

Электронная цифровая подпись

Лысов Николай Александрович



F 2 5 6 9 9 F 1 D E 0 1 1 1 E A

Бунькова Елена Борисовна



F C 9 3 E 8 6 A C 8 C 2 1 1 E 9

Утверждено Утверждено 31 мая 2018 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Дисциплина «Онкология»

по направлению подготовки 31.05.01 Лечебное дело (уровень специалитета)

Направленность: Лечебное дело

Форма обучения: очная

Квалификация (степень) выпускника: Врач - лечебник

Срок обучения: 6 лет

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

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине (модулю) «Онкология»:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Современное состояние онкологии.	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный опрос, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
2	Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, рак желудка)	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
3	Опухоли пищеварительного тракта (рак ободочной кишки, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
4	Опухоли кожи	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
5	Опухоли головы и шеи	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
6	Доброкачественные заболевания и рак молочной железы	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания

7	Рак легкого	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, разбор истории болезни	Пятибалльная шкала оценивания
8	Опухоли костей и мягких тканей	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
9	Злокачественные опухоли женских половых органов	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания
10	Лимфогранулематоз Зачёт	ОПК-5; ОПК-6 ПК-6; ПК-8; ПК-10	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	Пятибалльная шкала оценивания

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), **включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:**

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль;
- решение ситуационных задач;
- защита рефератов;
- курация/разбор тематического больного;
- разбор историй болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1 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

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема №1 «Современное состояние онкологии»

1. Что является основным структурным подразделением онкологической сети

1. поликлиника
2. онкологический диспансер
3. все перечисленное

2. Что такое факультативный предрак:

1. патологическое состояние на основе которого возможно развитие рака
2. патологическое состояние, которое обязательно переходит в рак.

3. Что является первичным звеном в структуре онкологической службы:

1. онкологический кабинет или ЦАОП
2. онкологический диспансер
3. все перечисленное.

4. Какие больные относятся к Ib клинической группе:

1. больные с предопухолевыми заболеваниями, называемыми предраками: факультативный и облигатный
2. больные с неясной клинической картиной, при наличии подозрения на заболевание злокачественным новообразованием
3. больные, которые в результате применения современных схем лечения могут быть полностью излечены от злокачественных новообразований.

5. Что такое облигатный рак:

1. патологическое состояние, на основе которого развивается рак
2. патологическое состояние, которое обязательно переходит в рак.

6. К относительным показателям качества лечения онкологических больных относят все, кроме:

1. снижение показателей интрапосттерапевтических осложнений
2. снижение операционной и больничной летальности
3. увеличение 5-летней выживаемости до уровня ведущих клиник с учетом распространенности процесса
4. проведение диспансерного наблюдения за больными со злокачественными новообразованиями.

7. Оптимальный срок обследования больного с подозрением на онкологическое заболевание, соответствующий стандартным требованиям, составляет:

1. 10 дней
2. 1 месяц
3. 3 дня.

8. Какие больные относятся к IV клинической группе:

1. больные с распространенными формами злокачественного новообразования, радикальное лечение которых уже невозможно, даже в том случае, если им намечено проведение хирургического, комбинированного и других видов лечения с паллиативной (симптоматической) целью
2. больные, которые входят во II клиническую группу, но не получали специального лечения по определенным причинам
3. все перечисленное.

9. Какие больные относятся к Ia клинической группе:

1. больные с неясной клинической картиной, при наличии подозрения на заболевание злокачественным новообразованием
2. больные с предопухолевыми заболеваниями, называемыми предраками: факультативный и облигатный
3. больные, которые в результате применения современных схем лечения могут быть полностью избавлены от злокачественного новообразования, а также больные, у которых может быть достигнута длительная ремиссия.

10. Какие больные относятся к II клинической группе:

1. больные, которые в результате применения современных схем лечения могут быть полностью избавлены от злокачественного новообразования или у больных, у которых может быть достигнута длительная ремиссия
2. больная, которые в результате применения современных схем лечения могут быть полностью излечены от злокачественных новообразований.

Эталоны ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	1	1	1	2	4	1	3	1	1

Тема №2 «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, рак желудка)»

1. При раке желудка со стороны периферической крови наблюдается:

1. анемия
2. лимфоцитоз
3. все перечисленное

2. Окончательное подтверждение диагноза во время:

1. рентгеноскопии желудка
2. гастроскопии с биопсией опухоли
3. все перечисленное

- 3. Основным симптомом рака кардиального отдела желудка является:**
1. дисфагия
 2. отрыжка тухлым
 3. рвота
 4. все перечисленное
- 4. С учетом понятия абластичности ревизию органов брюшной полости следует начинать с:**
1. периферических органов, исследуя в последнюю очередь желудок
 2. желудка, затем периферические органы для исключения метастазов
- 5. К факторам риска возникновения рака желудка относятся:**
1. постоянное употребление соленой, жареной, консервированной, маринованной пищи
 2. обсеменение слизистой желудка *Helicobacter pylori*
 3. все перечисленное
- 6. Рак желудка метастазирует преимущественно:**
1. лимфогенным путем
 2. гематогенным путем
 3. имплантационным путем
- 7. При выполнении радикальных операций на желудке, лимфаденэктомии является:**
1. да
 2. нет
- 8. Гематогенно наиболее часто рак желудка метастазирует:**
1. печень
 2. легкие
 3. надпочечники
- 9. Наиболее часто рак желудка выявляют у лиц в возрасте:**
1. 35-45 лет
 2. 45-59 лет
 3. 65-79 лет
- 10. Чаще всего рак поражает:**
1. пилороантральный отдел желудка
 2. передние и задние стенки
 3. кардиальный отдел

Эталоны ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	1	1	3	2	1	1	3	1

Тема №3 «Опухоли пищеварительного тракта (рак ободочной кишки, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»

- 1. Противопоказанием к радикальной операции при раке ободочной кишки является:**
1. прорастание опухоли в смежные органы и ткани
 2. анатомические особенности
 3. возраст более 70 лет
 4. обширный канцероматоз брюшины
 5. асцит
- 2. В ободочной кишке происходит:**
1. переваривание кишечного химуса
 2. всасывание воды и электролитов
 3. всасывание питательных веществ
 4. формирование и транспорт каловых масс
- 3. Гемиколэктомия справа выполняется при локализации опухоли в:**
1. слепой кишке
 2. восходящей ободочной кишке
 3. поперечной ободочной кишке
 4. нисходящей ободочной кишке
 5. сигмовидной кишке
 6. печеночном изгибе ободочной кишки
 7. селезеночном изгибе ободочной кишки
- 4. Токсико-анемический синдром характерен для рака:**
1. правой половины ободочной кишки
 2. левой половины ободочной кишки
 3. поперечной ободочной кишки
 4. прямой кишки
 5. всех перечисленных отделах
- 5. Регионарными коллекторами лимфатических узлов для ободочной кишки являются:**
1. параколические (эпиколические)
 2. промежуточные
 3. забрюшинные (парааортальные)
 4. подвздошные

6. Эндофитная форма рака наиболее часто локализуется в:

1. слепой кишке
2. восходящей ободочной кишке
3. поперечной ободочной кишке
4. нисходящей ободочной кишке
5. сигмовидной кишке
6. всех перечисленных отделах

7. Гемиколэктомия слева выполняется при локализации опухоли в:

1. слепой кишке
2. восходящей ободочной кишке
3. поперечной ободочной кишке
4. нисходящей ободочной кишке
5. сигмовидной кишке
6. печеночном изгибе ободочной кишки
7. селезеночном изгибе ободочной кишки

8. Наиболее частым осложнением рака ободочной кишки являются:

1. кишечная непроходимость
2. перфорация опухоли
3. присоединение воспаления с развитием абсцессов, флегмон
4. массивное кишечное кровотечение
5. все перечисленные осложнения встречаются примерно с одинаковой частотой.

