

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по УМР

15 июня 2023 г., протокол УС № 5

## Онкология, канцеропревенция рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Хирургических болезней**  
Учебный план о310849-Терапия-23-1.plx  
Специальность: Терапия

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 108  
в том числе:  
аудиторные занятия 48  
самостоятельная работа 60

Виды контроля в семестрах:  
зачеты 2

### Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>. <Семестр на курсе>)	2 (1.2)		Итого	
	Неделя 16			
Вид занятий	уп	рп	уп	рп
Лекции	4	4	4	4
Практические	44	44	44	44
Итого ауд.	48	48	48	48
Контактная	48	48	48	48
Сам. работа	60	60	60	60
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):

*Д.м.н., Профессор, Парсдамян Арарат Микичович*

Рабочая программа дисциплины

**Онкология, канцеропревенция**

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.49 Терапия (приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 г. № 15)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Терапия

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 15.06.2023 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

**Хирургических болезней**

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Дарвин Владимир Васильевич

Протокол от 06.06.2023 г. № 12.

<b>1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ</b>	
1.1	Подготовка квалифицированного врача-терапевта, обладающего системой профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях амбулаторно-поликлинической, стационарной медицинской помощи.

<b>2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП</b>	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.01.03
<b>2.1</b>	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b> Дисциплины, изученные в период получения высшего образования по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия».
<b>2.2</b>	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>
2.2.1	Паллиативная медицина
2.2.2	Производственная (клиническая) практика

<b>3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)</b>	
<b>ПК-1.1:</b>	Осуществляет проведение специализированного обследования (за исключением высокотехнологичного) пациентов старше 18 лет при заболеваниях и (или) состояниях внутренних органов или систем внутренних органов с целью установления диагноза и определения функционального статуса
<b>ПК-1.2:</b>	Проведение дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)
<b>ПК-2.1:</b>	Осуществляет назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях внутренних органов или систем внутренних органов
<b>ПК-2.2:</b>	Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначаемой терапии пациентам с заболеваниями и(или) состояниями по профилю «терапия»

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

<b>3.1</b>	<b>Знать:</b>
3.1.1	Общие вопросы организации онкологической помощи в стране; работу больнично-поликлинических
3.1.2	Основные вопросы нормальной и патологической анатомии, нормальной и патологической физиологии, 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 профи-лактики;
3.1.5	Важнейшие разновидности предраковых состояний и заболеваний, их клиническую симптоматику и способы диагностики;
3.1.6	Общие и специальные методы исследования в основных разделах онкологии;
3.1.7	Основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах онкологии; различные способы гистологического и цитологического исследования в онкологии;
3.1.8	Основы фармакотерапии в онкологии и смежных областях медицины;
3.1.9	Основы патогенетического подхода при лечении в онкологии и смежных областях медицины;
3.1.10	Основы физиотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к сана-торно-курортному
3.1.11	Основы рационального питания и принципы диетотерапии в онкологической клинике;
3.1.12	Вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в онкологии и смежных областях;

3.1.13	Основы организации и проведения диспансеризации в онкологии;
3.1.14	Основы юридического права в онкологии.
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	Получить информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного, выявить общие
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	Назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;
3.2.5	Определить вопросы трудоспособности больного – временной или стойкой нетрудоспособности, перевод на
3.2.6	Провести диспансеризацию здоровых и больных, уметь анализировать результаты;
3.2.7	Вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно-профилактическими учреждениями;
3.2.8	Проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность;
3.2.9	Проводить работу, направленную на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии;
3.2.10	Проводить анализ основных показателей деятельности лечебно-профилактического учреждения;
3.2.11	Проводить санитарно-просветительную работу.
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	Определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию заболевания по отечественной классификации и системе TNM.
3.3.2	Оценка исследования онкомаркеров
3.3.3	- Заполнить "Извещение о больном с впервые установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования" ф.090-.
3.3.4	- Правильно оформить и вести "Контрольные карты диспансерного наблюдения (онко)", ф030-6-у и 030-у и контрольные талоны к ней ф.0305-у.
3.3.5	- Заполнить "Выписку из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием" ф. 027- 1-у.
3.3.6	- Рецепты: льготные, на наркотические и наркотикосодержащие препараты.

#### 4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
-------------	---	----------------	-------	-------------	------------	------------	------------

	<b>Раздел 1.</b>			ПК -1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.	Л 1.1; Л 1.2; Л1.3; Л 2.1; Э 1- Э7		
1.1	Организации онкологической помощи населению РФ /Лек/	2	2			0	
1.2	Организации онкологической помощи населению РФ /Пр/	2	4			0	Устный опрос
1.3	Организации онкологической помощи населению РФ /Ср/	2	6			0	Подготовка к устному опросу
	<b>Раздел 2.</b>			ПК -1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л1.3; Л 2.1; Э 1- Э7		
2.1	Методы диагностики в клинической онкологии /Пр/	2	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач.
2.2	Методы диагностики в клинической онкологии /Ср/	2	6			0	Подготовка к устному опросу
	<b>Раздел 3.</b>			ПК -1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.	Л 1.1; Л 1.2; Л1.3; Л 2.1; Э 1- Э7		
3.1	Общие принципы лечения злокачественных опухолей /Лек/	2	2			0	
3.2	Общие принципы лечения злокачественных опухолей /Пр/	2	4			0	Устный опрос
3.3	Общие принципы лечения злокачественных опухолей /Ср/	2	6			0	Подготовка к устному опросу

