

Бюджетное учреждение высшего образования

Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"



Паллиативная помощь онкологическим больным
рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Хирургических болезней**

Учебный план о310857-Онкол-21-1.plx
Специальность: Онкология

Квалификация **Врач-онколог**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72
в том числе:
аудиторные занятия 32
самостоятельная работа 40

Виды контроля в семестрах:
зачеты 2

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	2 (1.2)		Итого	
	уп	рп	уп	рп
Неделя	16			
Вид занятий	уп	рп	уп	рп
Лекции	6	6	6	6
Практические	26	26	26	26
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная	32	32	32	32
Сам. работа	40	40	40	40
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

д.м.н., профессор, Парсадяян Арарат Микичович



Паллиативная помощь онкологическим больным

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 25.08.2014г.
№1100)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Онкология

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

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Хирургических болезней

Протокол от «05» 05 20 21г. № 12

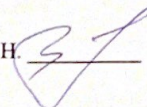
Срок действия программы: 2021-2022 уч.г

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



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	Приобретение дополнительных знаний и практических навыков по оказанию паллиативной помощи в онкологии.
1.2	Подготовка квалифицированного врача-специалиста онколога, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности по специальности «Онкология».

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл	ФТД.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Онкология
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Клиническая фармакология
2.2.2	Методы реабилитации в онкологии
2.2.3	Социально-психологические основы профессиональной деятельности
2.2.4	Клиническая фармакология
2.2.5	Методы реабилитации в онкологии
2.2.6	Социально-психологические основы профессиональной деятельности

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

УК-1: готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье

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

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

ПК-11: готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико- статистических показателей

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	- организацию онкологической помощи населению
3.1.2	- основные принципы реабилитации онкологических больных (социально-экономическое значение экспертизы трудоспособности; основные положения по рекомендации и назначению санаторно-курортного лечения онкологическим больным)
3.1.3	- вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача-онколога
3.1.4	-морфологические классификации опухолей
3.1.5	- опухоли и опухолеподобные процессы
3.1.6	-формы роста и распространения опухолей
3.1.7	-принципы диагностики злокачественных опухолей
3.1.8	-лабораторные методы исследования, применяемые в онкологической практике
3.1.9	-методы лучевой диагностики
3.1.10	-операционную диагностику
3.1.11	-формирование клинического диагноза
3.1.12	-современные подходы к лечению злокачественных опухолей
3.1.13	-принципы хирургического лечения злокачественных опухолей
3.1.14	-принципы лучевой терапии
3.1.15	-принципы лекарственной терапии
3.1.16	-показания к симптоматическому лечению
3.1.17	- правовые вопросы онкологической службы (рабочее время, оплата труда, время отдыха,
3.1.18	- основы теоретической и экспериментальной онкологии.
3.2	Уметь:
3.2.1	- выявить клинические показания к плановой и срочной госпитализации онкологических больных, показания для госпитализации или перевода больного на лечение к другому специалисту, определить профиль лечебного учреждения или специалиста с учетом особенностей и тяжести
3.2.2	- определить срок временной потери трудоспособности онкологического больного и установить показания для направления на ВТЭК
3.2.3	- организовать работы среднего и младшего медицинского персонала в онкологических
3.2.4	- заполнять медицинскую документацию онкологических больных (в поликлинике и стационаре)
3.2.5	-интерпретировать данные цитологического и гистологического исследований опухолей, состояние рецепторного статуса опухолей, показателей опухолевых антигенов и маркеров.
3.2.6	- получать информацию о заболевании, применять объективные методы обследования больного, выявлять общие и специфические признаки заболевания;
3.2.7	- оценивать тяжесть состояния больного (по классификации ВОЗ и ECOG) и принимать необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определять объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказывать необходимую помощь;
3.2.8	- назначить необходимое обследование в соответствии с локализацией опухоли, возможными путями метастазирования и функциональным состоянием пациента
3.2.9	- интерпретировать данные, полученные при клиническом осмотре и оценке функционального состояния пациента
3.2.10	- определять необходимость специальных методов исследования (лабораторные, рентгенологические и функциональные)
3.2.11	- интерпретировать лабораторные данные, полученные при обследовании больного: показателей иммунного статуса, опухолевых антигенов и маркеров, клинического, биохимического и морфологического исследования крови, мочи, плеврального экссудата, ликвора, асцитической

3.2.12	- интерпретировать результаты рентгенологических методов обследования онкологических пациентов: рентгенограмм, маммограмм, ангиограмм, компьютерных томограмм, данных МРТ и
3.2.13	- интерпретировать данные ультразвукового исследования больного
3.2.14	- интерпретировать данные радиоизотопных методов исследования больного
3.2.15	- интерпретировать данные эндоскопических методов исследования больного
3.2.16	- поставить онкологический диагноз в соответствии с классификацией ВОЗ и провести дифференциальный диагноз, использовать клинические и дополнительные методы исследований, определить сопутствующие заболевания
3.2.17	- проводить дифференциальную диагностику опухолевых и неопухолевых заболеваний
3.2.18	- готовить пациентов к рентгенологическим исследованиям (рентгенограммам органов желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей)
3.2.19	- организовывать консультацию больного специалистами
3.2.20	- осуществлять меры по реабилитации больного;
3.2.21	- осуществлять раннее выявление и диагностику злокачественных опухолей;
3.2.22	- проводить профилактические осмотры;
3.2.23	- оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
3.2.24	- составлять отчет о своей работе;
3.2.25	- пропагандировать здоровый образ жизни;
3.2.26	- проводить санитарно-просветительскую работу среди населения;
3.2.27	- применять на практике знания медицинской этики, психологии;
3.2.28	- Определить показания и противопоказания к хирургическому лечению при онкологических
3.2.29	- Определить показания и противопоказания к лекарственному противоопухолевому лечению
3.2.30	- Определить показания и противопоказания к лучевому лечению при онкологических заболеваниях
3.2.31	- Определить показания к назначению симптоматического лечения, включая обезболивание, назначение нутритивной терапии и зондового питания
3.3 Владеть:	
3.3.1	- методом статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и
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 (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы
3.3.4	- методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации)
3.3.5	- основами медицинской информатики и компьютерной техники
3.3.6	- методами ведения медицинской документации у онкологических пациентов (в стационаре,
3.3.7	- Техникой пункционной и эксцизионной биопсии, маркировки и доставки биосийного и операционного материала
3.3.8	- Оформлением документации для морфологического исследования
3.3.9	методами операционной диагностики (биопсии опухоли)
3.3.10	основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией ВОЗ
3.3.11	техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях
3.3.12	техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование
3.3.13	методами обезболивания у онкологических больных
3.3.14	методиками нутритивной терапии и зондового питания

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. Раздел 1. Организации паллиативной онкологической помощи						
--	---	--	--	--	--	--	--

