочным холестаазом, холедох 14 мм, поджелудочная железа равномерно диффузно уплотнена, без очаговых дефектов. Билирубин крови: общий 84 мкм/л, прямой 64 мкм/л, непрямой - 20 мкм/л. Трансаминазы: АСТ - 0,091 ммоль/л, АЛТ - 0,17 ммоль/л. В анализе крови Нв 86 г/л, лейкоцитоз  $16,2 \times 10^9$ , палочкоядерный сдвиг 26%.

### ***Вопросы к заданию:***

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Чем объяснить анемию? гипертермию?
3. Перечислите описанные в данном наблюдении патофизиологические синдромы.
4. Направления дифференциального диагноза?
5. Составьте план обследования больной.
6. Укажите возможные варианты лечения больной.

### **Базисное направление ответа**

1. По описанной клинике можно заподозрить опухоль фатерова соска.
2. Для рака фатерова соска нередки изъязвления опухоли с клиникой кишечного кровотечения и развитием хронической или острой анемии. При этих опухолях часто развивается восходящий холангит, вплоть до гнойного, и развития внутripеченочных холангитических абсцессов.
3. Основными патофизиологическими синдромами в описанном наблюдении являются синдром механической желтухи, клиника холангита и синдром анемии с кишечным кровотечением.
4. Дифференциальный диагноз в данном случае следует проводить с холедохолитиазом, опухолью головки поджелудочной железы, опухолью протоков (холедоха), нельзя без обследования исключить опухоль пилорического

отдела желудка с врастанием в гепатодуоденальную связку, опухоль поперечно-ободочной кишки (печеночного угла) с врастанием в гепатодуоденальную связку. При всех вариантах возможно наступление механической желтухи, холангита, анемии, а нередко и кишечного кровотечения.

5. Дообследование требует применения: КТ, ЭГДС, рентгеноскопии желудка и 12-перстной кишки, чрескожной чреспеченочной холангиографии и ЭРХПГ, ирригоскопии или ФКС, лапароскопии. Кроме этого, необходимо исследование крови на билирубин, холестерин, протромбиновый индекс, общий белок, щелочную фосфатазу, трансаминазы, посев крови на стерильность, клинический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь, анализ мочи.

6. В резектабельном случае при раке фатерова соска возможна радикальная гастропанкреатодуоденальная резекция или трансдуоденальная папиллэктомиа с пластикой устьев общего желчного и панкреатического протоков. В нерезектабельной стадии возможно наложение билиодигестивного анастомоза (холециотоеюноанастомоза) с межкишечным анастомозом по Брауну. При сочетании с непроходимостью (стенозом) двенадцатиперстной кишки билиодигестивный анастомоз нужно дополнить наложением гастроэнтероанастомоза.

#### **ЗАДАЧА № 4**

Больная В., 32 лет жалуется на одышку при работе в наклонном положении тела, кожный зуд, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С, ночные поты, сухой кашель, похудание на 10 кг. Больна 4 месяца. Дважды лечилась у терапевта с диагнозом ОРЗ.

Объективно: пониженного питания, периферические лимфатические узлы не увеличены. Лицо цианотично, одутловато, яремные вены набухшие. Расширенная венозная сеть в области грудины и плечевого пояса. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, в левом подреберье пальпируется выступающий из-под реберной дуги нижний полюс селезенки. Асцита не выявлено. Подобные симптомы терапевт



отметил 2 месяца назад, но кроме анализа крови, другого обследования не проводилось. В анализе крови, кроме увеличения СОЭ до 54 мм/ч других нарушений не отмечено.

### ***Вопросы к заданию:***

1. Какой основной синдром проявил клинику заболевания?
2. Ваш предварительный диагноз. Стадия.
3. Какие недостатки имелись в тактике терапевта 2 месяца назад?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать описанную выше клинику?
5. Составьте план дополнительного инструментального обследования больной?
6. План лечения больной.
7. Укажите неблагоприятные факторы прогноза при данном заболевании.

### **Базисное направление ответа**

В данном примере описан синдром верхней полой вены.

Учитывая возраст больной и клиническую картину можно предположить лимфогранулематоз средостения. При отсутствии других поражений это соответствует 1 стадии, если пораженной окажется и селезенка, то тогда у больной имеется 3 стадия.

Участковый врач был обязан назначить ФЛГ легких в связи с наличием синдрома верхней полой вены.

Необходимо дифференцировать с лимфосаркомой, саркоидозом, органическими опухолями средостения: тимомой, мезенхимомой, загрудинным зобом; неорганическими опухолями.

Для установления диагноза необходимо провести: томографию средостения, рентгенографию грудной клетки в прямой и боковых проекциях, УЗИ печени, селезенки, забрюшинных лимфоузлов, почек, клинический анализ крови, анализ мочи, анализ крови на белок и фракции, церулоплазмин, щелочную фосфатазу, сывороточное железо, фибриноген, С-реактивный белок, трансаминазы. Трансторакальная биопсия медиастинальных лимфоузлов.

При подтверждении диагноза лимфогранулематоз средостения больной показано лечение по схеме: 2-3 курса полихимиотерапии, затем лучевая терапия на медиастинальные лимфоузлы и селезенку, а затем еще 2-3 курса полихимиотерапии по схеме CVPP или COPP.

