

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра онкологии

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель
образовательной программы
д.м.н., проф. Кит О.И.
«18» июня 2024 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры**

Специальность
31.08.57 Онкология

Направленность (профиль) программы Онкология

**Блок 3
Базовая часть (Б3.Б.01)**

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения очная

**Ростов-на-Дону
2024г.**

Рабочая программа государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.57 Онкологи рассмотрена на заседании кафедры онкологии.

Протокол от «10» апреля 2024 г. № 10.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ

1. **Область профессиональной деятельности** выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

2. **Объектами профессиональной деятельности** выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее – взрослые);
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

3. **Виды профессиональной деятельности**, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая

4. Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- диагностика неотложных состояний;
- диагностика беременности;
- проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- оказание специализированной медицинской помощи;
- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

- организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;
- организация проведения медицинской экспертизы;
- организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации;
- создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Универсальные компетенции (УК):

- готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

Профессиональные компетенции (ПК):

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

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

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Цель: установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.57 «Онкология».

Задачи: Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.57 ОНКОЛОГИЯ осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-онколога в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.57 ОНКОЛОГИЯ проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.57, ОНКОЛОГИЯ.
3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.57 ОНКОЛОГИЯ.
4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата¹).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.57 ОНКОЛОГИЯ путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации. Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания. Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

1. Структура онкологической службы. Учетная документация.
2. Значение анализа причин запущенности.
3. Ранние признаки рака пищевода и при запущенности процесса.
4. Методы диагностики рака придатков матки.
5. Этиология опухолей. Канцерогенез на уровне клетки.
6. Факторы, способствующие возникновению рака желудка.
7. Лечение рака кожи. Непосредственные и отдаленные результаты лечения.
8. Методы диагностики в онкологии.
9. Дифференциальная диагностика рака желудка.
10. Дифференциальная диагностика опухолей костей.
11. Лабораторные методы исследования.
12. Биохимические изменения у онкологических больных.
13. Выбор метода лечения рака печени.

¹ Дистанционный формат – процесс проведения государственных аттестационных испытаний, организуемый с помощью дистанционных технологий и электронных средств передачи информации, реализуемый через электронные системы (Zoom, Skype, MS Teams, вебинар, другое).

14. Лечение остеогенной саркомы у детей. Прогноз.
15. Чувствительность злокачественных опухолей к химиотерапевтическим препаратам.
16. Предраковые заболевания толстой кишки.
17. Клиника лимфом в зависимости от стадии.
18. Химиотерапия злокачественных опухолей.
19. Особенности клиники рака ободочной кишки в зависимости от локализации.
20. Этиология и эпидемиология опухолей у детей.
21. Сбор и оценка жалоб у ребенка с онкологическим заболеванием.
22. Особенности лучевой терапии злокачественных опухолей у детей.
23. Клинические проявления рака прямой кишки.
24. Классификация рака молочной железы по стадиям и TNM.
25. Дифференциальная диагностика рака щитовидной железы.
26. Выбор оперативного вмешательства при ЗНО билиопанкреатодуоденальной зоны.
27. Опухоли почек. Классификация опухолей почек.
28. Лимфогематогенное метастазирование рака легкого, методы лечения.
29. Инсулиномы, клиника, диагностика, выбор оперативного вмешательства.
30. Рак предстательной железы. Классификация рака предстательной железы.
31. Дифференциальная диагностика рака легкого.
32. Классификация рака тела матки по стадиям TNM.
33. Экстренная онкология желудочно-кишечного тракта.
34. Диспансеризация онкологических больных. Группы диспансерного наблюдения.
35. Методы лечения рака пищевода в зависимости от стадии и локализации процесса.
36. Выбор метода лечения рака придатков матки.
37. Этиология опухолей. Канцероматоз на уровне организма.
38. Выбор метода лечения рака желудка.
39. Эпидемиология меланомы.
40. Возможности рентгенологического исследования в онкологии.
41. Показания к хирургическому лечению рака желудка
42. Принципы радикальной операции при раке желудка.
43. Лечение опухолей костей. Прогноз.
44. Иммунологические тесты в диагностике злокачественных опухолей.
45. Клинические проявления рака печени и формы течения.
46. Миеломная болезнь.
47. Показания и противопоказания к химиотерапевтическому лечению.
48. Классификация рака ободочной кишки по стадиям и TNM.
49. Клинические и биологические симптомы интоксикации при лимфогранулематозе.
50. Классификация противоопухолевых препаратов.
51. Выбор метода оперативного вмешательства при раке ободочной кишки.
52. Значение генетического и эпиданамнеза в диагностике опухолей у детей.
53. Диагностика опухолей языка и слизистой полости рта, твердого и мягкого неба.
54. Объем хирургического вмешательства в зависимости от локализации рака прямой кишки.
55. Пути метастазирования рака молочной железы.
56. Классификация рака щитовидной железы.
57. Доброкачественные и злокачественные забрюшинные внеорганные опухоли.
58. Методы диагностики опухолей почек.
59. Методы лечения рака легкого. Прогноз.
60. Карциноидный синдром.
61. Методы диагностики рака предстательной железы.
62. Статистика рака пищевода. Факторы, способствующие возникновению.
63. Методы диагностики рака тела матки.
64. Острая кишечная непроходимость. Тактика лечения.

