

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

Кафедра онкологии

Рабочая программа дисциплины
Онкология, лучевая терапия

для обучающихся 5 курса,

направление подготовки (специальность)

31.05.01 Лечебное дело

форма обучения
очная

| | |
|---|----------------|
| Трудоемкость, зачетные единицы/часы | 2 з.е. / 72 ч. |
| в том числе: | |
| контактная работа | 66 ч. |
| самостоятельная работа | 6 ч. |
| Промежуточная аттестация, форма/семестр | Зачет / 10 |

Тверь, 2024

Разработчики: заведующий кафедрой онкологии, д.м.н., профессор Чирков Р.Н., ассистент кафедры онкологии Максимов Д.А.

Внешняя рецензия дана заведующим кафедрой онкологии ФДПО ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Заслуженным врачом РФ, д.м.н., профессором Хайленко В.А.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры онкологии «14» мая 2024 г. (протокол № 6)

Рабочая программа рассмотрена на заседании профильного методического совета «22» мая 2024 г. (протокол № 5)

Рабочая программа утверждена на заседании центрального координационно-методического совета «10» июня 2024 г. (протокол № 9)

I. Пояснительная записка

Рабочая программа дисциплины разработана в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (ФГОС ВО 3++) по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело, утвержденным приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 г. №988, с учетом рекомендаций основной профессиональной образовательной программы (ОПОП) высшего образования.

1. Цель и задачи дисциплины

Целью освоения дисциплины является формирование у обучающихся общепрофессиональных компетенций для оказания квалифицированной медицинской помощи в соответствии с федеральным государственным образовательным стандартом.

Задачами освоения дисциплины являются:

- Обучение принципам диагностики патологических состояний, характерных для онкологических больных, на основе анамнестических, клинических и лабораторно-инструментальных методов исследования;
- Применение знаний вариантной анатомии, этиологии и патогенеза для понимания особенностей течения и распространения онкологических заболеваний и различных вариантов диагностики;
- Обучить студентов планированию комплекса дополнительного обследования с учетом проведения дифференциальной диагностики, определению тактических задач ведения пациента;
- Обучить студентов принципам проведения лечебных мероприятий и оказания неотложной помощи, выбору наиболее оптимального алгоритма лечения, профилактики осложнений;
- Обучить студентов методам инициации у пациентов, членов их семей позитивного поведения, направленного на формирование здорового образа жизни, обучение методам профилактики и самоконтроля, доверия к медицинскому персоналу;
- Обучить основам экспертизы нетрудоспособности и диспансерного наблюдения пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями;
- Обучение правилам ведения отчетно-учетной документации в медицинских организациях хирургического профиля и онкологических диспансерах;
- Сформировать навыки медицинской этики в работе с онкологическими больными;
- развитие навыков работы с научной литературой, ее поиску, анализу и реферированию;
- Стимуляция к участию в научно-исследовательском поиске, решению инновационных задач в прикладной медицине.

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине

| Формируемые компетенции | Индикатор достижения | Планируемые результаты обучения |
|---|--|--|
| ОПК-4 Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также | ИОПК-4.1 Применяет медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи. | Знать: - медицинские показания к применению медицинских изделий при наиболее распространенных заболеваниях; Уметь: - применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи при наиболее распространенных заболеваниях; Владеть навыками: - применения меди- |

| | | |
|--|---|---|
| <p>проводить обследования пациента с целью установления диагноза</p> | <p>ИОПК-4.2 Владеет алгоритмом применения медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач</p> <p>ИОПК-4.3 Обосновывает выбор использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач.</p> <p>ИОПК-4.4 Оценивает результаты использования инструментальных методов обследования при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины</p> <p>ИОПК-7.1 Умеет применять лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний</p> | <p>цинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи при наиболее распространенных заболеваниях.</p> <p>Знать: - алгоритм к применения медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач;</p> <p>Уметь: - использовать алгоритм применения медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач</p> <p>Владеть навыками: - применения медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач.</p> <p>Знать: - показания, противопоказания, принципы функционирования медицинских изделий, специализированного оборудования;</p> <p>Уметь: - обосновывать выбор использования медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач;</p> <p>Владеть навыками: - назначения медицинских изделий, специализированного оборудования при решении профессиональных задач.</p> <p>Знать: - возможные результаты использования инструментальных методов обследования при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины;</p> <p>Уметь: - интерпретировать результаты использования инструментальных методов обследования при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины;</p> <p>Владеть навыками: - оценки результатов использования инструментальных методов обследования при решении профессиональных задач с позиций доказательной медицины</p> <p>Знать: - порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, стандарты медицинской помощи;</p> |
| <p>ОПК-7 Способен назначать лечение и осу-</p> | <p>ИОПК-7.1 Умеет применять лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний</p> | <p>Знать: - порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации, стандарты медицинской помощи;</p> |

ществлять контроль его эффективности и безопасности

ИОПК-7.2 Умеет использовать современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи

ИОПК-7.3 Владеет методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины

ИОПК-7.4 Умеет оценивать безопасность лечения с учётом морфофункционального состояния ор-

Уметь: - назначить лекарственные препараты и медицинские изделия для лечения патологических заболеваний и состояний в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи;

Владеть навыками: - применения лекарственных препаратов и медицинских изделий для лечения патологических заболеваний и состояний в соответствии с порядком оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи.

Знать: - современные алгоритмы лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;

Уметь: - пользоваться современными алгоритмами лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи;

Владеть навыками: - применения современных алгоритмов лечения заболеваний в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи.

Знать: - методы контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины;

Уметь: - пользоваться методами контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины;

Владеть навыками: - применения методов контроля эффективности применения лекарственных препаратов для лечения с позиции доказательной медицины.

Знать: - методы оценки безопасности лечения с учётом морфофункционального состояния организма;

| | | |
|--|---------|--|
| | ганизма | <p>Уметь: - применить методы оценки безопасности лечения с учётом морфофункционального состояния организма;</p> <p>Владеть навыками: - применения методов оценки безопасности лечения с учётом морфофункционального состояния организма.</p> |
|--|---------|--|

3. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы

Учебная дисциплина «Онкология, лучевая терапия» входит в Обязательную часть Блока 1 ОПОП по специальности 31.05.01 Лечебное дело. Содержательно она закладывает основы диагностики и лечения основных, наиболее часто встречающихся, онкологических заболеваний.

Данная дисциплина является этапом освоения болезней внутренних органов - одного из профилирующих направлений специальности «лечебное дело». В структуру изучения дисциплины «онкология, лучевая терапия» заложены разделы и темы, позволяющие освоить типичную онкологическую патологию покровов, органов грудной клетки и шеи, брюшной полости, мягких тканей туловища и конечностей. За время обучения студенты должны освоить наиболее типичное течение онкологических болезней. Также необходимо освоить компетенции, позволяющие своевременно диагностировать опухолевые поражения органов, особенно так называемых органов «наружной локализации», планировать обследования пациента, намечать способы лечения, реабилитации и пути профилактики, а так же уметь принимать тактические решения в отношении конкретных пациентов, в зависимости от изменения течения заболевания.

Онкология непосредственно связана с дисциплинами: пропедевтикой внутренних болезней, общей хирургией, лучевой диагностикой, оперативной хирургией, внутренними болезнями, хирургическими болезнями, которые формируют у студента навыки обследования пациентов, обучают методам дополнительной диагностики, принципам построения диагноза и проведения дифференциальной диагностики. Преподавание дисциплины основано на современных представлениях об этиологии, принципах и методах диагностики, современных классификациях, а также методах профилактики и лечения, соответствующих принципам доказательной медицины.

В процессе изучения дисциплины «онкология, лучевая терапия» расширяются знания, навыки и компетенции для успешной профессиональной деятельности врача общей практики.

Уровень начальной подготовки обучающегося, необходимый для успешного освоения дисциплины «онкология, лучевая терапия».

- Иметь представление о клеточном цикле, канцерогенезе, предраковых заболеваниях, формировании здорового образа жизни, социально-эпидемиологических аспектах онкологических заболеваний и способах их учета.
- Знать анатомио-физиологические особенности систем органов, характер патологических изменений в них, патогистологическую характеристику онкологических заболеваний, методы обследования пациента, особенности методик хирургических операций и фармакологического воздействия на организм человека при различных патологических состояниях.