Неблагоприятными факторами прогноза при данном заболевании являются: а) женский пол; б) поражение 3-х и более лимфатических зон; в) обширное поражение средостения; г) смешанно-клеточный гистологический вариант и вариант лимфоидного истощения; д) СОЭ – выше 50 мм/ч.

### **Критерии оценки при собеседовании (решении ситуационных задач):**

#### **Критерии оценки рубежного контроля знаний при решении ситуационных (клинических) задач:**

оценка **«отлично»** выставляется при исчерпывающих правильных ответах на все поставленные вопросы и умения безошибочно ориентироваться в вопросах, возникающих в процессе обсуждения задачи;

- оценка **«хорошо»** выставляется при достаточно полных правильных ответах на основные вопросы задачи и умения верно ориентироваться в вопросах, возникающих в процессе обсуждения задачи;
- оценка **«удовлетворительно»** выставляется при неполных, в основном правильных, ответах на как вопросы задачи, так и на вопросы, возникающие в процессе ее обсуждения;
- оценка **«неудовлетворительно»** выставляется при неполных и, в основном неправильных, ответах на как вопросы задачи, так и на вопросы, возникающие в процессе ее обсуждения.

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

Контроль качества подготовки курсантов осуществляется путем текущего контроля в тестовой форме по изученным темам.

Для текущего контроля качества самостоятельной работы и подготовки курсанта используются контрольные вопросы для собеседования.

- ТОКСИКО-АНЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ:
  - 1). В слепой кишке +\*
  - 2). В сигмовидной кишке
  - 3). В поперечной ободочной кишке
  - 4). В нисходящей ободочной кишке
  - 5). В восходящей ободочной кишке
  
- КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ:
  - 1). В поперечном отделе
  - 2). В восходящем отделе
  - 3). В нисходящем отделе +
  - 4). При локализации опухоли в изгибах ободочной кишки
  - 5). Частота кишечной непроходимости не зависит от локализации опухоли
  
- ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ УДАЛЯЕТСЯ:
  - 1). Головка поджелудочной железы и двенадцатиперстная кишка
  - 2). То же, что и 1) и начальный отрезок тонкой кишки +
  - 3). То же, что и 1) и пилорический отдел желудка
  - 4). То же, что и 1) и желчный пузырь
  - 5). Вся поджелудочная железа

- В КАКОМ ЛЕЧЕНИИ НУЖДАЕТСЯ БОЛЬНОЙ С ЖЕЛТУХОЙ НА ПОЧВЕ ЗАПУЩЕННОГО РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?
  - 1). Паллиативной панкреатодуоденальной резекции
  - 2). Наложении билиодигестивного анастомоза +
  - 3). Симптоматическом
  - 4). Лучевой терапии
  - 5). Химиотерапии
  
- РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В УСЛОВИЯХ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПНЕВМОТОРАКСА МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ С ЦЕЛЬЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ОПУХОЛЬЮ ЛЕГКОГО И:
  - 1). Опухолью диафрагмы
  - 2). Опухолью средостения
  - 3). Опухолью грудной стенки +
  - 4). Ограниченной релаксацией диафрагмы
  - 5). Всем перечисленным и новообразованиями
  
- В СООТВЕТСТВИИ С МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ПО СИСТЕМЕ TNM СИМВОЛОМ T1 ОБОЗНАЕТСЯ РАК ЛЕГКОГО, ИМЕЮЩИЙ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:
  - а) Диаметр более 3 см
  - б) Диаметр не более 3 см
  - в) Инфильтрирующий висцеральную плевру
  - г) Не инфильтрирующий висцеральную плевру
  - д) Вовлекающий в опухолевый процесс главный бронх

е) Не распространяющийся проксимальнее устья долевого бронха

- 1). б, в, д
- 2). а, г, е
- 3). б, г, е +
- 4). б, в, е
- 5). а, в, д

• ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТУ 25 ЛЕТ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА 1 СТАДИЕЙ.

- 1). Химиотерапия
- 2). Рентгенотерапия и химиотерапия
- 3). Использование радиоактивного йода
- 4). Дистанционная гамма терапия на очаг поражения
- 5). Химиотерапия и профилактическая дистанционная гамма терапия +

• КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ОПУХОЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ?

- 1). Семинома
- 2). Астроцитомы +
- 3). Аденокарцинома
- 4). Лейомиосаркома
- 5). Плоскоклеточный рак

• КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ОПАСНО?

- 1). Лучевой энтерит +
- 2). Лучевой эпителиит
- 3). Постлучевой фиброз легкого
- 4). Постлучевой остеомиелит крестца
- 5). Образование ректовагинального свища

---

\*«+» - правильный ответ.

Критерии оценки:

Из всех тестовых заданий курсантом даны правильные ответы на:

91-100% - оценка «отлично»,

81 -90% - оценка «хорошо»,

71-80% - оценка «удовлетворительно»,

70% и менее - оценка «неудовлетворительно».

**Перечень практических навыков:** Методики химиотерапии при различных локализациях опухолей

Методики лучевой терапии – короткофокусной рентгенотерапии, телегамматерапии, брахитерапии и др.