	<b>Раздел 4.</b>			ПК -1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.	Л 1.1; Л 1.2; Л1.3; Л 2.1; Э 1- Э7		
4.1	Опухоли органов грудной клетки /Пр/	2	6			0	Устный опрос; решение ситуационных задач; защита реферата.
4.2	Опухоли органов грудной клетки /Ср/	2	12			0	Подготовка к устному опросу, решению ситуационных задач; написание реферата.

	<b>Раздел 5.</b>			ПК -1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.	Л 1.1; Л 1.2; Л1.3; Л 2.1; Л 3.1; Э 1- Э 6		
5.1	Опухоли органов брюшной полости /Пр/	2	6			0	Устный опрос; решение ситуационных задач; защита реферата.
5.2	Опухоли органов брюшной полости /Ср/	2	12			0	Подготовка к устному опросу, решению ситуационных задач; написание реферата.
	<b>Раздел 6.</b>			ПК -1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л1.3; Л 2.1; Э 1- Э7		
6.1	Опухоли кроветворной системы /Пр/	2	8			0	Устный опрос; решение ситуационных задач; защита реферата.
6.2	Опухоли кроветворной системы /Ср/	2	8			0	Подготовка к устному опросу, решению ситуационных задач; написание реферата.
	<b>Раздел 7.</b>			УК 1; ПК 1; ПК 5; ПК 6; ПК 8; ПК 9.	Л 1.1; Л 1.2; Л1.3; Л 2.1; Э 1- Э7		
7.1	Опухоли мочеполовой системы /Пр/	2	8			0	Устный опрос; решение ситуационных задач; защита реферата.
7.2	Опухоли мочеполовой системы /Ср/	2	8			0	Подготовка к устному опросу, решению ситуационных задач; написание реферата.

	<b>Раздел 8.</b>			ПК -1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 1.3; Л 2.1 Л 3.1		
8.1	Контрольная работа: клинический разбор	2	4				презентация
8.2	/Зачёт/	2	2			0	Итоговое собеседование

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

Приложение 1

### 5.2. Фонд оценочных средств

Приложение 1

### 5.3. Перечень видов оценочных средств

Текущий контроль: фронтальный опрос, решение ситуационных задач, контрольная работа.  
Промежуточный контроль: теоретические вопросы.

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

### 6.1. Рекомендуемая литература

#### 6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л 1.1	Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Петерсон С.Б.	Клиническая онкология. Избранные лекции [Электронный ресурс] / Л.З. Вельшер, Б.И. Поляков, С.Б. Петерсон	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-2867-2 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428672.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428672.html</a>	
Л 1.2	Черенков В.Г.,	Онкология [Электронный ресурс] : учебник / В.Г. Черенков. - 4-е изд., испр. и доп.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 512 с. - ISBN 978-5-9704-4091-9 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440919.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440919.html</a>	
Л 1.3	Черенков В.Г.,	Онкология. Тесты с элементами визуализации [Электронный ресурс] / Черенков В.Г.	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 240 с. - ISBN 978-5-9704-4092-6 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440926.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970440926.html</a>	

#### 6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л 2.1	Ганцев, Ш.Х., Старинский В.В., Рахматулли И.Р.	Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш.Х. Ганцев, В.В. Старинский, И.Р. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова, Р.З. Султанов, Д.Д. Сакаева	М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с. - ISBN 978-5-9704-2875-7 - Режим доступа: <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428757.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970428757.html</a>	

#### 6.1.3. Методические разработки

Л 3.1	Парсаданян А. М. и др.	Рак толстой кишки [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2013. — Заглавие с титульного экрана. — Электронная версия печатной публикации. — Коллекция: Учебно-методические пособия СурГУ. — Режим доступа: Корпоративная сеть СурГУ. — Системные требования: Adobe Acrobat Reader. — <URL: <a href="https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/111304">https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/111304</a> >.
-------	------------------------	---	--

## 6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э 1	Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»
Э 2	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова
Э 3	<a href="http://elibrary.ru/defaultx.asp">http://elibrary.ru/defaultx.asp</a> (Научная электронная библиотека)
Э 4	<a href="http://www.rlsnet.ru/">http://www.rlsnet.ru/</a> (справочник лекарственных средств РЛС)
Э 5	<a href="http://www.internist.ru/">http://www.internist.ru/</a> (всероссийская образовательная интернет-программа для врачей)
Э 6	<a href="http://www.rusmedserv.com">http://www.rusmedserv.com</a> (Русский медицинский сервер)
Э 7	<a href="http://www.pulmonology.ru/">http://www.pulmonology.ru/</a> (российское респираторное общество)

## 6.3. Перечень программного обеспечения

### 6.2.1. Операционные системы Microsoft

## 6.4. Перечень информационных справочных систем

### 6.3.1. Гарант

### 6.3.2. Консультант плюс

## 7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

**Учебная аудитория для проведения занятий практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации № УК 14/49, оснащена:** комплектом специализированной учебной мебели, маркерной доской комплектом (переносным) мультимедийного оборудования — ноутбук, проектор, проекционный экран.