65. Опухоли средостения и плевры.
66. Заболеваемость раком кожи. Факторы, способствующие возникновению рака кожи.
67. Характеристика синдрома уплотнения ткани.
68. Классификация рака желудка по стадиям и TNM.
69. Предмеланоматозные состояния. Профилактика озлокачествления.
70. Фиброгастроскопия в диагностике онкологических заболеваний.
71. Паллиативные методы лечения рака желудка.
72. Клинические проявления опухолей мягких тканей.
73. Уровни диагностики. Определение уровня диагностики в зависимости от локализации, степени распространенности процесса.
74. Опухоли тонкой кишки - эпидемиология. Принципы лечения.
75. Принципы диагностики и лечения лимфом.
76. Методы введения химиотерапевтических препаратов.
77. Методы диагностики рака ободочной и прямой кишки.
78. Значение профилактической и поддерживающей химиотерапии.
79. Частота поражения раком различных отделов прямой кишки.
80. Современная классификация опухолей костей.
81. Опухоли языка и слизистой дна полости рта, твердого и мягкого неба.
82. Опухоли билиопанкреатодуоденальной области.
83. Клинические формы рака молочной железы.
84. Методы лечения рака щитовидной железы.
85. Классификация опухолей забрюшинного пространства.
86. Лечение опухолей почек.
87. Методы диагностики рака легкого. Рентгенологические симптомы рака легкого.
88. Частота рака шейки матки. Предраковые заболевания шейки матки.
89. Лечение рака предстательной железы.
90. Предраковые заболевания пищевода.
91. Выбор метода лечения рака тела матки.
92. Перфорация опухолей желудочно-кишечного тракта. Тактика лечения.
93. Клиническая анатомия лимфатической и венозной систем брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза.
94. Методы диагностики и лечения опухолей средостения и плевры.
95. Факультативные и облигатные предраки кожи.
96. Характеристика синдрома нарушения функции.
97. Особенности клинической картины рака желудка в зависимости от локализации.
98. Клиническая характеристика меланом. Диагностика меланом кожи.
99. Компьютерная томография в диагностике онкологических заболеваний.
100. Первичный рак печени – частота, факторы, способствующие развитию.
101. Метастатическое поражение печени, дифференциальная диагностика.
102. Методы диагностики опухолей мягких тканей. Дифференциальная диагностика.
103. Значение рентгенологического и эндоскопического исследований ЗНО.
104. Значение ультразвукового и термографического методов в диагностике опухолей.
105. Клиника и диагностика опухолей тонкой кишки.
106. Гематосаркомы. Принципы диагностики и лечения.
107. Расчет доз химиотерапевтических препаратов.
108. Рентгенологические симптомы рака ободочной кишки.
109. Принципы терапии Неходжкинских лимфом.
110. Методы лучевой терапии злокачественных опухолей.
111. Предраковые заболевания прямой кишки.
112. Злокачественные опухоли костей у детей, место в структуре заболеваемости.
113. Методы лечения ЗНО языка и слизистой дна полости рта, твердого и мягкого неба.
114. Классификация рака поджелудочной железы по TNM.

115. Диагностика рака молочной железы. Методы специального обследования.
116. Статистика рака легкого, группы повышенного риска.
117. Методы диагностики и лечения забрюшинных внеорганных опухолей.
118. Опухоли мочевого пузыря. Классификация опухолей мочевого пузыря.
119. Методы диагностики рака шейки матки.
120. Опухоли яичка и полового члена.
121. Классификация рака пищевода по стадиям и TNM.
122. Опухоли придатков матки. Пути метастазирования рака придатков матки.
123. Экстренная онкология при опухолях легких. Выбор метода лечения.
124. Особенности клинической анатомии лимфатической и венозной систем верхних и нижних конечностей.
125. Частота локализации и формы роста рака желудка.
126. Классификация рака кожи. Гистологические разновидности.
127. Характеристика синдрома деструкции.
128. Пути распространения рака желудка (лимфогематогенный, по продолжению), влияние на клинические проявления и врачебную тактику.
129. Методы лечения меланом кожи.
130. Специальные методы обследования (радиоизотопная диагностика, термография).
131. Классификация первичного рака печени по TNM.
132. Лечение опухолей мягких тканей. Прогноз.
133. Классификация методов лечения –комбинированный, комплексный и другие.
134. Методы лечения опухолей тонкой кишки.
135. Международная классификация опухолей кроветворной и лимфатической системы.
136. Ритм введения химиотерапевтических препаратов.
137. Значение колоноскопии в диагностике рака ободочной кишки.
138. Радиочувствительность и радиорезистентность.
139. Классификация рака прямой кишки по TNM.
140. Заболеваемость. Вопросы этиологии и патогенеза рака молочной железы.
141. Рак щитовидной железы – эпидемиология, факторы, способствующие его развитию.
142. Клинические проявления опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны.
143. Общие принципы лечения рака молочной железы.
144. Классификация рака легкого по стадиям.
145. Опухоли APUD – системы. Классификация.
146. Методы диагностики опухолей мочевого пузыря.
147. Клиническое течение центрального рака легкого.
148. Выбор метода лечения рака шейки матки.
149. Диагностика опухолей яичка и полового члена.
150. Клинические проявления рака пищевода в зависимости от стадии, формы роста, локализации.
151. Классификация рака придатков матки по стадиям и TNM.
152. Экстренная онкология при опухолях мочеполовой системы. Выбор метода лечения.
153. Опухоли и опухолеподобные процессы. Формы роста опухолей. Морфологическая классификация опухолей.
154. Значение в клинике рентгенологической диагностики рака желудка.
155. Клинические проявления рака кожи. Методы диагностики рака кожи.
156. Характеристика синдрома патологических выделений.
157. Методы диагностики рака желудка.
158. Клинические проявления, методы диагностики опухолей костей.
159. Лабораторные методы исследования в онкологии.
160. Диагностика рака печени.
161. Клинические проявления остеогенной саркомы у детей.
162. Принципы радикальных оперативных вмешательств.