9. Сравнительно более частое развитие кишечной непроходимости при опухолях левой кишки обусловлено:

1. преобладанием опухоли с инфильтративным типом роста
2. более плотным содержимым кишки
3. нарушением моторной функции кишки вследствие прорастания ее стенки опухолью
4. воспалительным отеком кишечной стенки
5. всеми перечислительными факторами

10. Паллиативными операциями при раке ободочной кишки являются:

1. резекция поперечно-ободочной кишки
2. внутрибрюшная резекция сигмовидной кишки
3. передняя резекция ректосигмы
4. операция Гартмана
5. гемиколэктомия
6. колэктомия
7. колостомирование
8. всеми перечислительными операциями

Эталоны ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4,5	2,4	1,2,6	1	1,2,3	5	4,5	1	5	7,8

Тема №4«Опухоли кожи»

1. В радиоизотопной диагностике меланомы кожи используется изотоп:

1. золота
2. йода
3. фосфора

2. Базальноклеточный рак кожи:

1. обладает местнодеструктивным медленным ростом
2. отличается инфильтративным ростом и метастазированием

3. Основным методом лечения меланомы кожи является:

1. хирургический
2. химиотерапия
3. лучевая терапия

4. Наименее значимым фактором риска возникновения рака кожи являются:

1. солнечная радиация
2. вирусы
3. механические и термические травмы
4. химические канцерогены

5. Цитологическая диагностика меланомы кожи проводится с использованием:

1. мазков-отпечатков
2. пункционной биопсии
3. всё перечисленное

6. Прогноз при меланоме кожи:

1. благоприятный
2. неблагоприятный

7. при рецидивах после лучевой терапии рака кожи применяется лечение:

1. хирургическое
2. химиотерапия
3. криотерапия

8. К облигатным предракам кожи относят все перечисленные, кроме:

1. пигментная ксеродерма
2. системная красная волчанка
3. болезнь Педжета
4. эритроплазия Кейра

9. Средний возраст больных раком кожи составляет:

1. 30-40 лет
2. 40-50 лет
3. 60-70 лет

10. В общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России рак кожи занимает:

1. 1 %
2. 10%
3. 20%

Эталоны ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	1	1	2	1	2	1	2	3	2

Тема №5 «Опухоли головы и шеи»

1. Пятилетняя выживаемость после радикального лечения у больных раком слизистой рта при 1- 2 стадии составляет:

1. около 20%
2. около 40%
3. около 70%
4. около 90%

2. Факторами, способствующими возникновению рака щитовидной железы, являются:

1. курение
2. алкоголь
3. ионизирующее излучение
4. все перечисленное

3. Рак нижней губы чаще всего метастазирует:

1. в подмышечные лимфоузлы
2. кости скелета
3. головной мозг
4. шейные лимфоузлы

4. Рак нижней губы злокачественная опухоль морфологически представленная:

1. плоскоклеточным раком
2. мелкоклеточным раком
3. светлоклеточным раком
4. фолликулярным раком
5. всем перечисленным

5. Рак нижней губы - опухоль:

1. чувствительная к лучевой терапии
2. нечувствительная к лучевой терапии
3. умеренно чувствительная к лучевой терапии

6. В лечении рака щитовидной железы применяют методы:

1. хирургический
2. хирургический и лучевой
3. химиотерапевтический
4. лучевой
5. все перечисленное

7. Из гистологических вариантов рака щитовидной железы наиболее часто встречается:

1. папиллярная аденокарцинома
2. фолликулярная аденокарцинома
3. медуллярный рак
4. недифференцированный рак
5. все перечисленное

8. Для рака нижней губы предраком является:

1. травма губы
2. кожный рог
3. Хейлит Манганотти
4. все перечисленное

9. Пятилетняя выживаемость после радикального лечения у больных раком нижней губы 1- 2 стадии составляет:

1. около 20%
2. около 40%
3. около 70%
4. около 90%

10. Факторами, способствующими возникновению рака слизистой полости рта, являются:

1. курение
2. алкоголь
3. горячая пища

4. острые края кариозных зубов
5. все перечисленные

Эталоны ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	3	4	1	1	5	1	3	3	5

Тема №6 «Доброкачественные заболевания и рак молочной железы»

1. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом исследования является

1. маммография
2. пункция опухоли с последующим цитологическим исследованием пунктата
3. УЗИ молочных желез с трепан-биопсией
4. ультразвуковое исследование
5. компьютерная томография

2. При отечно-инфильтративной форме рака молочной железы наиболее целесообразно проводить

1. только хирургическое лечение
2. только лучевую терапию
3. только химиотерапию
4. комбинированное лечение
5. комплексное лечение

3. При проведении послеоперационной химиотерапии по схеме AC наиболее целесообразно проводить

1. 2 курса
2. 3 курса
3. 4 курса
4. 5 курсов
5. 6 курсов

4. У больной 25 лет на фоне беременности появилось уплотнение и гиперемия правой молочной железы, кровянистые выделения из соска, увеличенный лимфоузел в правой подмышечной области. Наиболее целесообразным в данном случае является

1. назначение физиотерапевтических процедур
2. пункция уплотнения правой молочной железы и увеличенного лимфоузла с последующим цитологическим исследованием пунктата
3. назначение антибиотиков
4. маммография
5. компьютерная томография

5. У мальчика 13 лет выявлено диффузное увеличение обеих молочных желез. Узловых образований нет. Наиболее целесообразным в данном случае является

1. обследование уролога, эндокринолога, терапевта
2. маммография
3. пункция молочных желез с последующим цитологическим исследованием пунктата
4. назначение гормонотерапии физиотерапевтическое лечение

6. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным является

1. анализ крови
2. анализ мочи
3. осмотр и пальпация
4. цитологическое исследование пунктата из опухоли
5. определение маркеров

7. У больной через 10 лет после радикального лечения рака молочной железы выявлен солитарный метастаз в верхней доле правого легкого. При обследовании других органов метастазов не выявлено. Какое дальнейшее лечение показано?

1. химиотерапия
2. лучевая терапия
3. хирургическое лечение
4. гормонотерапия
5. иммунотерапия

8. При генерализованном эстроген-положительном раке молочной железы у больных в менопаузе целесообразно проводить эндокринное лечение в первой линии

1. андрогенами
2. кортикостероидами
3. антиэстрогенами
4. селективными ингибиторами ароматазы
5. ингибиторами ароматазы

9. У больной 58 лет через 3 года после лечения рака молочной железы, выявлен плеврит.

Уточнить этиологию плеврита можно

1. при рентгеноскопии легких
2. по анализу крови
3. при пункции плевральной полости
4. при цитологическом исследовании эвакуированной плевральной жидкости
5. при компьютерной томографии

10. Больной 36 лет выполнена радикальная резекция правой молочной железы по поводу рака в верхне-наружном квадранте T 1 N 1 M 0 . Дальнейшее лечение предусматривает

1. наблюдение
2. лучевую терапию на молочную железу
3. лучевую терапию на молочную железу, подмышечную и надподключичную зоны
4. профилактическую химиотерапию
5. эндокринное лечение

Эталоны ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	5	2	2	4	3	3	4	4	2

Тема №7 «Рак лёгкого»

1. Атипичные формы рака легкого выделены потому, что:

1. они имеют особое гистологическое строение
2. они имеют особенности клинического течения и метастазирования
3. сначала манифестирует метастаз, а потом - основной процесс

2. Отдаленными для рака легкого считаются:

1. бронхопульмональные и бифуркационные лимфатические узлы
2. пульмональные и бронхопульмональные лимфатические узлы
3. бифуркационные и трахеобронхиальные лимфатические узлы
4. паратрахеальные лимфатические узлы
5. надключичные и шейные лимфатические узлы

3. Формами периферического рака легкого являются:

1. эндобронхиально-узловая, мозговая и шаровидный рак
2. медиастенальная, костная, плевральная
3. шаровидная опухоль, пневмониеподобная и Пенкост1.

4. Основным методом лечения рака легкого является:

1. хирургический
2. лучевой
3. лекарственный

5. Основными симптомами центрального рака легкого являются:

1. кашель, кровохарканье, одышка, явления обтурационной пневмонии
2. боли в грудной клетке, паранеопластический синдром, повышение температуры тела
3. боли в грудной клетки, кашель, повышение температуры тела

6. Между курением табака и заболеваемостью раком легкого:

1. связи нет, т.к. заболевают некурящие
2. связь прямая, т.к. большинство заболевших курили в прошлом и продолжают курить
3. связь не доказана, т.к. большинство курильщиков не заболевают раком легкого
4. существует связь рака легкого с нарушением гигиены дыхания

7. При подозрении на рак легкого материал для цитологического исследования забирается:

1. из утренней мокроты больного
2. при бронхоскопии
3. при трансторакальной пункции
4. при медиастиноскопии
5. во всех перечисленных случаях

8. При центральном раке легкого различают:

1. эндобронхиальную, перибронхиально - узловую и перибронхиально – разветвленную формы
2. перибронхиально – узловую, медиастенальную и шаровидную формы
3. перибронхиально – разветвленную, пневмониеподобную и плевральную формы

9. А.И. Савицкий выделил центральную форму рака легкого потому что, что опухоль:

1. располагается в центре легкого
2. прилежит к средостению
3. исходит из главного, долевого или сегментарного бронха (бронхов 1-2-3 порядка)
4. имеет плоскоклеточное гистологическое строение

10. В классификации рака легкого А.И. Савицкого выделена периферическая форма, потому что:

1. опухоль расположена к периферии от средостения
2. опухоль имеет, в основном, железистую форму гистологического строения
3. опухоль исходит из эпителия бронхов 4-7 порядка, бронхиол и альвеол
4. основным методом его диагностики является рентгенологический метод

Эталоны ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2	5	3	1	1	2	5	1	3	3

Тема №8 «Опухоли костей и мягких тканей»

1.Опухоли из синовиальных тканей могут быть

1. доброкачественными
2. злокачественными
3. все ответы верные

2.К факторам, влияющим на развитие первичных опухолей костей, относятся

1. нарушение внутриутробного развития
2. влияние физических факторов
3. влияние химических факторов
4. хронический остеомиелит
5. все ответы верные

3.Для остеогенной саркомы характерны следующие рентгенологические признаки

1. наличие "треугольника" (козырька) Кодмана
2. наличие спикул
3. оссификация внекостного компонента
4. все ответы верные

4.Остеогенная саркома, как правило, метастазирует

1. в легкие
2. в кости
3. к лимфоузлы
4. все ответы верные

5.Для хондросаркомы высокой степени морфологической зрелости свойственно

1. медленное развитие с малой выраженностью симптомов
2. быстрый рост
3. наличие сильных постоянных болей
4. частые патологические переломы

6.Гигантоклеточные опухоли чаще всего локализируются

1. в диафизе длинных трубчатых костей
2. в метаэпифизе длинных трубчатых костей
3. в плоских костях
4. все ответы верные

7.При лечении злокачественных опухолей мягких тканей применение лучевой терапии наиболее целесообразно

1. как самостоятельный метод лечения
2. в предоперационном периоде
3. в послеоперационном периоде
4. правильные ответы 1. и 2.
5. правильные ответы 2. и 3.

8.Метастазировать в кости может

1. рак молочной железы
2. рак яичников
3. меланома
4. правильные ответы 1. и 2.
5. все ответы верные

9.К доброкачественным опухолям из хрящевой ткани относятся

1. хондрома
2. хондробластома

3. хондромиксоидная фиброма
 4. все ответы верные
- 10. Злокачественные опухоли костей относятся к соединительнотканым**
 1. злокачественным мезенхимам
 2. фибросаркомам
 3. все ответы верные

Эталоны ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	5	4	1	1	2	5	5	4	3

Тема №9 «Злокачественные опухоли женских половых органов»

1. Для лечения ранних форм рака шейки матки чаще используются:

- хирургический метод
- комбинированный метод с предоперационным облучением
- комбинированный метод с послеоперационным облучением
- сочетанный лучевой метод
- лекарственный метод

2. У больной 50 лет выявлен интраэпителиальный рак шейки матки и киста яичника. Ей целесообразно применить:

- конизацию шейки матки
- криодеструкцию
- экстирпацию матки с придатками
- расширенную экстирпацию матки с придатками
- расширенную экстирпацию матки без придатков

3. При расширенной экстирпации матки с придатками удаляются все перечисленные лимфоузлы, кроме:

- параметральных
- запирательных
- с наружной и внутренней подвздошной артерий
- с общей подвздошной
- парааортальных

4. У больной 48 лет выявлена аденокарцинома цервикального канала 16 стадии. Соматически не отягощена. Тактика лечения сводится:

- к расширенной экстирпации матки с придатками
- к сочетанному лучевому лечению
- к комбинированному лечению с предоперационным облучением
- к комбинированному лечению с послеоперационным облучением
- к экстирпации матки с придатками

5. Истинным предраком эндометрия следует считать:

- железистую гиперплазию
- фиброзный полип
- железистый полип
- аденомиоз
- атипическую гиперплазию (аденоматоз)

6. У больной 35 лет после удаления внутриматочной спирали при гистологическом исследовании соскоба выявлена гиперплазия эндометрия. Ей необходимы:

- лечение гестагенами
- лечение андрогенами
- операция
- наблюдение
- лучевая терапия

7. Больной 52 года по поводу кровянистых выделений произведено диагностическое выскабливание матки. Гистологически - железисто-кистозная гиперплазия. Из сопутствующих заболеваний миома матки 12 недель. Тактика лечения включает:

- наблюдение
- лечение гестагенами
- лечение эстрогенами
- операцию - экстирпацию матки с придатками
- сочетанное лучевое лечение

8. При раке тела матки наиболее часто встречается следующая морфологическая форма:

- аденокарцинома
- плоскоклеточный рак
- светлоклеточная форма
- железисто-плоскоклеточный рак
- недифференцированный рак

9. Решающим для постановки диагноза рака эндометрия является:

1. осмотр в зеркалах
2. пальпация
3. ультразвуковое исследование малого таза
4. радиоизотопное исследование с ³²P
5. диагностическое выскабливание

10. При наличии у больной раком тела матки метастазов в яичники целесообразно выполнить ей следующий объем операции:

1. экстирпацию матки с придатками
2. экстирпацию матки с придатками, лимфаденэктомию + резекцию большого сальника
3. надвлагалищную ампутацию матки с придатками + резекцию большого сальника
4. расширенную экстирпацию матки с придатками
5. надвлагалищную ампутацию матки с придатками + оментэктомию

Эталоны ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	3	5	4	5	4	2	1	5	2

Тема №10 «Лимфогранулематоз»

1. У больного 35 лет лимфома Ходжкина, смешанно-клеточный вариант Па стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области и средостения промежуточный прогноз. Ему наиболее целесообразны

1. лучевая терапия по радикальной программе на все группы лимфоузлов выше диафрагмы
2. лучевая терапия по радикальной программе на все группы лимфоузлов выше диафрагмы + парааортальные лимфоузлы и ложе селезенки
3. 3 курса полихимиотерапии ABVD + ЛТ выше диафрагмы + 3курса ABVD
4. 2-3 курса полихимиотерапии ABVD + ЛТ на левую шейно-надключичную зону и средостение + 2-3 курса ABVD
5. 6 курсов химиотерапии ABVD

2. У больного 25 лет лимфома Ходжкина Шб стадии, смешанно-клеточный вариант с поражением лимфоузлов шейно-надключичных зон, средостения и пахово-подвздошных лимфоузлов справа неблагоприятный прогноз. Ему наиболее целесообразно применение лучевой терапии

1. по радикальной программе на все группы лимфоузлов
2. после химиотерапии на остающиеся зоны поражения
3. после химиотерапии на все бывшие зоны поражения
4. лучевая терапия нецелесообразна
5. лучевая терапия целесообразна одновременно с химиотерапией

3. Суммарные дозы при лучевой терапии лимфомы Ходжкина на зоны поражения должны составлять

1. 20-25 Гр.
2. 25-30 Гр.
3. 30-36 Гр.
4. 36-40 Гр.
5. более 45 Гр

4. Неблагоприятными факторами прогноза при лимфоме Ходжкина являются:

1. увеличение медиастинальных лимфоузлов > 1/3 диаметра грудной клетки
2. наличие экстранодальных зон поражения
3. поражение костного мозга
4. наличие более трех групп пораженных лимфоузлов
5. все ответы правильны

5. Лечебные суммарные очаговые дозы при лучевой терапии неходжкинской лимфомы составляют

1. 25-30 Гр.
2. 30-36 Гр.
3. 36-40 Гр.
4. более 40 Гр.
5. более 50Гр.

6. Вакцинация противопоказана больным, страдающим

1. хроническим лимфолейкозом
2. лимфомой Ходжкина
3. острым лейкозом
4. миеломной болезнью

5. неходжкинской лимфомой

7. В качестве первых проявлений лимфомы Ходжкина наиболее часто отмечается увеличение

1. шейно-надключичных лимфоузлов
2. медиастинальных лимфоузлов
3. забрюшинных лимфоузлов
4. паховых лимфоузлов
5. всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой

8. Для начальных проявлений лимфомы Ходжкина наиболее характерно поражение

1. лимфоузлов выше диафрагмы
2. лимфоузлов ниже диафрагмы
3. частота поражения лимфоузлов выше и ниже диафрагмы одинакова
4. начало болезни с появления экстранодальных очагов поражения
5. поражение костного мозга

9. Поражение паховых лимфоузлов как первое проявление лимфомы Ходжкина встречается

1. редко
2. преимущественно у всех больных
3. также часто, как поражение других групп лимфоузлов
4. в сочетании с поражением легочной ткани
5. в сочетании с поражением экстранодальных зон

10. Частота вовлечения лимфатического аппарата кольца Пирогова - Вальдейра при лимфоме Ходжкина встречается

1. редко (< 10%)
2. часто (>70%)
3. у половины больных
4. не встречается никогда
5. встречается у 1/3 больных

Эталоны ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3	3	3	5	3	1	1	1	1	1

2.2 Перечень тематик рефератов для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема №1 «Современное состояние онкологии»

1. Способы верификации диагноза рака и оценки распространенности опухолевого процесса.
2. Способы забора материала для верификации диагноза злокачественного новообразования.
3. Методы специального лечения в онкологии. Классификация, общая характеристика.
4. Методы лучевой терапии злокачественных опухолей. Способы проведения.
5. Радиочувствительные и радиорезистентные опухоли. Способы радиомодификации.
6. Осложнения лучевой терапии. Классификация. Диагностика. Принципы лечения.
7. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. Виды оперативных вмешательств. Понятие об операбельности и резектабельности.
8. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. Абластика и антибластика в онкологии.
9. Химиотерапия в онкологии. Классификация препаратов. Механизмы их действия.
10. Принципы назначения и способы применения химиотерапии. Показания. Противопоказания.
11. Химиотерапия. Осложнения химиотерапии. Диагностика. Лечение.
12. Принципы химиотерапевтического лечения. Методы введения препаратов.
13. Виды гормонотерапии в онкологии. Показания. Осложнения.