Пункционная биопсия опухолей под контролем УЗИ

Трепан-биопсия опухолей и подвздошной кости

УЗИ щитовидной, молочных желез, периферических лимфатических узлов и мягких тканей

Трансторакальная пункция под рентгенологическим контролем

Дренирование плевральной полости

Интубация трахеи

Катетеризации подключичной вены

Радикальные и паллиативные операции на органах брюшной полости:

субтотальная резекция желудка

гастрэктомия

гемиколونэктомия

резекция поперечно-ободочной, сигмовидной, прямой кишки

экстирпация прямой кишки

Радикальные и паллиативные операции на органах грудной полости:

атипическая резекция легкого

лобэктомия

пульмонэктомия

удаление опухолей средостения

операции Льюиса, Гэрлока

Операции на молочной железе и зонах регионарного лимфооттока:

мастэктомия по Маддену, Пейти, Холстеду

Онкогинекологические операции:

операция Штурмдорфа

операция Вертгейма

циторедуктивные операции при раке яичников

диагностическая лапаротомия с биопсией опухоли

лапароскопическая аднексэктомия

Онкоурологические операции:

ТУР мочевого пузыря

резекция почки

нефрэктомия

цистостомия

тазово-подвздошная лимфодиссекция

Операции на коже, мягких тканях:

удаление опухолей кожи с пластикой СКЛ

операция Дюкена-Мельникова

Операции при опухолях головы и шеи:

гемитиреоидэктомия

тиреоидэктомия с шейной лимфодиссекцией



шейная лимфодиссекция

трахеостомия

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

оценка «отлично» выставляется при исчерпывающих правильных ответах на все поставленные вопросы и умении безошибочно ориентироваться в вопросах, возникающих в процессе обсуждения задачи;

- оценка «хорошо» выставляется при достаточно полных правильных ответах на основные вопросы задачи и умении верно ориентироваться в вопросах, возникающих в процессе обсуждения задачи;
- оценка «удовлетворительно» выставляется при неполных, в основном правильных, ответах на как вопросы задачи, так и на вопросы, возникающие в процессе ее обсуждения;
- оценка «неудовлетворительно» выставляется при неполных и, в основном неправильных, ответах на как вопросы задачи, так и на вопросы, возникающие в процессе ее обсуждения.

**Примеры контрольных вопросов для собеседования (ситуационных задач) -2-5 примеров: ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ:**

### **ЗАДАЧА № 1**

Больной 57 лет отмечает, что после переохлаждения у него повысилась температура, появилась боль в области левой лопатки, одышка, слабость, кашель, кровохарканье. 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.

### ***Вопросы к заданию:***

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 имеющуюся клиническую картину?
5. Опишите диагностические возможности рентгенологического метода исследования в подобной ситуации.
6. Дайте обоснование возможным вариантам лечения больного.

### **Базисное направление ответа**

Вероятно, у больного центральный рак правого легкого с поражением верхнедолевого бронха и вторичным пневмонитом.

Кашель, боль в грудной клетке, высокая температура тела при раке легкого связаны с развитием обтурационного пневмонита.

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 пневмонии подобной клинике.

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.

Как 3 месяца назад, так и сейчас клинику заболевания необходимо дифференцировать с банальной пневмонией, раком легкого, туберкулезом.

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.

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 химио-лучевое 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 женщины 50 лет при профилактическом осмотре гинекологом обнаружена бугристая опухоль в правом яичнике. В анализе крови Нв - 90 г/л, Эр 3,4х10. В анамнезе хронический гастрит. Снижение гемоглобина отмечается около 10 лет, 4 года назад появились длительные и обильные маточные кровотечения. Менопауза наступила 2 года назад. Отмечает редкую отрыжку, снижение аппетита, умеренную слабость, запоры. Похудела за последний год на 5 кг. Объективно: пониженного питания, небольшой асцит. Живот мягкий, безболезненный. В надлобковой области справа определяется верхний полюс опухолевидного образования. На УЗИ: матка небольших размеров, левый придаток без особенностей, правый яичник размером 8х7 см, неоднородной структуры. С диагнозом "кистома яичника" больной произведена

операция - надвлагалищная ампутация матки с придатками. При гистологическом исследовании: метастаз низкодифференцированного рака, скорее всего из желудочно-кишечного тракта.

### ***Вопросы к заданию:***

1. Ваш диагноз?
2. Какие ошибки были допущены при обследовании больной?
3. С чем следовало проводить дифференциальный диагноз?
4. Укажите план подробного обследования больной?
5. Какой объем лечения в случае подтверждения Вашего диагноза следует провести?

### **Базисное направление ответа**

Так как у больной при гистологическом исследовании в яичнике выявлен метастаз железистого рака, то его следует расценивать как метастаз Крукенберга. Имевшиеся признаки поражения желудка в сочетании с метастазом Крукенберга дают основание предполагать наличие рака желудка с метастазом в яичнике.

Игнорирование данных анамнеза, диспепсического синдрома, анемии, необходимости обследования желудочно-кишечного тракта при указанной выше клинике привело к ошибке в диагнозе.

Дифференциальный диагноз следовало проводить с кистой яичника, метастазами рака желудка, опухолью ободочной кишки.

В обследовании больной необходимо применить рентгеноскопию желудка, ЭГДС с биопсией, УЗИ печени, поджелудочной железы, забрюшинных лимфатических узлов и органов малого таза, ирригоскопию и ФКС, лапароскопию, возможно с взятием биоптата с брюшины (биоптаты из метастазов Крукенберга не берутся !!!) или асцитической жидкости.

