



Онкология

Рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплен за кафедрой	Хирургических болезней	
Учебный план	о310837-КлинФарм-21-1.plx	
Квалификация	Врач-клинический фармаколог	
Форма обучения	Очная	
Общая трудоемкость	2 ЗЕТ	
Часов по учебному плану	72	Виды контроля в семестрах: зачеты 1
в том числе:		
аудиторные занятия	40	
самостоятельная работа	32	

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>. <Семестр на Неделя	1 (1.1)		Итого	
	уп	рп	уп	рп
Вид занятий				
Лекции	4	4	4	4
Практические	28	28	28	28
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная работа	32	32	32	32
Сам. работа	40	40	40	40
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней, Парсидани Арарат Микичевич



Рабочая программа дисциплины

Онкология

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.57
ОНКОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации), (приказ Минобрнауки России от 2014.08.25г.
№1100)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Онкология

утвержденного учёным советом вуза от «17» июня 2021 г., протокол № 6

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Хирургических болезней

Протокол от 18.05 2021 г. № 12

Срок действия программы: 2021-2022 уч.г

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Дарвин В.В.



Утверждена на УМС МИ от 21.05.2021г., Протокол №7

Председатель УМС к.м.н., старший преподаватель Лопатская Ж.Н.



1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Совершенствование знаний об этиопатогенезе, маркерах и ранних клинических проявлениях онкологических заболеваний, позволяющих своевременно заподозрить онкологическую патологию, провести диагностические и профилактические мероприятия, направить пациента для оказания квалифицированной онкологической помощи.
-----	--

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.02
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Дисциплины, изученные в период получения высшего образования по специальности "Лечебное дело", "Педиатрия";
2.1.2	Инфекционные болезни и туберкулез
2.1.3	Хирургия
2.1.4	Профессиональные болезни
2.1.5	Клиническая фармакология
2.1.6	Профессиональный болезни
2.1.7	Заболевания уха, горла и носа
2.1.8	Физиотерапия (адаптационная программа)
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Онкология

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

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

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

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

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	- общие вопросы организации онкогематологической помощи в стране; работу больнично-поликлинических учреждений, организацию работы скорой и неотложной помощи взросло-му и детскому населению;
3.1.2	- взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;
3.1.3	- этиологию опухолей, морфологические проявления предопухолевых процессов, морфологическая классификация опухолей, механизмы канцерогенеза на уровне клетки, органа, организма;
3.1.4	- основные разновидности доброкачественных и злокачественных опухолей различной локализации, их клиническую симптоматику, диагностику, принципы лечения и профилактики;
3.1.5	- важнейшие разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническую симптоматику и способы диагностики;
3.1.6	-физиологию и патологию системы гемостаза, коррекцию нарушений свертывающей системы крови, показания и противопоказания к переливанию крови и её компонентов;
3.1.7	- общие и специальные методы исследования в основных разделах онкологии;
3.1.8	- основы применения методов лучевой диагностики в онкогематологии; различные способы гистологического и цитологического исследования в онкологии;
3.1.9	- основные принципы асептики и антисептики в онкогематологии;
3.1.10	-основы иммунологии и генетики в онкогематологии;
3.1.11	-принципы, приемы и методы обезболивания в онкологии, основы интенсивной терапии и реанимации;
3.1.12	-основы инфузионной терапии в онкогематологии, характеристика препаратов крови и крове-заменителей;
3.1.13	- основы фармакотерапии в онкогематологии;

3.1.14	- принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, методы реабилитации;
3.1.15	- основы патогенетического подхода при лечении в онкогематологии;
3.1.16	- основы физиотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
3.1.17	- основы рационального питания и принципы диетотерапии в онкологической клинике;
3.1.18	- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в онкологии и смежных областях;
3.1.19	- основы организации и проведения диспансеризации в онкологии;

3.1.20	- особенности санэпидрежима в онкологических отделениях общего и специального профиля, в операционном блоке и диагностических кабинетах;
3.1.21	-оборудование и оснащение операционных и палат интенсивной терапии, техника безопасности при работе с аппаратурой, хирургический инструментарий, применяемый при открытых, эндоскопических и транскутанных оперативных вмешательствах;
3.1.22	- основы юридического права в онкологии.
3.2	Уметь:
3.2.1	- получить информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания;
3.2.2	- оценить тяжесть состояния больного, принять необходимые меры для выведения больного из такого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую срочную помощь;
3.2.3	- определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные;
3.2.4	- определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента;
3.2.5	- провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, план и тактику ведения больного;
3.2.6	- разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции;
3.2.7	-определить степень нарушения гомеостаза и выполнить все мероприятия по его нормализации;
3.2.8	- назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
3.2.9	- определить группу крови и выполнить внутривенное или внутриартериальное переливание крови, реинфузию; выявить возможные трансфузионные осложнения и провести необходимые лечебно-профилактические мероприятия;
3.2.10	-оценить критерии выбора адекватного метода обезболивания;
3.2.11	-определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой нетрудоспособности, перевод на другую работу;
3.2.12	- провести необходимые противоэпидемические мероприятия при выявлении инфекционного больного;
3.2.13	- провести диспансеризацию здоровых и больных, уметь анализировать результаты;
3.2.14	- вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями;
3.2.15	- проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность;
3.2.16	- проводить работу, направленную на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии
3.2.17	-оптимизировать работу онкологической службы со структурами, занимающимися оказанием медицинской помощи при различных заболеваниях в общей лечебной сети (терапевтами, гастроэнтерологами, проктологами, урологами, педиатрами, отоларингологами, стоматологами, эндокринологами, окулистами, хирургами и др.).
3.2.18	-проводить анализ основных показателей деятельности лечебно-профилактического учреждения;
3.2.19	- проводить санитарно-просветительную работу.
3.3	Владеть:
3.3.1	методом статистического анализа;
3.3.2	- методом проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания;
3.3.3	- методом проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно- диагностической работы;
3.3.4	- техникой пункционной и эксцизионной биопсии, маркировки и доставки биопсийного и операционного материала;
3.3.5	- оформлением документации для морфологического исследования.

3.3.6	- методами операционной диагностики (биопсии опухоли)
3.3.7	- основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией ВОЗ
3.3.8	- техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях;
3.3.9	- техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование ин-фузомата);
3.3.10	- методами обезболивания у онкологических больных;
3.3.11	- методиками нутритивной терапии и зондового питания.

3.3.12	- перефундировать (навыками методиками владеть методикой) работу, направленную на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии
3.3.13	- методикой проведения санитарно-просветительной работы
3.3.14	- оптимизировать работу онкологической службы со структурами, занимающимися оказанием медицинской помощи при различных заболеваниях в общей лечебной сети (терапевтами, га-строэнтерологами, проктологами, урологами, педиатрами, отоларингологами, стоматологами, эндокринологами, окулистами, хирургами и др.).
3.3.15	- методикой проведения анализа основных показателей деятельности лечебно-профилактического учреждения;
3.3.16	- методикой проведения диспансеризации здоровых и больных, уметь анализировать результаты;
3.3.17	- техникой ведения медицинской документации, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями;
3.3.18	- методикой проведения диспансеризации, оценивать её эффективность;

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте-ракт.	Примечание
	Раздел 1. Общая характеристика онкологической заболеваемости. Организация онкологической помощи населению РФ.			ПК-5, ПК-6, ПК-8			
1.1	Общая характеристика онкологической заболеваемости./Лек/	1	2	ПК-5, ПК-6, ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2	0	
1.2	Организация онкологической помощи населению РФ./Пр/	1	6	ПК-5, ПК-6, ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2	0	Тестирование, Фронтальный опрос.
1.3	Общая характеристика онкологической заболеваемости /Ср/	1	8	ПК-5, ПК-6, ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Э1 Э2	0	реферат
	Раздел 2.Методы диагностики в клинической онкологии.						
2.1	Клиническая диагностика опухолей. Лабораторные критерии диагностики опухолей. Общие принципы лечения /Лек/	1	2	ПК-5, ПК-6, ПК-8	Л1.2 Л2.2 Л1.3 Л2.1 Л1.4 Э3 Э4	0	
2.2	Лабораторные критерии диагностики опухолей. /Пр/	1	6	ПК-5, ПК-6, ПК-8	Л1.2 Л2.2 Л1.3 Л2.1 Л1.4 Э3 Э4	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи.
2.3	Лабораторные критерии диагностики опухолей. /Ср/	1	8	ПК-5, ПК-6, ПК-8	Л1.2 Л2.2 Л1.3 Л2.1 Л1.4 Э3 Э4	0	реферат
	Раздел 3. Принципы лечения и профилактики онкологических заболеваний.						

3.1	Принципы лечения онкологических заболеваний /Лек/	1	2	ПК-5, ПК-6, ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л1.5 Э3 Э4	0	
3.2	Профилактика онкологических заболеваний./Пр/	1	6	ПК-5, ПК-6, ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л1.5 Э3 Э4	0	Тестирование, Фронтальный опрос ситуационные задачи
3.3	Принципы лечения и профилактики онкологических заболеваний./Ср/	1	8	ПК-5, ПК-6, ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л2.1 Л1.5 Э3 Э4	0	реферат
Раздел 4. Лекарственная терапия в онкологии							
4.1	Химиотерапия. /Лек/	1	2				
4.2	Гормональная терапия, иммунотерапия./Пр/	1	6				Тестирование, Фронтальный опрос ситуационные задачи
4.3	Таргетная терапия./Ср/	1	8				реферат
Раздел 5.							
5.1	Контрольная работа	1	4	ПК-5, ПК-6, ПК-8	Л1.2 Л2.2 Л1.3 Л2.1 Л1.4 Э3 Э4	0	Презентация клинического случая
5.2	Зачет	1	4	ПК-5, ПК-6, ПК-8	Л1.2 Л2.2 Л1.3 Л2.1 Л1.4 Э3 Э4	0	Тестирование Фронтальный опрос решение ситуационных задач.