163. Вопросы статистики, эпидемиологии рака ободочной кишки.
164. Побочные действия химиотерапевтических препаратов.
165. Клинические формы рака ободочной кишки.
166. Показания к лучевой терапии.
167. Методы исследования, применяемые при раке прямой кишки.
168. Предраковые заболевания молочной железы. Факторы риска.
169. Клиника и диагностика рака щитовидной железы.
170. Методы диагностики опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны.
171. Выбор оперативного вмешательства при раке молочной железы.
172. Гистологические типы рака легкого.
173. Гастрономы, клиника, диагностика, выбор оперативного вмешательства.
174. Лечение опухолей мочевого пузыря.
175. Клиника периферического рака легкого.
176. Частота рака тела матки. Предраковые заболевания тела матки.
177. Диагностика рака пищевода, дифференциальная диагностика.
178. Клинические проявления рака придатков матки.
179. Экстренная онкология при опухолях женских половых органов.
180. Показания к вспомогательной терапии у онкологических больных.

ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Задание 1.

На врачебной конференции идет разбор протокола запущенного случая рака легкого у больного 53 лет. Во время последнего обращения пациент предъявлял жалобы на боль в правой половине грудной клетки, повышение температуры до субфебрильных цифр, кашель с небольшим количеством прозрачной мокроты, одышку при физической нагрузке. Данные последнего обследования: Справа в подключичной области определялось притупление перкуторного звука и ослабленное дыхание. При рентгенологическом обследовании было обнаружено затемнение в верхней доле правого легкого. На боковой рентгенограмме оно имело треугольную форму с вершиной в корне легкого. Тень средостения на этом уровне смещена в большую сторону. Тени опухолевидного образования на рентгенограммах не видно. История заболевания: в течение последнего года дважды перенес правостороннюю бронхопневмонию, по поводу которой 3 мес. назад лечился в терапевтическом стационаре. Обострения сопровождались той же симптоматикой. Клинические проявления удавалось быстро купировать. Терапия проводилась с рентгенологическим контролем до и после лечения. Участок затемнения в легком под влиянием лечения уменьшался в размерах, но полностью не исчезал, что расценивалось, как остаточные явления пневмонии. Из клинических симптомов сохранялся только кашель. Его объясняли хроническим бронхитом курильщика, поскольку больной курит на протяжении 35 лет. Представлены прямая и боковая рентгенограммы предыдущего обследования. После проведенного лечения затемнение в легком исчезло за исключением небольшого участка пониженной прозрачности в прикорневой зоне. Последнее обострение началось 2 недели назад. Заболевание связывает с переохлаждением. При обследовании в онкологическом диспансере установлен диагноз рака легкого с метастазами в надключичные лимфатические узлы.

Вопросы:

Для какой формы рака легкого характерно такое течение?

Какие особенности рентгенологической картины свидетельствуют о раке?

Какие диагностические процедуры и на каком этапе следовало произвести?

Задание 2.

Во время профосмотра у больной 58 лет при УЗИ в левой доле печени выявлено очаговое образование размерами 3х3 см. Общее состояние больной вполне удовлетворительное.

Вопросы:

Перечислите возможные заболевания, скрывающиеся под синдромом «очагового образования печени».

Какие диагностические мероприятия позволят уточнить диагноз?

Задание 3.

Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: в области лба поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Задание 4.

Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере. При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотноэластическую консистенцию. Безболезненны.

Вопросы:

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Задание 5.

У пациента 37 лет при обследовании обнаружено увеличение паховых лимфатических узлов слева. При осмотре на коже передней поверхности левой голени пигментное образование неправильной формы до 12 мм, с неровной поверхностью, неоднородной окраски. Из анамнеза: Пациент отмечает наличие этого образования с детства, однако за последние полгода отметил увеличение его в размере, изменение формы.

Вопросы:

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Задание 6.

У пациента 38 лет в косметологической клинике 4 месяца назад было удалено пигментное образование правого предплечья. В настоящее время в области послеоперационного рубца появилось уплотнение с черным пигментным окрашиванием размером 4 мм. Также в подмышечной области справа определяются подмышечные лимфоузлы, увеличенные до 1,5 см, плотно-эластичной консистенции.

Вопросы:

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
Назовите необходимые дополнительные исследования.

Задание 7. Больная 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на изменение цвета, формы и размеров пигментного новообразования на коже передней брюшной стенки. При осмотре выявлен новообразование размером 2,5 см, темно-коричневое, без пушковых волос, с венчиком гиперемии по окружности. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Вопросы:

Ваш диагноз?

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Назначьте план обследования.

Задание 8. У мужчины 59 лет, в течение 2-х месяцев отмечается желтуха, снижение аппетита, похудел на 15 кг. При обследовании выявлена увеличенная печень, пальпируется малоподвижное образование в эпигастральной области справа над пупком. В течение последних 2 недель отмечает рвоту с примесью крови, носовые кровотечения, появление кровоизлияний на туловище.

Вопросы:

Назовите предполагаемый диагноз.

Какие исследования необходимо дополнительно выполнить для уточнения диагноза.

Как объяснить повышенную кровоточивость?

Задание 9. Больной А. 56 лет. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при инструментальной «пальпации», инфильтрация распространяется на луковицу 12 п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: в печени в области 7 сегмента имеется округлое образование, без четких границ, в головке поджелудочной железы определяется объемное образование 4х3 см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 4х4 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл.

Вопросы:

Назовите предполагаемый диагноз.