Тема №2 «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, рак желудка)»

1. Рак пищевода. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клиника.
2. Хирургическое лечение рака желудка. Показания и виды операций.

Тема №3 «Опухоли пищеварительного тракта (рак ободочной кишки, опухоли билиопанкреато-додуоденальной зоны)»

1. Рак ободочной кишки. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация.
2. Опухоли поджелудочной железы.

Тема №4 «Опухоли кожи»

1. Базалиома.
2. Меланома.

Тема №5 «Опухоли головы и шеи»

1. Рак гортани.

2. Рак щитовидной железы.

Тема №6 «Доброкачественные заболевания и рак молочной железы»

1. Рак молочной железы. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника.

2. Рак молочной железы. Классификация. Характеристика клинических форм.

3. Рак молочной железы. Показания к хирургическому лечению, виды операций.

4. Рак молочной железы. Показания и виды гормонотерапии.

5. Рак молочной железы. Показания к лучевому лечению и химиотерапии. Значение адъювантной и неоадъювантной химиотерапии.

6. Скрининг рака молочной железы. Методика самообследования.

Тема №7 «Рак лёгкого»

1. Рак легкого. Принципы хирургического, лучевого и лекарственного лечения.

2. Раннее выявление рака легкого. Организация скрининга. Значение крупнокадровой флюорографии.

Тема №8 «Опухоли костей и мягких тканей»

1. Метастазы злокачественных опухолей в кости.

2. Саркома Юинга.

Тема №9 «Злокачественные опухоли женских половых органов»

1. Рак шейки матки. Клинические проявления. Принципы диагностики и лечения.

2. Рак яичников. Классификация. Принципы диагностики и лечения.

Тема №10 «Лимфогранулематоз»

1. Лимфогранулематоз. Заболеваемость. Современные представления об этиологии и патогенезе.

2. Лимфогранулематоз. Лечение.

Темы рефератов могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

2.3 Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Тема №1 «Современное состояние онкологии»

Ситуационная задача № 1

К гинекологу на контрольное обследование пришла женщина 52 лет без специфических жалоб.

При гинекологическом осмотре врач не обнаружил какой-либо выраженной патологии.

Какие манипуляции с данной пациенткой должен произвести врач?

На какие дополнительные исследования он должен её направить?

Ответ на ситуационную задачу №1

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.

Ситуационная задача №2

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

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

Ответ на ситуационную задачу №2

«Протокол» заполняется. Клиническая группа II.

Тема №2 «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, рак желудка)»

Ситуационная задача № 1

При приёме в поликлинике у больного заподозрен рак желудка.

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

Ответ на ситуационную задачу №1

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

Ситуационная задача №2

Больной С., 51 года, обратился к хирургу с жалобами на задержку прохождения твердой пищи по пищеводу в течение 2 месяцев, боли за грудиной, изжогу, тошноту. В последний месяц отмечает снижение веса на 8 кг. слабость, утомляемость. Объективно -кожные покровы бледные, тургор кожи снижен, определяются увеличенные надключичные лимфоузлы, плотноэластической консистенции. В лабораторных анализах - повышение СОЭ до 56.

1. Ваш предположительный диагноз.

- 2.Дополнительные методы исследования
- 3.Оптимальные методы лечения при данной патологии
- 4.Дифференциальный диагноз.
- 5.Отдаленный прогноз.

Ответ на ситуационную задачу №2

- 1 .Рак пищевода
- 2.Рентгеноскопия и рентгенография пищевода, эзофагоскопия с биопсией и цитологическим исследованием.
3. Хирургическое при ранних стадиях, комбинированное - при распространенном процессе.
- 4.Рубцовыс сужения, ахалазия пищевода, дивертикул пищевода, острый эзофагит.
5. Неблагоприятный.

Тема №3 «Опухоли пищеварительного тракта (рак ободочной кишки, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»

Ситуационная задача №1

Больная н., 42 лет, сама у себя обнаружила опухоль в животе слева от пупка. Жалоб не предъявляет. Аппетит сохранён, физиологические отправления не нарушены, кожные покровы чистые, пульс 78 уд/мин, АД – 120/60 мм рт.ст. В левой подвздошной области пальпируется опухолевидное, умеренное подвижное образование. Перечень по краю рёберной дуги.

Назовите методы исследования для установления диагноза. При установлении диагноза чем руководствоваться для определения стадии заболевания?

Ответ на ситуационную задачу №1

Для обследования больной показано применение ректороманоскопии, ирригоскопии с двойным контрастированием, фиброколоноскопии, лапароскопии. Для решения вопроса о стадии заболевания в случае диагностирования рака сигмовидной кишки необходимо установить протяжённость опухоли (ирригоскопия), наличие или отсутствие отдалённых метастазов (сканирование печени, лапароскопия, рентгеноскопия лёгких), прорастание серозной оболочки кишки и соседних органов (лапароскопия).

Ситуационная задача №2

Больной М. 47 лет взят на операцию в экстренном порядке по поводу острой кишечной непроходимости. Причиной ее является злокачественная опухоль восходящего отдела ободочной кишки, суживающая просвет последней. Кроме того, опухоль прорастает в забрюшинное пространство, неподвижная.

1. Стадия рака?
2. На что должен обратить внимание хирург при ревизии органов брюшной полости?
3. Объем оперативного пособия?
4. Принципы послеоперационного ведения больного?
5. У кого должен наблюдаться больной после операции?

Ответ на ситуационную задачу №2

1. T4N3M0
2. распространенность опухоли, метастазы
3. илеотрансверзоанастомоз
4. антибактериальная и инфузионная терапия
5. у онколога.

Тема №4«Опухоли кожи»

Ситуационная задача № 1

У больного 48 лет, недавно перенёвшего острую респираторную вирусную инфекцию, при контрольном осмотре спустя 2 года после лечения хирургическим методом меланомы кожи грудной стенки II уровня инвазии по Кларку обнаружены увеличенные до 3 см лимфатические узлы в подмышечной области справа.

Ваши действия?

Ответ на ситуационную задачу №1

Необходимо УЗИ пораженной группы лимфоузлов, а также других регионарных групп лимфатических узлов (подмышечные с другой стороны, над-, подключичные). В случае подозрения на метастатическое поражение лимфоузлов возможна их пункция для подтверждения диагноза.

Ситуационная задача №2

У 33-х летней женщины обнаружена меланома кожи нижней трети передней поверхности правого плеча и метастаз опухоли в лимфоузел подкожной клетчатки в средней трети этого же плеча. Составить план (схематический) оперативного вмешательства.

Ответ на ситуационную задачу №2

Должно быть проведено широкое иссечение кожного лоскута с первичной опухолью, удаление метастаза меланомы и произведена подмышечная лимфодэктомия.

Ситуационная задача №3

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

Ваш диагноз?

Назначьте план обследования и лечения.

Ответ на ситуационную задачу №3

В данном случае необходимо проводить дифференциальный диагноз между меланомой кожи и диспластическим невусом.

Необходимо проведение УЗИ подмышечных, над-, подключичных, паховых лимфоузлов. В случае отсутствия признаков их поражения, а также отсутствия данных за отдаленное метастазирование необходимо провести широкое хирургическое иссечение участка кожи с пигментным образованием. Материал обязательно направляется на гистологическое исследование.

Ситуационная задача №4

У больного А., 45 лет, перенесшего в детстве кожный туберкулёз, на фоне рубцовых изменений кожи правой щеки три месяца назад появилась опухоль, которая к настоящему времени достигла размеров до 3-х см. в диаметре. В центре опухоли образовалась язва до 1 см. в диаметре с выделением серно-красноватого секрета, который засыхает в виде корочки. Края язвы резко приподняты, плотные, валиком окружают её.