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Представлены в приложении 1

5.2. Темы письменных работ

Представлены в приложении 1

5.3. Фонд оценочных средств

Представлены в приложении 1

5.4. Перечень видов оценочных средств

Текущий контроль - ситуационные задачи, фронтальный опрос, рефераты, тестовый контроль, Презентация истории болезни (контрольная работа)
Промежуточный контроль - устный опрос на зачете, решение ситуационных задач.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Черенков В. Г.	Клиническая онкология: учебное пособие для системы последиplomного образования врачей	М.: ВУНМЦ Росздрава, 2005	3

Л1.2	Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Петерсон С.Б.	Клиническая онкология. Избранные лекции: Гриф УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России.	Moscow: ГЭОТАР-Медиа, 2014, http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428672.html	2
Л1.3	Степень Т. П., Лелевич С. В.	Клиническая лабораторная гематология: учебник	Санкт-Петербург: Лань, 2018, https://e.lanbook.com/book/107961	0
Л1.4	Новикова И. А.	Клиническая и лабораторная гематология	Минск: Издательство "Вышэйшая школа", 2013, http://znanium.com/go.php?id=508896	2
Л1.5	Давыдов, Ганцев Ш. Х.	Онкология: учебник для студентов, обучающихся в учреждениях высшего профессионального образования по специальностям 060101.65 "Лечебное дело", 060104.65 "Медико-профилактическое дело" и 060103.65 "Педиатрия" по дисциплине "Онкология"	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010	10

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Льюис С. М., Бэйн Б., Бэйтс И.	Практическая и лабораторная гематология	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009	5
Л2.2	Л.З. Вельшер ; Б.И. Поляков ; С.Б. Петерсон	Клиническая онкология.: Избранные лекции	ГЭОТАР-Медиа, 2014, http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428672.html	0

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Консультант Студента. Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/
Э2	Научная электронная библиотека. Режим доступа: https://elibrary.ru/defaultx.asp?
Э3	Российская национальная библиография – http://biblio.ebiblioteka.ru/
Э4	Медицинская поисковая система для специалистов и пациен-тов- http://www.medinfo.ru

6.3.1 Перечень программного обеспечения

Операционные системы Microsoft

6.3.2 Перечень информационных справочных систем

<http://www.garant.ru> информационно-правовой портал Гарант.ру

<http://www.consultant.ru> справочно-правовая система Консультант плюс

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

- 7.1 **Учебная аудитория для проведения занятий лекционного, практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации № УК-52/57 на базе БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», оснащена:** комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска.
Технические средства обучения для представления учебной информации: комплект (переносной) мультимедийного оборудования — ноутбук, проектор, проекционный экран.
Количество посадочных мест - 10
Используемое программное обеспечение: Microsoft Windows, пакет прикладных программ Microsoft Office. Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.
Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами на базе **БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница»,** оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации, гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой оптикой), колоноскоп (педиатрический), фибробронхоскоп (педиатрический), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, видеодуоденоскоп, видеогастроскоп, эндоскопический отсасыватель, энтероскоп, низкоэнергетическая лазерная установка, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, видеогастроскоп операционный, видеогастроскоп педиатрический, видеоколоноскоп операционный, видеоколоноскоп педиатрический, видеоколоноскоп диагностический, аргоно-плазменный коагулятор, электрохирургический блок, набор для эндоскопической резекции слизистой, баллонный дилататор) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры; компьютерной техникой с возможностью подключения к сети
- 7.2 **Аудитории симуляционно-тренингового аккредитационного центра № 1 Б, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами:**
телементор, синтомед, ANATOMAGE 4. Интерактивный комплекс – 3D
Патанатомия, advanced Venerpuncture Arm, Limbs&Things Ltd, тренажер для проведения инъекций, тренажер для отработки проведения пункции и дренажа грудной клетки, тренажер измерения АД, BT-CEAB2, BTIncSeoulbranch, UN/DGN-VAult, Honglian. Z990, Honglian. тонометр, фонендоскоп, пульсоксиметр, негатоскоп, SAMII, Excellus Technologies, аускультативный манекен, PAT, Excellus Technologies, Аускультативный манекен Система аускультации у постели больного SimulScope, тренажер абдоминального пациента, Limbs&Things, клинический тренажер для обследования мужского таза Limbs&Things, NursingBaby, тренажер для обучения навыкам ухода и лечения ряда пациентов стационарного отделения для новорожденных NursingKid, тренажер для отработки навыков по уходу и лечению ряда стационарных пациентов детского возраста, усовершенствованный бедфордский манекен женский/мужской Adam, Rouilly, тренажер катетеризации мочевого пузыря Limbs&Things Ltd, симулятор для отработки навыков зондового кормления, KokenCo, SimBaby, Laerdal, манекен новорожденного ребенка для отработки навыков реанимации новорожденных, ResusciBaby, Laerdal, тренажер для обучения технике СЛР и спасения детей, манекен удушья ребенка Adam, Rouilly, манекен удушья взрослого Adam, Rouilly, BT-CPEA, BTIncSeoulbranch, SaveManAdvance, KokenCo, Ltd, тренажер Труман-Травма, симулятор сердечно-легочной реанимации (СЛР) SHERPA, компьютерный робот-симулятор Аполлон, CAE Healthcare, компьютерный робот-симулятор СимМэн 3G, макет автомобиля скорой медицинской помощи, ПО "Зарница", манекен-тренажер 15 отведений ЭКГ, Nasco/Simmlaids. Набор накладных муляжей для имитации ран и кровотечений Nasco/Simmlaids, фантом-симулятор люмбальной пункции, Kyoto Kagaku Co, Ltd, педиатрический манекен-имитатор для обучения люмбальной пункции. LT00310. LM-027, тренажер для постановки клизмы. Перевязочные средства, медицинская мебель, расходные материалы - в количестве достаточном для освоения умений и навыков, предусмотренных профессиональной деятельностью, индивидуально. Библиотека результатов лабораторных и инструментальных исследований: Роли для стандартизированных пациентов. Библиотека ситуационных задач. Библиотека клинических сценариев. Библиотека оценочных листов.

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Сургутский государственный университет»**

**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Приложение к рабочей программе по дисциплине**

ОНКОЛОГИЯ

Специальность:

31.08.37 Клиническая фармакология

Уровень подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры

Квалификация:

Врач –клинический фармаколог

Форма обучения:

очная

Фонды оценочных средств утверждены на заседании кафедры хирургических болезней
« 19 » 05 20 21 года, протокол № 12

Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор Дарвин В.В.



Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Компетенция ПК-5

готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> - Алгоритм постановки диагноза и на основании полученных данных выработать индивидуальный план лечения больного; - Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации; - Знание принципов врачебной этики и деонтологии; - Основы диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологические, цитологические, лучевые, иммунологические); - Оборудование и оснащение операционных и палат интенсивной терапии, - Вопросы статистики в работе онколога; - Правила санитарно-эпидемиологического режима; 	<ul style="list-style-type: none"> - Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющих у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения; - Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных); Осуществлять мероприятия по реабилитации больных; Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях; Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клиничко-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы; Осуществлять меры по комплексной реабилитации больного; 	<ul style="list-style-type: none"> техникой пункционной и эксцизионной биопсии, маркировки и доставки биопсийного и операционного материала; - оформлением документации для морфологического исследования.

Компетенция ПК-6

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> - Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям; - Проведение динамического наблюдения за больными и 	<ul style="list-style-type: none"> - Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания; 	<ul style="list-style-type: none"> - методами операционной диагностики (биопсии опухоли) - основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией ВОЗ

<p>необходимого обследования и лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Консультация и госпитализация больных в установленном порядке; - Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики; - Алгоритм постановки диагноза и на основании полученных данных выработать индивидуальный план лечения больного, определить основные прогностические перспективы; - Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с инструкцией «О порядке выдачи больничных листов» и направление на МСЭК; - Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации; - Основы диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологические, цитологические, лучевые, иммунологические); - Оборудование и оснащение операционных и палат интенсивной терапии, технику безопасности при работе с аппаратурой; хирургический инструментарий, применяемый при различных хирургических операциях; 	<ul style="list-style-type: none"> - Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере; - Собрать жалобы и анамнез; - Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющих у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения; - Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария; - Оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения больных из этого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия; - Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных); - Определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия; - Организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на онкологию; - Определять нетрудоспособность больного: временную, стойкую; направлять на экспертизу по 	<ul style="list-style-type: none"> - техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях; - техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата); - методами обезболивания у онкологических больных; - методиками нутритивной терапии и зондового питания.
--	---	--

	временной или стойкой нетрудоспособности;	
--	---	--

Компетенция ПК-8

готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> - Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям; - Проведение динамического наблюдения за больными и необходимого обследования и лечения; - Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики; - Алгоритм постановки диагноза и на основании полученных данных выработать индивидуальный план лечения больного, определить основные прогностические перспективы; - Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации; - Осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии; - Знание принципов врачебной этики и деонтологии; - Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний; - Основы канцерогенеза; - Основы диагностики онкологических заболеваний 	<ul style="list-style-type: none"> - Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания; - Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере; - Собрать жалобы и анамнез; - Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющих у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения; - Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных); - Определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия; - Определять нетрудоспособность больного: временную, стойкую; направлять на экспертизу по временной или стойкой нетрудоспособности; <p>Осуществлять мероприятия по реабилитации больных;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях; - техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата); - методами обезболивания у онкологических больных; - методиками нутритивной терапии и зондового питания.

<p>(клинические, морфологические, цитологические, лучевые, иммунологические);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Основы хирургического, лекарственного, гормонального и иммунологического лечения онкологических больных; - Эпидемиологию онкологических заболеваний; - Оборудование и оснащение операционных и палат интенсивной терапии, технику безопасности при работе с аппаратурой; хирургический инструментарий, применяемый при различных хирургических операциях; - Задачи онкологической пропаганды и методы санитарного просвещения; статистические отчетные формы; - Правила санитарно-эпидемиологического режима; 	<p>Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях;</p> <p>Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клиничко-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы;</p> <p>Осуществлять меры по комплексной реабилитации больного.</p>	
---	--	--

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

***Раздел 1. Общая характеристика онкологической заболеваемости.
Организация онкологической помощи населению РФ.***

1.2. Фронтальный опрос (перечень вопросов)

1. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей. Динамика и структура заболеваемости. Возрастно-половые особенности.
2. Особенности организации онкологической службы в России.
3. Роль врача общей лечебной сети в профилактике и ранней диагностике злокачественных опухолей. Деонтология в онкологии.
4. Принципы ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей.
5. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактики рака.
6. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска.

Роль скрининговых исследований.

7. Значение эндоскопических, цитологических, рентгенологических и иммунологических методов исследования в онкологии.

8. Роль морфологических методов исследования в онкологии. Способы взятия материала для цитологического и гистологического исследований.

9. Факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей. Первичная профилактика рака.

10. Роль экзогенных (химические и физические агенты, онковирусы) и эндогенных факторов в возникновении опухолей человека.

1.2. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача№1

К гинекологу на контрольное обследование пришла женщина 52 лет без специфических жалоб. При гинекологическом осмотре врач не обнаружил какой-либо выраженной патологии.

Вопросы

- Какие манипуляции с данной пациенткой должен произвести врач?
- На какие дополнительные исследования он должен её направить?

Ответы:

- Необходимо взять мазки с поверхности шейки матки и из цервикального канала и направить их на цитологическое исследование; необходимо произвести осмотр молочных желёз и регионарных лимфатических узлов.
- В случае отсутствия признаков поражения молочных желёз пациентку необходимо направить на скрининговую маммографию. В случае обнаружения признаков патологии в молочных железах пациентка должна быть направлена к маммологу либо к онкологу.