При подтверждении диагноза рака желудка с метастазом Крукенберга и отсутствии других метастазов следует произвести паллиативную резекцию желудка с двусторонней тубовариэктомией и удалением большого сальника. После операции возможно применение химиотерапии 5-фторурацилом, иммунокорректирующей терапии.

### **ЗАДАЧА № 3**

Больная 59 лет жалуется на кожный зуд, темный цвет мочи, периодически обесцвеченный кал, озноб, проливной пот, слабость, дважды отмечался дегтеобразный стул. Пять лет назад перенесла холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни. Объективно: кожа и склеры иктеричны. Живот немного вздут, малоболезненный в эпигастральной области, печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, безболезненная. При УЗИ печень увеличена, уплотнена, с умеренным внутripеченочным холестаазом, холедох 14 мм, поджелудочная железа равномерно диффузно уплотнена, без очаговых дефектов. Билирубин крови: общий 84 мкм/л, прямой 64 мкм/л, непрямой - 20 мкм/л. Трансаминазы: АСТ - 0,091 ммоль/л, АЛТ - 0,17 ммоль/л. В анализе крови Нв 86 г/л, лейкоцитоз  $16,2 \times 10^9$ , палочкоядерный сдвиг 26%.

#### ***Вопросы к заданию:***

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Чем объяснить анемию? гипертермию?
3. Перечислите описанные в данном наблюдении патофизиологические синдромы.
4. Направления дифференциального диагноза?
5. Составьте план обследования больной.
6. Укажите возможные варианты лечения больной.

#### **Базисное направление ответа**

1. По описанной клинике можно заподозрить опухоль фатерова соска.

2. Для рака фатерова соска нередко изъязвления опухоли с клиникой кишечного кровотечения и развитием хронической или острой анемии. При этих опухолях часто развивается восходящий холангит, вплоть до гнойного, и развития внутripеченочных холангитических абсцессов.

3. Основными патофизиологическими синдромами в описанном наблюдении являются синдром механической желтухи, клиника холангита и синдром анемии с кишечным кровотечением.

4. Дифференциальный диагноз в данном случае следует проводить с холедохолитиазом, опухолью головки поджелудочной железы, опухолью протоков (холедоха), нельзя без обследования исключить опухоль пилорического отдела желудка с врастанием в гепатодуоденальную связку, опухоль поперечно-ободочной кишки (печеночного угла) с врастанием в гепатодуоденальную связку. При всех вариантах возможно наступление механической желтухи, холангита, анемии, а нередко и кишечного кровотечения.

5. Дообследование требует применения: КТ, ЭГДС, рентгеноскопии желудка и 12-перстной кишки, чрескожной чреспеченочной холангиографии и ЭРХПГ, ирригоскопии или ФКС, лапароскопии. Кроме этого, необходимо исследование крови на билирубин, холестерин, протромбиновый индекс, общий белок, щелочную фосфатазу, трансаминазы, посев крови на стерильность, клинический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь, анализ мочи.

6. В резектабельном случае при раке фатерова соска возможна радикальная гастропанкреатодуоденальная резекция или трансдуоденальная папилэктомиа с пластикой устьев общего желчного и панкреатического протоков. В нерезектабельной стадии возможно наложение билиодигестивного анастомоза (холециотоеюноанастомоза) с межкишечным анастомозом по Брауну. При сочетании с непроходимостью (стенозом) двенадцатиперстной кишки билиодигестивный анастомоз нужно дополнить наложением гастроэнтероанастомоза.

#### **ЗАДАЧА № 4**

Больная В., 32 лет жалуется на одышку при работе в наклонном положении тела, кожный зуд, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С, ночные поты, сухой кашель, похудание на 10 кг. Больна 4 месяца. Дважды лечилась у терапевта с диагнозом ОРЗ.

Объективно: пониженного питания, периферические лимфатические узлы не увеличены. Лицо цианотично, одутловато, яремные вены набухшие. Расширенная венозная сеть в области грудины и плечевого пояса. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, в левом подреберье пальпируется выступающий из-под реберной дуги нижний полюс селезенки. Асцита не выявлено. Подобные симптомы терапевт отметил 2 месяца назад, но кроме анализа крови, другого обследования не проводилось. В анализе крови, кроме увеличения СОЭ до 54 мм/ч других нарушений не отмечено.

#### ***Вопросы к заданию:***

1. Какой основной синдром проявил клинику заболевания?
2. Ваш предварительный диагноз. Стадия.
3. Какие недостатки имелись в тактике терапевта 2 месяца назад?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать описанную выше клинику?
5. Составьте план дополнительного инструментального обследования больной?
6. План лечения больной.
7. Укажите неблагоприятные факторы прогноза при данном заболевании.

#### **Базисное направление ответа**

В данном примере описан синдром верхней полой вены.

Учитывая возраст больной и клиническую картину можно предположить лимфогранулематоз средостения. При отсутствии других поражений это соответствует 1 стадии, если пораженной окажется и селезенка, то тогда у больной имеется 3 стадия.

Участковый врач был обязан назначить ФЛГ легких в связи с наличием синдрома верхней полой вены.