Перечень дисциплин и практик, усвоение которых студентам необходимо для изучения дисциплины «онкология, лучевая терапия»:

- Анатомия: строение костно-мышечного скелета, покровов, внутренних органов (пищеварительной, дыхательной, мочеполовой систем и желез внутренней секреции), учение о сосудах (артериях, венах, лимфатических путях), вариантная анатомия.

- Медицинская биология и генетика: биология клетки. Биология индивидуального развития человека (генетические факторы, определяющие развитие тканей), учение о репарации и регенерации тканей, наследственность и изменчивость. Основные законы генетики, роль факторов внешней среды в возникновении онкологических заболеваний.
- Физика, математика: радиоволновая физика, ионизирующее излучение. Физические принципы устройства и работы диагностических приборов, волоконной оптики.
- Биохимия: строение и функции белков, ферментов, основные этапы обмена углеводов, липидов, аминокислот, нуклеотидов; биохимия питания, пищеварения; регуляцию обмена веществ; механизмы действия гормонов.
- Гистология, эмбриология, цитология: методы гистологических, цитологических исследований, нормальное строение тканей организма.
- Физиология: организм и его защитные системы, гомеостаз, закономерности работы органов дыхания, пищеварения, выделения, желез внутренней и внешней секреции.
- Микробиология, вирусология: медицинская вирусология; особенности вирусной репликации.
- Иммунология: учение об иммунитете, генерация лимфоцитов, особенности противовирусной и противораковой защиты организма, особенности иммунного ответа на опухоль, иммунотерапия.
- Патологическая анатомия, клиническая патологическая анатомия: морфологическая характеристика воспаления, повреждения, метаплазии, дисплазии и анаплазии. Морфологические критерии карцином и сарком.
- Патофизиология, клиническая патофизиология: причины и механизмы повреждения клеток, неопластических процессов. Нарушения функций органов дыхания, кровообращения, пищеварения, выделения, желез внешней и внутренней секреции. Регуляция гормональных осей и их влияние на рост опухоли.
- Гигиена: условия жизни в крупных городах и состояние здоровья населения; санитарно-эпидемиологические правила работы медицинских учреждений хирургического профиля, радиационная и химическая защита, гигиенические аспекты рационального питания.
- Фармакология: учение о лекарствах, их классификация. Общая рецептура. Фармакокинетика и фармакодинамика основных групп лекарственных веществ, обладающих противоопухолевой активностью (цитостатики). Профилактика и лечение осложненной химиотерапии. Пути введения лекарств в организм.
- Общая хирургия, лучевая диагностика: работа медицинского персонала в лечебных учреждениях, типы, устройство и оборудование лечебных учреждений, лечебный и санитарный режим. Гигиена хирургического больного, уход за тяжелобольными. Особенности обследования хирургического больного, асептика и антисептика. Кровотечение, кровопотеря, переливание крови, методы остановки кровотечения. Хирургическая операция и общие вопросы анестезиологии. Способы соединения тканей. Общие вопросы хирургической инфекции, течение раневого процесса, обработка ран. Основные вопросы пластической хирургии и трансплантации органов. Рентгенологические методы обследования онкологического больного, радионуклидная диагностика. Ультразвуковые и магнитно-резонансные методы исследования в онкологии.
- Пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика: расспрос больного и сбор анамнеза, методы объективного обследования больного, общие понятия об инструментальных и лабораторных методах дополнительной диагностики, электрокардиография.
- Топографическая анатомия и оперативная хирургия: виды операции, хирургический инструментарий, методы местной анестезии. Правила и способы разъединений и со-

единения тканей, остановки кровотечений, пункции сосудов. Топографическая анатомия шеи, грудной клетки, брюшной полости, таза, конечностей. Операции на щитовидной железе, органах грудной клетки, мягких тканях конечностях. Трахеостомия. Операции на желудке, печени и желчных путях, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе. Методика резекции кишки и наложение анастомозов между различными участками желудочно-кишечного тракта. Колостомия.

- Дерматовенерология:

Предраковые заболевания кожи и слизистых оболочек, новообразования кожи.

- Госпитальная терапия, эндокринология:

Анемии. Нарушения коагуляции. Лейкозы. Патогенез, клиника и лечение гнойно-деструктивных заболеваний легких и плевры. Рестриктивные и инфильтративные поражения легких. Заболевания пищевода: ахалазия, кардиоспазм, диффузный спазм пищевода. ГЭРБ и пищевод Барретта. Хронический гастрит, лечение и профилактика. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и лечение неосложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Хронические воспалительные заболевания толстой кишки: неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, синдром раздраженной толстой кишки с нарушением пассажа по кишке. Цирроз печени, рак печени, эхинококкоз. Терапевтические аспекты диагностики, лечения и профилактики желчнокаменной болезни, хронического холецистита, хронического панкреатита, постхолецистэктомического синдрома.

Заболевания желез внутренней секреции: сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, надпочечников, гипофиза.

- Фтизиатрия: Дифференциальный диагноз очаговых образований в легких и изменений во внутригрудных лимфатических узлах (туберкулез, саркоидоз). Диагностика и лечение туберкулеза легких.

- Госпитальная хирургия, детская хирургия:

Заболевания пищевода: послеожоговые стриктуры, дивертикулы. Хирургические способы коррекции недостаточности нижнего пищеводного сфинктера. Хирургические способы лечения поражений желудка, постгастрорезекционные синдромы. Желчнокаменная болезнь, способы диагностики и лечения. Острый и хронический панкреатит. Заболевания толстой кишки: неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, хирургический взгляд на лечение. Заболевания прямой кишки и аноректальной зоны. Гнойно-деструктивные заболевания легких, дифференциальная диагностика и лечение полостных образований в легких.

Гнойные и инфильтративные заболевания кожи, подкожной клетчатки и молочных желез. Заболевания пищевода и желудка, имитирующие новообразования (врожденный пилоростеноз, аплазии пищевода и т.д.). Синдромы обтурации просвет кишечной трубки и мочевых путей.

Ургентные состояния в хирургии: перитонит, острая кишечная непроходимость, кровотечения из ЖКТ. Легочные кровотечения.

- Общественное здоровье и здравоохранение, экономика здравоохранения.

Основы законодательства России о здравоохранении. Теоретические и социально-гигиенические аспекты врачебной этики и деонтологии. Здоровье населения и методы его изучения. Основы вариативной статистики. Злокачественные новообразования как социально-гигиеническая проблема. Диспансеризация и диспансерное наблюдение. Врачебная экспертиза трудоспособности. Актуальные вопросы экономики здравоохранения. Система ОМС в финансировании лечебных учреждений.

- Учебные и производственные практики:

Учебные практики:

- уход за больными хирургического профиля;
- помощник палатной медсестры;

- помощник процедурной медсестры.

Производственные практики:

- помощник врача стационара хирургического, терапевтического и акушерско-гинекологического профиля;
- помощник врача амбулаторно-поликлинического учреждения.

4. Объём дисциплины составляет 2 зачетных единицы, 72 академических часа, в том числе 66 часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и 6 часов самостоятельной работы обучающихся.

5. Образовательные технологии

В процессе освоения модуля используются следующие образовательные технологии, способы и методы формирования компетенций:

Традиционная лекция, лекция - визуализация, тренинги, мастер-класс при проведении хирургических операций, занятия с использованием тренажёров, имитаторов, разбор клинических случаев, подготовка и защита кураторского листа, просмотр видеофильмов и мультимедийных презентаций с демонстрацией методики и техники оперативных вмешательств, инвазивных диагностических процедур, посещение врачебных обходов, конференций и консилиумов, участие в научно-практических конференциях, симпозиумах, учебно-исследовательская работа студента.

Элементы, входящие в самостоятельную работу студента: подготовка к семинарским и практическим занятиям, написание кураторского листа, решение ситуационных задач по теме занятия, работа в Интернете, в читальном зале библиотеки академии.

Клинические практические занятия проводятся на базе Тверского областного онкологического диспансера.

6. Формы промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в 10 семестре в форме недифференцированного зачета (оценка – зачтено / не зачтено), включающий 3 этапа: задания в тестовой форме, оценка владения практическими навыками (умениями) и решение ситуационной задачи.

II. Учебная программа дисциплины

1. Содержание дисциплины

Тема 1. Организация работы онкологической службы Российской Федерации. Основные понятия в онкологии. Методы лечения онкологических больных.