Задача№2

К хирургу обратилась женщина 47 лет с жалобами на увеличение подмышечных лимфатических узлов справа. При осмотре в правой аксиллярной области обнаружены единичные плотные лимфатические узлы с ограниченной подвижностью, размером до 1-1,5 см, не спаянные между собой. При физикальном осмотре узловых образований в молочных железах не определяются. Соски, ареолы не изменены. Другие группы регионарных лимфатических узлов не увеличены. Признаков воспаления в правой молочной железе не выявлено. Пациентка направлена на маммографическое исследование, при котором в обеих молочных железах обнаружена картина умеренно выраженной двусторонней фиброзно-кистозной мастопатии. Узловые образования в ткани молочных желёз не обнаружены. Пациентке было рекомендовано контрольное обследование через 3 месяца.

Вопросы

- Правильная ли тактика выбрана хирургом?
- Какие дополнительные исследования вы порекомендуете?
- Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением аксиллярных лимфатических узлов?

Ответы:

- Тактика неверна.
- Необходимо провести дополнительные исследования.

А. УЗИ регионарных лимфатических узлов.

Б. Осмотр кожи правой верхней конечности, груди, живота, спины (для исключения меланомы кожи, рака кожи).

В. Рентгенографию органов грудной клетки для исключения рака легких.

Г. Пункцию пораженных лимфатических узлов с последующим цитологическим исследованием пунктата.

Д. В случае неинформативности пункции — биопсию пораженных лимфатических узлов с гистологическим исследованием полученного материала.

- Поражением аксиллярных лимфатических узлов могут проявляться следующие заболевания: РМЖ; неэпителиальные опухоли молочной железы; меланома кожи передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; плоскоклеточный рак кожи передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; лимфопролиферативные заболевания; рак лёгких; опухоли мягких тканей передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности.

Задача №3

На профосмотре у больного обнаружен рак нижней губы, I стадия.

Заполните соответствующие документы, определите клиническую группу.

Ответ: Заполняются: журнал профосмотра, «Извещение». Клиническая группа II.

Задача №4

При приёме в поликлинике у больного заподозрен рак желудка.

К какой клинической группе Вы его отнесёте? Какова Ваша тактика?

Ответ: Клиническая группа Ia, больного направляют на рентгеноскопию для уточнения диагноза.

Задача №5

На вскрытии у больного, погибшего от инфаркта миокарда, обнаружен рак желудка, II стадия.

Какую учётную форму следует заполнить?

Ответ: Заполняется «Извещение» с подчёркиванием графы «Учтён посмертно».

Задача №6

При фиброскопии у больного обнаружена каллезная язва желудка.

К какой клинической группе Вы его отнесёте? Какая учётная форма заполняется и кто осуществляет диспансерное наблюдение за больным?

Ответ: Клиническая группа Ib, заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения», форма №30. Диспансеризацию осуществляет хирург по месту жительства.

Задача№7

На осмотре выявлен больной с жалобами на постоянные боли в подложечной области, потерю аппетита, быстро нарастающее похудание и слабость. При рентгеноскопии обнаружен обширный рак тела желудка. Слева в прескаленной области пальпируется безболезненный плотный несмещаемый бугристый узел.

Поставьте стадию заболевания, клиническую группу. Какие учётные формы следует заполнить? Какое организационное мероприятие проводится?

Ответ: Рак желудка IV стадии. Клиническая группа IV. Заполняют «Извещение» и «Протокол» с направлением этих документов в онкологический диспансер. Обсуждают причину запущенности на врачебной конференции.

Задача№8

В хирургическом отделении районной больницы на операции выявлен рак желудка. Произведена субтотальная резекция.

Какие онкологические документы заполняются на больного? К какой клинической группе он относится?

Ответ: Заполняют «Извещение», «Выписку», «Контрольную карту диспансерного наблюдения». Клиническая группа III.

Задача№9

Больная находилась на диспансерном наблюдении по поводу радикально излеченного рака молочной железы. Через 3 года у неё наступила диссеминация.

Какая клиническая группа была и стала у больной? Следует ли заполнить «Протокол»?

Ответ: У больного была III клиническая группа. В связи с диссеминацией рака она переводится в IV клиническую группу. «Протокол» не заполняется.

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 2. Методы диагностики в клинической онкологии.

2.1. Тестовые задания

001. Хронический лейкоз диагностируется при наличии следующих изменений миелограммы

А) увеличение бластных клеток

Б) увеличение промежуточных и зрелых клеток одного ряда костного мозга (в соответствии с вариантом лейкоза)

В) уменьшения эритроцитарного роста

Г) наличие изменений, приведенных в А, Б

Д) наличия всех изменений

002. Хронический лейкоз диагностируется при наличии следующих изменений гемограммы

А) наличия бластных клеток

Б) увеличения промежуточных и зрелых клеток (в соответствии с вариантом лейкоза)

В) увеличения количества лейкоцитов

Г) снижения уровня тромбоцитов

Д) правильные ответы Б и В

003. Острый лейкоз встречается в возрасте

А) до 15 лет

Б) от 16 до 25 лет

В) от 26 до 40 лет

Г) старше 40 лет

Д) в любом возрасте

004. Хронический миелолейкоз встречается в возрасте

А) до 15 лет

Б) от 16 до 25 лет

В) от 26 до 40 лет

Г) старше 40 лет

Д) в любом возрасте

005. Хронический лимфолейкоз чаще встречается в возрасте

А) до 15 лет

Б) от 16 до 25 лет

В) от 26 до 40 лет

Г) старше 40 лет

006. Четкий цитогенетический маркер (филадельфийская хромосома) наблюдается

А) при остром лимфобластном лейкозе

Б) при остром миелобластном лейкозе

В) при хроническом лимфолейкозе

Г) при хроническом миелолейкозе

007. Течение хронического лимфолейкоза осложняется развитием

А) аутоиммунных процессов (гемолитическая анемия)

Б) инфекционных осложнений

В) опоясывающего лишая

Г) всех перечисленных осложнений

Д) только А и Б

008. Для клинической картины хронической фазы хронического миелолейкоза наиболее характерно

А) увеличение размеров селезенки

Б) увеличение периферических лимфатических узлов

В) повышение температуры тела

Г) наличие всех проявлений

Д) только А и Б

009. Наиболее частой причиной летального исхода при остром лейкозе является

А) прогрессирование лейкоза

Б) инфекционные осложнения

В) гемолитические осложнения

Г) все приведенные причины

Д) только Б и В

010. Наиболее частой причиной летального исхода при хроническом лимфолейкозе являются

А) прогрессирование лейкоза

Б) инфекционные осложнения

В) сопутствующие заболевания

Г) все приведенные причины

Д) верно А и Б

011. Наиболее частой причиной летального исхода при хроническом миелолейкозе являются

- А) прогрессирование лейкоза – развитие бластного криза
- Б) инфекционные осложнения
- В) аутоимунные нарушения
- Г) все приведенные причины
- Д) верно Б и В

012. Клиническая картина острого лимфобластного лейкоза у детей отличается от таковой у взрослых

- А) более частым вовлечением в процесс лимфоидных органов (лимфатических узлов, селезенки)
- Б) более выраженной гипертермией
- В) более выраженным угнетением красного и тромбоцитарного роста
- Г) всеми приведенными данными
- Д) только А и Б

013. Специфическое поражение оболочек мозга (нейролейкيميا) наиболее часто наблюдается

- А) при остром лимфобластном лейкозе
- Б) при остром миелобластном лейкозе
- В) при хроническом миелолейкозе
- Г) при хроническом лимфолейкозе

014. Диагноз нейролейкемии может быть поставлен на основании исследования данных

- А) миелограммы
- Б) люмбальной пункции
- В) компьютерного исследования головного мозга
- Г) всех приведенных видов исследования
- Д) только А и Б

015. при нейролейкемии диагноз основывается на обнаружении следующих изменений в ликворе, полученных при люмбальной пункции

- А) увеличение цитоза ликвора
- Б) определения опухолевых клеток в ликворе при цитологическом исследовании

В) определения повышенного количества лимфоцитов

Г) повышения уровня белка

Д) правильные ответы только А и Б

016. В полученной спинномозговой жидкости должно быть исследовано

А) уровень белка и клеточность

Б) должны быть идентифицированы клеточные элементы

В) уровень сахара, мочевой кислоты

Г) все перечисленные показатели

Д) правильные ответы только Б и В

017. Клинически нейролейкемия проявляется

А) головной болью

Б) неврологическими симптомами поражения оболочек мозга (симптом Кернига)

В) гипертермией

Г) всеми клиническими симптомами

Д) правильные ответы только А и Б

018. Основными методами лечения нейролейкемии являются

А) системная химиотерапия

Б) внутрилумбальное введение химиопрепаратов

В) кранио-спинальное облучение

Г) все приведенные методы лечения

Д) преимущественно Б и В

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

001-б 002-д 003-д 004-д 005-г 006-г 007-г 008-а 009-а 010-д 011-а 012-а 013-а
014-б 015-д 016-г 017-д 018-д

2.2 Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

1. Факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей. Первичная профилактика рака.
2. Роль экзогенных (химические и физические агенты, онковирусы) факторов в возникновении опухолей человека.
3. Роль эндогенных факторов в возникновении опухолей человека.
4. Злокачественные опухоли как социальная проблема.
5. Канцерогенные вещества во внешней среде, их основные источники.
6. Курение и рак.
7. Профессиональные раки. Факторы, способствующие их возникновению.

2.3 Ситуационные задачи.

Задача №1.

Больной направлен в онкологический диспансер с диагнозом рак нижней губы, III стадия.

Следует ли заполнить «Протокол»? К какой клинической группе отнести больного?

Ответ: «Протокол» заполняется. Клиническая группа II.

Задача № 2.

В онкологический диспансер поступил больной с диагнозом: рак тела желудка. Длительность анамнеза две недели. Общее состояние удовлетворительное. На операции обнаружены метастазы в печени, которые клинически не выявлялись. Произведена пробная лапаротомия.

Какова причина запущенности? Следует ли заполнить «Протокол».

Ответ: Скрытое течение заболевания. «Протокол» заполняется.

Задача № 3.

Больной в хирургическом отделении поставлен диагноз: Узловой зоб. Пункция не выполнена. Произведена субфасциальная резекция щитовидной железы по Николаеву без гистологического исследования препарата. Через два месяца отмечен рост опухоли в области операции. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружены шаровидные тени в лёгких.

Поставьте диагноз. Нужно ли составлять «Протокол»? Какова причина запущенности?

Ответ: Рак щитовидной железы с метастазами в лёгкие. Составляется «Протокол». Причина запущенности процесса – неполное обследование больной.

Задача № 4.

Больной в течение месяца находился в терапевтическом отделении с диагнозом: гипохромная анемия неясной этиологии, жалующийся на нарастающую общую слабость. При рентгенологическом обследовании желудка патологии не обнаружено. Через месяц при пальпации в правой мезогастральной области выявлена

безболезненная неподвижная опухоль. Появились признаки асцита. Произведена ирригоскопия кишечника, при которой диагностирована обширная опухоль восходящей ободочной кишки.