Количество посадочных мест – 10.

Используемое программное обеспечение: MicrosoftWindows, пакет прикладных программ MicrosoftOffice.

Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.

628400, Тюменская область, ХМАО-Югры, г. Сургут, ул. Энергетиков, 14.



**Форма оценочного материала для текущего контроля и промежуточной аттестации***Название дисциплины Онкология, канцеропревенция*

Код, направление подготовки	Терапия, 31.08.49
Направленность (профиль)	Квалификация: врач-терапевт
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Внутренних болезней
Выпускающая кафедра	Внутренних болезней

**1. Этап проведение текущей аттестации:****1.1. Список вопросов к занятиям № 1- 7 для самостоятельной работы ординатора****1. По разделу организация онкологической помощи населению РФ**

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

**2. По разделу Методы диагностики в клинической онкологии**

1. Принципы ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей.
2. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактика рака.
3. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований.
4. Значение эндоскопических, цитологических, рентгенологических и иммунологических методов исследования в онкологии.
5. Роль морфологических методов исследования в онкологии. Способы взятия материала для цитологического и гистологического исследований.

**3. По разделу Общие принципы лечения злокачественных опухолей**

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

#### **4. По разделу Опухоли органов грудной клетки**

1. Узловые образования в щитовидной железе. Диагностическая и лечебная тактика.
2. Рак щитовидной железы. Отличительные особенности высокодифференцированных форм. Особенности хирургического лечения.
3. Рак легкого. Заболеваемость. Группы повышенного риска. Профилактика рака. Принципы диагностики и лечения.
4. Рак легкого, Клинико-анатомическая классификация. Особенности клинического течения мелкоклеточного рака. Выбор метода лечения.
5. Метастатические плевриты. Дифференциальная диагностика. Возможности выявления первичного очага. Методы лечения.
6. Метастатические поражения легкого
7. Кисты и опухоли средостения. Клинические проявления. Возможности диагностики

#### **5. По разделу Опухоли органов брюшной полости**

1. Рак пищевода. Клинические особенности течения. Возможности ранней диагностики. Принципы лечения.
2. Рак желудка. Группы риска. Возможности раннего выявления.
3. Рак желудка, Клиническая картина в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Особенности метастазирования. Виды радикальных оперативных вмешательств.
4. Злокачественные опухоли 12-перстной кишки. Клиника, диагностики и лечение рака большого дуоденального соска.
5. Рак поджелудочной железы. Заболеваемость и смертность. Клиническая картина в зависимости от локализации опухоли. Принципы диагностики. Способы морфологического подтверждения диагноза.
6. Рак поджелудочной железы. Информативность различных методов диагностики. Показания к инвазивным методам исследования. Принципы хирургического лечения.
7. Дифференциальная диагностика желтухи. Особенности клинических и лабораторных проявлений при механической желтухе. Методы устранения механической желтухи.
8. Первичные и метастатические опухоли печени. Возможности дифференциальной диагностики и лечения.
9. Рак ободочной кишки. Группы риска. Особенности клинического течения. Методы диагностики. Принципы лечения.
10. Рак прямой кишки. Группы риска. Клиническая картина в зависимости от локализации и анатомической формы роста. Принципы диагностики и лечения,

#### **6. По разделу Опухоли кроветворной системы**

1. Острый лейкоз. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом.
2. Хронический миелолейкоз. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
3. Хронический лимфолейкоз. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
4. Принципы диспансерного наблюдения больных с хроническим лимфолейкозом.
5. Показания к трансплантации костного мозга у больных лейкозами

#### **7. По разделу Опухоли мочеполовой системы**

1. Рак молочной железы. Заболеваемость. Возможности ранней диагностики. Профилактика рака молочной железы.
2. Асциты при злокачественных опухолях. Их патогенез. Вероятная локализация первичной опухоли. Методы диагностики и лечебная тактика.
3. Рак яичника. Возможности ранней диагностики. Клинические проявления. Принципы лечения
4. Рак предстательной железы. Возможности ранней диагностики. Клинические проявления. Принципы лечения
5. Рак яичка. Возможные клинические проявления. Принципы диагностики и лечения.
6. Рак почки. Ренальные и экстраренальные симптомы. Принципы диагностики и лечения.

7. Рак мочевого пузыря. Факторы риска. Клиника. Методы диагностики, Принципы лечения.
8. Опухоли забрюшинного пространства. Классификация. Особенности клинического течения. Методы специального обследования. Возможности лечения.
9. Рак матки. Возможные клинические проявления. Принципы диагностики и лечения.