1.1 Структура оказания онкологической помощи в РФ. Понятие о видах лечения в онкологии.

Структура онкологического диспансера. Устройство работы диспансерного поликлинического звена областного онкологического диспансера. Основные понятия в онкологии: понятие видах опухоли, особенностях её роста, метастазирование. Комбинированное и комплексное лечение. Особенности хирургического лечения онкологических больных. Понятие о морфологической диагностике опухолей.

Основная отчетная документация в онкологии. Особенности оформления истории болезни. Курация больных.

1.2 Общие вопросы лучевой терапии: принципы, показания, методики. Роль лучевой терапии в мультидисциплинарном подходе к лечению онкологических больных.

1.3 Основы лекарственной терапии злокачественных новообразований: Классификация лекарственных препаратов, применяющихся для лечения опухолей. Показания и методы проведения полихимиотерапии, влияние химиопрепаратов на организм и опухолевую ткань, осложнения терапии.

Тема 2. Рак легкого.

Клиническая анатомия дыхательной системы. Патогистологическая и клинико-анатомо-рентгенологическая классификация рака легких. Этиология, значение курения и неблагоприятных факторов внешней среды в развитии заболевания. Эпидемиология (распространенность, заболеваемость, смертность). Пути метастазирования. Клиническая картина центрального и периферического рака легкого в зависимости от характера роста и локализации опухоли (эндобронхиальный, перибронхиальный, рак верхушки легкого – Пенкоста, «полостная» и «медиастинальная» формы). Рентгеновская картина различных форм рака легкого. Показания к различным специальным методам исследования в диагностике рака легкого, их диагностическая ценность. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Принципы комбинированного лечения. Роль ранней диагностики и комбинированного лечения в улучшении результатов лечения. Виды операций. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода. Послеоперационные осложнения: острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность, отек легкого, несостоятельность культи бронха, эмпиема плевры. Диагностика, лечение. Лучевая терапия как основной метод лечения мелкоклеточного рака легкого. Прогноз. Медико-социальная экспертиза.

Тема 3. Рак пищевода.

Клиническая анатомия пищевода. Клиническая и патофизиологическая классификация рака пищевода. Этиология. Эпидемиология (распространенность, заболеваемость, смертность). Клиническая картина. Типичная рентгенологическая и эндоскопическая картина опухолей пищевода. Осложнения. Методы и способы лечения рака пищевода. Роль лучевой терапии в лечении рака пищевода. Прогноз выживаемости и смертности. Профилактика рака пищевода. Медико-социальная реабилитация больных.

Тема 4. Рак желудка.

Клиническая анатомия желудка. Патогистологическая и клиническая классификация рака желудка. Этиология. Эпидемиология (распространенность, заболеваемость, смертность). Пути метастазирования. Ранний рак желудка. Клиническая картина (симптомы, клинические варианты) рака желудка. Методы определения метастатического процесса – ультразвуковое исследование, лапароскопия, КТ, МРТ. Дифференциальная диагностика. Радикальное оперативное лечение рака желудка. Паллиативные операции и вмешательства при отдаленных метастазах. Химиотерапия при раке желудка. Лучевая терапия. Лечение раннего рака желудка. Пятилетняя выживаемость и медико-социальная экспертиза.

Тема 5. Рак органов гепато-панкреатодуоденальной зоны.

5.1. *Рак поджелудочной железы и наружных желчных путей.* Анатомия и физиология поджелудочной железы и гепатопанкреатобилиарной зоны. Патогистологическая и клиническая классификация рака поджелудочной железы. Этиология рака поджелудочной железы. Эпидемиология (распространенность, заболеваемость, смертность, запущенность). Клиническая картина: синдромы рака поджелудочной железы. Опухоли Клацкена. Рак желчного пузыря и общего желчного протока. Диагностика (УЗИ, КТ, ЯМРТ, чрескожная пункция опухолей поджелудочной железы под УЗ-контролем, ЭРХПГ, ЧЧХГ, дуоденография и ЭГДС, биохимический скрининг, лапароскопия). Методы лечения рака поджелудочной железы: радикальные хирургические операции – гастропанкреатодуоденальная резекция, панкреатэктомия. Паллиативные операции: билиодигестивные анастомозы. Лучевая и лекарственная терапия при раке поджелудочной железы. Пятилетняя выживаемость.

5.2. *Рак печени.* Анатомия и физиология печени. Патогистологическая и клиническая классификация рака печени. Этиология рака печени. Эпидемиология (распространенность, заболеваемость, смертность). Клиническая картина, осложнения рака печени. Методы диагностики (УЗИ, КТ, ЛС, пункция опухолей, сосудистые исследования, радиоизотопные исследования, биохимические опухо-

левые маркеры, печеночные пробы). Радикальные методы лечения рака печени. Химиотерапия рака печени. Прогноз. Механическая желтуха: определение, клиническая картина, лабораторная и инструментальная диагностика, дифференциальная диагностика желтух.

Тема 6. Рак ободочной кишки.

Клиническая анатомия ободочной кишки. Патогистологическая и клиническая классификация рака ободочной кишки. Этиология. Эпидемиология (распространенность, заболеваемость, смертность). Пути метастазирования. Предраковые состояния: диффузный наследственный семейный полипоз, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, ворсинчатые опухоли, синдром Пейца-Егерса. Частота малигнизации. Клинические варианты рака ободочной кишки. Осложнения рака ободочной кишки. Методы диагностики рака ободочной кишки и его осложнений. Методы подготовки кишечника к исследованию и операции. Радикальное хирургическое лечение: одномоментные операции; двух- и трехэтапные операции; комбинированные операции. Реабилитационно-восстановительное лечение. Паллиативные операции. Тактика при раке, осложненном кишечной непроходимостью, перфорацией. Химиотерапия при раке ободочной кишки. Лучевое лечение. Пятилетняя выживаемость и медико-социальная экспертиза.

Тема 7. Рак прямой кишки.

Клиническая анатомия прямой кишки. Патогистологическая и клиническая классификация рака прямой кишки. Этиология рака прямой кишки. Эпидемиология (распространенность, заболеваемость, смертность). Пути метастазирования. Симптомы рака прямой кишки в зависимости от локализации, характера роста, стадии. Осложнения рака прямой кишки. Методы диагностики рака прямой кишки и его осложнений. Методы подготовки кишечника к исследованию и операции. Радикальное хирургическое лечение. Комбинированное лечение рака прямой кишки (предоперационная и послеоперационная лучевая терапия). Операция Гартмана. Трансанальная резекция прямой кишки. Комбинированные операции при раке прямой кишки. Паллиативное лечение рака прямой кишки: наложение колостомы, лучевая терапия при нерезектабельной опухоли. Восстановительные операции при предшествующей колостоме и при операции Гартмана. Химиотерапия при раке прямой кишки. Пятилетняя выживаемость и медико-социальная экспертиза при раке прямой кишки.

Тема 8. Лимфопролиферативные заболевания.

Понятие о гемобластозах. Определение понятия лимфогранулематоз (лимфома Ходжкина). Этиология. Эпидемиология (распространенность, заболеваемость, смертность). Возрастно-половые особенности. Гистологическая классификация. Классификация по стадиям. Признаки интоксикации, их прогностическое значение. Клиническая картина при поражении периферических, медиастинальных, забрюшинных лимфатических узлов и внутренних органов. Дифференциальный диагноз с другими лимфаденопатиями. Различия и сходства клинической картины лимфогранулематоза с лимфосаркомами (неходжкинскими лимфомами). Диагностика стадии лимфогранулематоза: объективное обследование, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, КТ и МРТ, оценка гематологических изменений. Морфологические обследования: пункционная и операционная биопсия. Диагностическая торако-медиастиномия, спленэктомия. Методы лечения: лучевая терапия, полихимиотерапия. Выбор методов лечения в зависимости от клинических особенностей болезни (стадии, морфологического варианта, факторов прогноза).

Тема 9. Рак молочной железы.