Задание 10.

Больной С. 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. За последние 4 месяца похудел на 5 кг. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, край печени выступает на 4 см из-под реберной дуги. По данным ультразвукового исследования брюшной полости на границе 4 и 5 сегментов печени определяется объемное образование размерами 4х5 см в диаметре с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные до 2,5 - 3,0 см лимфатические узлы, асцит. При обследовании больного данных за наличие других опухолей не получено. Уровень маркера АФП равен 700 нг/мл.

Вопросы:

Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза заболевания?

Сформулируйте возможный диагноз.

Задание 11.

Больная 63 лет обратилась с жалобами на желтуху, боли в подложечной области, слабость, похудание, отсутствие аппетита, кожный зуд. В течение 12 лет страдает желчекаменной болезнью, хроническим холециститом с периодическими обострениями, проявляющимися приступами болей в правом подреберье. От предложенной операции отказывалась. В 12 последние 6 месяцев появилась боль в подложечной области, слабость, отметила потерю массы тела на 5 кг. Месяц назад появилась желтуха. В течение всего этого периода приступов боли не отмечала. Стул – ахоличный. При обследовании: интенсивная желтушность кожных покровов и склер, живот мягкий, печень уплотнена, выступает из-под края реберной дуги на 6 см, край её острый. Определяется умеренная пальпаторная болезненность в эпигастрии и проекции желчного пузыря, который не пальпируется.

Вопросы:

Какой предварительный диагноз можно поставить?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Данные какого исследования наиболее важны?

Задание 12.

Больная 72 лет предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации, тенезмы. В анамнезе: хронический проктит.

Вопросы:

Какое заболевание можно заподозрить у данного пациента?

Какие методы обследования необходимо применить?

Задание 13.

Больной 60 лет предъявляет жалобы на слабость, снижение аппетита, субфебрильную температуру, неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота. Данные обследования: Рентгенография лёгких без патологии. ЭКГ: ритм синусовый, 85 в минуту, нагрузка на правое предсердие. Клинический анализ крови: гемоглобин - 60 г/л; эритроциты - $4,0 \times 10^{12}/л$; цветовой показатель - 0,9; тромбоциты - $240 \times 10^9/л$; лейкоциты - $8,2 \times 10^9/л$ (палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 61%, эозинофилы - 7%, лимфоциты - 8%, моноциты - 13%); СОЭ – 30 мм/ч. Анализ мочи: плотность - 1003 г/л, реакция среды - нейтральная, лейкоциты - 0-3 в поле зрения. ЭГДС без патологии. УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.

Вопросы:

Каков предположительный диагноз?

Назовите основной способ и метод диагностики.

Задание 14.

Больной С., 64 лет, доставлен машиной скорой помощи в клинику с жалобами на схваткообразные боли в животе через 15 - 20 минут, неоднократную рвоту, не отхождение стула и газов. Болен 6 часов, ранее не лечился. При осмотре пониженной упитанности, живот равномерно вздут, перистальтика кишечника усилена, звучная. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется пустая ампула. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определяются чаши Клойбера. Консервативная терапия, включая сифонную клизму, эффекта не дала. Выполнена экстренная операция. Обнаружена опухоль сигмовидной кишки размерами 6х6 см, полностью перекрывающая ее просвет, прорастающая серозную оболочку, увеличенные плотные лимфатические узлы в брыжейке по ходу сигмовидной артерии, по виду метастатические. Приводящий сегмент ободочной и тонкой кишки резко расширен, переполнен кишечным содержимым. Выпота в брюшной полости нет. При ревизии другой патологии в брюшной полости не выявлено.

Вопросы:

Определите диагноз заболевания.

Назовите осложнение, возникшее у пациента.

Задание 15.

Больной К, 72 лет, обратился в онкологический диспансер с жалобами на вздутие живота, периодические приступы схваткообразных болей в животе. При фиброколоноскопии с биопсией по месту жительства выявлена циркулярная стенозирующая опухоль селезёночного угла ободочной кишки, гистологическое заключение: слизееобразующая аденокарцинома. При УЗИ брюшной полости в печени выявлены 2 гиперэхогенных очага размерами до 3 см.

Вопросы:

Какой, по вашему мнению, должен быть поставлен предварительный диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить у данного пациента?

Задание 16.

Больной 63 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке. Предъявляет жалобы на схваткообразные боли в животе, задержку газов и в течение двух дней отсутствие стула. Была однократная рвота. Боли появились внезапно 4 часа назад. До этого в течение 6 месяцев периодически отмечал задержку стула, изредка в каловых массах обнаруживал примесь крови. К врачам не обращался. Операций на органах брюшной полости не было. Состояние средней тяжести. Язык суховат. Живот вздут, мягкий при пальпации умеренно болезнен во всех отделах, перистальтика кишечника усилена. Симптом Щеткина отрицателен. Патологических образований в брюшной полости прощупать не удастся. При ректальном исследовании ампула пуста, сфинктер атоничен. Во время выполнения сифонной клизмы в прямую кишку удалось ввести около 700,0 мл воды. При обзорной рентгенографии брюшной полости в петлях толстой и частично тонкой кишки видны чаши Клойбера.

Вопросы:

Какого типа непроходимость кишечника у больного?

Назовите наиболее вероятную причину кишечной непроходимости?

В каком положении больного (вертикальном или горизонтальном) проводится рентгенологическое исследование для выявления чаш Клойбера?

Задание 17.