## **1.2. Список тем рефератов и презентаций к занятиям № 1-7 для самостоятельной работы ординатора**

### **Темы 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. Узловые образования в щитовидной железе. Диагностическая и лечебная тактика.
8. "Скрытый рак" щитовидной железы. Особенности диагностики и лечения,
9. Рак кардиального отдела желудка. Особенности клиники. Принципы диагностики и лечения.
10. Злокачественные опухоли 12-перстной кишки. Клиника, диагностики и лечение рака большого дуоденального соска.
11. Дифференциальная диагностика желтухи. Особенности клинических и лабораторных проявлений при механической желтухе. Методы устранения механической желтухи.
12. Особенности клинического течения мелкоклеточного рака легкого. Выбор метода лечения.
13. Центральный рак легкого. Зависимость клиники от типа роста опухоли. Понятие о пневмоните. Методы диагностики, принципы лечения.
14. Мастопатии, Классификация . Принципы диагностики и лечения.
15. Рак молочной железы. Факторы риска. Клинические формы. Рак Педжета. Принципы диагностики и лечения,
16. Рак почки. Ренальные и экстраренальные симптомы. Принципы диагностики и лечения.
17. Рак мочевого пузыря. Факторы риска. Клиника. Методы диагностики, Принципы лечения.
18. Опухоли забрюшинного пространства. Классификация. Особенности клинического течения. Методы специального обследования. Возможности лечения.
19. Метастатические плевриты. Дифференциальная диагностика. Возможности выявления первичного очага. Методы лечения.
20. Асциты при злокачественных опухолях. Их патогенез. Вероятная локализация первичной опухоли. Методы диагностики и лечебная тактика.

## **1.3. Ситуационные задачи к занятиям № 1-7 для самостоятельной работы ординатора**

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?

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 узловые образования 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?

3. При приёме в поликлинике у больного заподозрен рак желудка.

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

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

Какую учётную форму следует заполнить?

5. 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?

6. 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?

7. 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».

8. Больной в течение месяца находился в терапевтическом отделении с диагнозом: гипохромная анемия неясной этиологии, жалуясь 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?

9. 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?

10. Больная 35 лет. Поступила в клинику с жалобами на наличие опухоли в правой молочной железе. Опухоль заметила самостоятельно, неделю назад. Месяц назад упала на область правой половины грудной клетки. При осмотре: молочные железы правильно развиты, соски и ареолы без особенностей. В правой молочной железе на границе внутренних квадрантов имеется опухоль до 3,5 см в диаметре без чётких границ, спаянная с кожей.

#### Вопросы

- Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Какие признаки могут быть обнаружены на маммограммах в случае наличия злокачественной опухоли?
- Как будет спланировано лечение, если данные цитологического исследования не подтверждают картину рака?

11. При маммографии у больной 30 лет выявлен рак левой молочной железы. Размеры опухоли по данным маммографии — 4x4 см.

#### Вопросы

- Какое обследование необходимо произвести больной для подтверждения диагноза?
- Какое обследование необходимо произвести больной для определения состояния регионарного лимфатического аппарата?

12. Больной 67 лет жалуется на боли в правом плечевом суставе с иррадиацией в шею и голову. При

осмотре выявлен правосторонний птоз и экзофтальм, а также атрофия мышц правой верхней конечности. При рентгеноскопии органов грудной клетки патологии не обнаружено. На томограммах верхушки правого лёгкого — участок затемнения, расположенный субплеврально, а также узурация задних концов I и II рёбер и поперечного отростка I грудного позвонка.

Вопросы

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какой метод необходим для постановки диагноза?
3. Какой метод лечения применим в данном случае?
4. Как называется вышеописанный синдром (по автору)?
5. Какая гистологическая структура наиболее характерна для данного патологического процесса?

13. Больной 60 лет, курильщик, жалуется на кашель, боли в левой половине грудной клетки, одышку при физической нагрузке. Считает себя больным в течение 6 мес. На рентгенограммах органов грудной клетки — расширение тени левого корня, имеющего полициклический контур. В периферических отделах нижней доли левого лёгкого — затемнение округлой формы, связанное «дорожкой» с корнем, диаметром 4 см.

Вопросы

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какой метод необходим для установления диагноза?
3. Какой метод лечения применим в данном случае?
4. В каком объёме возможна операция у данного пациента?

14. Больной 55 лет. Считает себя больным около 4 мес. Жалобы на одышку, кашель, осиплость голоса, расширение вен на передней поверхности грудной клетки, гиперемия, одутловатость лица. Рентгенологически — расширение тени средостения вправо и влево. На томограммах средостения — увеличение лимфатических узлов.

Вопросы

1. При каких заболеваниях можно отметить подобную клинико-рентгенологическую картину?
2. Как называется вышеописанный синдром?
3. Характерен ли данный синдром для медиастинальной формы рака лёгкого?
4. Характерен ли данный синдром для лимфогранулематоза?
5. Характерен ли данный синдром для лимфосаркомы?
6. Характерен ли данный синдром для метастазов в лимфатические узлы средостения из невыявленного первичного очага?