Анатомия и физиология молочных желез. Дисгормональные заболевания – мастопатии. Виды мастопатий: узловая, диффузная, фиброаденома, внутрипротоковая папиллома. Диагностика. Лечение. Этиология рака молочной железы: факторы риска. Роль гормональных нарушений. Эпидемиология (распространенность, заболеваемость, смертность, запущенность). Клиническая и патоморфологическая классификация рака молочной железы. Стадии рака молочной железы. Симптомы узловых и диффузных форм рака молочной железы. Методы специального исследования: маммография, УЗИ молочных желез, пункционная биопсия, трепанбиопсия, секторальная резекция с экспресс-биопсией,

исследование рецепторов эстрогенов в опухоли, пункция лимфатических узлов, УЗИ печени, почек, остеосцинтиграфия. Лечение узловых и диффузных мастопатий, фиброаденом. Методы лечения узловых и диффузных форм рака молочной железы: хирургическое, лучевое, химиотерапия, гормональное, иммунотерапия. Комбинированное и комплексное лечение. Исходы. Реабилитация больных. Медико-социальная экспертиза.

Тема 10. Злокачественные новообразования кожи. Рак щитовидной железы.

10.1. Рак кожи. Строение кожи. Пигментные клетки. Меланогенез. Классификация рака кожи – TNM. Стадии рака кожи и меланомы. Этиология рака кожи и меланомы. Предраковые заболевания, Эпидемиология рака кожи (распространенность, заболеваемость, смертность). Клинические признаки рака кожи. Диагностика рака кожи – цитологическая и гистологическая. Лечение рака кожи: хирургическое иссечение, комбинированное лечение, лекарственное. Исходы лечения. Реабилитация больных. Диспансерное наблюдение и медико-социальная экспертиза.

10.2. Меланома. Классификация меланомы кожи – клиническая, по Бреслоу, по Кларку, TNM классификация. Стадии меланомы. Этиология. Меланомоопасные пигментные невусы. Эпидемиология меланомы. Диагностика и лечение. Исходы. Реабилитация больных. Диспансерное наблюдение и медико-социальная экспертиза.

10.3. Рак щитовидной железы. Анатомия и физиология щитовидной железы. Клиническая и патогистологическая классификация рака щитовидной железы. Этиологические факторы риска возникновения рака щитовидной железы. Эпидемиология (распространенность, заболеваемость, смертность). Стадии. Клинические формы. Симптомы рака щитовидной железы. Сигналы тревоги. Методы диагностики: УЗИ, пункционная биопсия, срочное гистологическое исследование, пункция лимфатических узлов, рентгенологическое обследование (КТ, ФГЛ), остеосцинтиграфия. Осложнения. Лечение: хирургическое, лучевое, заместительная терапия. Прогноз выживаемости. Профилактика и ранняя диагностика рака щитовидной железы. Медико-социальная экспертиза и реабилитация больных. Роль лучевой терапии. Радиойодтерапии – показания, методики.

Тема 11. Принципы оказания паллиативной помощи с запущенными формами рака.

Концепции паллиативной помощи. Паллиативная помощь при онкологических заболеваниях. Нормативная правовая база обеспечения паллиативной помощи. Хоспис, как организованная программа по оказанию паллиативной помощи. Уход на дому. Коммуникации с пациентами, родственниками и ближайшим окружением. Этические и правовые проблемы отношения к умирающим. Боль, устранение боли.

2. Учебно-тематический план дисциплины (в академических часах) и матрица компетенций

| Коды (номера) модулей (разделов) дисциплины и тем | Контактная работа обучающихся с преподавателем | | | Всего часов на контактную работу | Самостоятельная работа студента, включая подготовку к экзамену (зачету) | Итого часов | Формируемые компетенции | | Используемые образовательные технологии, способы и методы обучения | Формы текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости |
|---|--|----------------------------------|----------|----------------------------------|---|-------------|-------------------------|-------|--|--|
| | лекции | клинические практические занятия | зачет | | | | ОПК-4 | ОПК-7 | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| 1. | 2 | 3 | | 5 | 2 | 7 | | | | |
| 1.1. | 1 | 1 | | 2 | 1 | 3 | + | + | Т, АТД | Т, КЗ, С, ИБ |
| 1.2. | - | 1 | | 1 | 1 | 2 | + | + | ПЛ, ДИ | Т, КР, ИБ |
| 1.3. | 1 | 1 | | 2 | - | 2 | | | ПЛ, ДИ, АТД | Т, С, Д |
| 2. | 2 | 5 | | 7 | 1 | 8 | + | + | ЛВ, КС, ВК, Р, ВД | Т, Пр, КЗ |
| 3. | 1 | 4 | | 5 | 1 | 6 | + | + | ЛВ, РД, КС, ВД | Т, Пр, ЗС, Р |
| 4. | 1 | 4 | | 5 | 1 | 6 | + | + | ЛВ, КС, ВК, УИРС | Т, Пр, КЗ, Д |
| 5. | 2 | 4 | | 6 | 1 | 7 | | | | |
| 5.1 | 1 | 2 | | 3 | 1 | 4 | + | + | Л, РД, КС, ВК, ВД | Т, Пр, ЗС, Д, Р, С |
| 5.2 | 1 | 2 | | 3 | - | 3 | + | + | ДИ, Р, УИРС | Пр, КР, Д, С |
| 6. | 1 | 4 | | 5 | - | 5 | + | + | ЛВ, ДИ, АТД | Т, КР, Д, Р |
| 7. | 1 | 4 | | 5 | - | 5 | + | + | ЛВ, Т, КС, ВК, ВД | Т, Пр, КР, Д |
| 8. | 1 | 4 | | 5 | - | 5 | | + | ПЛ, РД, ДИ, УИРС | Т, Пр, ЗС, Д, Р |
| 9. | 2 | 5 | | 7 | - | 7 | + | + | ЛВ, Т, КС, ВК, ВД | Т, Пр, ЗС, Д, Р |
| 10. | 3 | 5 | | 8 | - | 8 | | | | |
| 10.1. | 1 | 2 | | 3 | - | 3 | + | + | ЛВ, Т, КС | Т, Пр, ЗС |
| 10.2. | 1 | 1 | | 2 | - | 2 | + | + | ЛВ, Т, КС, УИРС | Т, Пр, КЗ, Р |
| 10.3. | 1 | 2 | | 3 | - | 3 | + | + | Л, КС, МК, ВК, ВД | Т, Пр, КЗ |
| 11. | - | 4 | | 4 | - | 4 | + | + | Л, ДИ, Р | С, ИБ |
| Зачет | | | 4 | 4 | - | 4 | + | + | | Т, Пр, ЗС |
| ИТОГО: | 16 | 46 | 4 | 66 | 6 | 72 | | | | |

Список сокращений:

Примеры образовательных технологий, способов и методов обучения (с сокращениями): традиционная лекция (Л), лекция-визуализация (ЛВ), проблемная лекция (ПЛ), тренинг (Т), дебаты (Д), мастер-класс (МК), активизация творческой деятельности (АТД), регламентированная дискуссия (РД), деловая и ролевая учебная игра (ДИ, РИ), разбор клинических случаев (КС), подготовка и защита истории болезни (ИБ), посещение врачебных конференции, консилиумов (ВК), учебно-исследовательская работа студента (УИРС), подготовка и защита рефератов (Р).

Примерные формы текущего, в т.ч. рубежного 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, Р – написание и защита реферата, С – собеседование по контрольным вопросам, Д – подготовка доклада и др.

* Выбор темы для выполнения задания АТД осуществляется обучающимися.

III. Фонд оценочных средств для контроля уровня сформированности компетенций (Приложение № 1)

1. Оценочные средства для текущего, в т.ч. рубежного контроля успеваемости

1.1. Примеры контрольных вопросов для собеседования

1. Гистологическая классификация Лимфомы Ходжкина.
2. Клинические формы рака щитовидной железы.
3. Характеристика радиальной фазы роста меланомы

Эталон ответа:

1. Гистологическая классификация лимфогранулематоза включает в себя следующие варианты: лимфоцитарное преобладание (нодулярный и диффузный виды), смешанно-клеточный вариант, нодулярный склероз, лимфоидное истощение.
2. Выделяют следующие формы рака щитовидной железы: опухолевую, струмоподобную, тиреоидоподобную, псевдовоспалительную, скрытую.
3. Радиальная фаза роста меланомы характеризуется длительным спокойным течением. Рост опухоли ограничивается эпидермисом или сосочковым слоем кожи. Средняя продолжительность фазы 2-10 лет. %-летняя выживаемость составляет 95-100%. Хирургическое лечение является оптимальным методом лечения и дает хорошие результаты.