Поставьте диагноз, клиническую группу. Нужно ли заполнять «Протокол»? Какова причина запущенности?

Ответ: Диагноз «Рак восходящего отдела ободочной кишки». IV клиническая группа. Составляется «Протокол». Причина запущенности процесса – неполное обследование больного.

Задача № 5.

Больная обратилась к терапевту с жалобами на частые позывы к дефекации с выделением крови и слизи. Считает себя больной второй месяц. Лишь после повторных отрицательных данных анализов на дизентерийную флору сделана ректороманоскопия и обнаружена бугристая опухоль в 6 см от сфинктера, занимающая более полуокружности кишки.

Какое простое исследование, проведённое, при первичном обращении больной помогло бы поставить диагноз? Нужно ли составлять «Протокол»? Какова причина запущенности?

Ответ: Пальцевое исследование прямой кишки. «Протокол» составляется, так как имеется III стадия рака «визуальной локализации». Причина запущенности процесса – неполное обследование больной и ошибка в клинической диагностике.

Самостоятельная работа. Написание реферата

Список тем рефератов:

1. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований
2. Курение и рак.
3. Профессиональные раки. Факторы, способствующие их возникновению.
4. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.
5. Паранеопластические синдромы. Классификация и их значение.
6. Сочетание беременности и злокачественных опухолей. Особенности диагностики, лечения и прогноза.
7. Симптом лихорадки неясного генеза, метастазы рака в лимфатические узлы из не выявленного первичного очага. Диагностическая тактика. Возможные локализации первичного очага

Раздел 3. Принципы лечения и профилактики онкологических заболеваний.

3.1 Тестовые задания: (перечень вопросов)

1. **Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено**
 - а) на обеспечение антибластики
 - б) на обеспечение абластики
 - в) на снижение риска хирургических вмешательств

г) на максимальное сохранение функции органа

2. Главной целью симптоматической операции является

- а) удаление пораженного опухолью органа
- б) удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли
- в) устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти
- г) все ответы верные

3. Недостатками метода электрокоагуляции опухоли являются

- а) пригорание фрагментов опухоли к электроду
- б) опасность глубокого поражения стенки органа
- в) отторжение коагулированных тканей в течение нескольких дней
- г) все ответы правильные
- д) верные ответы а) и в)

4. Факторами, предрасполагающими к тромбоэмболии легочной артерии, являются

- а) длительная катетеризация крупных вен
- б) операции на органах малого таза и нижних конечностях
- в) длительное неподвижное положение в постели, пожилой возраст
- г) посттромботический синдром
- д) все ответы правильные

5. Тромбоэмболия легочной артерии может проявляться следующими синдромами (синдромом)

- а) легочно-плевральным
- б) кардиальным
- в) абдоминальным и почечным
- г) церебральным
- д) всеми перечисленными

6. Проводниковая аналгезия в послеоперационном периоде имеет перед применением наркотических анальгетиков (при подкожном, внутримышечном и внутривенном введении) следующие преимущества

- а) сохранение сознания больного и возможность контроля его субъективных ощущений

- б) отсутствие отрицательного влияния на функции жизненно важных органов
- в) депрессию дыхания
- г) рвоту, тошноту
- д) правильные ответы а) и б)

7. Оптимальным уровнем разрежения при вакуум-дренировании плевральной полости после хирургического вмешательства следует считать разрежение в пределах

- а) от +5 до +10см вод.ст.
- б) от -10 до -12см вод.ст.
- в) от -30 до -40см вод.ст.
- г) от -70 до -100см вод.ст.

8. Наиболее важными мероприятиями, направленными на профилактику послеоперационных ателектазов, являются:

- 1) тщательная и бережная санация трахеобронхиального дерева во время и в конце операции
 - 2) полное расправление легкого в конце операции
 - 3) поддержание отрицательного давления в плевральной полости после операции
 - 4) полноценное обезболивание после операции
 - 5) ранняя активизация больных и комплекс дыхательных упражнений
- а) все ответы правильные
 - б) правильные все, кроме 1
 - в) правильные все, кроме 1 и 2
 - г) правильные все, кроме 3 и 4
 - д) правильные все, кроме 5

9. Профилактика послеоперационной пневмонии включает следующие мероприятия:

- 1) санацию полости рта, зева, верхних дыхательных путей
 - 2) раннюю активизацию больного
 - 3) комплекс дыхательных упражнений
 - 4) адекватное обезболивание
 - 5) длительное применение наркотических анальгетиков (больших доз)
- а) все ответы правильные

- б) правильные все, кроме 5
- в) правильные все, кроме 4, 5
- г) правильные все, кроме 3, 4 и 5
- д) правильные все, кроме 1 и 2

10. К расширенной операции следует относить

- а) удаление опухоли в пределах здоровых тканей
- б) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером
- в) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
- г) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
- д) правильного ответа нет

Эталоны ответов

1-г	2-б	3-г	4-д	5-д	6-д	7-д	8-в	9-д	10-д
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

3.2 Фронтальный опрос (перечень вопросов)

1. Методы и принципы лечения злокачественных опухолей. Успехи в онкологии.
2. Радикальное лечение онкологических больных
3. Паллиативное и симптоматическое лечение онкологических больных.
4. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.
5. Паранеопластические синдромы. Классификация и их значение.
6. Современные принципы и возможности лекарственной терапии онкологических больных.
7. Сочетание беременности и злокачественных опухолей. Особенности диагностики, лечения и прогноза.

3.3. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Наиболее частое первое проявление лимфогранулематоза – поражение групп лимфатических узлов

- А) шейно-надключичных
- Б) средостения
- В) забрюшинных
- Г) паховых
- Д) частота одинакова

Правильный ответ: в

Задача № 2

Поражение костного мозга и печени при лимфогранулематозе

- А) I стадия
- Б) II стадия
- В) III стадия
- Г) IV стадия

Правильный ответ: г

Задача № 3

Лечение при лимфогранулематозе IIa стадии с неблагоприятными факторами прогноза

- А) многокурсовая химиотерапия
- Б) лучевая терапия по радикальной программе
- В) лучевая терапия на зоны поражения с последующими курсами химиотерапии (5-6 курсов)
- Г) 3 курса химиотерапии, лучевая терапия на зоны поражения и субклинического распространения, 3 курса химиотерапии
- Д) все варианты одинаково

Правильный ответ: г

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 4. Лекарственная терапия в онкологии

4.1. Тестовые задания

1. Наиболее часто лекарственная терапия может считаться самостоятельным высокоэффективным методом при лечении
- а) мелкоклеточного рака легкого
 - б) рака мочевого пузыря
 - в) рака яичников
 - г) рака почки

Правильный ответ: а

2. К цитостатикам с преимущественно фазово-неспецифическим действием относятся
- а) адриамицин
 - б) платидиам
 - в) метотрексат
 - г) алкилирующие агенты

Правильный ответ: г

3. К противоопухолевым антибиотикам относятся
- а) адриамицин
 - б) эмбихин
 - в) стрептозотоцин
 - г) проспидин

Правильный ответ а,б.

4. Противопоказанием для назначения антрациклинов является
- а) диссеминация опухолевого процесса
 - б) сердечно-сосудистая недостаточность
 - в) повышение температуры тела до 37,5°C
 - г) отсутствие одной почки

Правильный ответ б.

5. Представители группы производных нитрозомочевины
- а) гидроксимочевина
 - б) ломустин (белустин, CCNU)
 - в) спирибромин
 - г) тенипозид

Правильный ответ б.

6. При лечении опухолевых плевритов и асцитов наиболее эффективным способом введения химиопрепаратов является

- а) системная химиотерапия
- б) регионарная химиотерапия
- в) локальная химиотерапия (внутриполостное введение)
- г) внутривенное введение

Правильный ответ в.

7. Наиболее вероятный побочный эффект применения тамоксифена

- а) приливы
- б) тромбоцитопения
- в) влагалищные выделения
- г) зуд в области гениталий

Правильный ответ а, в, г.

8. Препараты, предупреждающие возникновение кардиотоксичности при проведении химиотерапии антрациклиновыми антибиотиками

- А) стимуляторы репаративной регенерации (метилурацил)
- б) препараты калия (аспаркам и др.)
- в) дигоксин, изоланид, другие сердечные гликозиды
- г) верапамил и другие антагонисты ионов кальция
- д) кардиоксан

Правильный ответ д.

9. Какие цитостатики можно вводить в очень высоких дозах в связи с существованием антитота данного препарата

- а) митоксантрон (новантрон)
- б) цисплатин (CDDP)
- в) паклитаксел (таксол), доцетаксел (таксотере)
- г) цитозар (цитазин арабинозид)
- д) метотрексат

Правильный ответ д.

10. Механизм действия антиэстрогенов

- а) прямой цитотоксический эффект
- б) угнетение синтеза пролактина
- в) связывание эстроген-рецепторов
- г) угнетение синтеза ФСГ и ЛГ

Правильный ответ а, в, г.

11. Наиболее эффективные препараты или группа препаратов при раке пищевода

- А) митомицин С
- б) адриамицин
- в) эрибулин
- г) цисплатин
- д) фторпиримидины
- е) таксаны

Правильный ответ г,д,е.

12. При мелкоклеточном раке легкого используются следующие методы лекарственного лечения

- а) химиотерапия
- б) иммунотерапия
- в) гормонотерапия
- г) таргетная терапия

Правильный ответ а,б,.

13. Гормонотерапия рака эндометрия

- А) эстрадиол
- б) производные прогестеронов
- в) андрогены
- г) прогестерон
- д) глюкокортикоиды

Правильный ответ б.

14. Лечение пролиферирующего пузырного заноса

- А) лучевое лечение
- б) экстирпация матки
- в) эвакуация и химиотерапия +
- г) экстирпация матки и химиотерапия
- д) химиотерапия, эвакуация

Правильный ответ в.

15. Что является абсолютным показанием для проведения адъювантного лечения после мастэктомии по поводу рака молочной железы

- А) размер опухоли более 5 см
- б) размер опухоли более 10 см
- в) расположение опухоли во внутренних квадрантах и центральной зоне молочной железы
- г) регионарные метастазы

Правильный ответ г

16. При каких вариантах первично-неоперабельного рака молочной железы нет оснований рассчитывать на успех гормонотерапии

- А) опухоль врастает в грудную стенку
- Б) подмышечные метастазы врастают
- В) стенки аксиллярной впадины в опухоль изъязвлена
- Г) отечно-инфильтративный и острые варианты рака

Правильный ответ г.