15. Больной С., 57 лет, отмечает, что после охлаждения у него внезапно повысилась температура, появилось кровохарканье, одышка, сильная слабость. Из анамнеза выяснено, что курит 30 лет по 25 сигарет в сутки. В течение последних двух месяцев отмечает усиление кашля с небольшим количеством слизисто-гноной мокроты. В терапевтическом отделении при рентгенологическом исследовании диагностирована правосторонняя верхнедолевая пневмония. Больному была проведена антибактериальная терапия. На фоне лечения температура снизилась до субфебрильных цифр; динамическое рентгенологическое исследование через 30 дней лечения выявило неполное купирование «пневмонического очага».

Какое Ваше мнение о диагнозе? Как уточнить диагноз?

16. 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?

17. Больная С., 38 лет, обратилась с жалобами на затруднение прохождения пищи по пищеводу, которое усиливается после больших волнений и неприятностей. Больная около 3-х лет. После приёма успокаивающих средств, спазмолитиков и снотворных препаратов самочувствие улучшается. Снижение веса тела не отмечает.

При осмотре больной патологических отклонений со стороны пищеварительного тракта не обнаружено. Средней упитанности. Шейные и надключичные л/узлы не увеличены. Анализ крови без патологических отклонений.

Ваш предварительный диагноз. Каков план обследования больной?

18. Больной И., 29 лет, поступил с жалобами на затруднение прохождения твёрдой пищи по пищеводу около 2-х месяцев. Сначала года старался более тщательно разжёвывать её, и запивал каждый глоток /водой, молоком, киселём/. Последние 3 недели питается только жидкой пищей /сметана, бульон, сырые яйца и т.д./. Похудел на 12 кг.

Из анамнеза установлено, что около полугода тому назад было отравление уксусной кислотой. В течение месяца лечился в районной больнице. Выписан домой в удовлетворительном состоянии и 3 месяца чувствовал себя хорошо. Затем присоединились казанные выше жалобы. При осмотре состояние больного удовлетворительное. Масса тела уменьшена. Клинический анализ крови без особенностей. При рентгенологическом исследовании пищевода обнаружено коническое веретенообразное сужение пищевода в средней трети на протяжении 8 см. Контур сужения ровные.

Предварительный диагноз? Дальнейший план обследования и лечения?

19. Больной к., 42 года, поступил с жалобами на периодически возникающие боли за грудиной, иногда тошноту, недомогание. Похудения не отмечено. Болен 10 лет. За этот период дважды была рвота с примесью крови.

При осмотре патологических отклонений не выявлено. Анализ крови и мочи без особенностей. При рентгенографии пищевода в средней трети обнаружен слепой мешок размером 5×6 см., сообщающийся узким перешейком с просветом пищевода.

Ваш диагноз? Какова тактика хирурга?

20. У больного 44-х лет в течение 7 месяцев отмечают слабость, похудение, появилась сначала чувство тяжести в эпигастриальной области после приёма пищи, затем постоянное ощущение переполнения желудка, вздутие живота. При обследовании выявлена бледность кожных покровов, понижение питания, увеличен объём живота, в эпигастриальной области пальпируется бугристое опухолевидное малоподвижное образование, определяется асцит.

Какой диагноз можно поставить в данном случае? Чем его можно подтвердить?

21. Больной 46 лет предъявляет жалобы на изжогу, чувство тяжести в желудке, отрыжку после еды, периодические срыгивания принятой пищей. Данные обследования.

- Рентгенография лёгких: патологии не обнаружено.
- ЭГДС: в пилорическом отделе желудка имеется язва, суживающая просвет привратника до 0,5 см.
- ЭКГ: ритм синусовый, 65 в мин. Нагрузка на правое предсердие.
- Клинический анализ крови:
  - гемоглобин — 100 г/л;
  - эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$
  - цветовой показатель — 0,9;
  - тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;
  - лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);
  - СОЭ - 30 мм/ч.
- Анализ мочи: плотность — 1003 г/л, реакция среды — нейтральная, лейкоцитов 0-3 в поле зрения.

Вопросы

- С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
- Что необходимо выполнить для уточнения морфологического диагноза до начала лечения?
- Какое стандартное рентгеновское исследование необходимо выполнить для уточнения степени распространённости процесса в органе?

22. Больной 60 лет предъявляет жалобы на слабость, снижение аппетита, субфебрильную температуру, неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота. Данные обследования.

- Рентгенография лёгких без патологии.
- ЭКГ: ритм синусовый, 85 в минуту, нагрузка на правое предсердие.
- Клинический анализ крови:
  - гемоглобин — 60 г/л;
  - эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$ ;
  - цветовой показатель — 0,9;
  - тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;
  - лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%,

лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);

— СОЭ - 30мм/ч.

ЭГДС без патологии.

- УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.

Вопросы

- Каков предположительный диагноз?
- Что необходимо выполнить для уточнения диагноза до начала лечения?
- Как называется данная форма течения указанной патологии?
- Каков основной метод лечения указанной патологии?
- Какая операция будет считаться минимально-допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

23. Больной 56 лет предъявляет жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в животе, периодическое ощущение вздутия. При пальпации брюшной стенки определяется инфильтрат на границе эпи- и мезогастрия, смещаемый, безболезненный. Данные обследования.