Необходимо дифференцировать с лимфосаркомой, саркоидозом, органическими опухолями средостения: тимомой, мезенхимомой, загрудинным зобом; неорганическими опухолями.

Для установления диагноза необходимо провести: томографию средостения, рентгенографию грудной клетки в прямой и боковых проекциях, УЗИ печени, селезенки, забрюшинных лимфоузлов, почек, клинический анализ крови, анализ мочи, анализ крови на белок и фракции, церулоплазмин, щелочную фосфатазу, сывороточное железо, фибриноген, С-реактивный белок, трансаминазы. Трансторакальная биопсия медиастинальных лимфоузлов.

При подтверждении диагноза лимфогранулематоз средостения больной показано лечение по схеме: 2-3 курса полихимиотерапии, затем лучевая терапия на медиастинальные лимфоузлы и селезенку, а затем еще 2-3 курса полихимиотерапии по схеме CVPP или COPP.

Неблагоприятными факторами прогноза при данном заболевании являются: а) женский пол; б) поражение 3-х и более лимфатических зон; в) обширное поражение средостения; г) смешанно-клеточный гистологический вариант и вариант лимфоидного истощения; д) СОЭ – выше 50 мм/ч.

**Критерии оценки собеседования по контрольным вопросам (ситуационным задачам, *четырёхбалльная шкала или зачтено/не зачтено*):**

оценка **«отлично»** выставляется при исчерпывающих правильных ответах на все поставленные вопросы и умения безошибочно ориентироваться в вопросах, возникающих в процессе обсуждения задачи;

- оценка **«хорошо»** выставляется при достаточно полных правильных ответах на основные вопросы задачи и умения верно ориентироваться в вопросах, возникающих в процессе обсуждения задачи;
- оценка **«удовлетворительно»** выставляется при неполных, в основном правильных, ответах на как вопросы задачи, так и на вопросы, возникающие в процессе ее обсуждения;



- оценка «**неудовлетворительно**» выставляется при неполных и, в основном неправильных, ответах на как вопросы задачи, так и на вопросы, возникающие в процессе ее обсуждения.

**Критерии оценки выставления итоговой оценки (четырёхбалльная шкала или зачтено/не зачтено):**

Итоговая государственная аттестация (ИГА) выпускника является обязательной и осуществляется после освоения им образовательной программы в полном объёме.

ИГА включает выпускной экзамен по специальности. Экзамен призван подтвердить готовность студента к выполнению задач профессиональной деятельности.

Целью ИГА является определение практической и теоретической подготовленности выпускников к выполнению профессиональных задач в соответствии с квалификационной характеристикой.

**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 ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ**

- ТОКСИКО-АНЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ:
  - 1). В слепой кишке +\*
  - 2). В сигмовидной кишке
  - 3). В поперечной ободочной кишке
  - 4). В нисходящей ободочной кишке
  - 5). В восходящей ободочной кишке
  
- КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ:
  - 1). В поперечном отделе
  - 2). В восходящем отделе
  - 3). В нисходящем отделе +
  - 4). При локализации опухоли в изгибах ободочной кишки
  - 5). Частота кишечной непроходимости не зависит от локализации опухоли
  
- ПРИ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ УДАЛЯЕТСЯ:
  - 1). Головка поджелудочной железы и двенадцатиперстная кишка
  - 2). То же, что и 1) и начальный отрезок тонкой кишки +
  - 3). То же, что и 1) и пилорический отдел желудка
  - 4). То же, что и 1) и желчный пузырь
  - 5). Вся поджелудочная железа
  
- В КАКОМ ЛЕЧЕНИИ НУЖДАЕТСЯ БОЛЬНОЙ С ЖЕЛТУХОЙ НА ПОЧВЕ ЗАПУЩЕННОГО РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?
  - 1). Паллиативной панкреатодуоденальной резекции
  - 2). Наложении билиодигестивного анастомоза +

- 3). Симптоматическом
- 4). Лучевой терапии
- 5). Химиотерапии

- РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В УСЛОВИЯХ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПНЕВМОТОРАКСА МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ С ЦЕЛЮ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЖДУ ОПУХОЛЬЮ ЛЕГКОГО И:
  - 1). Опухолью диафрагмы
  - 2). Опухолью средостения
  - 3). Опухолью грудной стенки +
  - 4). Ограниченной релаксацией диафрагмы
  - 5). Всем перечисленным и новообразованиями
  
- В СООТВЕТСТВИИ С МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ПО СИСТЕМЕ TNM СИМВОЛОМ T1 ОБОЗНАЕТСЯ РАК ЛЕГКОГО, ИМЕЮЩИЙ СЛЕДУЮЩИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ:
  - а) Диаметр более 3 см
  - б) Диаметр не более 3 см
  - в) Инфильтрирующий висцеральную плевру
  - г) Не инфильтрирующий висцеральную плевру
  - д) Вовлекающий в опухолевый процесс главный бронх
  - е) Не распространяющийся проксимальнее устья долевого бронха

- 1). б, в, д

- 2). а, г, е
- 3). б, г, е +
- 4). б, в, е
- 5). а, в, д

- ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТУ 25 ЛЕТ С ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА 1 СТАДИЕЙ.
  - 1). Химиотерапия
  - 2). Рентгенотерапия и химиотерапия
  - 3). Использование радиоактивного йода
  - 4). Дистанционная гамма терапия на очаг поражения
  - 5). Химиотерапия и профилактическая дистанционная гамма терапия +
  
- КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ОПУХОЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ?
  - 1). Семинома
  - 2). Астроцитомы +
  - 3). Аденокарцинома
  - 4). Лейомиосаркома
  - 5). Плоскоклеточный рак
  
- КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ОПАСНО?
  - 1). Лучевой энтерит +
  - 2). Лучевой эпителиит
  - 3). Постлучевой фиброз легкого

- 4). Постлучевой остеомиелит крестца
- 5). Образование ректовагинального свища

---

**\*«+» - правильный ответ.**

Критерии оценки:

Из всех тестовых заданий курсантом даны правильные ответы на:

91-100% - оценка «отлично»,

81 -90% - оценка «хорошо»,

71-80% - оценка «удовлетворительно»,

70% и менее - оценка «неудовлетворительно».

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

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

**2 этап - проверка освоения практических навыков**

**Перечень практических навыков:**

Расшифровка и клиническая интерпретация общеклинических, лабораторных, инструментальных методов обследования онкологических больных  
Оформление и анализ учетных документов на онкологического больного  
Экспертиза временной и стойкой нетрудоспособности, оформление листка временной нетрудоспособности и направления

на медико-социальную экспертизу Методики лечения осложнений химиотерапии, лучевой терапии Назначение симптоматической терапии онкологическому больному Пункционная аспирационная биопсия опухолей поверхностных локализаций Выполнение мазков-отпечатков Инцизионная биопсия опухолей Эксцизионная биопсия опухолей Ректальное, вагинальное, ректовагинальное, бимануальное исследования Кольпоскопия с выполнением мазков на атипичные клетки Раздельное диагностическое выскабливание Физикальное исследование больного с подозрением на злокачественную опухоль Плевральная пункция Абдоминальная пункция Стернальная пункция Перевязки после основных онкологических операций Катетеризация мочевого пузыря Переливание крови и кровезаменителей. Радикальные и паллиативные операции на органах брюшной полости: гастроэнтеростомия, гастростомия операция Гартмана, двухствольная колостомия. Операции на молочной железе и зонах регионарного лимфооттока: секторальная резекция молочной железы, радикальная секторальная резекция молочной железы, подмышечная лимфодиссекция. Онкогинекологические операции: простая аднексэктомия

Онкоурологические операции: биорхэктомия. Операции на коже, мягких тканях: радикальное удаление опухолей мягких тканей, удаление опухолей кожи с пластикой местными тканями, удаление опухолей кожи с пластикой СКЛ, лазерное удаление, криодеструкция опухолей кожи

### **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**

#### **ЗАДАЧА № 1**

Больной 57 лет отмечает, что после переохлаждения у него повысилась температура, появилась боль в области левой лопатки, одышка, слабость, кашель, кровохарканье. 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.

#### ***Вопросы к заданию:***

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.

## Базисное направление ответа

Вероятно, у больного центральный рак правого легкого с поражением верхнедолевого бронха и вторичным пневмонитом.

Кашель, боль в грудной клетке, высокая температура тела при раке легкого связаны с развитием обтурационного пневмонита.

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 пневмонииеподобной клинике.

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.

Как 3 месяца назад, так и сейчас клинику заболевания необходимо дифференцировать с банальной пневмонией, раком легкого, туберкулезом.

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.

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 химио-лучевое лечение.



Пулъмонэктомия проводится с обязательным удалением клетчатки с бронхопулмональными, перибронхиальными и трахеобронхиальными лимфатическими узлами. Лобэктомия проводится при периферическом раке или при центральном раке сегментарного бронха без поражения лимфатических узлов.

## **ЗАДАЧА № 2**

У женщины 50 лет при профилактическом осмотре гинекологом обнаружена бугристая опухоль в правом яичнике. В анализе крови Нв - 90 г/л, Эр 3,4x10. В анамнезе хронический гастрит. Снижение гемоглобина отмечается около 10 лет, 4 года назад появились длительные и обильные маточные кровотечения. Менопауза наступила 2 года назад. Отмечает редкую отрыжку, снижение аппетита, умеренную слабость, запоры. Похудела за последний год на 5 кг. Объективно: пониженного питания, небольшой асцит. Живот мягкий, безболезненный. В надлобковой области справа определяется верхний полюс опухолевидного образования. На УЗИ: матка небольших размеров, левый придаток без особенностей, правый яичник размером 8x7 см, неоднородной структуры. С диагнозом "кистома яичника" больной произведена операция - надвлагалищная ампутация матки с придатками. При гистологическом исследовании: метастаз низкодифференцированного рака, скорее всего из желудочно-кишечного тракта.

### ***Вопросы к заданию:***

1. Ваш диагноз?
2. Какие ошибки были допущены при обследовании больной?
3. С чем следовало проводить дифференциальный диагноз?
4. Укажите план подробного обследования больной?
5. Какой объем лечения в случае подтверждения Вашего диагноза следует провести?

### Базисное направление ответа

Так как у больной при гистологическом исследовании в яичнике выявлен метастаз железистого рака, то его следует расценивать как метастаз Крукенберга. Имевшиеся признаки поражения желудка в сочетании с метастазом Крукенберга дают основание предполагать наличие рака желудка с метастазом в яичнике.