Ваше мнение о диагнозе, как уточнить его, планируемое лечение?

Ответ на ситуационную задачу №4

Очевидно у больного плоскоклеточный рак кожи. Окончательно характер заболевания можно установить после биопсии с гистологическим исследованием. При подтверждении диагноза показано иссечение опухоли лучевая терапия, криодиструкция.

Тема №5 «Опухоли головы и шеи»

Ситуационная задача №1

Больной 51 года 15 лет назад был диагностирован узловый эутиреоидный зоб размером 3Х3 см. Все годы образование не причиняло ей никакого беспокойства, за последние 3 мес. образование увеличилось вдвое. Больная отмечает ухудшение общего состояния: слабость, быструю утомляемость. При пальпации поверхность образования неровная, консистенция -плотная. Образование ограничено в подвижности. Лимфатические узлы по ходу левой кивательной мышцы увеличены и плотны.

Какой вы поставите диагноз?

Как можно его подтвердить?

Как будете лечить больную?

Ответ на ситуационную задачу №1

Рак щитовидной железы с метастазами в регионарные лимфоузлы. Подтверждение пункцией с цитологическим исследованием. Лечение хирургическое – тиреоидэктомия.

Ситуационная задача №2

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

Поставьте диагноз.

Ответ на ситуационную задачу № 2

Наиболее вероятен рецидив рака языка.

Ситуационная задача №3

Больному 52 года, год тому назад проведения лучевая терапия по поводу рака нижней губы. За месяц до поступления в диспансер появилась вновь опухоль и к моменту курации достигает 2,5 см.

Ваша тактика в лечении больного?

Ответ на ситуационную задачу №2

У больного рецидив рака нижней губы. Показана электроэксцизия губы в пределах здоровых тканей с последующей хейлопластикой.

Тема №6 «Доброкачественные заболевания и рак молочной железы»

Ситуационная задача № 1

У незамужней женщины 32 лет периодически 3 года назад стали появляться болезненные набухания молочных желез, усиливающиеся в предменструальном периоде. Несколько дней назад больная в левой молочной железе обнаружила опухоль. Молочные железы внешне не изменены. В верхненаружном квадранте левой молочной железы обнаруживается плотный узел без метких контуров размером 3X2 см. Узел плотноэластической консистенции, слегка болезненный при пальпации, не спаян с кожей и окружающими тканями, кожа над ним не изменена. Симптом Кенига отрицательный, в положении больной лежа узел пальпируется менее четко. Регионарные лимфатические узлы не определяются.

Какое заболевание у больной?

Как ее лечить?

Ответ на ситуационную задачу №1

Узловая мастопатия или узловой рак молочной железы. Лечение только хирургическое – секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием. При раке - мастэктомия.

Ситуационная задача №2

Поступила женщина 60 лет (менопауза более 10 лет) с распадающейся изъязвленной раковой опухолью левой молочной железы диаметром 11 см. Язва имеет зловонный запах. Подмышечные лимфатические узлы значительных размеров, спаяны. При рентгенологическом исследовании в легких выявлены метастазы. Общее состояние больной удовлетворительное.

Определите стадию заболевания согласно международной классификации.

Какова тактика лечения больной?

Ответ на ситуационную задачу №2

Рак молочной железы cT4N2M1, 4 стадия. Показана санитарная мастэктомия с дальнейшей химиогормонотерапией в зависимости от рецепторного статуса опухоли.

Ситуационная задача №3

У женщины 30 лет поставлен диагноз : «рак правой молочной железы IIb стадии».

Как лечить больную?

Ответ на ситуационную задачу №3

Радикальная мастэктомия с последующей лучевой терапией. При наличии метастазов в лимфоузлах химиогормонотерапия в зависимости от рецепторного статуса опухоли.

Ситуационная задача № 4

У женщины 20 лет обнаружен рак молочной железы 1 стадии. Какой должна быть тактика при лечении больной?

Ответ на ситуационную задачу №4

Радикальная секторальная резекция молочной железы либо радикальная мастэктомия (т.е. хирургическое).

Ситуационная задача №5

Больная 35 лет жалуется на покраснение и утолщение соска. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты мокнущими корочками и струпиками, при слущивании которых обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен и плотен на ощупь.

Какое заболевание вы заподозрили у больной?

Как уточнить диагноз?

Как лечить больную?

Ответ на ситуационную задачу №5

Рак Педжета. Характерно экзематозное поражение соска, узловое поражение молочной железы в области соска, гистологически протоковый рак молочной железы, клетки Педжета при цитологическом исследовании.

Для уточнения диагноза необходимо цитологическое исследование выделений из соска, мазок-отпечаток, либо пункция узлового образования с цитологическим исследованием.

Лечение как распространенного рака молочной железы. Предоперационная химиолучевая терапия далее радикальная мастэктомия, далее химиогормонотерапия в зависимости от рецепторного статуса опухоли.

Ситуационная задача №6

Больной, 32 лет, произведена радикальная мастэктомия по поводу рака левой молочной железы в стадии T₂N₀. Ей назначена лучевая терапия.

Какие исследования необходимо производить больной в процессе лечения?

Ответ на ситуационную задачу №6

Контроль показателей крови для контроля уровня эритроцитов лейкоцитов тромбоцитов, поскольку облучается также костный мозг (грудина).

Ситуационная задача №7

Больная, 40 лет. Поступила с жалобами на опухолевидное образование в левой молочной железе, которое существует у нее уже 10 лет, но за последний месяц стало быстро расти. Болевых ощущений на отмечает. Замужем. Имеет одного ребенка, было 4 аборта. Общее состояние удовлетворительное. В левой молочной железе в нижневнутреннем квадрате пальпируется опухолевидное образование 4x5 см с нечеткими границами, бугристое, безболезненное. Сосок слегка втянут. Опухоль легко смещается, с кожей на спаяна. В подмышечной области пальпируется 2 плотных лимфатических узла 1x1 см и 2x1 см. РОЭ - 40 мм/час.

Ваш диагноз (по принятой классификации)?

Какие дополнительные исследования могут подтвердить Ваш диагноз?

Тактика лечения? Укажите последовательность мероприятий.

Ответ на ситуационную задачу №7

Рак молочной железы cT₂N₁M₀, 2a стадия. Показана радикальная мастэктомия с дальнейшей лучевой и возможно химиогормонотерапией в зависимости от рецепторного статуса опухоли. Подтверждение диагноза пункцией с цитологическим исследованием или трепанобиопсией с гистологическим исследованием а также УЗИ регионарных лимфоузлов.

Тема №7 «Рак лёгкого»

Ситуационная задача №1

Больной 67 лет жалуется на боли в правом плечевом суставе с иррадиацией в шею и голову. При осмотре выявлен правосторонний птоз и экзофтальм, а также атрофия мышц правой верхней конечности. При рентгеноскопии органов грудной клетки патологии не обнаружено. На томограммах верхушки правого лёгкого — участок затемнения, расположенный субплеврально, а также узурация задних концов I и II рёбер и поперечного отростка I грудного позвонка.

Ваш предварительный диагноз?

Какой метод необходим для постановки диагноза?

Какой метод лечения применим в данном случае?

Ответ на ситуационную задачу №1

Рак верхушки правого лёгкого.

Трансторакальная пункция.

Химио-лучевое лечение.

Ситуационная задача №2

У больного М., 72 года, на рентгенограмме выявлен ателектаз всего левого лёгкого. Опухоли на фоне ателектаза не видно. Средостение смещено в левую сторону. При цитологическом исследовании мокроты диагностирован плоскоклеточный рак.

Как можно определить локализацию опухоли?

Ответ на ситуационную задачу №2

У больного имеется полная обтурация главного левого бронха за счёт первичной опухоли его, или в результате распространения рака из долевых бронхов на последний. Показано тщательно бронхоскопическое исследование.

Тема №8 «Опухоли костей и мягких тканей»

Ситуационная задача № 1

4.14. У девушки 19 лет агрессивный фиброматоз мягких тканей нижней конечности. Инфильтрат распространяется от паховой складки до средней трети голени.

Лечение?

Ответ на ситуационную задачу № 1

Химио-гормоно-лучевое

Ситуационная задача №2

К врачу поликлиники обратился больной с жалобами на появление бугристой опухоли больших размеров на передней и латеральной поверхности бедра. 3 года назад была травма бедра. Небольшое образование в мягких тканях появилось 0,5 года назад, быстро увеличилось за последний месяц. При осмотре опухоль плотная, один из узлов прорастает в кожу. Кожа гиперемирована, ис-

тончена, подвижность прощупываемого образования ограничена. Общее состояние больного не изменено.