1.2. Примеры вопросов контрольной работы

1. Методы лечения меланомы

Эталон ответа:

- 1) хирургический;
- 2) лучевой;
- 3) регионарное и системное химиотерапевтическое лечение;
- 4) регионарная и общая гипертермия;
- 5) криодеструкция;
- 6) лазерная деструкция;
- 7) фотодинамическая терапия;
- 8) гормонотерапия;
- 9) биотерапия.

2. Основные характеристики клетки Березовского-Штернберга-Рида.

Эталон ответа:

- 1) большой размер (до 20 микрон);
- 2) наличие нескольких ядер;
- 3) обильная базофильная цитоплазма;
- 4) множество вакуолей;
- 5) наличие на поверхности CD 15, CD 30, реже CD 45.

1.3. Примеры ситуационных задач

Задача №1

Больная В., 32 лет жалуется на одышку при работе в наклонном положении тела, кожный зуд, повышение температуры тела до 38⁰С, 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

1. В данном примере описан синдром верхней полой вены.
2. 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.
3. Участковый врач был обязан назначить ФЛГ легких в связи с наличием синдрома верхней полой вены.
4. Необходимо дифференцировать с лимфосаркомой, саркоидозом, органными опухолями средостения: тимомой, мезенхимомой, загрудинным зобом; неорганными опухолями.
5. 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.
6. 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.
7. 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.

Задача №2.

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 внутривенным холестазом, общий желчный проток 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 16,2x10, 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 вращением в гепатодуоденальную связку, опухоль поперечно-ободочной кишки (печеночного угла) с вращением 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.

1.4. Примеры тестовых заданий (Указать один правильный ответ)

- 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

*«+» - правильный ответ.

1.5. Активизация творческой деятельности обучающихся

Активизация творческой деятельности (АТД) обучающихся осуществляется через систему творческих заданий в аудиторной и внеаудиторной работе.

Творческие работы подразумевают создание новой информации собственными силами, творческой может стать деятельность студентов по подготовке наглядных пособий по изучаемым темам и различным аспектам нозологических форм (эпидемиология, этиология, патогенез, диагностика, клиническая картина, лечение). Примерами реализации АТД являются: презентации, постеры, видеофильмы, «инфографика». Каждый обучающийся в течение определенного времени имеет возможность выбрать тот вариант творческой работы, который ему больше подходит.

«Активация творческой деятельности» может быть использована при изучении любого раздела по дисциплине. Обучающийся и/или группа обращается к преподавателю для получения задания, а по его выполнении – отчитывается.

Пример АДД – постер:



ЭТО ДОЛЖНА ЗНАТЬ КАЖДАЯ ЖЕНЩИНА

Правила самообследования молочных желез.

Обследование лучше проводить в душе и тот же день менструального цикла, так как в течение месяца происходит изменение размера и структуры груди. Самой подходящей время — на 7-й день от начала менструаций, когда молочные железы находятся в расслабленном состоянии, а при наступлении менструации — в душе и тот же день каждого календарного месяца.

Этапы самообследования молочных желез.

Обследование состоит из 3 этапов, но при правильной и последовательной организации занимает не много времени.

Первый этап: осмотр тела. Незначительная выделения из соска могут оказаться незначительными на его поверхности, но оставлять следы на бюстгалтере.

Второй этап: общий вид железы. Рядомьтесь до пояса, оставьте грудь открытой. Свободно опустите руки. Внимательно осматривайте в зеркале каждую грудь. Проверьте, нет ли каких-то изменений в форме, контурах груди. Обратите внимание на симметричность обеих желез, расположение их впадины на одном уровне, равномерны ли они по размеру. При поднятии и опущении рук за голову, наклонно, повернув направо и налево. Нет ли фиксации или смещения одной из желез в сторону? (рис.1) Поднимите руки перед зеркалом вверх. Снова осмотрите по очереди молочные железы, обращая внимание на смещение их вперед, в сторону или вниз; изменение формы с образованием впадинки, западения, углубления кожи или соска (рис.2).

Третий этап: состояние кожи. Визуально да кожи, хорошо ли она собирается в складку? Становится ли измененной дрябл, наличие покрасневшей кожи

СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА - ОСНОВА СОХРАНЕНИЯ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ

поверхности или отдаленно: утолщение, сыпь, покраснение, изменение, напоминающее "лимонную корку". Проверьте, нет ли уплотнений, являющихся, скорее, чем фурункул, ангиостом, воспаленной и **обширной сыпи**.

Четвертый этап: ощущение в положении стоя. Рекомендуется использовать ладони или кисти. Правой рукой исследуйте левую грудь, и левой — правую. Пальцами проводится пощупывание, а не кончиками пальцев, четырьмя или тремя сомкнутыми пальцами, круговыми прощупывающими движениями. Сначала проводится так называемое пощупывание-поверхностное, когда подушечки пальцев не проскакивает в толщу железы, что дает возможность выявить небольшие образования, расположенные непосредственно под кожей. Затем проводится глубокое прощупывание, когда подушечки пальцев последовательно последовательно двигаются ребри. Пальцами следует проводить от ключицы до нижнего края ребер и от грудной до поясничной линии, молочная glandularная область, где возможно обнаружение увеличенного лимфоузла (рис.3).

Пятый этап: ощущение в положении лежа. Это наиболее важная часть самообследования, потому что только так можно хорошо прощупать все ткани. При этом пациент, какими бы ни были молочные железы не складывает под пальцами и выслушивает эти ощущения. Пальцами проводят, лежа на горизонтальной поверхности, пощупывая поверхность, можно подложить под обследуемую железу валик или жесткую подушку, руку выгнуть надолго туловища или валика на голову (рис.4).

Шестой этап: обследование соска. При осмотре соска необходимо определить, нет ли изменений его формы и цвета, не атрофич ли, не изъязвлен ли, нет ли повышенной или пониженной температуры.

соска и **выделения** из него, так как под кожей может быть опухоль. В заключение нужно осторожно вить сосок большим и указательными пальцами и надавить на него, отмечая при этом характер выделений на него или отсутствие их.

Если вы осознали, что изменения последнего осмотра пренебрегли заметные изменения, вы должны незамедлительно обратиться к врачу.

Следует немедленно обратиться к врачу, если Вы обнаружите:

- безболезненное, плотное образование в толще молочной железы,
- изменение очертания и формы молочной железы,
- сморщивание или стягивание кожи молочной железы,
- ощущение дискомфорта или неприятная боль в одной из молочных желез,
- уплотнение или припухлость на соске, его стягивание,
- кровянистые выделения из сосков,
- увеличение лимфатических узлов под мышкой с соответствующей стороны.



1.6. Учебная история болезни

- Курация больных для написания учебной истории болезни осуществляется согласно календарно-тематическому плану занятий по дисциплине.
- История болезни должна быть написана грамотно, логически последовательно, аккуратно. Написание истории болезни требует от обучающегося, прежде всего глубокого изучения литературы по данному заболеванию, знаний и умений обследования больного, правильного формулирования диагноза и составления плана лечения.
- Форма написания учебной истории болезни – в рукописном виде, титульный лист оформляется в соответствии с образцом. Срок сдачи истории болезни – не позднее 10 дней с момента курации.
- Учебная история болезни оформляется по схеме (приложение №2).

1.7. Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту

- Формирование диагноза и обоснование его, плана и методов дополнительного обследования.
- Планирование лечения.
- Оформление истории болезни.
- Скрининг пациентов по группе опухолей «наружной локализации».
- Осмотр кожи. Дерматоскопия. Диагностика пигментных образований кожи.

- Проведение пальпации лимфатических узлов.
- Проведение пальцевого ректального исследования.
- Проведение пальпации молочных желез. Определение кожных симптомов рака молочной железы.
- Пальпация органов брюшной полости.
- Пальпация и перкуссия печени, селезёнки, определение их границ.
- Пальпация поджелудочной железы. Выявление симптома Курвуазье.
- Интерпретация рентгенограмм: легких, пищевода, желудка. Чтение ирригограмм, ректограмм, маммограмм, холангиограмм.
- Чтение магнитно-резонансных и компьютерных томограмм органов брюшной полости и грудной клетки.
- Определение вида желтухи по данным объективного и лабораторных исследований.
- Интерпретация основных показателей спирографии.
- Диагностика дисфагии.
- Пальпация и определение степени увеличения щитовидной железы.
- Чтение сцинтиграмм и сонограмм щитовидной железы.
- Интерпретация данных лабораторного обследования на опухолевые маркеры.