1.1	Организации паллиативной онкологической помощи населению РФ /Лек/	2	1	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6	0	
1.2	Хосписы в России /Лек/	2	1	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.1 Л1.4 Л1.6	0	
1.3	Организации паллиативной онкологической помощи населению РФ /Пр/	2	4	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.4 Л1.6	0	ситуационные задачи.
1.4	Хосписы в России /Пр/	2	4	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.4 Л1.6 Э3 Э4	0	Тестирование, Фронтальный опрос, ситуационные задачи.
1.5	Обезболивание при оказании помощи онкологическим больным /Лек/	2	1	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1. Л1.4 Л1.6 Э3 Э4	0	
1.6	Психологические аспекты работы с онкобольными /Лек/	2	1	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л2.2 Л1.6 Э2 Э1 Э3	0	
1.7	Обезболивание при оказании помощи онкологическим больным /Пр/	2	6	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1. Л1.4 Л1.6 Э3 Э4	0	Устный опрос, ситуационные задачи
1.8	Психологические аспекты работы с онкобольными /Пр/	2	4	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л2.2 Л1.6 Э2 Э1 Э3 Л.31	0	ситуационные задачи.
1.9	Обезболивание при оказании помощи онкологическим больным /Ср/	2	8	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.4 Л1.6	0	
1.10	Психологические аспекты работы с онкобольными /Ср/	2	8	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.6 Э4	0	
Раздел 2. Общие принципы лечения злокачественных опухолей при оказании							
2.1	Общие принципы лечения злокачественных опухолей при оказании паллиативной помощи /Лек/	2	1	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.1Л1.5Л1.6 Л2.1 Э1 Э2	0	
2.2	Общие принципы лечения злокачественных опухолей при оказании паллиативной помощи /Пр/	2	4	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.1Л1.5Л1.6 Л2.1 Э1 Э2	0	Устный опрос, ситуационные задачи

2.3	Общие принципы лечения злокачественных опухолей при оказании паллиативной помощи /Ср/	2	8	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.1Л1.5Л1.6 Л2.1 Э1 Э21.6	0	
Раздел 3. . Обезболивание при оказании помощи онкологическим больным. Психологические аспекты							
3.1	Обезболивание при оказании помощи онкологическим больным /Лек/	2	1	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.1 Л1.4 Л1.6 Э1 Э2 Э3 Л3.1	0	
3.2	Обезболивание при оказании помощи онкологическим больным /Пр/	2	2	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.1 Л1.4 Л1.6 Э1 Э2 Э3 Л3.1	0	тестирование, ситуационные задачи,
3.3	Психологические аспекты работы с онкобольными /Пр/	2	2	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.1 Л1.4 Л1.6 Э1 Э2 Э3 Л3.1	0	тестирование, ситуационные задачи, фронтальный опрос
3.4	Обезболивание при оказании помощи онкологическим больным /Ср/	2	8	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.1 Л1.4 Л1.6	0	
3.5	Психологические аспекты работы с онкобольными /Ср/	2	8	УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.1 Э4	0	
Раздел4							
4.1	Контрольная работа	2		УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.1 Л1.4 Л1.6 Э1 Э2 Э3 Л3.1		Презентация клинического случая
4.2	Зачет	2		УК-1 ПК-1 ПК-5 ПК-6 ПК-8 ПК-9 ПК-11	Л1.1 Л1.4 Л1.6 Э1 Э2 Э3 Л3.1		устный 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, защита 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,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Вельшер Л. З., Поляков Б. И., Петерсон С. Б.	Клиническая онкология: избранные лекции	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010	10
Л1.2	под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп	Онкология: учебник	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014, http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN_9785970425329.html	1
Л1.3	Ш. Х. Ганцев, В. В. Старинский, И. Р. Рахматуллина, Л. Н. Кульряшова Р.	Амбулаторно-поликлиническая онкология : Руководство для врачей	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014, http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN_9785970428757.html	1
Л1.4	Абузарова Г. Р., Чиссов В. И., Давыдов М. И.	Онкология: национальное руководство	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008	3
Л1.5	А. М. Парсаданян, Д.	Рак легкого: Методические рекомендации	: ил. — Библиогр, 2002	46
Л1.6	Г.А.Новиков, Е.П. Куликов	Паллиативная медицинская помощь в онкологии: учебник	ГЭОТАР-медиа, 2016	237
6.1.2. Дополнительная литература				
Л2.1	Давыдов, Ганцев Ш. Х.	Онкология: учебник для студентов, обучающихся в учреждениях высшего профессионального образования по специальностям 060101.65 "Лечебное дело",	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010	10
Л2.2	Г. Н. Пономаренко	Медицинская реабилитация : учебник	М. : ГЭОТАР- Медиа, 2014, http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN_9785970431344.html	1
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол
Л3.1	Давыдов	Онкология: модульный практикум	Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2009	30
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"				
Э1	Актуальные медицинские статьи - https://medforyour.info/html/vse-statyi-o-medicine.html			
Э2	Научная электронная библиотека - https://monographies.ru/ ://sibac.info/blog/elibrary-elektronnaya-			
Э3	Российская национальная библиография – http://www.infocenter.nlr.ru/			
Э4	Ассоциация хосписной помощи, журнал PULLIUM- https://www.pro-hospice.ru/zhurnal-pallium			

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

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 Venepuncture 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 SimulScore, 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/Simmulaid. Набор накладных муляжей для имитации ран и кровоточений Nasco/Simmulaid, фантом-симулятор люмбальной пункции, KyotoKagakuCo, 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**

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ


Специальность:
31.08.57 ОНКОЛОГИЯ

Уровень подготовки кадров высшей квалификации
по программе ординатуры

Квалификация:
Врач - онколог

Форма обучения:
очная

Фонды оценочных средств утверждены на заседании кафедры хирургических
болезней « 18 » 05 2021 года, протокол № 16

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

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

Компетенция УК-1

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу		
Знает	Умеет	Владеет
<p>- Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения;</p> <p>- Основы действующего законодательства о здравоохранении и основные директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;</p> <p>- Правовые вопросы российского здравоохранения;</p> <p>- Принципы организации онкологической помощи в Российской Федерации;</p>	<p>Осуществлять меры по комплексной реабилитации больного;</p> <p>- Организовать и провести комплекс мероприятий по диспансеризации и профилактике онкологических заболеваний;</p> <p>- Проводить санитарно-просветительную работу среди населения, осуществлять подготовку общественного актива участка;</p> <p>- Оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению, составить отчет о своей работе.</p>	<p>- методом статистического анализа;</p> <p>- методом проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания;</p> <p>- методом проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы;</p>

Компетенция ПК-1;

готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;		
Знает	Умеет	Владеет
<p>- Общие вопросы организации онкологической помощи населению, работы онкологических учреждений;</p> <p>- Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям;</p> <p>- Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики;</p> <p>- Алгоритм постановки диагноза и на основании полученных данных выработать индивидуальный план лечения больного, определить основные прогностические перспективы;</p> <p>- Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с инструкцией;</p> <p>- Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации;</p> <p>- Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний;</p> <p>- Основы диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологические, цитологические, лучевые, иммунологические);</p>	<p>- Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания;</p> <p>- Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария;</p> <p>- Определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;</p> <p>- Организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на онкологию;</p> <p>- Определять нетрудоспособность больного: временную, стойкую; направлять на экспертизу по временной или стойкой нетрудоспособности;</p> <p>Осуществлять мероприятия по реабилитации больных;</p> <p>Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях;</p> <p>Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клиничко-экспертную</p>	<p>Общие принципы лечения злокачественных опухолей.</p> <p>- техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях;</p> <p>- техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата);</p> <p>- методами обезболивания у онкологических больных;</p> <p>- методиками нутритивной терапии и зондового питания.</p>