Диагно? Тактики ведения?

Ответ на ситуационную задачу №2

Саркома мягких тканей бедра. Курсы внутривенной химиотерапии (доксорубин; адриамицин + дакарбазин). Лучевая терапия иногда. Широкое иссечение опухоли в целостном мышечно-фасциальном футляре в пределах анатомической зоны пораженной мышцы. Профилактические курсы химиотерапии.

Тема №9 «Злокачественные опухоли женских половых органов»

Ситуационная задача №1

Больная, 40 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. При влагалищном исследовании шейка матки плотная, гипертрофирована. На шейке видны разрастания в виде цветной капусты, легко кровоточащие при контакте. На передней губе шейки имеется кровоточащее углубление. Тело матки без особенностей, подвижно, болезненное. Придатки не пальпируются. Левый параметрий свободен, в правом определяется небольшая инфильтрация, не доходящая до стенки таза. Проведена биопсия шейки матки — плоскоклеточный рак.

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

Ваш предположительный диагноз?

Ответ на ситуационную задачу №1

УЗИ органов малого таза, регионарных лимфоузлов (КТ, МРТ по показаниям).

Рак шейки матки, стадия IIb, T2bN0M0.

Ситуационная задача №2

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

Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза?

Ответ на ситуационную задачу №2

Кольпоцервикоскопия с биопсией, УЗИ органов малого таза.

Тема №10 «Лимфогранулематоз»

Ситуационная задача №1

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

Поставить предварительный диагноз. Как подтвердить его?

Ответ на ситуационную задачу №1

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

Ситуационная задача №2

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

Ответ на ситуационную задачу №2

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

2.4 ИТОГОВЫЙ ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1. К СКРИНИНГОВОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТ

1. маммографию

2. ультразвуковое исследование молочных желез
 3. самообследование
 4. осмотр маммологом
2. К ФАКТОРУ РИСКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ
1. рак молочной железы у прямых родственников
 2. фиброаденома
 3. длительное грудное вскармливание
 4. низкий индекс массы тела (ИМТ)
3. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. фиброколоноскопия
 2. ирригоскопия
 3. магнитно-резонансная томография
 4. исследование кала на скрытую кровь
4. СКРИНИНГОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. кал на скрытую кровь
 2. фиброколоноскопия
 3. ирригоскопия
 4. ультразвуковое исследование толстой кишки
5. ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
1. ректального пальцевого исследования
 2. фиброколоноскопии
 3. ирригографии
 4. ректороманоскопии
6. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ
1. антральный отдел
 2. кардиальный отдел
 3. тело
 4. большая кривизна
7. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В КАРДИАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ
1. дисфагия
 2. боль в эпигастриальной области
 3. боль за грудиной
 4. рвота
8. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ ПОЧКИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
1. ультразвуковое исследование
 2. компьютерную томографию
 3. объективный осмотр
 4. экскреторную рентгенографию
9. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ
1. компьютерная томография органов грудной клетки
 2. рентгенография органов грудной клетки
 3. флюорография
 4. фибробронхоскопия
10. РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ
1. фибробронхоскопия с биопсией
 2. рентгенография
 3. компьютерная томография
 4. бронхография
11. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ В ОНКОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. морфологический
 2. лучевой
 3. лабораторный

4. лабораторно-инструментальный

12. ПОНЯТИЕ «РАННИЙ РАК» ПОДРАЗУМЕВАЕТ

1. рак I-II стадий

2. тяжелую дисплазию

3. рак II-III стадий

4. все стадии рака, кроме IV

13. ПЕРВИЧНУЮ ДИАГНОСТИКУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ

1. смотровые кабинеты

2. кабинеты профилактики

3. подростковые кабинеты

4. онкологические диспансеры

14. СИНДРОМ АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН ПРИ РАКЕ

1. желудка, поджелудочной железы

2. почек, надпочечников

3. шейки матки

4. кожи

15. К ПРИЗНАКУ КАХЕКСИИ ОТНОСИТСЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ _____ ЗА ПОСЛЕДНИЕ (В МЕСЯЦАХ)

1. 1.5% ; 6

2. 2.5% ; 12

3. 10% ; 6

4. 10% ; 12

16. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА ЯВЛЯЕТСЯ

1. компьютерная томография

2. ультразвуковое исследование

3. почечная ангиография

4. реносцинтиграфия

17. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ

1. гепатомегалия

2. иктеричность кожных покровов

3. лихорадка

4. синдром астении-кахексии

18. ДЛЯ РАКА СРЕДНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНЫ

1. частые тенезмы с отхождением крови и слизи

2. боли в правой подвздошной области и над лоном

3. запоры и поносы

4. опухоль в правой подвздошной области, анемия

19. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА ПРИМЕНЯЮТ

1. фиброгастроскопию с биопсией

2. компьютерную томографию

3. позитронно-эмиссионную томографию

4. ультразвуковое исследование

20. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. эндоскопический с биопсией

2. рентгенологический

3. ультразвуковой

4. исследование кала на скрытую кровь

21. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СПЕЦИФИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У БОЛЬНЫХ РАКОМ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1. механическая желтуха

2. боль в эпигастрии и спине

3. частая рвота

4. потеря веса

22. РАК ЛЕГКОГО ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ В ЛИМФОУЗЛЫ

1. надключичные
2. подмышечные
3. заднешейные
4. подчелюстные

23. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО НА СТАДИИ CARCINOMA IN SITU ЯВЛЯЕТСЯ

1. фибробронхоскопия
2. рентгенография грудной клетки
3. томография легких
4. трансторакальная биопсия легкого

24. ПРИ ОПУХОЛЕВЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ВЫПОТАХ ПЛЕВРАЛЬНАЯ ЖИДКОСТЬ ЧАЩЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1. экссудат
2. транссудат
3. хилоторакс
4. гемоторакс

25. ОЧЕНЬ БЫСТРОЕ ПОВТОРНОЕ НАКОПЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ В ПОЛОСТИ ПЛЕВРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ТИПИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ

1. мезотелиомы (рака) плевры
2. хронической сердечной недостаточности
3. туберкулеза легких
4. системной красной волчанки

26. РАК ЛЕГКОГО ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С

1. хроническим неспецифическим заболеванием лёгких
2. язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки
3. сахарным диабетом
4. бронхиальной астмой

27. НАИБОЛЬШУЮ ИНФОРМАЦИЮ ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОПУХОЛЯХ ЛЕГКИХ ПОЛУЧАЮТ ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ

1. материала трансторакальной пункции
2. пунктата лимфатических узлов
3. соскоба щёткой из бронха
4. мокроты

Эталон ответа: 1

2.4 Ситуационные задачи итогового контроля

№1

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

К врачу-терапевту участковому обратился больной 57 лет.

1.2. Жалобы

на

- надсадный постоянный малопродуктивный кашель,
- скудное кровохарканье,
- одышку при быстрой ходьбе,
- слабость, прогрессирующее похудание.

1.3. Анамнез заболевания

- Имеет длительный стаж табакокурения, с 45 лет беспокоит хронический малопродуктивный кашель, с 50 лет присоединилась одышка с затруднённым выдохом при быстрой ходьбе, к врачу не обращался.
- В течение последних 6 месяцев отмечает значительное усиление кашля, который приобрёл надсадный характер, появились прогрессирующая слабость, похудание.
- 10 дней назад впервые заметил примесь небольшого количества крови в мокроте, с этого времени в утренние часы сохраняется откашливание кровянистой мокроты (1 чайная ложка). Обратился в районную поликлинику.

1.4. Анамнез жизни

- Рос и развивался нормально.

- Работает водителем автобуса.
- Перенесённые заболевания, операции: аппендэктомия.
- Наследственность и аллергоanamнез не отягощены.
- Вредные привычки: курит с 15 лет (20 сигарет в день).

1.5. Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести, астенического телосложения, рост – 178 см, масса тела – 58 кг, индекс массы тела – 18,3 кг/м², температура тела – 36,4°С. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, отёков нет. Грудная клетка астенической формы, при перкуссии грудной клетки справа в I и II межреберьях определяется притупление лёгочного звука, при аускультации в зоне притупления – резкое ослабление дыхания. В остальных точках аускультации – везикулярное дыхание, ЧДД – 18 в минуту, SaO₂ – 96%. Тоны сердца ритмичные, пульс – 75 в минуту, АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из под края рёберной дуги. Индекс одышки по шкале mMRC = 1.