17. Основоположником метода иммунотерапии злокачественных новообразований является

- а) Фрэнк Бёрнет
- б) Пауль Эрлих
- в) Вильям Коли
- г) Илья Ильич Мечников

Правильный ответ в

18. К механизмам ускользания опухолевых клеток от иммунного распознавания и уничтожения относятся

- а) потеря опухолевых антигенов и молекул главного комплекса гистосовместимости
- б) секреция иммуносупрессорных цитокинов и активация иммуносупрессорных клеток
- в) использование «контрольных точек» – молекул на определенных иммунных клетках, для инактивации противоопухолевого иммунного ответа
- г) презентация опухолевых антигенов дендритными клетками
- д) активация цитотоксических Т-лимфоцитов

Правильный ответ а,б,в.

4.2. Вопросы для фронтального опроса:

1. Современные принципы и возможности лекарственной терапии онкологических больных.
2. Химиотерапия: различные варианты применения, основные лекарственные препараты, 3. Показания и противопоказания к применению ХТ
4. *Таргетная терапия* злокачественных опухолей.
5. Показания, противопоказания к таргетной терапии при злокачественных опухолях.
6. Гормональная терапия злокачественных опухолей
7. Иммунотерапия при злокачественных опухолях.
8. Синдром пояснично-крестцового радикулита в онкологии.
9. Синдром верхней полой вены.
10. Синдром сдавления нижней полой вены при онкологических заболеваниях.
11. Симптом лихорадки неясного генеза,
12. Асциты при злокачественных опухолях. Их патогенез. Вероятная локализация первичной опухоли. Методы диагностики и лечебная тактика.

4.3 Ситуационные задачи

Задача № 1

Больной 76 лет, в течение последнего года постепенно нарастали симптомы дисфагии, появились осиплость голоса, одышка. При осмотре: больной истощён, тургор снижен. Кожные покровы бледные, сухие, язык сухой, обложен коричневым налётом. Пульс ритмичный, частота сердечных сокращений 90 в минуту, артериальное давление 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий и безболезненный. При рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях определяют полный стеноз пищеводно-желудочного перехода. При гистологическом исследовании биоптата поставлен диагноз аденокарцинома.

Вопросы

Какие исследования следует провести данному больному?

Какова тактика ведения данного больного?

Каков прогноз?

Ответы:

Больному необходимо выполнить: рентгенографию и КТ органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и печени. Хирургическое лечение. Плохой.

Задача №2

У больного 36 лет, спустя 2 года после комбинированного лечения по поводу рака нижней губы, определяются с обеих сторон плотные несмещающиеся среднерёмные лимфатические узлы.

Ваша лечебная тактика?

Ответ:

У больного имеет место метастазирование в лимфатические узлы II этапа. Так как метастазы неподвижные, то показана паллиативная гамма-терапия.

Задача №3

Больной С, 19 лет. Заболевание началось остро, 6 мес. назад с озноба, повышения температуры тела до 39,3 °С, слабости, умеренных болей и отёчности по передней поверхности верхней трети правой голени. Боли усиливались в ночное время. При осмотре в поликлинике установлен диагноз «грипп» и, учитывая анамнез и умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, назначена симптоматическая терапия. Через 10 дней температура тела нормализовалась, но сохранялись боли и отёчность правой голени. Эти явления были расценены как осложнения гриппа. Назначили физиотерапевтические процедуры на поражённую область правой голени, наложили заднюю гипсовую лангету. На фоне проводимого лечения мягкие ткани верхней трети правой голени немного уплотнились, отёчность распространилась выше (к коленному суставу), боли усилились. Направляясь на очередной сеанс физиотерапии, больной упал. Рентгенологически диагностирован перелом правой большеберцовой кости; наложено скелетное вытяжение. Через 3 нед при контрольном рентгенологическом исследовании было отмечено нарастание деструктивных изменений в сломанной кости. Был заподозрен патологический перелом; проведена открытая биопсия фрагментов

деструктивно изменённой кости с последующей морфологической диагностикой. По совокупности анамнестических, клинических, рентгенологических и морфологических данных диагностирована саркома Юинга правой большеберцовой кости.

Вопросы

• Что в данной клинической картине позволяет усомниться в диагнозе «Осложнённый грипп»?

Какие исследования следовало провести перед назначением физиотерапии?

В какое учреждение и к какому специалисту следовало направить больного?

Своевременно ли установлен диагноз?

Отметьте симптомы, характерные для диагноза «Саркома Юинга большеберцовой кости».

Охарактеризуйте основные этапы лечения саркомы Юинга.

Ответы:

Боли и отечность по передней поверхности верхней трети правой голени.

Рентгенография костей правой голени.

К онкологу.

Нет.

Повышение температуры тела, острое начало боли и отечность правой голени.

Химиолучевая терапия.

Задача №4.

Пациент 60 лет, поступил с диагнозом рак желудка III ст, гистологически – низкодифференцированный рак. В анамнезе – эпизоды желудочного кровотечения. Ваше мнение о целесообразности проведения неoadъювантной химиотерапии.

Задача №5 Пациент 19 лет, с диагнозом Лимфома Ходжкина IV б ст. с поражением шейных и паховых лимфатических узлов. Планируется проведение курсов полихимиотерапии. Не женат, но в будущем желает иметь собственных детей. Не согласен на химиотерапию, если последствием будет бесплодие. Как поступить?

Задача №6. Больной 44 лет. При компьютерной томографии и фибробронхоскопии в сегментах язычка в верхней доли левого легкого выявлена опухоль 3 см в диаметре. Отмечается увеличение внутригрудных лимфатических узлов и метастатического характера опухолевые образования до 0,5 см в верхней и нижней доле правого легкого. При гистологическом исследовании обнаружена опухоль, имеющая строение недифференцированного мелкоклеточного рака. Какова тактика лечения?

4.4 Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 5.

4.1. Контрольная работа.

Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами разделов 1-3)

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

4.2. Зачет.

Тестовые задания:

1. При раке шейного отдела пищевода чаще применяют
 - а) комбинированную терапию
 - б) лучевую терапию
 - в) хирургическое лечение
 - г) химиотерапию
 - д) симптоматическую терапию

2. Среди злокачественных опухолей пищевода чаще всего встречается:
 - А) саркома
 - В) лейомиосаркома
 - С) меланома
 - Д) рабдомиосаркома
 - Е) рак

3. Какие клинические признаки встречаются при доброкачественных новообразованиях пищевода

- 1) дисфагия
- 2) потеря в весе
- 3) ощущение инородного тела в пищеводе
- 4) изжога
- 5) ноющая боль в подложечной области
- 6) гнилостный запах изо рта
- 7) икота

A) 2,3,7

B) 4,5,6

C) 1,2,6

D) 1,3

E) 4,6

4. Какие методы исследования наиболее информативны для диагностики доброкачественных новообразований пищевода

- 1) R-логическое исследование
- 2) эзофагоманометрия
- 3) эхография
- 4) эзофагометрия
- 5) эзофагоскопия

A) 1,2,3

B) 2,3,4

C) 3,5

D) 1,5

E) 2,4,5

5. Какие исследования нужно назначить при подозрении на рак пищевода(тест с 1 правильным ответом)

- 1) эзофагоманометрию
- 2) эзофагоскопию с биопсией
- 3) R-логическое исследование пищевода и желудка

4) Электрокимографическое исследование пищевода

5) Компьютерную томографию

A) 1,2,4

B) 2,3

C) 3,4,5

D) 2,5

E) 3,5

6. Какой метод применяется для лечения доброкачественных новообразований пищевода

1) экстирпация пищевода

2) энуклеация опухоли пищевода

3) резекция сегмента пищевода

4) лучевая терапия

5) химиотерапия

A) 1,2

B) 2,3

C) 3,4

D) 4,5

E) 1,5

7. Больной н., предъявляет жалобы на дисфагию, которая появилась 6 месяцев назад. объективно: больной умеренного питания, бледность кожи, рс-72, сердечные тоны глухие, аритмия, экг: диффузные изменения миокарда. г-скопия пищевода: имеется сужение пищевода на уровне средней трети на протяжении 5см. в месте сужения контуры пищевода ровные, рельеф слизистой сохранен, пассаж бария замедлен.:

A) рак пищевода

B) дивертикул пищевода

C) опухоль средостения

D) лейомиома пищевода

E) эзофагоспазм

8. Выбрать метод лечения у больного 50 лет с раком шейного отдела пищевода 3 степени с явлениями дисфагии

A) консервативная терапия: лучевое лечение, химиотерапия

B) наложение гастростомы

- C) резекция пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза
- D) операция: резекция пищевода в 2 этапа по Тореку - Добромыслову
- E) наложение еюностомы

9. У больного 78 лет при обследовании выявлена опухоль верхней трети пищевода с прорастанием в трахею, mts в печень. при глотании с трудом проходит жидкость. ваша

- A) буживание опухоли
- B) эндоскопическая реканализация опухоли
- C) эзофагостома
- D) гастростома
- E) еюностома

10. У больного 60 лет, жалующегося на дисфагию, значительное похудание, появившееся 4 месяца назад, внезапно появились боли за грудиной при приеме жидкости и пищи, кашель, цианоз. ваш диагноз

- A) кардиоспазм
- B) дивертикул пищевода
- C) стенокардия
- D) полип пищевода
- E) рак пищевода с образованием эзофаготрахеального свища

11. У больного 50 лет обнаружен рак средне – грудного отдела пищевода. г-логически протяженность участка поражения до 8см, смещаемость его по отношению к отделам позвонков при глотании, перемене положения тела ограничена. по данным компьютерной томографии имеются единичные регионарные mts, отдаленных нет. заключение гистологического исследования-плоскоклеточный рак. общее состояние относительно удовлетворительное. астеничен, за время болезни похудел на 15кг. способствующих заболеваний не выявлено. ваша лечебная практика

- A) лучевая терапия, операция не показана
- B) наложение гастростомы, через 3-6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишки
- C) операция Добромysłова – Торека, через 6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишки
- D) операция Льюиса (резекция пищевода с одномоментным эзофагогастроанастомозом)
- E) буживание опухоли с последующим эндопротезирование

12. Больного 40 лет в течение года беспокоят затруднения глотания при приеме твердой пищи, боли за грудиной и кашель при глотании, в связи с чем принимал только жидкую пищу. 2 месяца назад отметил однократное неожиданное облегчение глотания, пища проходила полностью, мог съесть обед. однако, после

непродолжительного улучшения состояния вновь ухудшилось, появилось все указанное выше, жалобы носили выраженный и упорный характер. присоединились слабость, недомогание, потеря в весе. ваш предварительный диагноз

- A) язвенная болезнь желудка
- B) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная эзофагитом
- C) рак пищевода
- D) острый гастрит
- E) ахалазия кардии

13. Метастазирование злокачественных опухолей пищевода осуществляется преимущественно лимфогенным путем. в чем состоит особенность лимфатической системы пищевода и связанная с ней особенность лимфогенного метастазирования

- A) близком расположении грудного лимфатического протока
- B) продольной ориентации внутриорганных лимфатических сосудов
- C) наличии лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистом слое и мышечной оболочке
- D) наличии порто-кавальных связей
- E) тесной связи лимфатической системы пищевода и желудка