<ul style="list-style-type: none"> - Основы хирургического, лекарственного, гормонального и иммунологического лечения онкологических больных; - Оборудование и оснащение операционных и палат интенсивной терапии, - Правила по охране труда и пожарной безопасности. 	<p>комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы;</p> <p>Осуществлять меры по комплексной реабилитации больного:</p>	
--	---	--

Компетенция ПК-5

<p>готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> -морфологические классификации опухолей - опухоли и опухолеподобные процессы -формы роста и распространения опухолей -принципы диагностики злокачественных опухолей -лабораторные методы исследования, применяемые в онкологической практике -методы лучевой диагностики -операционную диагностику -формирование клинического диагноза 	<ul style="list-style-type: none"> -интерпретировать данные цитологического и гистологического исследований опухолей, состояние рецепторного статуса опухолей, показателей опухолевых антигенов и маркеров. - получать информацию о заболевании, применять объективные методы обследования больного, выявлять общие и специфические признаки заболевания; - оценивать тяжесть состояния больного (по классификации ВОЗ и ECOG) и принимать необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определять объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказывать необходимую помощь; - назначить необходимое обследование в соответствии с локализацией опухоли, возможными путями метастазирования и функциональным состоянием пациента - интерпретировать данные, полученные при клиническом осмотре и оценке функционального состояния пациента - определять необходимость специальных методов исследования (лабораторные, рентгенологические и функциональные) - интерпретировать лабораторные данные, полученные при обследовании больного: показателей иммунного статуса, опухолевых антигенов и маркеров, клинического, биохимического и морфологического исследования крови, мочи, плеврального экссудата, ликвора, асцитической жидкости, костного мозга 	<ul style="list-style-type: none"> -□ методом проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы □-методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации) - Техникой пункционной и эксцизионной биопсии, маркировки и доставки биопсийного и операционного материала - Оформлением документации для морфологического исследования - методами операционной диагностики (биопсии опухоли) □- основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией ВОЗ

	<ul style="list-style-type: none"> - интерпретировать результаты рентгенологических методов обследования онкологических пациентов: рентгенограмм, маммограмм, ангиограмм, компьютерных томограмм, данных МРТ и ПЭТ-исследования - интерпретировать данные ультразвукового исследования больного - интерпретировать данные радиоизотопных методов исследования больного - интерпретировать данные эндоскопических методов исследования больного - поставить онкологический диагноз в соответствии с классификацией ВОЗ и провести дифференциальный диагноз, использовать клинические и дополнительные методы исследований, определить сопутствующие заболевания -проводить дифференциальную диагностику опухолевых и неопухолевых заболеваний 	
--	--	--

Компетенция ПК-6

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> -организацию онкологической помощи населению -основные принципы реабилитации онкологических больных (социально-экономическое значение экспертизы трудоспособности; основные положения по рекомендации и назначению санаторно-курортного лечения онкологическим больным) - вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача-онколога -современные подходы к лечению злокачественных опухолей -принципы хирургического лечения злокачественных опухолей -принципы лучевой терапии -принципы лекарственной терапии -показания к симптоматическому лечению 	<ul style="list-style-type: none"> - Определить показания и противопоказания к хирургическому лечению при онкологических заболеваниях - Определить показания и противопоказания к лекарственному противоопухолевому лечению - Определить показания и противопоказания к лучевому лечению при онкологических заболеваниях - Определить показания к назначению симптоматического лечения, включая обезболивание, назначение нутритивной терапии и зондового питания 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях <input type="checkbox"/> техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузomата) <input type="checkbox"/> методами обезболивания у онкологических больных <input type="checkbox"/> методиками нутритивной терапии и зондового питания

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"> - организацию онкологической помощи населению 	<ul style="list-style-type: none"> -- выявить клинические показания к плановой и срочной госпитализации онкологических 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> методом статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать

<p>- основные принципы реабилитации онкологических больных (социально-экономическое значение экспертизы трудоспособности; основные положения по рекомендации и назначению санаторно-курортного лечения онкологическим больным)</p> <p>современные подходы к лечению злокачественных опухолей</p> <p>-принципы хирургического лечения злокачественных опухолей</p> <p>-принципы лучевой терапии</p> <p>-принципы лекарственной терапии</p> <p>-показания к симптоматическому лечению</p>	<p>больных, показания для госпитализации или перевода больного на лечение к другому специалисту, определить профиль лечебного учреждения или специалиста с учетом особенностей и тяжести состояния</p> <p>- определить срок временной потери трудоспособности онкологического больного и установить показания для направления на ВТЭК</p> <p>- организовать работы среднего и младшего медицинского персонала в онкологических учреждениях</p> <p>- заполнять медицинскую документацию онкологических больных (в поликлинике и стационаре)</p>	<p>онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники)</p> <p><input type="checkbox"/> методом проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания</p> <p><input type="checkbox"/> методом проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы</p>
---	--	---

Компетенция ПК-9

готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих		
Знает	Умеет	Владеет
<p>- организацию онкологической помощи населению</p> <p>- основные принципы реабилитации онкологических больных (социально-экономическое значение экспертизы трудоспособности; основные положения по рекомендации и назначению санаторно-курортного лечения онкологическим больным)</p> <p>- вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача-онколога</p>	<p>-осуществлять меры по реабилитации больного;</p> <p>-осуществлять ранее выявление и диагностику злокачественных опухолей;</p> <p>-проводить профилактические осмотры;</p> <p>-оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;</p> <p>-составлять отчет о своей работе;</p> <p>-пропагандировать здоровый образ жизни;</p> <p>-проводить санитарно-просветительскую работу среди населения;</p> <p>-применять на практике знания медицинской этики, психологии;</p>	<p><input type="checkbox"/> методом статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники)</p> <p><input type="checkbox"/> методом проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания</p> <p><input type="checkbox"/> методом проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы</p>

Компетенция ПК-11

готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей		
Знает	Умеет	Владеет
-современные подходы к лечению злокачественных опухолей -принципы хирургического лечения злокачественных опухолей -принципы лучевой терапии -принципы лекарственной терапии -показания к симптоматическому лечению	- Получать информацию о заболевании, проводить обследование, - Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере; - Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария; - Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных); - Определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;	- <input type="checkbox"/> методом статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники) <input type="checkbox"/> методом проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания <input type="checkbox"/> методом проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы - методами ведения медицинской документации у онкологических пациентов (в стационаре, поликлинике)

Этап 1: Проведение текущего контроля успеваемости

Результаты текущего контроля знаний оцениваются по двухбалльной шкале с оценками:

- «аттестован»;
- «не аттестован».