1.8. Критерии оценки текущего контроля

1.8.1. Критерии оценки собеседования по контрольным вопросам

«5» (**отлично**) – полный, безошибочный ответ, правильно определены понятия и категории, обучающийся свободно ориентируется в теоретическом материале.

«4» (**хорошо**) – обучающийся в целом справляется с ответом на контрольные вопросы, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.

«3» (**удовлетворительно**) – поверхностное владение теоретическим материалом, обучающийся допускает ошибки при ответе на контрольные вопросы.

«2» (**неудовлетворительно**) – обучающийся не владеет теоретическим материалом в нужном объеме, делает грубые ошибки при ответе на контрольные вопросы.

1.8.2. Критерии оценки ответа на вопросы контрольной работы

«5» (**отлично**) – полный, безошибочный ответ, правильно определены понятия и категории, обучающийся свободно ориентируется в теоретическом материале.

«4» (**хорошо**) – обучающийся в целом справляется с ответом на вопросы контрольной работы, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.

«3» (**удовлетворительно**) – поверхностное владение материалом, обучающийся допускает ошибки при ответе на вопросы контрольной работы.

«2» (**неудовлетворительно**) – обучающийся не владеет материалом в нужном объеме, делает грубые ошибки при ответе на вопросы контрольной работы.

1.8.3. Критерии оценки решения ситуационной задачи

«5» (**отлично**) – выставляется за полное, безошибочное решение ситуационной задачи.

«4» (**хорошо**) – в целом ситуационная задача решена, имеются отдельные неточности или недостаточно полные ответы, не содержащие ошибок.

«3» (удовлетворительно) – допущены отдельные ошибки при решении ситуационной задачи.

«2» (неудовлетворительно) – отсутствуют ответы на большинство вопросов задачи, ситуационная задача не решена или решена не верно.

1.8.4. Критерии оценки тестовых заданий:

Из всех тестовых заданий студентом даны правильные ответы на:

91-100% - оценка **«5» (отлично)**,

81 -90% - оценка **«4» (хорошо)**,

71-80% - оценка **«3» (удовлетворительно)**,

70% и менее - оценка **«2» (неудовлетворительно)**.

1.8.5. Критерии оценки АТД

«5» (отлично) – задание выполнено, тема раскрыта, материал изложен логически правильно в доступной и наглядной форме. При выполнении работы были использованы современные средства визуализации и качественные иллюстрации.

«4» (хорошо) – тема раскрыта недостаточно полно и/или при подготовке работы были использованы некачественные иллюстрации.

«3» (удовлетворительно) – тема раскрыта слабо, односторонне. Задание выполнено небрежно, использованы некачественные иллюстрации.

«2» (неудовлетворительно) – задание не выполнено или подготовлено крайне небрежно, тема не раскрыта.

1.8.6. Критерии оценки учебной истории болезни

«5» (отлично) – работа полностью отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Написана грамотно, литературным языком, с использованием современной медицинской терминологии. Куратор умеет осознанно и оперативно трансформировать полученные знания при характеристике теоретических, клинико-диагностических и лечебных аспектов дерматовенерологии.

«4» (хорошо) – работа полностью отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Написана грамотно, литературным языком, с использованием современной медицинской терминологии. Куратор владеет логикой изложения, выделяет главное, осознанно использует научные понятия, клинические симптомы, диагностические данные, основные методы лечения, допуская несущественные ошибки или неточности.

«3» (удовлетворительно) – работа отвечает требованиям и схеме оформления истории болезни. Допущены ошибки в употреблении терминов, трактовке симптомов, методах диагностики и/или лечения.

«2» (неудовлетворительно):

- нарушена структура изложения материала, допущены ошибки в употреблении терминов. Значительные ошибки в анализе и изложении клинической ситуации. Письменное оформление работы требует поправок, коррекции;
- в истории болезни студент описывает фрагментарно результаты клинического обследования больного, без осмысления связей между разделами, допускает ошибки в трактовке клинической картины, диагностики и лечении пациента;
- содержание истории болезни отражает патологию курируемого больного, но при этом видна низкая степень осмысления и познания сути данной патологии;
- содержание история болезни не отражает патологии курируемого больного.

1.8.7. Критерии оценки владения практическими навыками

Оценка «Зачтено»:

- Обучающийся безошибочно выполняет демонстрацию и описание практического навыка, свободно ориентируется в практическом материале;
- При описании и демонстрации практических навыков допущены отдельные неточности;
- При недостаточно полном описании и демонстрации практических навыков, при наличии несущественных ошибок при описании и демонстрации практических навыков.

Оценка «Не зачтено»:

- Выставляется в случае отсутствия необходимых практических знаний по теме, практические навыки не выполнены.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины (зачёт)

Итоговый контроль знаний и умений студентов проходит в виде сессионного зачета в 12 семестре по трехступенчатой схеме.

- *Первым этапом* экзаменационной аттестации является определение уровня освоения практических навыков и умений, полученных студентом в ходе обучения на цикловых практических занятиях. Сюда включена оценка, полученная за написание *истории болезни* на пациента, курируемого студентом на практических занятиях в 12 семестре. 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:

Оценка «5» (отлично) – история болезни отражает умения студента собрать полноценный анамнез, выявить и изучить дополнительные жалобы пациента, не имеющие отношения к основному заболеванию, чтобы заподозрить сопутствующие заболевания или обосновать в дальнейшем их наличие. Правильно проводит объективное исследование пациента, включая специфические симптомы конкретного заболевания и тех заболеваний, с которыми предстоит проводить дифференциальную диагностику, умеет обнаружить при физикальном исследовании отклонения от нормы и в дальнейшем, при обосновании диагноза, использовать эти данные для формулирования диагноза в соответствии с имеющейся классификацией. Последовательно составляет план обследования и умеет обосновать назначения тех или иных методов лабораторной и инструментальной диагностики, расшифровывая при этом каждый диагностический тест, используя предполагаемые изменения для проведения дифференциальной диагностики. Назначает план лечения (в том числе и предоперационную подготовку и послеоперационное ведение), исходя из современных подходов к рациональной фармакотерапии, лучевому лечению и современных методов оперативного лечения, включая и малоинвазивные технологии, определяет профилактику заболевания и прогноз, в том числе и для трудоспособности, а также планирует диспансеризацию и реабилитацию. Придерживается правильной формы написания дневника курации с ежедневной коррекцией лечения и назначения дополнительных методов обследования при необходимости. Умеет формировать эпикриз с включением результатов обследования и лечения, рекомендаций по дальнейшему ведению. Использует для написания истории болезни не менее пяти источников литературы или электронных носителей информации, в том числе и монографии по конкретным заболеваниям, оформляет список литературы по требованиям ГОСТ.

Оценка «4» (хорошо) - студент 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 назначении плана лечения, недооценивает прогноз, недостаточно точно ориентируется в методах профилактики и постгоспитальной реабилитации пациента.

Оценка «3» (удовлетворительно) - студент 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, назначает план лечения с ошибками, которые после собеседования может исправить, плохо ориентируется в возможных вариантах хирургического лечения, не может определить прогноз и планировать реабилитацию и диспансеризацию пациента).

Оценка «2» (неудовлетворительно) - студент 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 прочее).

При повторном неудовлетворительном результате практический навык обследования онкологического больного считается не усвоенным. Студенту предлагается произвести курацию нового пациента и написание новой истории болезни.

- **Вторым этапом** зачета является тестовый контроль.

Примеры тестовых заданий (Указать один правильный ответ)

- **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

Пример решения заданий в тестовой форме 1-го уровня сложности:

- 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

Ответ: 1.

Критерии оценки:

Из всех тестовых заданий студентом даны правильные ответы на:

91-100% - оценка «5» (**отлично**),

81 -90% - оценка «4» (**хорошо**),

71-80% - оценка «3» (**удовлетворительно**),

70% и менее - оценка «2» (**неудовлетворительно**).

- **Третий этап** сессионного зачета – это решение двух ситуационных заданий, которые представлены как текстовая задача и рентгенограмма по пройденным нозологиям.