14. У больного 50 лет, с дисфагией, при г-исследовании в брюшном отделе пищевода локальное асимметричное сужение. контуры сужения зазубренные, нечеткие, стенка пищевода в области сужения утолщена, регидна, перистальтика отсутствует, складки слизистой оболочки сглажены. над сужением – асимметричное супрастеночное расширение пищевода. пораженный участок не смещается при глотании и перемене положения тела. абдоминальный сегмент пищевода удлиннен, газовый пузырь желудка сохранен. ацетилхолиновый и корбохолиновый тесты отрицательны. о каком заболевании пищевода можно думать

- A) ахалазии пищевода
- B) раке пищевода
- C) грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- D) дивертикуле пищевода
- E) доброкачественном опухоли пищевода

15. Мужчина 47 лет, болен в течении 3 месяцев, когда впервые заметил затруднение при глотании твердой пищи, постоянно дисфагия нарастала, похудел на 5кг. при рентгенологическом исследовании пищевода в средне – грудном отделе имеется циркулярное сужение просвета пищевода на протяжении 3.5см. при эзофагоскопии на расстоянии 31см от резцов циркулярное сужение его просвета до 0.5см, при биопсии картина плоскоклеточного рака пищевода преимущественно инфильтративная форма роста II стадия. какой метод лечения показан больному

- A) химиотерапия
- B) лучевая терапия

- C) бужирование пищевода
- D) субтотальная резекция пищевода
- E) пробная торакотомия

16. Больному 65 лет, болен в течение 4 месяцев, когда появилось поперхивание при глотании твердой пищи, постепенно дисфагия нарастала, появились боли в области шеи. при осмотре в левой надключичной области выявлен увеличенный лимфоузел до 2см, при пункции – цитологическая картина метастаза плоскоклеточного рака. при рентгенографии пищевода в верхнегрудом отделе определяется сужение его просвета на протяжении 6см, при эзофагоскопии – опухоль на расстоянии 23см от резцов, морфологическая картина – в биоптате плоскоклеточный рак. при трахеоскопии патологии не выявлено. какой метод лечения показан больному

- A) экстирпация пищевода
- B) химиотерапия
- C) лучевая терапия с облучением пищевода и шейно – надключичных зон
- D) пробная торактомия
- E) гастростомия

17. У больного рак средней трети пищевода, преимущественно инфильтративная форма роста. интраоперационно выявлено прорастание опухоли в аорту, протяженность поражения около 8см, просвет сужен до 0.5см, отмечено глубокое изъязвление опухоли. какое лечение необходимо провести больному

- 1) пробную торактомию
 - 2) гастростомию
 - 3) лучевую терапию
 - 4) химиотерапию
- A) 1,2,3
 - B) 2,3,4
 - C) 1,3,4
 - D) 1,2
 - E) 1,4

18. К симптомам раннего рака пищевода следует отнести

- A) дисфагию
- B) боли за грудиной и в спине
- C) кашель при приеме пищи
- D) усиленное слюноотделение

Е) похудание

19. Мужчина 58 лет, болен в течение 6 месяцев, когда заметил затруднение при глотании твердой пищи. 3 месяца спустя появились боли в межлопаточной области, слабость, стала проходить только полужидкая пища, похудел на 6кг. при рентгенологическом исследовании пищевода отмечено сужение его просвета в средней трети за счет дефекта наполнения на протяжении 6см. какое исследование необходимо провести в первую очередь для уточнения диагноза

А) бронхоскопию

В) УЗИ грудной полости

С) эзофагоскопию с биопсией

Д) компьютерную томографию грудной полости

Е) лапароскопию

20. Больному 43 года, болен в течении 3 месяцев, когда появились боли в эпигастральной области при глотании твердой пищи, изжога, периодическая рвота, похудел на 4кг. рентгенологически – в нижней трети пищевода определяется сужение его просвета за счет дефекта наполнения на протяжении 7см с изъязвлением, при эзофагоскопии – на расстоянии 34см от резцов сужение просвета за счет экзофитной опухоли с изъязвлением, морфологически – плоскоклеточный рак. метастазов в отдаленных органах не выявлено. какое лечение показано больному

А) предоперационное облучение и радиальная операция

В) лучевая терапия

С) радикальная операция и послеоперационная терапия

Д) гастростомия

Е) химиотерапия

21. Женщина 57 лет, больна в течении 7 месяцев, когда впервые отметила затруднение при глотании твердой пищи, в последующем дисфагия нарастала, 2 недели назад появились боли в межлопаточной области, слабость, подъем температуры до 38с. при рентгенографии пищевода выявлено сужение его просвета на протяжении 8см, по правой стенке выявлен выход контраста за пределы органа. при эзофагоскопии на расстоянии 32см от резцов выявлено циркулярное сужение просвета до 0,5см, морфологически – плоскоклеточный рак. диагноз: рак средней и нижней трети пищевода, пищеводно – медиастинальный свищ. какой метод лечения показан больной):

А) химиотерапия

В) лучевая терапия

С) субтотальная резекция пищевода

Д) гастростомия

Е) пробная торактомия

22. Больная 35 лет, больна около 1 года, когда впервые обратила внимание на некоторые затруднения при глотании твердой пищи. при обследовании рентгенологически в нижней трети выявлен дефект наполнения на протяжении 3см, суживающий его просвет; эзофагоскопия изменений со стороны слизистой пищевода патологии не выявила, рекомендовано контрольное обследование через 6 месяцев, к врачу обратилась только через год, состояние за этот период не изменилось. рентгенологически отмечено увеличение дефекта наполнения до 3,5см, однако при эзофагоскопии по прежнему изменений со стороны слизистой пищевода не выявлено. дисфагия не нарастает. ваш диагноз:

- A) рефлюкс - эзофагит
- B) рубцовая стриктура
- C) рак нижней трети пищевода
- D) лейомиома пищевода
- E) дивертикул пищевода

23. У больной 56 лет, выявлен рак нижней трети пищевода с метастазами в забрюшинные лимфоузлы, протяженность поражения около 6см с глубоким изъязвлением. выберите правильное сочетание методов лечения

- 1) пробную торактомия
 - 2) лучевая терапия
 - 3) гастростомия
 - 4) химиотерапия
- A) 1,2,3
 - B) 2,3,4
 - C) 2,3
 - D) 3,4
 - E) 2,4

24. У больного рак трети пищевода с распространением на желудок, протяженность поражения около 7см. при компьютерной томографии грудной полости высказано подозрение об интимном спаянии опухоли с перикардом, а при исследовании брюшной полости высказано предположение об увеличенных лимфоузлах паракардиальной области. какие диагностические методы позволят уточнить распространенность процесса

- 1) лапароскопия
- 2) УЗИ брюшной полости
- 3) диагностическая лапаротомия
- 4) диагностическая торактомия
- 5) торакоскопия

- A) 1,2,5
- B) 2,3,4
- C) 3,4
- D) 1,2
- E) 2,5

25.Доброкачественными образованиями пищевода могут быть все, кроме:

- A) лейомиомы
- B) папилломы
- C) фибромы
- D) меланомы
- E) ангиомы

26.Больному 80 лет, жалуется на боли при глотании твердой пищи, слабость, похудание, болен в течении 6 месяцев. похудел на 6кг, в анамнезе 7 лет назад перенес нарушения мозгового кровообращения, 3 года назад инфаркт миокарда. при рентгенографии в верхнегрудном отделе пищевода выявлена экзофитная опухоль на протяжении 3см суживающая просвет. при эзофагоскопии на расстоянии 23см экзофитная опухоль по задне – правой стенке, кровоточащая при взятии биопсии – морфологическая картина плоскоклеточного рака. учитывая сопутствующие заболевания, какой метод лечения показан больному

- A) экстирпации пищевода
- B) лучевая терапия
- C) эндоскопическая электротермокоагуляция опухоли
- D) гастростомия
- E) химиотерапия

27.Метастаз шницлера локализуется

- A) в печени
- B) в прямокишечно – пузырьной складке
- C) в яичниках
- D) между ножками кивательной мышцы
- E) в области пупка

28.Наиболее часто проявляется дисфагией рак желудка, локализующийся

- A) в пилорическом отделе
- B) в кардии
- C) в теле желудка
- D) по большой кривизне
- E) в области дна

29. Рак, развивающийся на фоне гастрита, чаще всего локализуется:

- A) в кардиальном отделе
- B) в теле желудка
- C) в выходном отделе желудка
- D) в области привратника
- E) на дне желудка

30. Опухоль желудка диаметром 4 см, прорастающая мышечный слой, с единичными метастазами в малом сальнике относится к стадии

- A) 2A
- B) 2Б
- C) 3A
- D) 3Б
- E) 4

31. Наиболее частой гистологической формой рака желудка является

- A) аденокарцинома
- B) недифференцированный рак
- C) плоскоклеточный рак
- D) аденоакантома
- E) низкодифференцированный рак

32. Наиболее часто рак желудка метастазирует

- A) в легкие
- B) в печень
- C) в яичники

D) в кости

E) в щитовидную железу

33. При раке желудка, прорастающем серозную оболочку, с метастазами в большой сальник определяется стадия

A) 2A

B) 2B

C) 3B

D) 3A

E) 4

34. Наиболее частой локализацией рака желудка является

A) кардиальный отдел желудка

B) антральный отдел

C) тело желудка

D) тотальное поражение желудка

E) большая кривизна желудка

35. Метастаз Крукенберга локализуется (тест с 1 правильным ответом):

A) в прямокишечно – пузырной складке

B) в пупке

C) в яичниках

D) между ножками кивательной мышцы

E) в печени

36. Задержка эвакуации из желудка характерна для локализации рака:

A) в пилорическом отделе

B) в кардиальном отделе

C) в теле желудка

D) по большой кривизне

E) по малой кривизне

37. Метастаз Вирхова локализуется (тест с 1 правильным ответом)::

- A) в печени
- B) в прямокишечно – пузырной складке
- C) в яичниках
- D) между ножками кивательной мышцы
- E) в легких

38. При опухоли тела желудка 4 см, прорастающей в мышечный слой, без регионарных метастазов увеличивается стадия (тест с 1 правильным ответом):

- A) 2A
- B) 2Б
- C) 3A
- D) 3Б
- E) 4

39. При опухоли в пределах подслизистого слоя желудка диаметром 1,5 см без регионарных метастазов можно думать о стадии заболевания :

- A) T1 N1 M0
- B) T1 N0 M0
- C) T2 N0 M0
- D) T2 N1 M0
- E) T1 N0 M1

40. Наиболее раннюю диагностику рака желудка обеспечивает:

- A) гастроскопия
- B) поиск синдрома «малых признаков»
- C) появление раковой триады по Мельникову
- D) рентгенография желудка
- E) обзорная рентгеноскопия брюшной полости