Игнорирование данных анамнеза, диспепсического синдрома, анемии, необходимости обследования желудочно-кишечного тракта при указанной выше клинике привело к ошибке в диагнозе.

Дифференциальный диагноз следовало проводить с кистой яичника, метастазами рака желудка, опухолью ободочной кишки.

В обследовании больной необходимо применить рентгеноскопию желудка, ЭГДС с биопсией, УЗИ печени, поджелудочной железы, забрюшинных лимфатических узлов и органов малого таза, ирригоскопию и ФКС, лапароскопию, возможно с взятием биоптата с брюшины (биоптаты из метастазов Крукенберга не берутся !!!) или асцитической жидкости.

При подтверждении диагноза рака желудка с метастазом Крукенберга и отсутствии других метастазов следует произвести паллиативную резекцию желудка с двусторонней тубовариэктомией и удалением большого сальника. После операции возможно применение химиотерапии 5-фторурацилом, иммунокорректирующей терапии.

### ЗАДАЧА № 3

Больная 59 лет жалуется на кожный зуд, темный цвет мочи, периодически обесцвеченный кал, озноб, проливной пот, слабость, дважды отмечался дегтеобразный стул. Пять лет назад перенесла холецистэктомию по поводу желчнокаменной болезни. Объективно: кожа и склеры иктеричны. Живот немного вздут, малоблезненный в эпигастральной области, печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, безболезненная. При УЗИ печень увеличена, уплотнена, с умеренным внутриспеченочным холестазом, холедох 14 мм, поджелудочная железа равномерно диффузно уплотнена, без очаговых

дефектов. Билирубин крови: общий 84 мкм/л, прямой 64 мкм/л, непрямой - 20 мкм/л. Трансаминазы: АСТ - 0,091 ммоль/л, АЛТ - 0,17 ммоль/л. В анализе крови Нв 86 г/л, лейкоцитоз  $16,2 \times 10^9$ , палочкоядерный сдвиг 26%.

### ***Вопросы к заданию:***

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Чем объяснить анемию? гипертермию?
3. Перечислите описанные в данном наблюдении патофизиологические синдромы.
4. Направления дифференциального диагноза?
5. Составьте план обследования больной.
6. Укажите возможные варианты лечения больной.

### **Базисное направление ответа**

1. По описанной клинике можно заподозрить опухоль фатерова соска.
2. Для рака фатерова соска нередки изъязвления опухоли с клиникой кишечного кровотечения и развитием хронической или острой анемии. При этих опухолях часто развивается восходящий холангит, вплоть до гнойного, и развития внутripеченочных холангитических абсцессов.
3. Основными патофизиологическими синдромами в описанном наблюдении являются синдром механической желтухи, клиника холангита и синдром анемии с кишечным кровотечением.
4. Дифференциальный диагноз в данном случае следует проводить с холедохолитиазом, опухолью головки поджелудочной железы, опухолью протоков (холедоха), нельзя без обследования исключить опухоль пилорического отдела желудка с врастанием в гепатодуоденальную связку, опухоль поперечно-ободочной кишки (печеночного угла) с врастанием в гепатодуоденальную связку. При всех вариантах возможно наступление механической желтухи, холангита, анемии, а нередко и кишечного кровотечения.
5. Дообследование требует применения: КТ, ЭГДС, рентгеноскопии желудка и 12-перстной кишки, чрескожной чреспеченочной холангиографии и ЭРХПГ, ирригоскопии или ФКС, лапароскопии. Кроме этого, необходимо

исследование крови на билирубин, холестерин, протромбиновый индекс, общий белок, щелочную фосфатазу, трансаминазы, посев крови на стерильность, клинический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь, анализ мочи.

6. В резектабельном случае при раке фатерова соска возможна радикальная гастропанкреатодуоденальная резекция или трансдуоденальная папилэктомия с пластикой устьев общего желчного и панкреатического протоков. В нерезектабельной стадии возможно наложение билиодигестивного анастомоза (холециотоеюноанастомоза) с межкишечным анастомозом по Брауну. При сочетании с непроходимостью (стенозом) двенадцатиперстной кишки билиодигестивный анастомоз нужно дополнить наложением гастроэнтероанастомоза.

#### **ЗАДАЧА № 4**

Больная В., 32 лет жалуется на одышку при работе в наклонном положении тела, кожный зуд, повышение температуры тела до 38<sup>0</sup>С, ночные поты, сухой кашель, похудание на 10 кг. Больна 4 месяца. Дважды лечилась у терапевта с диагнозом ОРЗ.

Объективно: пониженного питания, периферические лимфатические узлы не увеличены. Лицо цианотично, одутловато, яремные вены набухшие. Расширенная венозная сеть в области грудины и плечевого пояса. В легких дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, в левом подреберье пальпируется выступающий из-под реберной дуги нижний полюс селезенки. Асцита не выявлено. Подобные симптомы терапевт отметил 2 месяца назад, но кроме анализа крови, другого обследования не проводилось. В анализе крови, кроме увеличения СОЭ до 54 мм/ч других нарушений не отмечено.