Вопрос №1 Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования:

1. клинический анализ крови
 2. общий анализ мокроты
 3. D-димер
 4. определение антител классов M, G (Ig M, Ig G) к вирусу иммунодефицита человека
- Д: бактериологическое исследование крови на стерильность
Е: иммунологическое исследование крови (Ig E общий)

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Клинический анализ крови

Показатель	Результат	Нормы
Эритроциты (RBC), *10 ¹² /л	4,6	м. 4,4-5,0 ж. 3,8-4,5
Гемоглобин (Hb), г/л	134	м. 130-160 ж. 120-140
Гематокрит (HCT),%	41	м. 39-49 ж. 35-45
Цветовой показатель (ЦП)	0,83	0,8-1,0
Усреднённое значение объёма эритроцита (MCV), (фл)	84	80-100
Среднее содержание гемоглобина в эритроците (MCH), (пг)	28	26-34
Средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCHC), г/дл	36,6	32,0-37,0
Ретикулоциты (RET), %	10	2-12
Тромбоциты (PLT), *10 ⁹ /л	210	180-320
Лейкоциты (WBC), *10 ⁹ /л	7,6	4-9
Лейкоцитарная формула		
Нейтрофилы палочкоядерные, %	4	1-6
Нейтрофилы сегментоядерные, %	58	47-72
Эозинофилы, %	2	1-5
Базофилы, %	0	0-1
Лимфоциты, %	34	19-37
Моноциты, %	2	2-10
СОЭ, мм/ч	35	м. 2-10 ж. 2-15

3.2. Общий анализ мокроты

Показатель	Результат	Нормальные значения
Количество	5 мл	10-100 в сутки
Запах	нет	нет
Цвет	кровянистый	бесцветный
Характер	слизистый	слизистый

Показатель	Результат	Нормальные значения
Примеси	нет	нет
Консистенция	вязкая	жидкая
Эпителий плоский	4-5 в п/зр.	< 25 кл.
Эпителий альвеолярный	2-3 в п/зр.	нет
Волокна	нет	нет
Лейкоциты	4-5 в п/зр.	нет
Эритроциты	30-35 в п/зр.	нет
Эозинофилы	нет	нет
Микобактерии туберкулеза	не обнаружены	нет
Прочая флора	нет	нет
Спирали Куршмана	нет	нет
Кристаллы Шарко – Лейдена	нет	нет
Клетки с признаками атипии	обнаружены	нет

3.3. D-димер

D-димер (высокочувствительный метод) – 250 мкг/л (пороговое значение ≤ 500 мкг/л).

3.4. Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека

Показатель	Результат	Норма
Антитела классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ-1,2)	не обнаружены	не обнаружены

3.5. Бактериологическое исследование крови на стерильность

Роста микроорганизмов не обнаружено.

3.6. Иммунологическое исследование крови (Ig E общий)

IgE общий – 85 МЕ/мл (норма <100 МЕ/мл).

Вопрос №2 Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования:

1. рентгенография органов грудной клетки
 2. спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции
 3. электрокардиография
 4. рентгенография грудного отдела позвоночника
- Д: ультразвуковое исследование щитовидной железы
Е: эзофагогастродуоденоскопия

5. Результаты инструментальных методов обследования

5.1. Рентгенография органов грудной клетки

На рентгенограмме органов грудной клетки выявляются признаки ателектаза верхней доли правого лёгкого – снижение пневматизации и уменьшение её объёма.

5.2. Спирометрия с тестом обратимости бронхиальной обструкции

Показатель	До пробы с бронхолитиком		После пробы с бронхолитиком		
	Должный/Фактич.	% от должных значений	Фактич.	% от должных значений	% изменений
ФЖЕЛ, л	4,6/3,5	76	3,6	78	
ОФВ ₁ , л/с	3,5/1,86	53	1,90	54	2
ОФВ ₁ /ФЖЕЛ, %		53		53	

5.3. Электрокардиография

Ритм синусовый, ЧСС — 75 уд. в мин.

Вольтаж нормальный. PQ-0,16. QRS – 0,08. QRS не деформирован.

Зубцы: P I +, P II +, P III +; T I +, T II +, T III +.

QRST – 0,38. Экстрасистол не выявлено.

Нормальное положение электрической оси сердца.

5.4. Рентгенография грудного отдела позвоночника

Видимых травматических повреждений позвонков не выявлено. Определяется снижение высоты межпозвоночных дисков, субхондральный склероз краевых замыкательных пластинок, мелкие губовидные краевые костные разрастания тел позвонков.

Заключение: остеохондроз грудного отдела позвоночника II ст.

5.5. Ультразвуковое исследование щитовидной железы

Щитовидная железа обычно расположена, нормальных размеров, контуры ровные, паренхима обычной степени эхогенности, эхоструктура однородная. Данных за наличие узлов и других патологических образований не получено. Васкуляризация тканей в норме. Линейные и спектральные характеристики кровотока по сосудам щитовидной железы не изменены. Регионарные лимфатические узла без особенностей.

Заключение: УЗ-признаков патологических изменений щитовидной железы не выявлено.

5.6. Эзофагогастродуоденоскопия

Осмотр в белом свете и в режиме узкого спектра. Слизистая оболочка пищевода светло-розового цвета, визуально не изменена на всем протяжении.

Розетка кардии на 40 см, эластичная, смыкается полностью. В желудке небольшое количество прозрачной слизи, стенки эластичные, слизистая оболочка розовая. Складки большой кривизны мягкие, подвижные, при инсuffляции воздуха расплавляются полностью. Перистальтика прослеживается во всех отделах. Кольцо привратника эластичное.

Луковица двенадцатиперстной кишки правильной формы, слизистая оболочка розовая. В постбульбарном отделе двенадцатиперстной кишки слизистая оболочка так же розовая, Фатеров сосочек визуально не изменен.

Вопрос №3 В данной клинической ситуации предполагаемым основным диагнозом является:

1. Центральный рак верхней доли правого лёгкого
2. Внебольничная правосторонняя верхнедолевая пневмония
3. Инфильтративный туберкулёз верхней доли правого лёгкого
4. Периферический рак верхней доли правого лёгкого

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 В данной клинической ситуации сопутствующим заболеванием является:

1. хроническая обструктивная болезнь лёгких, средняя степень тяжести (GOLD 2), группа А (mMRC 1, редкие обострения).
2. хроническая обструктивная болезнь лёгких, тяжёлая степень (GOLD 3), группа С (mMRC 1, частые обострения)
3. хронический необструктивный бронхит, обострение средней степени тяжести
4. хронический необструктивный бронхит, инфекционное обострение тяжёлой степени

Вопрос №5 Для верификации основного диагноза следует назначить бронхоскопию и:

1. компьютерную томографию органов грудной клетки
2. пульмонангиографию
3. перфузионную сцинтиграфию лёгких
4. бодиплетизмографию

Вопрос №6 Для базисной фармакотерапии сопутствующего заболевания пациенту следует назначить:

1. длительно действующие антихолинергические препараты
2. короткодействующие антихолинергические препараты
3. антагонисты лейкотриеновых рецепторов
4. антагонисты эндотелиновых рецепторов

Вопрос №7 Для устранения симптомов сопутствующего заболевания в режиме «по требованию» пациенту следует назначить:

1. коротко действующие бронходилататоры
2. ингаляционные глюкокортикостероиды
3. пероральные глюкокортикостероиды
4. коротко действующие нитраты

Вопрос №8 Пациенту показано проведение вакцинации против пневмококковой инфекции и:

1. гриппа
2. туберкулёза
3. гепатита А
4. гепатита В

Вопрос №9 В качестве нефармакологических методов лечения сопутствующего заболевания следует рекомендовать прекращение курения и проведение:

1. лёгочной реабилитации
2. трансплантации лёгких
3. респираторной поддержки
4. аллерген-специфической иммунотерапии

Вопрос №10 Учитывая сопутствующее заболевание, пациент относится к ____ группе состояния здоровья:

1. Ша
2. П
3. ШБ
4. I

Вопрос №11 Кратность ежегодного посещения врача-терапевта в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет _____ раз/раза :

1. 2
2. 1
3. 3
4. 4

Вопрос №12 Кратность ежегодного посещения врача-пульмонолога в рамках диспансерного наблюдения по сопутствующему заболеванию составляет _____ раз/раза :

1. 2
2. 1
3. 3
4. 4

Эталон ответов:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1,2,3	1,2,3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

3. Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачёт

Вопросы к зачету (ОПК-5,ОПК-6,ПК-6,ПК-8,ПК-10):

1. Структура организации и задачи онкологической службы.
2. Современные тенденции заболеваемости раком.
3. Эпидемиология рака. Виды эпидемиологических исследований в онкологии.
4. Диспансеризация онкологических больных. Учетная онкологическая документация. Клинические группы диспансерного учета.
5. Фенотипические признаки злокачественной клетки. Биологические особенности опухолевого роста.
6. Канцерогенные агенты, их классификация и общая характеристика. Профилактика бытовых канцерогенных воздействий.
7. Принципы профилактики злокачественных опухолей. Понятие о первичной, вторичной и третичной профилактике.
8. Скрининг предраковых заболеваний и раннего рака.
9. Современные скрининговые методы выявления онкологической патологии.
10. Закономерности развития рака. Факультативные и облигатные предраковые заболевания.
11. Номенклатура опухолей. Солидные и системные опухоли. Формы роста опухолей.
12. Принципы классификации злокачественных опухолей основных локализаций.
13. Особенности клинического обследования онкологических больных. Диагностический алгоритм в онкологии.
14. Понятие о клиническом минимуме обследования при подозрении на рак.
15. Способы верификации диагноза рака и оценки распространенности опухолевого процесса.
16. Способы забора материала для верификации диагноза злокачественного новообразования.
17. Методы специального лечения в онкологии. Классификация, общая характеристика.
18. Лучевая терапия злокачественных опухолей. Осложнения лучевой терапии.
19. Радиочувствительные и радиорезистентные опухоли. Способы радиомодификации.
20. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. Виды оперативных вмешательств. Понятие об операбельности и резектабельности.
21. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. Абластика и антибластика в онкологии.