Оценка	Критерий оценивания
Аттестован	<Приводится критерий оценивания для получения оценки «Аттестован»>. Оценки «аттестован» заслуживает обучающийся, выполнивший верно, в полном объеме и в срок все задания текущего контроля. Оценка «отлично» и «хорошо» за выполнение реферата положительно влияет на итоговую оценку по дисциплине.
Не аттестован	<Приводится критерий оценивания для получения оценки «Не аттестован»>. Оценки «не аттестован» заслуживает обучающийся имеющий задолженность по тому или иному виду контроля (не получивший оценки зачтено за выполнение тестового задания)

Этап 2: Проведение промежуточной аттестации

Результаты текущего контроля знаний оцениваются по двухбалльной шкале с оценками:

- «зачтено»;
- «не зачтено».

Дескриптор компетенции	Показатель оценивания	Оценка	Критерий оценивания
------------------------	-----------------------	--------	---------------------

	<p>- комплекс мероприятий, направленный на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p> <p>-определение у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);</p> <p>- ведение и лечение пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6);</p> <p>-применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);</p> <p>- способы к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p> <p>- методы оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).</p>	зачтено	<p>Раскрывает полное содержание теоретических основ предмета. Хорошо ориентируется в предмете, правильно отвечает на все предложенные вопросы. Демонстрирует знание по предмету онкология. Допускает незначительные неточности.</p>
Знает		Не зачтено	<p>Допускает значительные неточности. Слабо владеет материалом. Обучающийся не может сформулировать ответ на поставленный вопрос или неправильно отвечает. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.</p>
Умеет	<p>-абстрактно мыслить, анализировать, синтезировать полученный материал (УК-1);</p> <p>-осуществлять комплекс мероприятий, направленный на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,</p>	зачтено	<p>обучающийся правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы. обучающийся правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и</p>

	<p>предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p> <p>-определять у пациентов патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);</p> <p>-вести и лечить пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6);</p> <p>-применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапию и другие методы у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);</p> <p>- формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);</p> <p>- участвовать в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11).</p>	<p>несущественные ошибки при ответах на вопросы.</p>	<p>обучающийся ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета. обучающийся не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.</p>
Владеет	<p>-готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);</p> <p>-готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,</p>	зачтено	<p>ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует. ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.</p>
		Не зачтено	

	<p>предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);</p> <p>-готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);</p> <p>-готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6);</p> <p>-готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);</p> <p>- готовностью к формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9)</p> <p>- готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)</p>	<p>Не зачтено</p>	<p>обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя. обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.</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. Организации паллиативной онкологической помощи населению РФ. Хосписы в России.

1.1 Тестовые задания

1. СРЕДИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- а) саркома
- б) лейомиосаркома
- в) меланома
- г) рабдомиосаркома
- д) рак

2. 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

- а) 2,3,7
- б) 4,5,6
- в) 1,2,6
- г) 1,3
- д) 4,6

3. КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА:

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

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

4. КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НУЖНО НАЗНАЧИТЬ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ПИЩЕВОДА:

- 1) эзофагоманометрию
- 2) эзофагоскопию с биопсией
- 3) R-логическое исследование пищевода и желудка
- 4) Электрокимографическое исследование пищевода
- 5) Компьютерную томографию

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

5. КАКОЙ МЕТОД ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА:

- 1) экстирпация пищевода
- 2) энуклеация опухоли пищевода
- 3) резекция сегмента пищевода
- 4) лучевая терапия
- 5) химиотерапия

- а) 1,2
- б) 2,3

в) 3,4

г) 4,5

д) 1,5

6. БОЛЬНОЙ Н., ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ДИСФАГИЮ, КОТОРАЯ ПОЯВИЛАСЬ 6 МЕСЯЦЕВ НАЗАД. ОБЪЕКТИВНО: БОЛЬНОЙ УМЕРЕННОГО ПИТАНИЯ, БЛЕДНОСТЬ КОЖИ, PS-72, СЕРДЕЧНЫЕ ТОНЫ ГЛУХИЕ, АРИТМИЯ, ЭКГ: ДИФФУЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА. R-СКОПИЯ ПИЩЕВОДА: ИМЕЕТСЯ СУЖЕНИЕ ПИЩЕВОДА НА УРОВНЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 5СМ. В МЕСТЕ СУЖЕНИЯ КОНТУРЫ ПИЩЕВОДА РОВНЫЕ, РЕЛЬЕФ СЛИЗИСТОЙ СОХРАНЕН, ПАССАЖ БАРИЯ ЗАМЕДЛЕН. ДИАГНОЗ:

а) рак пищевода

б) дивертикул пищевода

в) опухоль средостения

г) лейомиома пищевода

д) эзофагоспазм

7. ВЫБРАТЬ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ С РАКОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА 3 СТЕПЕНИ С ЯВЛЕНИЯМИ ДИСФАГИИ

а) консервативная терапия: лучевое лечение, химиотерапия

б) наложение гастростомы

в) резекция пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза

г) операция: резекция пищевода в 2 этапа по Тореку - Добромыслову

д) наложение еюностомы

8. У БОЛЬНОГО 78 ЛЕТ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА ОПУХОЛЬ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА С ПРОРАСТАНИЕМ В ТРАХЕЮ, МTS В ПЕЧЕНЬ. ПРИ ГЛОТАНИИ С ТРУДОМ ПРОХОДИТ ЖИДКОСТЬ. ВАША ТАКТИКА:

а) буживание опухоли

б) эндоскопическая реканализация опухоли

в) эзофагостома

г) гастростома

д) еюностома

9. 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:

а) кардиоспазм

б) дивертикул пищевода

в) стенокардия

г) полип пищевода

д) рак пищевода с образованием эзофаготрахеального свища

10. У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ ОБНАРУЖЕН РАК СРЕДНЕ – ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА. R-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 МTS, 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:

а) лучевая терапия, операция не показана

б) наложение гастростомы, через 3-6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишки

в) операция Добромysłова – Торека, через 6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишки

г) операция Льюиса (резекция пищевода с одномоментным эзофагогастроанастомозом)

д) буживание опухоли с последующим эндопротезированием

11. 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:

а) язвенная болезнь желудка

б) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная эзофагитом

в) рак пищевода

г) острый гастрит

- д) ахалазия кардии
12. МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛИМФОГЕННЫМ ПУТЕМ. В ЧЕМ СОСТОИТ ОСОБЕННОСТЬ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПИЩЕВОДА И СВЯЗАННАЯ С НЕЙ ОСОБЕННОСТЬ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ:
- а) близком расположении грудного лимфатического протока
 - б) продольной ориентации внутриорганных лимфатических сосудов
 - в) наличии лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистом слое и мышечной оболочке
 - г) наличии порто-кавалных связей
 - д) тесной связи лимфатической системы пищевода и желудка
13. У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ, С ДИСФАГИЕЙ, ПРИ R-ИССЛЕДОВАНИИ В БРЮШНОМ ОТДЕЛЕ ПИЩЕВОДА ЛОКАЛЬНОЕ АСИММЕТРИЧНОЕ СУЖЕНИЕ. КОНТУРЫ СУЖЕНИЯ ЗАУБРЕННЫЕ, НЕЧЕТКИЕ, СТЕНКА ПИЩЕВОДА В ОБЛАСТИ СУЖЕНИЯ УТОЛЩЕНА, РЕГИДНА, ПЕРИСТАЛЬТИКА ОТСУТСТВУЕТ, СКЛАДКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ СГЛАЖЕНЫ. НАД СУЖЕНИЕМ – АСИММЕТРИЧНОЕ СУПРАСТЕНИЧНОЕ РАСШИРЕНИЕ ПИЩЕВОДА. ПОРАЖЕННЫЙ УЧАСТОК НЕ СМЕЩАЕТСЯ ПРИ ГЛОТАНИИ И ПЕРЕМЕНЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА. АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕГМЕНТ ПИЩЕВОДА УДЛИНЕН, ГАЗОВЫЙ ПУЗЫРЬ ЖЕЛУДКА СОХРАНЕН. АЦЕТИЛХОЛИНОВЫЙ И КОРБОХОЛИНОВЫЙ ТЕСТЫ ОТРИЦАТЕЛЬНЫ. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПИЩЕВОДА МОЖНО ДУМАТЬ:
- а) ахалазии пищевода
 - б) раке пищевода
 - в) грыже пищеводного отверстия диафрагмы
 - г) дивертикуле пищевода
 - д) доброкачественном опухоли пищевода
14. 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:
- а) химиотерапия
 - б) лучевая терапия
 - в) бужирование пищевода
 - г) субтотальная резекция пищевода
 - д) пробная торакотомия
15. 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 РАСТОЯНИИ 23СМ ОТ РЕЗЦОВ, МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА – В БИОПТАТЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК. ПРИ ТРАХЕОСКОПИИ ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОКАЗАН БОЛЬНОМУ:
- а) экстирпация пищевода
 - б) химиотерапия
 - в) лучевая терапия с облучением пищевода и шейно – надключичных зон
 - г) пробная торакотомия
 - д) гастростомия
16. 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
- а) 1,2,3
 - б) 2,3,4

- в) 1,3,4
- г) 1,2
- д) 1,4

17. К СИМПТОМАМ РАННЕГО РАКА ПИЩЕВОДА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:

- а) дисфагию
- б) боли за грудиной и в спине
- в) кашель при приеме пищи
- г) усиленное слюноотделение
- д) похудание

Эталоны ответов:

- | | | | |
|-----|---|-----|---|
| 1. | Д | 11. | В |
| 2. | Г | 12. | Б |
| 3. | Г | 13. | Б |
| 4. | Б | 14. | Г |
| 5. | Б | 15. | В |
| 6. | Г | 16. | Г |
| 7. | А | 17. | А |
| 8. | Г | | |
| 9. | Д | | |
| 10. | В | | |

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. Первые Хосписы в России. Законодательная база.
4. Роль врача общей лечебной сети в профилактике и ранней диагностике злокачественных опухолей. Деонтология в онкологии.
5. Принципы ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей.
6. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактики рака.
7. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований.
8. Значение эндоскопических, цитологических, рентгенологических и иммунологических методов исследования в онкологии.
9. Роль морфологических методов исследования в онкологии. Способы взятия материала для цитологического и гистологического исследований.
10. Факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей. Первичная профилактика рака.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение данного задания позволяет оценить сформированность следующих компетенций: ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-

1.3 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

- 1.1. 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.

1.2. 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.

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

Заполните соответствующие документы, определите клиническую группу.

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

1.4. 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.

1.5. 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».

Самостоятельная работа.

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

Раздел 2. Общие принципы лечения злокачественных опухолей при оказании паллиативной помощи

2.1 Тестовые задания.

1. СРЕДИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- а) саркома
- б) лейомиосаркома
- в) меланома
- г) рабдомиосаркома
- д) рак

2. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПИЩЕВОДА:

- 8) дисфагия
- 9) потеря в весе
- 10) ощущение инородного тела в пищеводе
- 11) изжога
- 12) ноющая боль в подложечной области
- 13) гнилостный запах изо рта
- 14) икота

- а) 2,3,7
- б) 4,5,6
- в) 1,2,6
- г) 1,3
- д) 4,6

3. КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА:

- б) R-логическое исследование
- 7) эзофагоманометрия
- 8) эзофагография
- 9) эзофагометрия
- 10) эзофагоскопия

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

4. КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НУЖНО НАЗНАЧИТЬ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ПИЩЕВОДА:

- б) эзофагоманометрию
- 7) эзофагоскопию с биопсией
- 8) R-логическое исследование пищевода и желудка
- 9) Электрокимографическое исследование пищевода
- 10) Компьютерную томографию

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

5. КАКОЙ МЕТОД ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА:

- б) экстирпация пищевода
- 7) энуклеация опухоли пищевода
- 8) резекция сегмента пищевода
- 9) лучевая терапия
- 10) химиотерапия

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

6. БОЛЬНОЙ Н., ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ДИСФАГИЮ, КОТОРАЯ ПОЯВИЛАСЬ 6 МЕСЯЦЕВ НАЗАД. ОБЪЕКТИВНО: БОЛЬНОЙ УМЕРЕННОГО ПИТАНИЯ, БЛЕДНОСТЬ КОЖИ,

PS-72, СЕРДЕЧНЫЕ ТОНЫ ГЛУХИЕ, АРИТМИЯ, ЭКГ: ДИФFUЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА. R-СКОПИЯ ПИЩЕВОДА: ИМЕЕТСЯ СУЖЕНИЕ ПИЩЕВОДА НА УРОВНЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ НА ПРОТЯЖЕНИИ 5СМ. В МЕСТЕ СУЖЕНИЯ КОНТУРЫ ПИЩЕВОДА РОВНЫЕ, РЕЛЬЕФ СЛИЗИСТОЙ СОХРАНЕН, ПАССАЖ БАРИЯ ЗАМЕДЛЕН. ДИАГНОЗ:

- а) рак пищевода
- б) дивертикул пищевода
- в) опухоль средостения
- г) лейомиома пищевода
- д) эзофагоспазм

7. ВЫБРАТЬ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ С РАКОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА 3 СТЕПЕНИ С ЯВЛЕНИЯМИ ДИСФАГИИ

- а) консервативная терапия: лучевое лечение, химиотерапия
- б) наложение гастростомы
- в) резекция пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза
- г) операция: резекция пищевода в 2 этапа по Тореку - Добромыслову
- д) наложение еюностомы

8. У БОЛЬНОГО 78 ЛЕТ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА ОПУХОЛЬ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА С ПРОРАСТАНИЕМ В ТРАХЕЮ, МTS В ПЕЧЕНЬ. ПРИ ГЛОТАНИИ С ТРУДОМ ПРОХОДИТ ЖИДКОСТЬ. ВАША ТАКТИКА:

- а) буживание опухоли
- б) эндоскопическая реканализация опухоли
- в) эзофагостомы
- г) гастростомы
- д) еюностомы

9. 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:

- а) кардиоспазм
- б) дивертикул пищевода
- в) стенокардия
- г) полип пищевода
- д) рак пищевода с образованием эзофаготрахеального свища