Больной 55 лет жалуется на тупую боль в правой подвздошной области, субфебрилитет. Болен 2 месяца, острого начала не было. В подвздошной области плотное образование до 6 см в диаметре с нечеткими контурами. Ограниченное в подвижности, безболезненное. При ирригоскопии в слепой кишке дефект наполнения. Вопросы: Ваш диагноз, С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? Задание 18. Больной 19 лет. Жалобы на боли в правом плече, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время, повышение температуры тела по вечерам до 38,5 -39,00С. Болеет в течение 3 недель. Объективно: правое плечо обычной конфигурации, кожные покровы не изменены, при пальпации отмечается локальная болезненность в средней трети. Больному выполнены рентгенография и радиоизотопное исследование костей скелета: опухоль располагается в средней трети плечевой кости, протяженностью до 5 см, выходит за пределы кортикального слоя, определяется поражение надкостницы по типу «луковичного» периостита. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки в паренхиме правого лёгкого выявлены округлые множественные тени размерами от 1,5 до 3 см.

Вопросы:

Назовите Ваш предварительный диагноз?

Какие необходимо выполнить дополнительные исследования?

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
Что является определяющим в постановке диагноза.

Задание 19.

Родители ребенка Ч. 5-месяцев обратились с жалобами на наличие у девочки опухоли левой боковой области шеи. Небольших размеров опухолевое образование на шее родители обнаружили 2 месяца назад. Ребенок осмотрен педиатром, установлен диагноз: лимфаденопатия шейных лимфатических узлов, назначена противовоспалительная и десенсибилизирующая терапия. Через 1 месяц размеры опухоли увеличились втрое, консультирована детским хирургом, которым выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия. Результаты цитологического исследования: комплексы мелких круглых клеток, возможно лимфоцитарная пролиферация. По поводу подострого простого шейного лимфаденита назначена антибиотикотерапия, не имевшая эффекта. Объективно: ребенок развит соответственно возрасту, активен, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Подкожная жировая клетчатка выражена хорошо, периферические лимфатические узлы не увеличены. Физикальное исследование внутренних органов патологии не выявило. В левой боковой области шеи пальпируется уходящая под кивательную мышцу плотно эластической консистенции с четкими контурами ограниченно подвижная не прорастающая кожу безболезненная опухоль размерами 5х3 см. УЗИ показало наличие опухоли мягких тканей, состоящей из двух узлов, сливающихся друг с другом, неоднородной структуры с участками кальцификации, слабоинтенсивным интранодулярным кровотоком, прилегающей к сосудисто-нервному пучку, но не прорастающей его структуры.

Вопросы:

Какие из представленных результатов исследования позволяют заподозрить нейробластому?

Определите минимум диагностических исследований для подтверждения диагноза и установления стадии опухолевого процесса?

Какова тактика лечения ребенка при отсутствии данных о наличии отдаленных метастазов?

Задание 20.

У ребенка Я., 4-х лет, в течение нескольких месяцев резко снизилось зрение левого глаза. Родители обратили внимание на широкий «светящийся» зрачок этого глаза. Боли ребенка не беспокоят. При осмотре объективно. Острота зрения правого глаза = 1.0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 1/∞ p.l. inc. Придаточный аппарат глаза не изменен. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Зрачок круглый, расширен, на свет практически не реагирует. Оптические среды прозрачные. Офтальмоскопически на глазном дне видно проминирующее желтовато-золотистое бугристое образование.

Вопросы:

Назовите предположительный диагноз.

Определите необходимые дополнительные исследования

Определите основные направления лечения.

Задание 21.

Ребёнку 3 года. Жалобы на наличие опухолевидного образования в животе. Из анамнеза известно, что около месяца назад мать заметила изменения в поведении ребёнка: он стал вялым, адинамичным, у него снизился аппетит, периодически отмечались боли в животе, субфебрильная температура. Ребёнок второй в семье, рос и развивался по возрасту. Прививки сделаны соответственно возрастной схеме. Аллергологический анамнез не отягощен. Семейные анамнез: родители здоровы, у бабушки был рак яичника. При осмотре:

выраженная бледность кожных покровов, тёмные круги вокруг глаз. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Живот увеличен в размерах, деформирован за счёт 15 опухолевидного образования в левой половине живота, на брюшной стенке умеренно выражена венозная сеть. При пальпации опухоль имеет плотную консистенцию, крупнобугристую поверхность, размеры 10,0х15,0 см, безболезненна, малоподвижна. Общий анализ крови: Hb 108 г/л, эритроциты $3,6 \times 10^{12}$ /л, цв. Показатель 0,8; лейкоциты $6,9 \times 10^9$ /л; п/я 3%; с/я 63%; э 5%; лимфоциты 21%; моноциты 8%; СОЭ 56 мм/час. Общий анализ мочи: цвет соломенно-жёлтый, прозрачная; pH 6,5, уд.вес 1018, лейкоциты 4-6 в п/з, эритроциты 2-4 в п/з, белок отрицательный, сахар отрицательный. Биохимический анализ: общий белок 56 г/л, АсАТ 0,13 ед., АлАТ 0,15 ед., амилаза 32 ед/л., тимоловая проба 3 ед., проба Вельтмана 6 пр., билирубин 8 мкмоль/л; С-реактивный белок отрицательный, мочевины 6,5 ммоль/л. Экскреторная урография: выполняется неизменённая полостная система правой почки, мочеточник имеет цистовидное строение, опорожнение удовлетворительное. Слева полостная система почки не контрастируется. Обзорная рентгенография легких – без патологии.

Вопросы:

Поставьте диагноз и обоснуйте.

Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

Предложите план лечения

Задание 22.