41. Наиболее поздно проявляется клинически рак (тест с 1 правильным ответом):

- A) тела желудка
- B) субкардиального отдела
- C) кардиального отдела

- D) антрального отдела
- E) пилорического канала

42. Для рака тела желудка не характерно (тест с 1 правильным ответом):

- A) дисфагия
- B) анемия
- C) желудочный дискомфорт
- D) ноющие боли в эпигастрии
- E) похудание

43. Наибольшая вероятность малигнизации полипа желудка при диаметре:

- A) 0,5 см
- B) 1 см
- C) 2 см
- D) 3 см
- E) размер полипа не имеет значения

44. При раке желудка диаметром 4 см, прорастающем в мышечный слой, без регионарных метастазов устанавливают стадию (тест с 1 правильным ответом):

- A) T3 N1 M0
- B) T3 N0 M0
- C) T2 N1 M0
- D) T2 N0 M0
- E) T4 N0 M0

45. Абсолютным признаком неоперабельности рака желудка является:

- A) множественные метастазы в печень
- B) метастазы в селезенку
- C) метастазы в большой сальник
- D) большие размеры опухоли
- E) все перечисленное верно

46. Типичным клиническим проявлением рака выходного отдела желудка является:

- A) поносы
- B) дисфагия
- C) «шум плеска» натошак
- D) тошнота
- E) все верно

47. Отдаленными для рака желудка являются метастазы:

- A) в печень
- B) Крукенберга
- C) в пупок
- D) Вирхова
- E) все верно

48. Паллиативной операцией, выполняемой при раке кардиального отдела желудка, является

- A) гастростомия
- B) пилоропластика
- C) гастроэнтероанастомоз
- D) дистальная резекция желудка
- E) гастродуоденоанастомоз

49. Паллиативной операцией при локализации рака в пилороантральном отделе является

- A) гастростомия
- B) пилоропластика
- C) гастроэнтероанастомоз
- D) гастродуоденоанастомоз
- E) проксимальная резекция желудка

50. Решающая роль в развитии рака желудка, резецированного по поводу язвенной болезни, принадлежит (тест с 1 правильным ответом):

- A) удаление антрального отдела желудка
- B) подавлению кислотопродукции желудка
- C) потере основного физиологического источника гастрина

D) энтерогастральному рефлексу

E) снижению продукции панкреатических бикарбонатов

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ:

1 E 10 C 19 C 28 C 37A 46 E

2 D 11 C 20 D 29 B 38 B 47 A

3 D 12 B 21 D 30 A 39 A 48 C

4 B 13 B 22 D 31 B 40 A 49 D

5 B 14 D 23 C 32 C 41 A 50 E

6 D 15 C 24 D 33 B 42 D

7 A 16 D 25 C 34 C 43 D

8 D 17 A 26 B 35 A 44 A

9 E 18 C 27 B 36 D 45 C

Вопросы промежуточного контроля.

Теретические вопросы к зачету:

1. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей. Динамика и структура заболеваемости. Возрастно-половые особенности.
2. Особенности организации онкологической службы в России. Роль врача общей лечебной сети в профилактике и ранней диагностике злокачественных опухолей.
3. Деонтология в онкологии.
4. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактики рака.
5. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований.
6. Значение эндоскопических, цитологических, рентгенологических и иммунологических методов исследования в онкологии.
7. Роль морфологических методов исследования в онкологии. Способы взятия материала для цитологического и гистологического исследований.
8. Факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей. Первичная профилактика рака.
9. Злокачественные опухоли, как социальная проблема. Канцерогенные вещества во внешней среде, их основные источники.
10. Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях.

11. Закономерности и пути метастазирования злокачественных опухолей.
12. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.
13. Паранеопластические синдромы. Классификация и значение.
14. Методы и принципы лечения злокачественных опухолей. Успехи в онкологии.
15. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение онкологических больных.
16. Современные принципы и возможности лекарственной терапии онкологических больных.
17. Рак кожи. Заболеваемость. Меры профилактики. Особенности клинического течения базалиом и плоскоклеточного рака. Принципы диагностики и лечения.
18. Пигментные невусы. Признаки и факторы, способствующие их озлокачествлению. Диагностика и лечебная тактика.
19. Меланома кожи. Особенности роста и метастазирования. Принципы диагностики и лечения.
20. Злокачественные опухоли мягких тканей. Принципы диагностики и лечения.
21. Злокачественные опухоли костей. Особенности клиники, диагностики и лечения.
22. Рак нижней губы. Формы роста и пути метастазирования. Методы диагностики. Принципы лечения первичного очага и регионарных метастазов.
23. Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта, челюстей. Методы диагностики. Принципы лечения.
24. Новообразования слюнных желез. Классификация. Методы диагностики и лечения.
25. Особенности хирургического лечения опухолей околоушной слюнной железы.
26. Рак языка. Заболеваемость. Роль курения и вредных привычек. Принципы диагностики и лечения.
27. Рак щитовидной железы. Отличительные особенности высокодифференцированных форм. Особенности хирургического лечения.
28. Рак щитовидной железы. Особенности клинического течения медуллярного и недифференцированного рака. Принципы диагностики и лечения.
29. Рак пищевода. Клинические особенности течения. Возможности ранней диагностики. Принципы лечения.
30. Рак пищевода. Эпидемиология. Анатомические формы роста. Патогенез клинических симптомов. Методы диагностики и лечения.
31. Рак желудка. Группы риска. Возможности раннего выявления.
32. Рак желудка. Клиническая картина в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Особенности метастазирования. Виды радикальных оперативных вмешательств.
33. Ранний рак желудка. Классификация, возможности диагностики и результаты лечения.
34. Рак поджелудочной железы. Заболеваемость и смертность. Клиническая картина в зависимости от локализации опухоли. Принципы диагностики. Способы морфологического подтверждения диагноза.
35. Рак печени. Заболеваемость. Гистологические варианты строения. Клиника. Методы диагностики. Возможности лечения.
36. Рак ободочной кишки. Группы риска. Особенности клинического течения. Методы диагностики. Принципы лечения.
37. Рак прямой кишки. Группы риска. Клиническая картина в зависимости от локализации и анатомической формы роста. Принципы диагностики и лечения.
38. Рак легкого. Заболеваемость. Группы повышенного риска. Профилактика рака. Принципы диагностики и лечения.
39. Рак легкого. Клинико-анатомическая классификация. Особенности клинического течения мелкоклеточного рака. Выбор метода лечения.
40. Рак молочной железы. Заболеваемость. Возможности ранней диагностики. Профилактика рака молочной железы.
41. Рак молочной железы. Причины поздней диагностики. Возможности лечения распространенных форм рака молочной железы.
42. Опухоли забрюшинного пространства. Классификация. Особенности клинического течения. Методы специального обследования. Возможности лечения.
43. Метастатические плевриты. Дифференциальная диагностика. Возможности выявления первичного очага. Методы лечения.
44. Асциты при злокачественных опухолях. Их патогенез. Вероятная локализация первичной опухоли. Методы диагностики и лечебная тактика.

45. Синдром пояснично-крестцового радикулита в онкологии.
46. Синдром верхней полой вены.
47. Синдром нижней полой вены при онкологических заболеваниях.
48. Симптом лихорадки неясного генеза.
49. Метастазы рака в лимфатические узлы из невыявленного первичного очага. Диагностическая тактика. Возможные локализации первичного очага.
50. Метастазы рака в кости из невыявленного первичного очага. Диагностический поиск. Лечебная тактика.
51. Первично-множественные опухоли.
52. Рак шейки матки. Факторы повышенного риска. Современные возможности профилактики и ранней диагностики.
53. Рак шейки матки. Заболеваемость. Клиника, диагностика и лечение.
54. Рак эндометрия. Факторы повышенного риска. Особенности клинического течения (гормонозависимый и гормоннезависимый типы).
55. Рак тела матки. Заболеваемость и смертность. Принципы диагностики и лечения.
56. Злокачественные опухоли яичников. Заболеваемость и смертность. Классификация. Пути метастазирования. Возможности ранней диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение.
57. Клиническое течение пузырного заноса. Методы диагностики. Профилактика злокачественных форм трофобластической болезни.
58. Хориокарцинома матки. Клиника. Диагностика. Современные возможности лечения.
59. Рак и меланома вульвы. Клиника, диагностика, лечение.
60. Лимфогранулематоз. Морфологическая классификация и ее прогностическое значение.
61. Лимфогранулематоз. Деление на стадии. Симптомы интоксикации. Биологические признаки активности процесса. Принципы лечения.
62. Миеломная болезнь. Клиника, диагностика, лечение.
63. Причины цитопенического синдрома в онкологической практике
64. Современные принципы и возможности лекарственной терапии онкологических больных.

65. Химиотерапия: различные варианты применения, основные лекарственные препараты, 66. Показания и противопоказания к применению ХТ

67. *Таргетная терапия* злокачественных опухолей.

68. Показания, противопоказания к таргетной терапии при злокачественных опухолях.

69. Гормональная терапия злокачественных опухолей
70. Иммунотерапия при злокачественных опухолях.

Ситуационные задачи:

Задача № 1

Больная 30 лет, обратилась к участковому врачу 2 года назад по поводу увеличения лимфатического узла в правой надключичной области до 2 см в диаметре. Незадолго до этого перенесла острую респираторную вирусную инфекцию. Врач не назначил никаких дополнительных исследований, рекомендовал спиртовые компрессы.

Через полгода у больной в этом же месте появились ещё два плотных лимфатических узла размерами 1,5х2,0 см, а в надключичной области слева выявлен лимфатический узел такого же размера. Врач поликлиники назначил тепловые процедуры и антибиотики. Лимфатические узлы сначала незначительно уменьшились в размерах, а затем снова увеличились до 2,0-3,0 см в диаметре. Больная решила больше к врачам не обращаться, её самочувствие оставалось удовлетворительным.

Через 2 года от начала заболевания температура тела внезапно поднялась и сохранялась несколько дней на уровне 38,5-39,0 °С; не снизилась она и после применения антибиотиков. По ночам больную беспокоило

обильное потоотделение. Периодически возникал кожный зуд. При ходьбе несколько раз появлялись колющие боли в левом подреберье. Во время врачебного осмотра на этот раз были выявлены увеличенные немногочисленные плотные лимфатические узлы (не менее 3 см в диаметре) в обеих шейно-надключичных областях. При пальпации селезёнка выступала на 4 см из-под края рёберной дуги.

Вопросы

1. Какой должна была быть тактика врача при первом и при повторном обращении?
2. Какой диагноз можно предположительно поставить больной?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Можно ли считать проявлениями одного и того же заболевания симптомы, возникшие 2 года назад и появившиеся в дальнейшем? Что можно сказать о характере течения болезни, какие клинические стадии заболевания были у больной за время трёх её обращений к врачу?