#### ***Вопросы к заданию:***

1. Какой основной синдром проявил клинику заболевания?
2. Ваш предварительный диагноз. Стадия.
3. Какие недостатки имелись в тактике терапевта 2 месяца назад?

4. С какими заболеваниями следует дифференцировать описанную выше клинику?
5. Составьте план дополнительного инструментального обследования больной?
6. План лечения больной.
7. Укажите неблагоприятные факторы прогноза при данном заболевании.

### Базисное направление ответа

В данном примере описан синдром верхней полой вены.

Учитывая возраст больной и клиническую картину можно предположить лимфогранулематоз средостения. При отсутствии других поражений это соответствует 1 стадии, если пораженной окажется и селезенка, то тогда у больной имеется 3 стадия.

Участковый врач был обязан назначить ФЛГ легких в связи с наличием синдрома верхней полой вены.

Необходимо дифференцировать с лимфосаркомой, саркоидозом, органическими опухолями средостения: тимомой, мезенхимомой, загрудинным зобом; неорганическими опухолями.

Для установления диагноза необходимо провести: томографию средостения, рентгенографию грудной клетки в прямой и боковых проекциях, УЗИ печени, селезенки, забрюшинных лимфоузлов, почек, клинический анализ крови, анализ мочи, анализ крови на белок и фракции, церулоплазмин, щелочную фосфатазу, сывороточное железо, фибриноген, С-реактивный белок, трансаминазы. Трансторакальная биопсия медиастинальных лимфоузлов.

При подтверждении диагноза лимфогранулематоз средостения больной показано лечение по схеме: 2-3 курса полихимиотерапии, затем лучевая терапия на медиастинальные лимфоузлы и селезенку, а затем еще 2-3 курса полихимиотерапии по схеме CVPP или COPP.

Неблагоприятными факторами прогноза при данном заболевании являются: а) женский пол; б) поражение 3-х и более лимфатических зон; в) обширное поражение средостения; г) смешанно-клеточный гистологический вариант и вариант лимфоидного истощения; д) СОЭ – выше 50 мм/ч.

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

- 1) оценка «**неудовлетворительно**» выставляется обучающемуся, не показавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему серьёзные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий;
- 2) оценку «**удовлетворительно**» 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;
- 3) оценку «**хорошо**» заслуживает обучающийся, показавший освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, изучивший литературу, рекомендованную программой, способный к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;
- 4) оценку «**отлично**» заслуживает обучающийся, 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:**

✓ Первым этапом аттестации является определение уровня освоения практических навыков и умений, полученных курсантом в ходе обучения. Эта оценка является интегральной, характеризующей уровень усвоения конкретных практических аспектов диагностики и лечения пациента по всем разделам от жалоб до планирования комплексного лечения, реабилитации и профилактики.

#### Критерии оценки:

**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.).

✓ Вторым этапом аттестации является тестовый контроль.

Критерии оценки:

Из всех тестовых заданий студентом даны правильные ответы на:

91-100% - оценка «отлично»,

81 -90% - оценка «хорошо»,

71-80% - оценка «удовлетворительно»,

70% и менее - оценка «неудовлетворительно».

- ✓ Третий этап аттестации – это решение двух ситуационных заданий, которые представлены как текстовая задача и рентгенограмма.

#### Критерии оценки:

**оценка «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 современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины; курсанту безошибочно определяет метод рентгенологического исследования на предоставленной для интерпретации рентгенограмме, дает характеристику соответствующему рентгенологическому синдрому, определяет предположительный диагноз, пути дифференциальной диагностики и варианты дополнительных методик исследования.

**оценка «хорошо»** заслуживает курсант, обнаруживший полное знание программного материал, но допускающий незначительные ошибки в классификации нозологических форм, постановке диагноза, плане дополнительной диагностики, которые легко исправляет после наводящих вопросов. Если курсант, интерпретируя рентгенологическую задачу, путается в определении конкретного рентгенологического синдрома, но после наводящих вопросов отвечает правильно, не дает полной характеристики метода исследования, рентгенологическое заключение формулирует правильно.



**оценка «удовлетворительно»** заслуживает курсант, обнаруживший средний уровень знания основного программного материала, но допустивший погрешности при его изложении, недостаточно владеющий современными классификациями и вследствие этого неправильно формулирует диагноз. Затрудняется в достаточном объеме определить пути проведения дополнительной диагностики, определяет правильные направления лечения, но назначает их в неадекватном объеме. При формулировании рентгенологического заключения не точно называет метод исследования, не знает методики его проведения, затрудняется в формулировании характерных рентгенологических признаков данной патологии, но правильно формулирует рентгенологическое заключение.

**оценка «неудовлетворительно»** выставляется курсанту, допустившему при ответе на вопросы задачи множественные ошибки принципиального характера, неправильно поставлен диагноз, после собеседования на наводящие вопросы ответить не может. Не может интерпретировать рентгенограмму, не может дать заключение о предположительном диагнозе.

Результатом итогового тестирования и собеседования выставляется итоговая оценка, являющаяся собой среднее арифметическое от суммы баллов, полученных на всех этапах сессионного зачета.

При суммировании положительных результатов на трех этапах аттестации итогом её становится оценка **«ЗАЧТЕНО»**.

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

### **Разработчики программы:**

*1. – д.м.н., профессор, кафедры онкологии Венедиктова М.Г;*