Пациент 14 лет после травмы передней поверхности правой голени отмечает болезненную припухлость в месте ушиба. В связи с ростом опухоли через 2 месяца он обратился к хирургу поликлиники, который назначил компрессы и УВЧ. Опухоль продолжала увеличиваться. Был направлен в детский хирургический стационар, где трижды производилось вскрытие нагноившейся гематомы, гной не получен. Объективно: утолщение средней трети левой голени. Кожа над ним синюшно-багрового цвета с изъязвлением 4×2 см. В мягких тканях определяется уплотнение размером 8×6 см, без четких границ. Паховые лимфатические узлы не увеличены. Пациент пониженного питания, кожные покровы бледной окраски.

Вопросы:

Предположительный диагноз.

Какие ошибки допущены на предыдущих этапах обследования и лечения пациента?

Какие методы диагностики следует применить для уточнения диагноза?

Определите возможную лечебную тактику.

Задание 23.

В поликлинику обратился больной с жалобами на слабость, похудание, боли в эпигастриальной области. Считает себя больным около 10 лет. В последнее время состояние ухудшилось. Врач назначил эндоскопическое исследование, при котором выявлена каллезная язва малой кривизны желудка. Биопсия не была взята. После курса консервативной терапии в течение 6 недель состояние ухудшилось, появился асцит, при повторной ФГДС язва по малой кривизне увеличилась в размерах, при биопсии получен ответ перстневидноклеточный рак, при УЗИ печени – признаки множественного очагового поражения печени.

Вопросы:

О каком заболевании должен был подумать врач при обращении пациента?

Какова была ошибка при первой гастроскопии?

Какая стадия заболевания? Каким должно быть лечение?

Задание 24.

При очередной флюорографии у рабочего цементного завода обнаружили округлое опухолевидное образование в правом легком размерами 2,0х1,5см Участковый врач рекомендовал наблюдение и контрольное рентгенологическое обследование через год.

Вопросы:

Прав ли врач?

Какое заболевание он должен был заподозрить?

К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?

Предложите план обследования.

Какие виды биопсии можно использовать для морфологического подтверждения диагноза?

Какое лечение показано?

Задание 25.

Больной 53 лет. В течение полугода появились жалобы на запоры; отмечает периодические боли в животе, вздутие. К врачу ранее никогда не обращался.

Вопросы:

О каком заболевании необходимо думать?

К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?

Какова последовательность диагностических мероприятий.

Какой метод лечения при подтверждении Вашей диагностической версии будет являться основным?

Какая хирургическая операция должна быть выполнена?

Задание 26.

Во время профилактического осмотра при пальцевом исследовании прямой кишки у мужчины 56 лет обнаружена небольшая опухоль на широкой ножке, на расстоянии 4 см от сфинктера. При ректоскопии поставлен диагноз – полип прямой кишки III типа. Выполнено его эндоскопическое удаление. Вопросы: К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента? Правильную ли тактику применили у данного больного? Достаточный ли объем операции? Задание 27. К эндокринологу обратилась женщина 34 лет с жалобами на увеличение щитовидной железы. При УЗИ обнаружен узел в правой доле, полностью ее занимающий. Врач рекомендовал гормональное лечение и наблюдение.

Вопросы:

Проанализируйте тактику врача.

Какое заболевание Вы бы заподозрили?

К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?

Какой метод исследования будет определяющим для постановки диагноза?

Правильно ли выбрано лечение?

Задание 28. Во время профосмотра у больной 58 лет при УЗИ в левой доле печени выявлено очаговое образование размерами 3х3 см. Общее состояние больной вполне удовлетворительное.

Вопросы:

Перечислите возможные заболевания, скрывающиеся под синдромом очагового образования печени.

Какие диагностические мероприятия позволят уточнить диагноз?

Какие варианты возможной тактики лечения в зависимости от установленного диагноза?

Задание 29. 17 Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка

в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: В лобной области поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Расскажите о принципах лечения.

Определите Вашу тактику в отношении пациента

Задание 30.

Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере. При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотноэластическую консистенцию. Безболезненны.

Вопросы:

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Определите Вашу тактику в отношении пациента

Задание 31.

У пациента 37 лет при обследовании обнаружено увеличение паховых лимфатических узлов слева. При осмотре на коже передней поверхности левой голени пигментное образование неправильной формы до 12 мм, с неровной поверхностью, неоднородной окраски. Из анамнеза: Пациент отмечает наличие этого образования с детства, однако за последние полгода отметил увеличение его в размере, изменение формы.

Вопросы:

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Назовите необходимые дополнительные исследования. Расскажите о принципах лечения заболевания у данного пациента.

Задание 32.

У пациента 38 лет в косметологической клинике 4 месяца назад было удалено пигментное образование правого предплечья. В настоящее время в области послеоперационного рубца появилось уплотнение с черным пигментным окрашиванием размером 4 мм. Также в подмышечной области справа определяются подмышечные лимфоузлы, увеличенные до 1,5 см, плотно-эластичной консистенции.

Вопросы:

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Назовите необходимые дополнительные исследования.

Определите Вашу тактику в отношении пациента.

Какие ошибки были допущены на этапах лечения.

Задание 33.

Больная 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на изменение цвета, формы и размеров пигментного новообразования на коже передней брюшной стенки. При осмотре

выявлен новообразование размером 2,5см, темно-коричневое, без пушковых волос, с венчиком гиперемии по окружности. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Вопросы:

Ваш диагноз?

С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

Назначьте план обследования.

При гистологическом исследовании получено заключение: меланома.

Назовите основные принципы лечения.

Определите Вашу тактику в отношении пациентки.