Задача №24

Больная В., 32 лет жалуется на одышку при работе в наклонном положении тела, кожный зуд, повышение температуры тела до 38,0С, 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. Асцит 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

1. В данном примере описан синдром верхней полой вены.
2. 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.

3. Участковый врач был обязан назначить ФЛГ легких в связи с наличием синдрома верхней полой вены.
4. Необходимо дифференцировать с лимфосаркомой, саркоидозом, органными опухолями средостения: тимомой, мезенхимомой, загрудинным зобом; неорганными опухолями.
5. 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.
6. 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.
7. 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:

Оценка «5» (отлично) ставится студенту, 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; студент 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.

Оценки «4» (хорошо) заслуживает студент, обнаруживший полное знание программного материала, но допускающий незначительные ошибки в классификации нозологических форм, постановке диагноза, плане дополнительной диагностики, которые легко исправляет после наводящих вопросов. Если студент, 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.

Оценки «3» (удовлетворительно) заслуживает студент, 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 неточно называет метод исследования, не знает методики его проведения, затрудняется в формулировании характерных рентгенологических признаков данной патологии, но правильно формулирует рентгенологическое заключение.

Оценка «2» (неудовлетворительно) выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы задачи множественные ошибки принципиального характера, при неправильно поставленном диагнозе, после собеседования на наводящие вопросы ответить не может. Не может интерпретировать рентгенограмму, 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**».

Студент, который на любом этапе зачета имеет неудовлетворительный результат, к сдаче следующего этапа не допускается и получает оценку «**НЕЗАЧТЕНО**». При пересдаче проводится опрос по незачтенным этапам до достижения положительного результата.

IV. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

1. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины:

а). Основная литература:

1. Давыдов М.И. Онкология. Учебник / М.И. Давыдов, Ш.Х. Ганцев. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 920 с.
2. Чиссов В.И. Онкология. Учебник / В.И. Чиссов, С.Л. Дарьялова. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 560 с.
3. Чиссов В.И. Клинические рекомендации. Онкология. / В.И. Чиссов, С.Л. Дарьялова. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 925 с.

Электронный ресурс:

1.Онкология [Электронный ресурс] / ред. С. Б. Петерсон. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425329.html>

2.Давыдов, М. И. Онкология [Электронный ресурс] : учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427194.html>

б). Дополнительная литература:

1. Онкология. Национальное руководство (+ CD-ROM) / Давыдов М.И., Чиссов В.И. - М: Геотар-Медиа, 2020 - 1142 с.

2. Вельшер, Леонид Зиновьевич. Клиническая онкология. Избранные лекции [Текст] : учебное пособие / Леонид Зиновьевич Вельшер, Борис Иванович Поляков, Сергей Борисович Петерсон. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 486 с.

3. Онкология [Текст] : учебник / ред. В. И. Чиссов, Софья Львовна Дарьялова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 559 с.

Электронный ресурс:

1.Вельшер, Л. З. Клиническая онкология. Избранные лекции [Электронный ресурс] / Л.З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428672.html>

2. Онкология [Электронный ресурс] : учебник / Г. Р. Абузарова [и др.] ; ред. В. И. Чиссов, С. Л. Дарьялова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412145.html>

2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

Профессиональные базы данных, информационные справочные системы и электронные образовательные ресурсы:

- Стандарты медицинской помощи:
<http://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>;
- Электронный справочник «Информио» для высших учебных заведений (www.informuo.ru);
- Университетская библиотека on-line (www.biblioclub.ru);
- Информационно-поисковая база Medline (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>);
- Сводный каталог Корбис (Тверь и партнеры) (<http://www.corbis.tverlib.ru>);
- Электронный библиотечный абонемент Центральной научной медицинской библиотеки Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова // <http://www.emll.ru/newlib/>;
- 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/>.

3. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

3.1. Перечень лицензионного программного обеспечения:

1. Microsoft Office 2013:

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

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

3. Программное обеспечение для тестирования обучающихся SUNRAV TestOffice-Pro.

3.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС):

1. Электронно-библиотечная система «Консультант студента» (www.studmedlib.ru);
2. Консультант врача. Электронная медицинская библиотека [Электронный ресурс]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. – Режим доступа: www.geotar.ru;

4. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины.

Методические указания для обучающихся размещены в ЭИОС университета.

V. Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине, приведено в приложении № 2.

VI. Научно-исследовательская работа студента

Научно-исследовательская работа студентов организована в рамках работы кружка СНО на кафедре онкологии и паллиативной медицины. Осуществляется поисковая работа студентов при изучении медицинских документов из архива, историй болезни пациентов, операционных журналов. Проводятся опросы и анкетирование пациентов. Практикуется реферативная работа и проведение научных исследований с последующим выступлением на итоговых научных студенческих конференциях в Твери и в других городах России, а так же публикацией в сборниках студенческих работ, региональных сборниках и Верхневолжском медицинском журнале. В весеннем семестре проводится итоговое открытое заседание научного кружка кафедры, которое проходит в виде занятия-конференции, студенты демонстрируют свои научные работы, доклады и стендовые сообщения, проводится дискуссия, открытое голосование за лучшие работы, выносимые затем на межвузовские заседания СНО.

VII. Сведения об обновлении рабочей программы дисциплины
Представлены в Приложении № 3.

Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
ОПК-4

Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

Примеры заданий в тестовой форме:

- **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
- **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

- КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ОПУХОЛЕЙ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ?
 - 1). семинома
 - 2). Астроцитомы +
 - 3). аденокарцинома
 - 4). Лейомиосаркома
 - 5). плоскоклеточный рак

*«+» - правильный ответ.

Критерии оценки:

Из всех тестовых заданий студентом даны правильные ответы на:

91-100% - оценка «5» (отлично),

81 -90% - оценка «4» (хорошо),

71-80% - оценка «3» (удовлетворительно),

70% и менее - оценка «2» (неудовлетворительно).

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Оценка практических навыков и умений (примеры):

- Определить клинические и диагностические критерии меланомы
- Определить клинические и диагностические критерии рака желудка
- Определить клинические и диагностические критерии рака молочной железы
- Определить объем клинического и лабораторного обследования пациента с жалобами на увеличение периферических лимфатических узлов
- Определить клинические и диагностические (в т.ч. лабораторные) критерии механической желтухи

Критерии оценки владения практическими навыками

Оценка «Зачтено»:

- Обучающийся безошибочно выполняет демонстрацию и описание практического навыка, свободно ориентируется в практическом материале;
- При описании и демонстрации практических навыков допущены отдельные неточности;
- При недостаточно полном описании и демонстрации практических навыков, при наличии несущественных ошибок при описании и демонстрации практических навыков.

Оценка «Не зачтено»:

- Выставляется в случае отсутствия необходимых практических знаний по теме, практические навыки не выполнены.

Решение ситуационных задач (пример): Задания к задаче: 1, 2, 4, 5.

Задача №24

Больная В., 32 лет жалуется на одышку при работе в наклонном положении тела, кожный зуд, повышение температуры тела до 38⁰С, 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. Асцит 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

1. В данном примере описан синдром верхней полый вены.
2. 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.
4. Необходимо дифференцировать с лимфосаркомой, саркоидозом, органными опухолями средостения: тимомой, мезенхимомой, загрудинным зобом; неорганными опухолями.
5. 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.

Критерии оценки:

Оценка «5» (отлично) ставится студенту, 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; студент 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.

Оценки «4» (хорошо) заслуживает студент, обнаруживший полное знание программного материала, но допускающий незначительные ошибки в классификации нозологических форм, постановке диагноза, плане дополнительной диагностики, которые легко исправляет после наводящих вопросов. Если студент, 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.

Оценки «3» (удовлетворительно) заслуживает студент, 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 неадек-

ватном объеме. При формулировании рентгенологического заключения неточно называет метод исследования, не знает методики его проведения, затрудняется в формулировании характерных рентгенологических признаков данной патологии, но правильно формулирует рентгенологическое заключение.

Оценка «2» (неудовлетворительно) выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы задачи множественные ошибки принципиального характера, при неправильно поставленном диагнозе, после собеседования на наводящие вопросы ответить не может. Не может интерпретировать рентгенограмму, дать заключение о предположительном диагнозе.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Студент выполняет защиту истории болезни по пациенту, курацию которого он осуществлял во время семинарских занятий. При этом оценивается его владение навыками публичной речи аргументации, ведения дискуссии и полемики, умение поставить и обосновать диагноз, назначить план дополнительного обследования пациента.