10. У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ ОБНАРУЖЕН РАК СРЕДНЕ – ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА. R-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 МTS, 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:

- а) лучевая терапия, операция не показана
- б) наложение гастростомы, через 3-6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишки
- в) операция Добромysłова – Торека, через 6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишки
- г) операция Льюиса (резекция пищевода с одномоментным эзофагогастроанастомозом)
- д) буживание опухоли с последующим эндопротезированием

11. 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 УХУДИЛОСЬ, ПОЯВИЛОСЬ ВСЕ УКАЗАННОЕ ВЫШЕ, ЖАЛОБЫ НОСИЛИ ВЫРАЖЕННЫЙ И УПОРНЫЙ ХАРАКТЕР. ПРИСОЕДИНИЛИСЬ СЛАБОСТЬ, НЕДОМОГАНИЕ, ПОТЕРЯ В ВЕСЕ. ВАШ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

- а) язвенная болезнь желудка
- б) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная эзофагитом
- в) рак пищевода
- г) острый гастрит
- д) ахалазия кардии

12. МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛИМФОГЕННЫМ ПУТЕМ. В ЧЕМ СОСТОИТ ОСОБЕННОСТЬ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПИЩЕВОДА И СВЯЗАННАЯ С НЕЙ ОСОБЕННОСТЬ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ:

- а) близком расположении грудного лимфатического протока
- б) продольной ориентации внутриорганных лимфатических сосудов
- в) наличии лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистом слое и мышечной оболочке
- г) наличии порто-кавальных связей
- д) тесной связи лимфатической системы пищевода и желудка

13. У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ, С ДИСФАГИЕЙ, ПРИ R-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 СУПРАСТЕНИЧНОЕ РАСШИРЕНИЕ ПИЩЕВОДА. ПОРАЖЕННЫЙ УЧАСТОК НЕ СМЕЩАЕТСЯ ПРИ ГЛОТАНИИ И ПЕРЕМЕНЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА. АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕГМЕНТ ПИЩЕВОДА УДЛИНЕН, ГАЗОВЫЙ ПУЗЫРЬ ЖЕЛУДКА СОХРАНЕН. АЦЕТИЛХОЛИНОВЫЙ И КОРБОХОЛИНОВЫЙ ТЕСТЫ ОТРИЦАТЕЛЬНЫ. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПИЩЕВОДА МОЖНО ДУМАТЬ:

- а) ахалазии пищевода
- б) раке пищевода
- в) грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- г) дивертикуле пищевода
- д) доброкачественном опухоли пищевода

14. 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:

- а) химиотерапия
- б) лучевая терапия
- в) бужирование пищевода
- г) субтотальная резекция пищевода
- д) пробная торакотомия

15. 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 РАСТОЯНИИ 23СМ ОТ РЕЗЦОВ, МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА – В БИОПТАТЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК. ПРИ ТРАХЕОСКОПИИ ПАТОЛОГИИ НЕ ВЫЯВЛЕНО. КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОКАЗАН БОЛЬНОМУ:

- а) экстирпация пищевода
- б) химиотерапия
- в) лучевая терапия с облучением пищевода и шейно – надключичных зон
- г) пробная торакотомия
- д) гастростомия

16. 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:

- 5) пробную торактомию
- 6) гастростомию
- 7) лучевую терапию
- 8) химиотерапию
- а) 1,2,3
- б) 2,3,4
- в) 1,3,4
- г) 1,2
- д) 1,4

17. К СИМПТОМАМ РАННЕГО РАКА ПИЩЕВОДА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:

- а) дисфагию
- б) боли за грудиной и в спине
- в) кашель при приеме пищи
- г) усиленное слюноотделение
- д) похудание

Эталоны ответов:

- 1. В
- 2. В
- 3. Г
- 4. Г
- 5. Г
- 6. В
- 7. Г
- 8. В
- 9. Б
- 10. Б
- 11. В
- 12. Б
- 13. А
- 14. Б
- 15. В
- 16. Б
- 17. В

2.2 Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

- 1. Роль экзогенных (химические и физические агенты, онковирусы) и эндогенных факторов в возникновении опухолей человека.
- 2. Злокачественные опухоли как социальная проблема. Канцерогенные вещества во внешней среде, их основные источники.
- 3. Профессиональные раки. Факторы, способствующие их возникновению.
- 4. Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях.
- 5. Закономерности и пути метастазирования злокачественных опухолей.
- 6. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.
- 7. Паранеопластические синдромы. Классификация и их значение.
- 8. Методы и принципы лечения злокачественных опухолей. Успехи в онкологии.
- 9. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение онкологических больных.
- 10. Современные принципы и возможности лекарственной терапии онкологических больных.
- 11. Паллиативное лечение онкологических больных.

2.3 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

2.1 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.

2.2. 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 больной была III клиническая группа. В связи с диссеминацией рака она переводится в IV клиническую группу. «Протокол» не заполняется.

2.3. 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.

2.4. 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.

2.5. 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.

2.6. 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?

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

2.7. 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 в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

Раздел 3. Обезболивание при оказании помощи онкологическим больным. Психологические аспекты работы с онкобольными

3.1 Тестовые задания

1. СРЕДИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

- а) саркома
- б) лейомиосаркома
- в) меланома
- г) рабдомиосаркома
- д) рак

2. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ПИЩЕВОДА:

- 15) дисфагия
- 16) потеря в весе
- 17) ощущение инородного тела в пищеводе
- 18) изжога
- 19) ноющая боль в подложечной области
- 20) гнилостный запах изо рта
- 21) икота

- а) 2,3,7
- б) 4,5,6
- в) 1,2,6
- г) 1,3
- д) 4,6

3. КАКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА:

- 11) R-логическое исследование
- 12) эзофагоманометрия
- 13) эзофаграфия
- 14) эзофагометрия
- 15) эзофагоскопия

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

4. КАКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НУЖНО НАЗНАЧИТЬ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ПИЩЕВОДА:

- 11) эзофагоманометрию
- 12) эзофагоскопию с биопсией
- 13) R-логическое исследование пищевода и желудка
- 14) Электрокимографическое исследование пищевода
- 15) Компьютерную томографию

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

5. КАКОЙ МЕТОД ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА:

- 11) экстирпация пищевода
- 12) энуклеация опухоли пищевода
- 13) резекция сегмента пищевода
- 14) лучевая терапия
- 15) химиотерапия

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

6. БОЛЬНОЙ Н., ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ДИСФАГИЮ, КОТОРАЯ ПОЯВИЛАСЬ 6 МЕСЯЦЕВ НАЗАД. ОБЪЕКТИВНО: БОЛЬНОЙ УМЕРЕННОГО ПИТАНИЯ, БЛЕДНОСТЬ КОЖИ, PS-72, СЕРДЕЧНЫЕ ТОНЫ ГЛУХИЕ, АРИТМИЯ, ЭКГ: ДИФFUЗНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ МИОКАРДА. R-СКОПИЯ ПИЩЕВОДА: ИМЕЕТСЯ СУЖЕНИЕ ПИЩЕВОДА НА УРОВНЕ СРЕДНЕЙ ТРЕТИ НА