Задание 34

У мужчины 59 лет, в течение 2-х месяцев отмечается желтуха, снижение аппетита, похудел на 15 кг. При обследовании выявлена увеличенная печень, пальпируется малоподвижное образование в эпигастральной области справа над пупком. В течение последних 2 недель отмечает рвоту с примесью крови, носовые кровотечения, появление кровоизлияний на туловище.

Вопросы:

Назовите предполагаемый диагноз.

Какие исследования необходимо дополнительно выполнить для уточнения диагноза

У больного при обследовании подтверждён диагноз опухоли головки поджелудочной железы с синдромом механической желтухи.

Какой объём хирургического вмешательства будет оптимальным на этом этапе?

Задание 35

Больной А. 56 лет. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при инструментальной «пальпации», инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: в печени в области 7 сегмента имеется округлое образование, без четких границ, в головке поджелудочной железы определяется объемное образование 4х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 4х4 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл.

Вопросы:

Назовите предполагаемый диагноз.

Каковы предполагаемые варианты лечения.

Задание 36.

Больной С. 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. За последние 4 месяца похудел на 5 кг. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, край печени выступает на 4 см из-под рёберной дуги. По данным ультразвукового исследования брюшной полости на границе 4 и 5 сегментов печени определяется объемное образование размерами 4х5 см в диаметре с нечеткими границами, в воротах печени, увеличенные до 2,5 - 3,0 см лимфатические узлы, асцит.

Вопросы:

Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза заболевания?

При обследовании больного данных за наличие других опухолей не получено. Уровень маркера АФП равен 700 нг\мл. Гистологическое заключение после пункционной биопсии: на фоне предцирротических изменений определяется гепатоцеллюлярный рак.

Сформулируйте диагноз и стадию заболевания.

Консилиумом онкодиспансера принято решение о проведении консервативной терапии.

Какими факторами оно обусловлено?

Какой метод лечения будет наиболее перспективным у данного больного?

Определите возможности лекарственной терапии

Задание 37.

Больная 63 лет обратилась с жалобами на желтуху, боли в подложечной области, слабость, похудание, отсутствие аппетита, кожный зуд. В течение 12 лет страдает желчекаменной болезнью, хроническим холециститом с периодическими обострениями, проявляющимися приступами болей в правом подреберье. От предложенной операции отказывалась. В последние 6 месяцев появилась боль в подложечной области, слабость, отметила потерю массы тела на 5 кг. Месяц назад появилась желтуха. В течение всего этого периода приступов боли не отмечала. Стул – ахоличный. При обследовании: интенсивная желтушность кожных покровов и склер, живот мягкий, печень уплотнена, выступает из-под края реберной дуги на 6 см, край её острый. Определяется умеренная пальпаторная болезненность в эпигастрии и проекции желчного пузыря, который не пальпируется.

Вопросы:

Какой предварительный диагноз можно поставить?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Какое предварительное обследование следует предпринять?

При УЗИ брюшной полости выявлено гипоехогенное образование размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, резко выраженное расширение внепечёночных желчных протоков, в крови гипербилирубинемия до 450 мкмоль/л. При ФГДС желчь в 12-ти перстную кишку не поступает.

Определите тактику лечения у данной больной.

Какие исследования необходимо выполнить для определения дальнейшей тактики лечения?

Задание 38.

Больная 72 лет предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации, тенезмы. В анамнезе: хронический проктит.

Вопросы:

Какое заболевание можно заподозрить у данной пациентки?

Какие методы обследования необходимо применить?

Какой метод лечения при подтверждении Вашего диагноза будет являться основным?

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать	высокая логичность и последовательность

	отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	ть ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная литература

№	Автор, название	Количество
1.	Онкология: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. –Доступ ЭБС «Консультант врача» -текст: электронный	ЭР
2.	Онкология/ Под ред. Чиссова В.И., Давыдова М.И. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Доступ ЭБС «Консультант врача» -текст: электронный	ЭР
3.	Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - Доступ ЭБС «Консультант врача» -текст: электронный	ЭР

Дополнительная литература

№	Автор, название	Количество
1.	Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний / под ред. Н.И. Переводчиковой. - изд. 3-е, доп. и перераб. – Москва: Практическая медицина, 2011. - 512 с.	1 экз

2.	Шумпелик Ф. Атлас оперативной хирургии / ФолькерШумпелик; пер. с англ. Н.Л. Матвеева. - Москва: Изд-во Панфилова, 2010. - 616 с.	2 экз
3.	Онкология: руководство для врачей. Т. 1: Общая онкология: в 2 т. / Н.А.Терентьева, А.А. Артифексова, В.В. Новиков [и др.]; под ред. Б.Е. Шахова, А.В. Алясовой, И.Г. Терентьева; Нижегород. гос. мед.акад. – Н.Новгород: Изд-во НижГМА, 2010. – 478 с.	1 экз
4.	Давыдов М. И. Рак пищевода / М.И. Давыдов, И.С. Стилиди. – Москва: Издательская группа РОНЦ, 2007. – 392 с.	2 экз
5.	Циммерман Я.С. Гастроэнтерология: руководство / Я.С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 813 с.	2 экз
6.	Рак легкого / А.Х. Трахтенберг, К.И. Колбанов; под ред. В.И. Чиссова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Доступ ЭБС «Консультант врача» -текст: электронный	ЭР
7.	Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению / П.О. Румянцев, А.А. Ильин, В.А. Саенко - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 448 с.	1 экз
8.	Онкоурология национальное руководство / Под ред. В.И. Чиссова, Б.Я. Алексеева, И.Г. Русакова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - Доступ ЭБС «Консультант врача» -текст: электронный	ЭР
9.	Детская онкология: клинические рекомендации по лечению пациентов с солидными опухолями/ Под ред. М. Ю. Рыкова, В. Г. Полякова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Доступ ЭБС «Консультант врача» -текст: электронный	ЭР
10.	Рак молочной железы: руководство для врачей / под ред. Ш. Х. Ганцева - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 128с. - Доступ ЭБС «Консультант врача» -текст: электронный	ЭР