- Рентгенография: патологии не обнаружено.
- ЭКГ: ритм синусовый, 85 в мин, нагрузка на правое предсердие.
- Клинический анализ крови:

— гемоглобин — 130 г/л;

— эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$ ;

— цветовой показатель — 0,9;

— тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;

— лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);

— СОЭ - 30 мм/ч.

- Анализ мочи: плотность — 1003 г/л, реакция среды — нейтральная, лейкоцитов — 0-3 в поле зрения.
- ЭГДС: без патологии.
- УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.

Вопросы

- Каков предположительный диагноз?
- Что необходимо выполнить для уточнения диагноза до начала лечения?
- Какое рентгеновское исследование может дополнить клиническую картину?
- Каков основной метод лечения указанной патологии?
- Какая операция будет считаться минимально-допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

24. Больной 48 лет предъявляет жалобы на частые ложные позывы к дефекации, выделение крови и слизи с калом, склонность к запорам. Данные обследования.

- Рентгенография: патологии не обнаружено.
- ЭКГ: ритм синусовый, 85 в минуту, нагрузка на правое предсердие.
- Клинический анализ крови:

— гемоглобин — 120 г/л;

— эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$ ;

— цветовой показатель — 0,9;

— тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;

— лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);

— СОЭ — 30 мм/ч.

- Анализ мочи: плотность — 1003 г/л, реакция среды — нейтральная, лейкоцитов — 0-3 в поле зрения.
- ЭГДС: без патологии.
- УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.

Вопросы

- Каков предположительный диагноз?
- Что необходимо выполнить для уточнения диагноза до начала лечения?
- Какое общепринятое амбулаторное исследование может помочь установить диагноз?
- Каков основной метод лечения указанной патологии?
- Каким видам хирургических вмешательств следует отдать предпочтение при не осложнённом течении указанной патологии?

25. Больной 54 года, 3 месяца назад обращался к врачу с жалобами на периодические запоры, появление крови при акте дефекации. Хирург поставил диагноз – геморрой, назначил слабительные средства. Больной ставил клизмы и принимал слабительное. При этом выделялась кровь, слизь, в связи с чем обратился за помощью повторно.

Какой предполагается диагноз? Какое обследование больному следует назначить? Какую ошибку допустил хирург?

26. Больной И., 36 лет. В течение 4 лет болен вирусным гепатитом С. При обследовании в правой доле печени, на фоне цирротических изменений определяется объёмное образование до 7,0 см в диаметре.

Вопрос

- Определите диагностическую и лечебную тактику, назовите возможные варианты заболеваний.

27. Больной А., 45 лет. 2 года назад перенёс резекцию сигмовидной кишки по поводу рака. При настоящем обследовании в проекции 5 и 8 сегментов печени определяется 2 опухолевых очага, максимальным размером до 5,0 см.

Вопрос

- Определите диагностическую и лечебную тактику.

28. Больной Б., 56 лет, обратился в клинику жалобами на тупые постоянные боли в правом подреберье, не связанные с приёмом пищи. Боли появились две недели назад, постепенно усиливались и стали иррадиировать в правую лопатку. Появилась общая слабость. Из анамнеза - перенёс болезнь Боткина. При осмотре кожные покровы бледной окраски. Печень увеличена за счёт правой доли, выступающей из-под рёберного края на 8 см. размеры печени по Курлову 16, 10, 8 см. При пальпации печень слабо болезненна, поверхность её плотная, неравномерно бугристая.

Поставьте предварительный диагноз. Какие лабораторные анализы необходимы для уточнения диагноза?

29. При профилактическом осмотре у пациента К., 60 лет, обнаружена положительная реакция Абелева-Татарина. Больной 10 лет страдает циррозом печени в стадии компенсации. Последний месяц отмечает нарастание общей слабости. При осмотре желтухи, выраженного асцита нет. Печень увеличена. Составьте примерный план дополнительного обследования.

30. Больной 57 лет. Считает себя больным около 3 мес, когда впервые появились жалобы на слабость, потерю веса, боли в эпигастрии, а около 3 нед назад присоединилась желтуха. Уровень общего билирубина крови 315 ммоль/л (прямой билирубин — 295 ммоль/л). При УЗИ отмечают расширение холедоха и внутрипечёчных желчных протоков.

Вопрос

- Определите диагностическую и лечебную тактику, назовите возможные варианты заболеваний.

31. Больной 47 лет. В анамнезе — хронический панкреатит. Настоящее обострение началось около 2 мес назад, когда впервые появились жалобы на слабость, потерю веса, боли в эпигастрии опоясывающего характера с иррадиацией в спину. При УЗИ определяют объёмное образование в проекции хвоста поджелудочной железы, без чётких контуров, диаметром до 5,0 см.

Вопрос• Определите диагностическую и лечебную тактику, назовите возможные варианты заболеваний.