22. Химиотерапия в онкологии. Классификация препаратов. Механизмы их действия.
23. Принципы назначения и способы применения химиотерапии. Показания. Противопоказания.
24. Виды гормонотерапии в онкологии. Показания. Осложнения.
25. Опухоли головы и шеи. Рак гортани и гортаноглотки. Клиника. Диагностика. Лечение.
26. Рак пищевода. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клиника.
27. Рак пищевода. Диагностика.
28. Рак пищевода. Лечение.
29. Рак желудка. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация.
30. Рак желудка. Клиника. Варианты метастазирования и их диагностика.
31. Рак желудка. Диагностика.
32. Хирургическое лечение рака желудка. Показания и виды операций.
33. Рак ободочной кишки. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация.
34. Рак ободочной кишки. Клиника. Диагностика.
35. Рак ободочной кишки. Лечение.
36. Рак ободочной кишки. Медицинская и социальная реабилитация больных коло-ректальным раком, врачебно-трудовая экспертиза.
37. Рак поджелудочной железы. Клиника. Диагностика. Клинический минимум обследования.
38. Рак поджелудочной железы. Лечение. Принципы хирургического лечения.
39. Рак легкого. Эпидемиология. Заболеваемость, смертность, запущенность
40. Рак легкого. Факторы риска, заболевания. Этиопатогенез. Клиническая картина.
41. Рак легкого. Классификация. Диагностика. Виды скрининга.
42. Рак легкого. Принципы хирургического, лучевого и лекарственного лечения.
43. Рак молочной железы. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника.
44. Рак молочной железы. Классификация. Характеристика клинических форм.
45. Рак молочной железы. Диагностика.
46. Рак молочной железы. Показания к хирургическому лечению, виды операций.
47. Рак молочной железы. Показания и виды гормонотерапии.
48. Рак молочной железы. Показания к лучевому лечению и химиотерапии. Значение адьювантной и неоадьювантной химиотерапии.
49. Скрининг рака молочной железы. Методика самообследования.
50. Рак щитовидной железы. Этиопатогенез. Классификация. Клиника.
51. Рак щитовидной железы. Диагностика. Тактика при одиночных узлах в железе.
52. Рак щитовидной железы. Лечение.
53. Предраковые заболевания кожи. Диагностика. Лечебная тактика.
54. Рак кожи. Этиопатогенез. Классификация. Клиника.
55. Рак кожи. Диагностика. Лечение. Профилактика.
56. Пигментные невусы. Классификация. Лечебная тактика. Профилактика меланомы.
57. Признаки озлокачествления пигментных невусов. Тактика врача.
58. Меланома кожи. Эпидемиология. Заболеваемость, смертность, запущенность Актуальность ранней диагностики.
59. Меланома кожи. Классификация. Понятие о «тонкой» меланоме. Клиническая картина.
60. Меланома кожи. Неинвазивная диагностика. Цифровая дерматоскопия. Алгоритмы диагностики
61. Меланома кожи. Лечение локо-регионарной стадии МК. Лечение метастатической меланомы кожи.
62. Опухоли костей. Разновидности. Клиническая картина.
63. Опухоли костей. Диагностика. Хирургическое, лучевое, комбинированное и комплексное лечение.
64. Опухоли мягких тканей. Локализация. Клиническая картина.
65. Опухоли мягких тканей. Методы диагностики. Лечение. Отдаленные результаты.
66. Рак шейки матки. Клинические проявления. Принципы диагностики и лечения.
67. Рак шейки матки. Заболеваемость, смертность, запущенность.
68. Рак шейки матки. Современные классификации. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
69. Рак шейки матки. Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.

70. Рак шейки матки Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
71. Рак шейки матки Основные ошибки в диагностике и лечении. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения
72. Рак тела матки. Заболеваемость, смертность, запущенность. Роль эндокринно-обменных нарушений. Клиника. Диагностика. Лечение.
73. Рак яичников. Классификация. Принципы диагностики и лечения.
74. Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника.
75. Лечение лимфогранулематоза и неходжкинских лимфом.

4.Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении студентами дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение студентами необходимыми компетенциями. Результат аттестации студентов на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения **компетенций студентами.**

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-5	способностью и готовностью анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	Знать: этиологию, патогенез, диагностику, клинические проявления, лечение и профилактику наиболее часто встречающихся заболеваний	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания этиологии, патогенеза, диагностики, клинических проявлений, лечения и профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний
		Уметь: использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов	Обучающийся демонстрирует сформированное умение использовать методы диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний на основе профессиональных стандартов
		Владеть: Методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения методами анализа результатов собственной деятельности на основе знания алгоритмов диагностики, лечения и профилактики различных заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Показатели оценивания компетенций	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-6	готовностью к ведению медицинской документации	Знать: Правила ведения медицинской документации на различных этапах оказания медицинской по-	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания правил ведения медицинской документации на различных этапах оказания ме-	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания правил ведения медицинской документации на различных

		мощи	дицинской помощи	этапах оказания медицинской помощи
		Уметь: Грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями	Обучающийся демонстрирует сформированное умение грамотно заполнять медицинскую документацию в соответствии с профессиональными требованиями
		Владеть: Навыками заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков заполнения используемых при решении конкретных профессиональных задач медицинских документов в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-6	способностью к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	Знать: Основные патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний, нозологических форм. Принципы формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм. Принципов формулировки диагнозов на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра
		Уметь: применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности	Обучающийся демонстрирует сформированное умение применять Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в своей профессиональной деятельности
		Владеть: навыками формулировки диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Междуна-	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки формулировки диагнозов у пациентов с раз-	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков формулировки

		родной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	личной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины	диагнозов у пациентов с различной нозологией на основе Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем X пересмотра в рамках изучаемой дисциплины
--	--	--	---	--

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-8	способностью к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	Знать: Особенности течения и возможные осложнения при различной патологии	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания особенностей течения и возможных осложнений при различной патологии
		Уметь: Исходя из особенностей течения заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения, исходя из особенностей течения заболевания, выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Обучающийся демонстрирует сформированное умение, исходя из особенностей течения заболевания, выбирать оптимальную тактику ведения пациентов
		Владеть: Навыками составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков составления индивидуальной тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами в рамках изучаемой дисциплины

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-10	готовностью к оказанию медицинской помощи при внезап-	Знать: Алгоритмы диагностики и ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания алгоритмов диагностики и ведения пациентов	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания алгоритмов диагностики и

	ных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	заболеваний	при различных острых и обострениях хронических заболеваний	ведения пациентов при различных острых и обострениях хронических заболеваний
		Уметь: Оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний	Обучающийся демонстрирует сформированное умение оказывать медицинскую помощь при острых и обострениях хронических заболеваний
		Владеть: Навыками оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков оказания медицинской помощи в полном объеме при острых и обострениях хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи в рамках изучаемой дисциплины

4.2. Шкала и процедура оценивания

4.2.1. процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости , Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, защита реферата, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни

4.2 Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля :

- ❖ Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для решения ситуационной задачи:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для защиты рефератов:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
- ❖ Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргу-

ментированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для разбора тематического больного:

❖ **Отлично** – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

❖ **Хорошо** – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

❖ **Удовлетворительно** – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

❖ **Неудовлетворительно** – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного:

❖ **Отлично**- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

❖ **Хорошо** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

❖ **Удовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

❖ **Неудовлетворительно** - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

Для разбора истории болезни:

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3 Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.

Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1)

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» выставляется при несформированности компетенций, при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.