ПРОТЯЖЕНИИ 5СМ. В МЕСТЕ СУЖЕНИЯ КОНТУРЫ ПИЩЕВОДА РОВНЫЕ, РЕЛЬЕФ СЛИЗИСТОЙ СОХРАНЕН, ПАССАЖ БАРИЯ ЗАМЕДЛЕН. ДИАГНОЗ:

- а) рак пищевода
 - б) дивертикул пищевода
 - в) опухоль средостения
 - г) лейомиома пищевода
 - д) эзофагоспазм
7. ВЫБРАТЬ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ С РАКОМ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА 3 СТЕПЕНИ С ЯВЛЕНИЯМИ ДИСФАГИИ
- а) консервативная терапия: лучевое лечение, химиотерапия
 - б) наложение гастростомы
 - в) резекция пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза
 - г) операция: резекция пищевода в 2 этапа по Тореку - Добромыслову
 - д) наложение еюностомы
8. У БОЛЬНОГО 78 ЛЕТ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕНА ОПУХОЛЬ ВЕРХНЕЙ ТРЕТИ ПИЩЕВОДА С ПРОРАСТАНИЕМ В ТРАХЕЮ, МТС В ПЕЧЕНЬ. ПРИ ГЛОТАНИИ С ТРУДОМ ПРОХОДИТ ЖИДКОСТЬ. ВАША ТАКТИКА:
- а) буживание опухоли
 - б) эндоскопическая реканализация опухоли
 - в) эзофагостома
 - г) гастростома
 - д) еюностома
9. 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:
- а) кардиоспазм
 - б) дивертикул пищевода
 - в) стенокардия
 - г) полип пищевода
 - д) рак пищевода с образованием эзофаготрахеального свища
10. У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ ОБНАРУЖЕН РАК СРЕДНЕ – ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА. R-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 МТС, 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:
- а) лучевая терапия, операция не показана
 - б) наложение гастростомы, через 3-6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишки
 - в) операция Добромysłова – Торека, через 6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишки
 - г) операция Льюиса (резекция пищевода с одномоментным эзофагогастроанастомозом)
 - д) буживание опухоли с последующим эндопротезированием
11. 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:
- а) язвенная болезнь желудка
 - б) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная эзофагитом
 - в) рак пищевода
 - г) острый гастрит
 - д) ахалазия кардии
12. МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЛИМФОГЕННЫМ ПУТЕМ. В ЧЕМ СОСТОИТ ОСОБЕННОСТЬ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ ПИЩЕВОДА И СВЯЗАННАЯ С НЕЙ ОСОБЕННОСТЬ ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ:
- а) близком расположении грудного лимфатического протока
 - б) продольной ориентации внутриорганных лимфатических сосудов

в) наличии лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистом слое и мышечной оболочке
г) наличии порто-кавальных связей

д) тесной связи лимфатической системы пищевода и желудка

13. У БОЛЬНОГО 50 ЛЕТ, С ДИСФАГИЕЙ, ПРИ R-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 СУПРАСТЕНИЧНОЕ РАСШИРЕНИЕ ПИЩЕВОДА. ПОРАЖЕННЫЙ УЧАСТОК НЕ СМЕЩАЕТСЯ ПРИ ГЛОТАНИИ И ПЕРЕМЕНЕ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА. АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕГМЕНТ ПИЩЕВОДА УДЛИНЕН, ГАЗОВЫЙ ПУЗЫРЬ ЖЕЛУДКА СОХРАНЕН. АЦЕТИЛХОЛИНОВЫЙ И КОРБОХОЛИНОВЫЙ ТЕСТЫ ОТРИЦАТЕЛЬНЫ. О КАКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПИЩЕВОДА МОЖНО ДУМАТЬ:

а) ахалазии пищевода

б) раке пищевода

в) грыже пищеводного отверстия диафрагмы

г) дивертикуле пищевода

д) доброкачественном опухоли пищевода

14. 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:

а) химиотерапия

б) лучевая терапия

в) бужирование пищевода

г) субтотальная резекция пищевода

д) пробная торакотомия

15. 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:

а) экстирпация пищевода

б) химиотерапия

в) лучевая терапия с облучением пищевода и шейно – надключичных зон

г) пробная торакотомия

д) гастростомия

16. 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:

9) пробную торактомию

10) гастростомию

11) лучевую терапию

12) химиотерапию

а) 1,2,3

б) 2,3,4

в) 1,3,4

г) 1,2

д) 1,4

Эталоны ответов:

		8. А	
		9. Г	
		10. Г	
1.	В	11.	А
2.	А	12.	В
3.	Г	13.	Д
4.	А	14.	А
5.	Б	15.	В
6.	А	16.	Г
7.	А	17.	Д

2.2 Контрольные вопросы

1. Сочетание беременности и злокачественных опухолей. Особенности диагностики, лечения и прогноза.
2. Злокачественные опухоли костей. Особенности клиники, диагностики и лечения.
3. Первичные и метастатические опухоли печени. Возможности дифференциальной диагностики и лечения.
4. Метастатические плевриты. Дифференциальная диагностика. Возможности выявления первичного очага. Методы лечения.
5. Асциты при злокачественных опухолях. Их патогенез. Вероятная локализация первичной опухоли. Методы диагностики и лечебная тактика.
6. Синдром пояснично-крестцового радикулита в онкологии.
7. Синдром верхней полой вены.
8. Синдром сдавления нижней полой вены при онкологических заболеваниях.
9. Симптом лихорадки неясного генеза,
10. Метастазы рака в лимфатические узлы из невыявленного первичного очага. Диагностическая тактика. Возможные локализации первичного очага.
11. Метастазы рака в кости из невыявленного первичного очага. Диагностический поиск. Лечебная тактика.
12. Первично-множественные опухоли.
13. Лимфогранулематоз. Морфологическая классификация и ее прогностическое значение.
14. Лимфогранулематоз. Деление на стадии, Симптомы интоксикации. Биологические признаки активности процесса. Принципы лечения.

3.3. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

3.1. 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.

3.2. 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.

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

Заполните соответствующие документы, определите клиническую группу.

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

3.4. 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.

3.5. 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».

3.6. 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.

3.7. 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.

Самостоятельная работа.

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

Список тем рефератов и презентаций для самостоятельной работы ординатора

1. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований
2. Курение и рак.
3. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.
4. Паранеопластические синдромы. Классификация и их значение.
5. Метастатические плевриты. Дифференциальная диагностика. Возможности выявления первичного очага. Методы лечения.
6. Асциты при злокачественных опухолях. Их патогенез. Вероятная локализация первичной опухоли. Методы диагностики и лечебная тактика.
7. Метастазы рака в лимфатические узлы из не выявленного первичного очага. Диагностическая тактика. Возможные локализации первичного очага.
8. Первично-множественные опухоли.

4.1. Контрольная работа.

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

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

Раздел 4.

4.2. Зачет.