32. Больной 47 лет. Около 2 мес назад впервые появились жалобы на слабость, потерю веса, боли в эпигастрии опоясывающего характера с иррадиацией в спину. При УЗИ определяют объёмное образование в проекции хвоста поджелудочной железы, диаметром до 5,0 см, очаговое образование в левой доле печени до 1,5 см в диаметре.

Вопрос• Определите диагностическую и лечебную тактику, назовите возможные варианты заболеваний.

33. 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 1,5x2,0 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?

34. 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?

35. 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?

36. 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?

37. 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?

38. Больная, 40 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. При влагалищном исследовании шейка матки плотная, гипертрофирована. На шейке видны разрастания в виде цветной капусты, легко кровоточащие при контакте. На передней губе шейки имеется кровоточащее

углубление. Тело матки без особенностей, подвижно, болезненное. Придатки не пальпируются. Левый параметрий свободен, в правом определяется небольшая инфильтрация, не доходящая до стенки таза.

Проведена биопсия шейки матки — плоскоклеточный рак.

Вопросы

- Назовите дополнительный метод обследования, который надо применить больной для уточнения диагноза.

39. Больная 40 лет. Поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сукровичные выделения из влагалища, боли в низу живота на протяжении двух месяцев. Менструации с 16 лет по 3-4 дня через 28 дней, безболезненные, умеренные, было 6 беременностей, из них родов — 3, аборт — 3. При влагалищном исследовании шейка матки цилиндрической формы, плотной консистенции, эрозирована, тело матки увеличено до 12 нед беременности, округлой формы с неровной поверхностью, плотной консистенции. Придатки не определяются.

Вопрос• Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.

40. Больная 54 лет. Из сопутствующих заболеваний выраженное ожирение, гипертоническая болезнь. Менструации не прекращались. В течение 8 мес беспокоят обильные жидкие выделения, чередующиеся с кровяными выделениями. При обращении в женскую консультацию рекомендована медикаментозная терапия.

Вопросы

- Ваш предположительный диагноз?
- При знакомстве с анамнезом заболевания и жизни, на какие моменты следует обратить особое внимание?
- В какой последовательности и какие инструментальные методы обследования следует провести?

41. В клинику поступила больная 60 лет. Из анамнеза выяснено, что 6 мес тому назад появились слабость, недомогание.

Затем стали беспокоить тяжесть и распирающие в эпигастральной области, усугубляющиеся при приеме пищи. В день поступления: живот увеличен в размерах, пальпация его затруднена. При обследовании обнаружен асцит.

Вопросы

- Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

42. Больная 32 лет оперирована два года тому назад по поводу рака желудка III стадии. Состояние больной относительно удовлетворительное. Справа и слева от матки пальпируются плотные образования, расположенные над входом в малый таз.

Вопросы

- Ваш предположительный диагноз?
- Какие исследования необходимы для выработки тактики?
- Ваш прогноз в отношении этой больной?

#### **1.4. Контрольная работа: клинический разбор**

##### **1.4.1. Инструкции к проведению клинического разбора:**

Ординатору предлагается история болезни пациента с онкологическим заболеванием (из банка историй болезни кафедры), созданная на основе реальных клинических случаев.

Необходимо провести разбор случая по следующим пунктам:

- анализ данных сбора жалоб, анамнеза заболевания и жизни с целью выявления всех факторов, предрасполагающих к состоянию пациента в данном клиническом случае;
- постановка первичного диагноза, перечень состояний для дифференциального диагноза, обоснование плана обследования;
- анализ лабораторных данных обследования с целью выявления всех данных, характеризующих настоящее состояние пациента и/или предрасполагающих к настоящему состоянию в данном клиническом случае;
- анализ инструментальных методов исследования с целью выявления всех данных, характеризующих настоящее состояние пациента и/или предрасполагающих к настоящему состоянию в данном клиническом случае;
- постановка клинического диагноза с учетом всех результатов обследования;
- анализ проведенного лечения с использованием действующих инструкций для каждого препарата сайта ГРЛС, в том числе с целью выявления фактов ятрогенного влияния, побочных действий препаратов, передозировки препаратов (причины неотложного состояния);
- составить рекомендации для дальнейшего ведения пациента.

Результаты клинического разбора оформить в презентации.

## **2. Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине - зачет**

### **2.1. Список вопросов к промежуточной аттестации – итоговому собеседованию по дисциплине «Онкология, канцеропревенция»:**

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. Деонтология в онкологии. Факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей. Первичная профилактика рака.
3. Роль экзогенных (химические и физические агенты, онковирусы) и эндогенных факторов в возникновении опухолей человека.
4. Злокачественные опухоли как социальная проблема. Канцерогенные вещества во внешней среде, их основные источники.
5. Курение и рак.
6. Профессиональные раки. Факторы, способствующие их возникновению.
7. Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях.
8. Принципы ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей.
9. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактики рака.
10. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска.

Роль скрининговых исследований.