Критерии оценки истории болезни.

Оценка «5» (отлично) – история болезни отражает умения студента собрать полноценный анамнез, выявить и изучить дополнительные жалобы пациента, не имеющие отношения к основному заболеванию, чтобы заподозрить сопутствующие заболевания или обосновать в дальнейшем их наличие. Правильно проводит объективное исследование пациента, включая специфические симптомы конкретного заболевания и тех заболеваний, с которыми предстоит проводить дифференциальную диагностику, умеет обнаружить при физикальном исследовании отклонения от нормы и в дальнейшем, при обосновании диагноза, использовать эти данные для формулирования диагноза в соответствии с имеющейся классификацией. Последовательно составляет план обследования и умеет обосновать назначения тех или иных методов лабораторной и инструментальной диагностики, расшифровывая при этом каждый диагностический тест, используя предполагаемые изменения для проведения дифференциальной диагностики. Назначает план лечения (в том числе и предоперационную подготовку и послеоперационное ведение), исходя из современных подходов к рациональной фармакотерапии, лучевому лечению и современных методов оперативного лечения, включая и малоинвазивные технологии, определяет профилактику заболевания и прогноз, в том числе и для трудоспособности, а также планирует диспансеризацию и реабилитацию. Придерживается правильной формы написания дневника курации с ежедневной коррекцией лечения и назначения дополнительных методов обследования при необходимости. Умеет формировать эпикриз с включением результатов обследования и лечения, рекомендаций по дальнейшему ведению. Использует для написания истории болезни не менее пяти источников литературы или электронных носителей информации, в том числе и монографии по конкретным заболеваниям, оформляет список литературы по требованиям ГОСТ.

Оценка «4» (хорошо) - студент 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 назначении плана лечения, недооценивает прогноз, недостаточно точно ориентируется в методах профилактики и постгоспитальной реабилитации пациента.

Оценка «3» (удовлетворительно) - студент 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, назначает план лечения с ошибками, которые после собеседования может исправить, плохо ориентируется в возможных вариантах хирургического лечения, не может определить прогноз и планировать реабилитацию и диспансеризацию пациента).

Оценка «2» (неудовлетворительно) - студент 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 прочее).

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины
ОПК-7**

Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

- **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

- **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 студентом даны правильные ответы на:

91-100% - оценка «5» (отлично),

81 -90% - оценка «4» (хорошо),

71-80% - оценка «3» (удовлетворительно),

70% и менее - оценка «2» (неудовлетворительно).

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Оценка практических навыков и умений (примеры):

- Тактика ведения больных при выявлении меланомы кожи
- Определить меры первичной индивидуальной профилактики рака легких
- Тактика ведения больных при выявлении папиллярного рака щитовидной железы
- Определить варианты химиотерапевтического лечения при выявлении лимфомы Ходжкина

Критерии оценки владения практическими навыками

Оценка «Зачтено»:

- Обучающийся безошибочно выполняет демонстрацию и описание практического навыка, свободно ориентируется в практическом материале;
- При описании и демонстрации практических навыков допущены отдельные неточности;
- При недостаточно полном описании и демонстрации практических навыков, при наличии несущественных ошибок при описании и демонстрации практических навыков.

Оценка «Не зачтено»:

- Выставляется в случае отсутствия необходимых практических знаний по теме, практические навыки не выполнены.

Решение ситуационных задач (пример): Задания к задаче: 3, 6, 7.

Задача №24

Больная В., 32 лет жалуется на одышку при работе в наклонном положении тела, кожный зуд, повышение температуры тела до 38⁰С, 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

3. Участковый врач был обязан назначить ФЛГ легких в связи с наличием синдрома верхней полой вены.
6. 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 СВРР или СОРР.
7. 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:

Оценка «5» (отлично) ставится студенту, 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; студент 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.

Оценки «4» (хорошо) заслуживает студент, обнаруживший полное знание программного материала, но допускающий незначительные ошибки в классификации нозологических форм, постановке диагноза, плане дополнительной диагностики, которые легко исправляет после наводящих вопросов. Если студент, 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.

Оценки «3» (удовлетворительно) заслуживает студент, 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 дополни-

тельной диагностики, определяет правильные направления лечения, но назначает их в неадекватном объеме. При формулировании рентгенологического заключения неточно называет метод исследования, не знает методики его проведения, затрудняется в формулировании характерных рентгенологических признаков данной патологии, но правильно формулирует рентгенологическое заключение.

Оценка «2» (неудовлетворительно) выставляется студенту, допустившему при ответе на вопросы задачи множественные ошибки принципиального характера, при неправильно поставленном диагнозе, после собеседования на наводящие вопросы ответить не может. Не может интерпретировать рентгенограмму, дать заключение о предположительном диагнозе.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Студент выполняет защиту истории болезни по пациенту, курацию которого он осуществлял во время семинарских занятий. При этом оценивается его владение навыками публичной речи, аргументации, ведения дискуссии и полемики, умение интерпретировать данные дополнительных методов исследования, умение определять тактику лечения конкретного заболевания, владение навыками проведения первичной, вторичной профилактики онкологических заболеваний.

Критерии оценки истории болезни.

Оценка «5» (отлично) – история болезни отражает умения студента собрать полноценный анамнез, выявить и изучить дополнительные жалобы пациента, не имеющие отношения к основному заболеванию, чтобы заподозрить сопутствующие заболевания или обосновать в дальнейшем их наличие. Правильно проводит объективное исследование пациента, включая специфические симптомы конкретного заболевания и тех заболеваний, с которыми предстоит проводить дифференциальную диагностику, умеет обнаружить при физикальном исследовании отклонения от нормы и в дальнейшем, при обосновании диагноза, использовать эти данные для формулирования диагноза в соответствии с имеющейся классификацией. Последовательно составляет план обследования и умеет обосновать назначения тех или иных методов лабораторной и инструментальной диагностики, расшифровывая при этом каждый диагностический тест, используя предполагаемые изменения для проведения дифференциальной диагностики. Назначает план лечения (в том числе и предоперационную подготовку и послеоперационное ведение), исходя из современных подходов к рациональной фармакотерапии, лучевому лечению и современных методов оперативного лечения, включая и малоинвазивные технологии, определяет профилактику заболевания и прогноз, в том числе и для трудоспособности, а также планирует диспансеризацию и реабилитацию. Придерживается правильной формы написания дневника курации с ежедневной коррекцией лечения и назначения дополнительных методов обследования при необходимости. Умеет формировать эпикриз с включением результатов обследования и лечения, рекомендаций по дальнейшему ведению. Использует для написания истории болезни не менее пяти источников литературы или электронных носителей информации, в том числе и монографии по конкретным заболеваниям, оформляет список литературы по требованиям ГОСТ.

Оценка «4» (хорошо) - студент 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 назначении плана лечения, недооценивает прогноз, недостаточно точно ориентируется в методах профилактики и постгоспитальной реабилитации пациента.

Оценка «3» (удовлетворительно) - студент 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, назначает план лечения с ошибками, которые после собеседования может исправить, плохо ориентируется в возможных вариантах хирургического лечения, не может определить прогноз и планировать реабилитацию и диспансеризацию пациента).

Оценка «2» (неудовлетворительно) - студент 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 прочее).

Справка

о материально-техническом обеспечении рабочей программы дисциплины
Онкология, лучевая терапия

(название дисциплины, модуля, практики)

| № п\п | Наименование специальных* помещений и помещений для самостоятельной работы | Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы |
|--------------|---|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

*Специальные помещения - учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, курсового проектирования (выполнения курсовых работ), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы.

**Лист регистрации изменений и дополнений на 2024-2025 учебный год
в рабочую программу дисциплины (модуля, практики)**

Онкология, лучевая терапия

(название дисциплины, модуля, практики)

для обучающихся 5 курса,

специальность: лечебное дело

форма обучения: очная

Изменения и дополнения в рабочую программу дисциплины рассмотрены на

заседании кафедры « _____ » _____ 202__ г. (протокол № _____)

Зав. кафедрой _____ (ФИО)

подпись

Содержание изменений и дополнений

| № п/п | Раздел, пункт, номер страницы, абзац | Старый текст | Новый текст | Комментарий |
|-------|--------------------------------------|--------------|-------------|-------------|
| | | | | |
| | | | | |