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.
3. Первые Хосписы в России. Законодательная база.
4. Роль врача общей лечебной сети в профилактике и ранней диагностике злокачественных опухолей. Деонтология в онкологии.
5. Принципы ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей.
6. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактики рака.
7. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований.
8. Значение эндоскопических, цитологических, рентгенологических и иммунологических методов исследования в онкологии.
9. Роль морфологических методов исследования в онкологии. Способы взятия материала для цитологического и гистологического исследований.
10. Факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей. Первичная профилактика рака.
11. Роль экзогенных (химические и физические агенты, онковирусы) и эндогенных факторов в возникновении опухолей человека.
12. Злокачественные опухоли как социальная проблема. Канцерогенные вещества во внешней среде, их основные источники.
13. Профессиональные раки. Факторы, способствующие их возникновению.
14. Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях.
15. Закономерности и пути метастазирования злокачественных опухолей.
16. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.

17. Паранеопластические синдромы. Классификация и их значение.
18. Методы и принципы лечения злокачественных опухолей. Успехи в онкологии.
19. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение онкологических больных.
20. Современные принципы и возможности лекарственной терапии онкологических больных.
21. Паллиативное лечение онкологических больных.
22. Сочетание беременности и злокачественных опухолей. Особенности диагностики, лечения и прогноза.
23. Злокачественные опухоли костей. Особенности клиники, диагностики и лечения.
24. Первичные и метастатические опухоли печени. Возможности дифференциальной диагностики и лечения.
25. Метастатические плевриты. Дифференциальная диагностика. Возможности выявления первичного очага. Методы лечения.
26. Асциты при злокачественных опухолях. Их патогенез. Вероятная локализация первичной опухоли. Методы диагностики и лечебная тактика.
27. Синдром пояснично-крестцового радикулита в онкологии.
28. Синдром верхней полой вены.
29. Синдром сдавления нижней полой вены при онкологических заболеваниях.
30. Симптом лихорадки неясного генеза,
31. Метастазы рака в лимфатические узлы из невыявленного первичного очага. Диагностическая тактика. Возможные локализации первичного очага.
32. Метастазы рака в кости из невыявленного первичного очага. Диагностический поиск. Лечебная тактика.
33. Первично-множественные опухоли.
34. Лимфогранулематоз. Морфологическая классификация и ее прогностическое значение.
35. Лимфогранулематоз. Деление на стадии, Симптомы интоксикации. Биологические признаки активности процесса. Принципы лечения.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

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.

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.

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.

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.

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».

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.

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.

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.

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.

10. 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.

11. 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.

12. 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.

13. 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?

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

14. 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.

15. На профилактическом осмотре в поликлинике по месту жительства у двух больных обнаружены изменения на красной кайме нижней губы, заподозрен рак нижней губы. После обследования диагноз был подтвержден, при этом у одного больного установлена I стадия заболевания, у второго III стадия.

Какое исследование позволило установить диагноз? Определите клиническую группу у каждого больного. Какие учетные формы документов необходимо заполнить? В какое учреждение необходимо направить данных больных на лечение?

Ответ:

Диагноз подтверждается морфологическим (цитологическим или гистологическим) исследованием. В данном случае оба больных относятся ко II клинической группе диспансерного наблюдения, подлежащих радикальному лечению. На больного с I стадией заболевания заполняется «Извещение», на больного с III стадией – «Извещение» и «Протокол». На лечение больные направляются в онкологический диспансер.

16. 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. Какие учетные формы документов необходимо заполнить? Какова причина запущенности? Ваша тактика?

Ответ: Диагноз у больной: рак щитовидной железы с метастазами в лёгкие. Заполняются «Извещение» и «Протокол». Причина запущенности процесса – неполное обследование больной. Больная направляется в онкологический диспансер для определения возможности лечения с помощью радиоактивного йода.

17. При приёме в поликлинике районной больницы у больного 65 лет с жалобами на тяжесть в эпигастрии, усиливающуюся после еды, отрыжку заподозрен рак желудка. При фиброгастроскопии обнаружена каллезная язва большой кривизны желудка, из-за отсутствия инструмента биопсия не выполнялась. Больному предложено оперативное лечение. Выполнена дистальная субтотальная резекция желудка. При гистологическом исследовании препарата выявлена аденокарцинома.

Какие ошибки были допущены на этапе обследования больного? К какой клинической группе Вы его отнесёте? Какие учетные формы следует заполнить? Назовите сроки диспансеризации данного больного.

Ответ: Больному не выполнена биопсия язвы желудка и не проведено морфологическое исследование, поэтому диагноз рака желудка был поставлен только после планового гистологического исследования удаленного препарата. Клиническая группа III. Заполняют «Извещение», «Контрольную карту диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием». Сроки диспансеризации больных III клинической группы: в течение первого года после проведенного лечения – 1 раз в 3 месяца, в течение второго года – 1 раз в 6 месяцев, в дальнейшем пожизненно – 1 раз ежегодно.

18. У больного с жалобами на постоянные боли в эпигастрии, потерю аппетита, похудание, слабость при осмотре слева в надключичной области обнаружен плотный, безболезненный, бугристый узел. При рентгенологическом исследовании обнаружен обширный рак тела желудка.

Какова Ваша тактика? Поставьте стадию заболевания, клиническую группу. Какие учетные формы следует заполнить на больного? Какое организационное мероприятие проводится?

Ответ: Необходимо выполнить пункционную биопсию надключичного узла с последующим цитологическим исследованием пунктата. При подтверждении метастатического характера узла у больного рак желудка IV стадия, клиническая группа IV. Заполняется «Извещение» и «Протокол» с направлением этих документов в онкологический диспансер. Проводится обсуждение причины запущенности на врачебной конференции.

19. 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? Какие учетные формы следует заполнить?

Ответ: Причина запущенности – скрытое течение заболевания. Заполняются «Извещение» и «Протокол».

20. Больная находилась на диспансерном наблюдении у онколога по поводу радикально излеченного рака молочной железы. Через 3 года при очередном контрольном обследовании у больной выявлены метастазы в легких и кости позвоночника.

Какая клиническая группа была и стала у больной? Следует ли заполнить «Протокол»? Кто осуществляет наблюдение за больной?

Ответ: У больного была III клиническая группа. В связи с диссеминацией рака она переводится в IV клиническую группу. «Протокол» не заполняется. Больную наблюдает участковый терапевт, консультирует врач-онколог.

21. 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?

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

22. 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? Какие учетные формы следует заполнить? Какова причина запущенности?

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

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	УК1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11.	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»	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.	
		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-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК11.

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%

Вывод: выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части компетенций: УК-1 ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11

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	УК -1, ПК-1, ПК – 5, ПК – 6, ПК – 8, ПК – 9, ПК – 11.	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 искавшие 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	УК -1, ПК-1, ПК – 5, ПК – 6, ПК – 8, ПК – 9, ПК – 11.	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Теоретический вопрос №2	УК-1, ПК-1, ПК – 5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11.	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Практическое задание (ситуационная задача)	УК -1, ПК-1, ПК – 5, ПК – 6, ПК – 8, ПК – 9, ПК – 11.	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Общая оценка	УК -1, ПК-1, ПК – 5, ПК – 6, ПК – 8, ПК – 9, ПК – 11.	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: УК -1, ПК-1, ПК – 5, ПК – 6, ПК – 8, ПК – 9, ПК – 11.