Интернет-ресурсы

	ЭЛЕКТРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opacg/	Доступ неограничен
	Консультант студента [Комплекты: «Медицина. Здравоохранение. ВО»; «Медицина. Здравоохранение. СПО»; «Психологические науки»]: Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Политехресурс». - URL: https://www.studentlibrary.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением. Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
	Wiley. Полнотекстовая коллекция электронных журналов Medical Sciences Journal Backfile : архив. – URL : https://onlinelibrary.wiley.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Бессрочная подписка
	Sage Publication: [полнотекстовая коллекция электронных книг eBook Collections]. – URL: https://sk.sagepub.com/books/discipline по IP-адресам РостГМУ (<i>Нацпроект</i>)	Бессрочная подписка

Ovid Technologies : [Полнотекстовая архивная коллекция журналов Lippincott Williams and Wilkins Archive Journals]. – URL: https://ovidsp.ovid.com/autologin.cgi по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	Бессрочная подписка
Questel база данных Orbit Premium edition : база данных патентного поиска http://www.orbit.com/ по IP-адресам РостГМУ (Нацпроект)	Доступ ограничен
Федеральный центр электронных образовательных ресурсов . - URL: http://srtv.fcior.edu.ru/	Открытый доступ
Вебмединфо.ру : сайт [открытый информационно-образовательный медицинский ресурс]. – Москва. - URL: https://webmedinfo.ru/	Открытый доступ
Мир врача : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru .	Бесплатная регистрация
МЕДВЕСТНИК : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
PubMed : электронная поисковая система [по биомедицинским исследованиям Национального центра биотехнологической информации (NCBI, США)]. - URL: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	Открытый доступ
Cyberleninka Open Science Hub : открытая научная электронная библиотека публикаций на иностранных языках. – URL: https://cyberleninka.org/	Контент открытого доступа
Русский врач : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: https://rusvrach.ru/	Открытый доступ
Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour	Открытый доступ
Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: https://cr.minzdrav.gov.ru/	Открытый доступ
ФБУЗ «Информационно-методический центр» Роспотребнадзора : офиц. сайт. – URL: https://www.crc.ru	Открытый доступ
Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: https://minzdrav.gov.ru	Открытый доступ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена. Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения. По

результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

**Пример задания к государственному экзамену, выявляющих
теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых
компетенций**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №15

Итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности «Онкология»

1. Показания и противопоказания к химиотерапевтическому лечению.
2. Классификация рака ободочной кишки по стадиям и TNM.
3. Клинические и биологические симптомы интоксикации при лимфоме Ходжкина.
4. Перфорация опухолей желудочно-кишечного тракта: клиника, диагностика. Тактика лечения и выбор оперативного вмешательства.

Ситуационная задача: больная 72 лет предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации, тенезмы. В анамнезе: хронический проктит.

1. Какое заболевание можно заподозрить у данного пациента?
2. Какие методы обследования необходимо применить? Какие методы обследования необходимо применить?
3. При обследовании установлен диагноз: рак среднеампулярного отдела прямой кишки. Принято решение о проведении комбинированного лечения. Назовите возможные варианты:
4. Выбран следующий вариант комбинированного лечения: предоперационная лучевая терапия + чрезбрюшная резекция прямой кишки. Назовите цель предоперационной лучевой терапии.

5. Какие возможны осложнения при облучении тазовой области?

Заведующий кафедрой онкологии
д.м.н., проф., академик РАН

О.И. Кит

Эталон ответа на задачу

У больного старческого возраста на фоне длительно существующего хронического воспалительного заболевания имеется клиническая картина, характерная для рака прямой кишки.

- 1) Пальцевое исследование прямой кишки (исследование до 6 – 8 см), ректороманоскопия (визуализация до 22 – 25 см, возможность биопсии), фиброколоноскопия для исключения первично-множественного характера поражения, ультразвуковое исследование или магнитно-резонансная томография брюшной полости и малого таза для уточнения распространённости опухоли и определения наличия увеличенных и подозрительных в отношении их метастатического поражения лимфатических узлов, а также возможных метастазов в печени и забрюшинном лимфатическом коллекторе, рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки.
- 2) Комбинированное лечение рака прямой кишки подразумевает использование 2 методов лечения: лучевого и хирургического. Лучевая терапия может проводиться как до операции, так и после. Суммарная очаговая доза на очаг при использовании ДГТ или линейных ускорителей составляет от 40 до 50 ГР, может иметь стандартное или крупное фракционирование. Обязательно в зону облучения должны попадать зоны возможного метастазирования.
- 3) Предоперационное лучевое лечение направлено на уменьшение размеров опухоли, повышение вероятности её резектабельности, уменьшение вероятности послеоперационных осложнений, снижение вероятности появления рецидивов.
- 4) Осложнения при лучевой терапии могут быть как общими, обусловленными лучевым воздействием на весь организм, так и локальными, обусловленными непосредственным местным лучевым воздействием на органы в зоне облучения. К общим относятся тошнота, потеря аппетита, понос. К местным: нарушение мочеиспускания с чувством жжения, боли в прямой кишке, сухость влагалища и выделения из него, возможно возникновение профузного кровотечения из прямой кишки.