Ответы:

1. Как видно, решение подобных задач требует знания особенностей проявления и течения лимфомы Ходжкина, умения правильно оценить ситуацию с учётом онкологической настороженности и применить вовремя правильные диагностические методы, чтобы с уточнённым диагнозом своевременно направить больного в специализированный стационар.

2. На основании развившейся через 2 года от начала заболевания картины можно предположить лимфому Ходжкина, хотя в начале болезни увеличенные лимфатические узлы с одинаковой вероятностью можно было отнести и к другим лимфопролиферативным заболеваниям, метастазу рака, туберкулёзу и пр.

3. Основной диагностический метод — биопсия лимфатического узла с последующим иммуногистохимическим исследованием опухолевой ткани. Дополнительные методы исследования — рентгенография органов грудной клетки, КТ, УЗИ, радиоизотопное исследование лимфатической системы, трепанбиопсия подвздошной кости и пр. Описанный случай демонстрирует динамику болезни от IA стадии (начальной) до IIIБ (генерализованной, с интоксикацией) в течение двух лет. Лечение больной года назад могло, несомненно, привести к длительной ремиссии (если не к полному излечению), лечение в IIIБ стадии может иметь определённый успех, но не даёт надежды на радикальную помощь больной; прогноз в этой стадии несравненно хуже.

Задача № 2

Больной 21 год в течение месяца отмечает стойкое повышение температуры до 38°C, похудение, потливость, кожный зуд. При объективном исследовании на левой боковой поверхности шеи и в левой подмышечной области определяются увеличенные, подвижные, безболезненные л/узлы тугоэластической консистенции. Кожные покровы над ними не изменены. В анализе крови отмечается умеренная гипохромная анемия, эозинофилия, нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ 36 мм/час.

Какой предварительный диагноз можно поставить этому больному? Как уничтожить диагноз?

Ответ: Вероятно, у больного лимфогранулематоз. Диагноз следует уточнить с помощью патологического исследования биопсированного л/узла. В дальнейшем назначить рентгенологическое исследование л/узлов средостения и решить вопрос о диагностической лапаротомии со спленэктомией.

Задача № 3

У больного 29 лет, около 3 месяцев повышается температура до 38°C, кожный зуд, выраженная потливость, похудение, других жалоб не предъявляет. Периферические л/узлы не увеличены. При исследовании внутренних органов выявить патологию не удаётся. При очередном рентгенологическом контроле определяется увеличение л/узлов средостения.

Поставить предварительный диагноз. Как подтвердить его?

Ответ: Очевидно, больной страдает лимфогранулематозом. Для уточнения диагноза необходима торакотомия с патологическим исследованием л/узлов средостения.

Задача № 4

У больного 56 лет с диагнозом лимфогранулематоз II б стадии при очередном рецидиве заболевания на фоне повышенной температуры появился кашель, кровохарканье, одышка.

Как вы оцениваете появление вышеуказанных симптомов?

Ответ:Вероятно, у больного прогрессирующее заболевание (лимфогранулематоз IVб стадии с поражением лёгкого). Для уточнения диагноза провести рентгенологическое исследование лёгких.

Задача № 5

У больного 42 года с диагнозом лимфогранулематоз II б стадии при очередном обострении заболевания появились: выраженная одышка в покое, одутловатость, синюшность лица, набухание вен шеи, тахикардия до 120 уд/мин, политопная экстрасистолия.

Какое ваше мнение о диагнозе?

Ответ:Можно предположить, что на фоне прогрессирования заболевания у больного поражено сердце (лимфогранулематоз IV б стадии) с выявлением гидроперикарда или имеется компрессионный медиастанальный синдром в связи со значительным увеличением л/узлов.

Задача № 6

Наиболее частое первое проявление лимфогранулематоза – поражение групп лимфатических узлов

А) шейно-надключичных

Б) средостения

В) забрюшинных

Г) паховых

Д) частота одинакова

Правильный ответ: в

Задача № 7

Поражение костного мозга и печени при лимфогранулематозе

А) I стадия

Б) II стадия

В) III стадия

Г) IV стадия

Правильный ответ: г

Задача № 8

Лечение при лимфогранулематозе IIа стадии с неблагоприятными факторами прогноза

А) многокурсовая химиотерапия

Б) лучевая терапия по радикальной программе

В) лучевая терапия на зоны поражения с последующими курсами химиотерапии (5-6 курсов)

Г) 3 курса химиотерапии, лучевая терапия на зоны поражения и субклинического распространения, 3 курса химиотерапии

Д) все варианты одинаково

Правильный ответ: г

Задача № 9

Основание для выбора тактики лечения лимфосаркомы

- А) морфологический вариант
- Б) распространённость процесса
- В) локализация первичного очага опухоли
- Г) симптомы интоксикации

Правильный ответ: а, б, в, г

Задача № 10

Неблагоприятные морфологические типы лимфосаркомы

- А) лимфобластная
- Б) иммунобластная
- В) лимфоцитарная
- Г) пролимфоцитарная
- Д) лимфоплазмоцитарная

Правильный ответ: а,б.

Задача №11

При раке нижней губы III стадии (опухоль занимала более половины нижней губы и инфильтрировала мягкие ткани подбородка) проведена криодеструкция опухоли.

Вопросы

Правильно ли выбран метод лечения?

Какой метод лечения Вы бы предложили?

Ответы:

Метод лечения выбран неверно.

Возможно проведения комбинированного лечения: на первом этапе дистанционная лучевая терапия в дозе 44-46 Гр, затем хирургическое лечение.

Задача №12

У пациента во время контрольного осмотра (спустя год после лучевого лечения по поводу рака языка) обнаружена язва на боковой поверхности языка. При цитологическом исследовании соскоба из области язвы найдены атипичные клетки плоского эпителия.

Вопросы

Поставьте диагноз.

К какой клинической группе следует отнести пациента?

Ответы:

Наиболее вероятен рецидив рака языка.

Клиническая группа II.

Задача№13

Пациенту с хронической трещиной нижней губы в течение года проводили лечение с применением мазей с глюкокортикоидами и антибиотиками, новокаиновых блокад, и лучей Букки. Лечение не дало эффекта. Произведённая биопсия позволила исключить озлокачествление трещины губы.

Вопрос

- Предложите дальнейшую тактику лечения данного пациента.

Ответ:

Отменить применение глюкокортикоидов; продолжить консервативное лечение препаратами, улучшающими репарацию - аппликации масляного раствора витамина А, облепихового, шиповникового масел, мазей «Солкосерил», «Актовегин», пероральный прием АЕвита; применение гигиенической губной помады с витаминами А и Е, ограничение воздействия травмирующих факторов, диетические рекомендации.

Задача№14

Больная 38 лет поступила с жалобами на слабость, периодическую диарею и наличие увеличенных лимфатических узлов в правой надключичной области, принятых врачом за туберкулёзный лимфаденит. В анамнезе: мать умерла вроде бы от зоба, страдала гипертонической болезнью. При пальпации изменений в щитовидной железе не выявлено. При УЗИ в правой доле щитовидной железы определён опухолевый узел повышенной эхогенности величиной до 0,8 см в диаметре. В левом надпочечнике — объёмные образования.

Вопросы

Назовите наиболее вероятный диагноз.

Перечислите необходимые методы уточняющей диагностики.

Определите тактику лечения.

Ответы:

Наиболее вероятный диагноз - рак правой околоушной слюнной железы с метастазами в лимфатических узлах шеи справа T4N1Mx.

Для подтверждения диагноза необходимо цитологическое исследование пунктата, полученного из опухоли околоушной области и из шейного лимфатического узла.

Исследования, позволяющие уточнить стадию процесса, следующие - ультразвуковое исследование околоушной железы, лимфатических узлов шеи, печени; рентгенография органов грудной клетки; компьютерная томография челюстно-лицевой зоны и основания черепа.

Задача№15

Больной 48 лет курит трубку более 30 лет. На нижней губе, ближе к углу рта, определяется бородавчатая опухоль диаметром 3 см., инфильтрирует подлежащие ткани. Гистологическое заключение – плоскоклеточный ороговевающий рак. Регионарные метастазы не определяются.

Определите стадию заболевания и составьте план лечения.

Ответ:

У больного рак нижней губы IIa стадии. Лечение – близкофокусная рентгенотерапия 40 грей с последующим наблюдением за больным.

Задача№16

Больной 59 лет заболел 3 месяца назад. На нижней губе имеется язва неправильной формы с неровным дном размерами 2×2,7 см., края язвы приподняты над уровнем губы. Основание её плотное. Инфильтрация нижней губы распространяется и на мягкие ткани подбородка. Регионарные и отдалённые метастазы не определяются.

Поставьте диагноз и составьте план лечения.

Ответ:

У больного рак нижней губы IIIb стадии. Первичная опухоль при раке губы III стадии лечится сочетанным или комбинированным методом. Используют облучение на гамма-терапевтических установках в сочетании с контактным облучением остаткоопухоли или внедрением в опухоль радиоактивных игл. Остатки не излеченной опухоли удаляют путём резекции губы. Второй этап – удаление регионарных лимфатических узлов путём фасциально-фулярного иссечения клетчатки шеи с обеих сторон с глубокими шейными лимфатическими узлами в области развилки общей сонной артерии.

Задача№17

У больного 36 лет, спустя 2 года после комбинированного лечения по поводу рака нижней губы, определяются с обеих сторон плотные несмещаемыесреднеяремные лимфатические узлы.

Ваша лечебная тактика?

Ответ:

У больного имеет место метастазирование в лимфатические узлы II этапа. Так как метастазы неподвижные, то показана паллиативная гамма-терапия

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций, описание шкал оценивания

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. Оценка фронтального опроса

Рекомендации по оцениванию фронтального опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	ПК–5, ПК–6, ПК-8	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и	Хорошо

		способному самостоятельно их исправить.	
		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

2. Рекомендации по оцениванию результатов тестирования ординатора

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	70 – 79%
Удовлетворительно	60 – 69%
Неудовлетворительно	Менее 60%

Вывод: выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части компетенций: ПК–5, ПК–6, ПК- 8

3. Оценка ситуационных задач

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.

81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

4. Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки реферата

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и

логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Контрольная работа.

Рекомендации по оцениванию презентаций

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;

- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	ПК–5, ПК–6, ПК-8	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо

	заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
	выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не искажившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.

31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

Схема итогового оценивания ответа при промежуточном контроле (зачет).

Задания в билете	Проверяемые компетенции	Оценка	Набранные баллы
Теоретический вопрос	ПК–5, ПК–6, ПК- 8	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Теоретический вопрос №2	ПК–5, ПК–6, ПК- 8	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Практическое задание (ситуационная задача)	ПК–5, ПК–6, ПК- 8	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Общая оценка	ПК – 5, ПК – 6, ПК – 8	отлично	14-15

		хорошо	12-13
		удовлетворительно	9-11
		неудовлетворительно	6-8

Вывод: В результате выполнения заданий: теоретический опрос и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: ПК – 5, ПК – 6, ПК – 8