11. Значение эндоскопических, цитологических, рентгенологических и иммунологических методов исследования в онкологии.
12. Роль морфологических методов исследования в онкологии. Способы взятия материала для цитологического и гистологического исследований.
13. Закономерности и пути метастазирования злокачественных опухолей.
14. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.
15. Паранеопластические синдромы. Классификация и их значение.
16. Методы и принципы лечения злокачественных опухолей. Успехи в онкологии.
17. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение онкологических больных.
18. Современные принципы и возможности лекарственной терапии онкологических больных.
19. Паллиативное лечение онкологических больных.
20. Узловые образования в щитовидной железе. Диагностическая и лечебная тактика.
21. Рак щитовидной железы. Отличительные особенности высокодифференцированных форм. Особенности хирургического лечения.
22. Рак легкого. Заболеваемость. Группы повышенного риска. Профилактика рака. Принципы диагностики и лечения.
23. Рак легкого, Клинико-анатомическая классификация. Особенности клинического течения мелкоклеточного рака. Выбор метода лечения.
24. Метастатические плевриты. Дифференциальная диагностика. Возможности выявления первичного очага. Методы лечения.
25. Рак пищевода. Клинические особенности течения. Возможности ранней диагностики. Принципы лечения.
26. Рак желудка. Группы риска. Возможности раннего выявления.
27. Рак желудка, Клиническая картина в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Особенности метастазирования. Виды радикальных оперативных вмешательств.
28. Рак поджелудочной железы. Заболеваемость и смертность. Клиническая картина в зависимости от локализации опухоли. Принципы диагностики. Способы морфологического подтверждения диагноза.
29. Первичные и метастатические опухоли печени. Возможности дифференциальной диагностики и лечения.
30. Рак ободочной кишки. Группы риска. Особенности клинического течения. Методы диагностики. Принципы лечения.
31. Рак прямой кишки. Группы риска. Клиническая картина в зависимости от локализации и анатомической формы роста. Принципы диагностики и лечения.
32. Лимфогранулематоз. Морфологическая классификация и ее прогностическое значение.
33. Лимфогранулематоз. Деление на стадии, Симптомы интоксикации. Биологические признаки активности процесса. Принципы лечения.
34. Лимфомы. Патогенез. Классификация. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Тактика ведения терапевтом.
35. Рак молочной железы. Заболеваемость. Возможности ранней диагностики. Профилактика рака молочной железы.
36. Асциты при злокачественных опухолях. Их патогенез. Вероятная локализация первичной опухоли. Методы диагностики и лечебная тактика.
37. Рак почки. Ренальные и экстраренальные симптомы. Принципы диагностики и лечения.
38. Рак мочевого пузыря. Факторы риска. Клиника. Методы диагностики, Принципы лечения.
39. Опухоли забрюшинного пространства. Классификация. Особенности клинического течения. Методы специального обследования. Возможности лечения.

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

**3.1. ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**3.1.1. Оценка фронтального опроса**

**Рекомендации по оцениванию ответов ординатора на вопросы:**

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.

В настоящее время проверка качества подготовки ординаторов по модулям (разделам) заканчивается выставлением отметок по принятой пятибалльной шкале («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	ПК -1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	ординатор владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы; хорошо знаком с основной литературой и методами исследования большого в объеме, необходимом для практической деятельности врача; увязывает теоретические аспекты предмета с задачами практического здравоохранения.	Отлично
		ординатор владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных вопросах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.	Хорошо
		ординатор владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускаются ошибки по существу вопросов. Ординатор способен отвечать лишь на наиболее легкие вопросы, владеет только обязательным минимумом знания применяемых методов исследований.	Удовлетворительно
		ординатор не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах преподавателя.	Неудовлетворительно

### 3.1.2. Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

#### *Критерии оценки*

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 объём 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.

### 3.1.3. 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)
Зачтено	46 – 100%
Не зачтено	Менее 46%

### 3.1.4. Критерии оценивания собеседования на зачете:

Для получения зачета ординатору задаются 3 любые вопроса.

Проверка качества подготовки ординаторов по модулям (разделам) заканчивается выставлением отметок по принятой пятибалльной шкале («отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	ПК -1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	ординатор владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы; хорошо знаком с основной литературой и методами исследования большого в объеме, необходимом для практической деятельности врача; увязывает теоретические аспекты предмета с задачами практического здравоохранения.	Отлично
		ординатор владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных вопросах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.	Хорошо
		ординатор владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускаются ошибки по существу вопросов. Ординатор способен отвечать лишь на наиболее легкие вопросы, владеет только обязательным минимумом знания применяемых методов исследований.	Удовлетворительно
		ординатор не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах преподавателя.	Неудовлетворительно

**Схема оценивания ответа на зачете:**

Задания	Проверяемые компетенции	Оценка	Набранные баллы
Теоретический вопрос № 1	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Теоретический вопрос № 2	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Теоретический вопрос № 3	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3

		неудовлетворительно	2
Общая оценка	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	Зачтено	9 и более
		Незачтено	6-8

**Вывод:**

**Проведение промежуточной аттестации (зачета) по дисциплине «Онкология, канцеропревенция» за 1 год обучения позволяет оценить сформированность следующих компетенций (части компетенций): ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.**