

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 27 мая 2021 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»

Специальность 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 и оценка их формирования в процессе освоения дисциплины

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

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код и наименование компетенции /Код и наименование индикатора достижения компетенции	Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции	Вопросы темы, проверяющие освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	№ Теста, проверяющего освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	№ Задачи, проверяющей освоение компетенции/дескриптора	Формы СРС № Темы презентации/реферата и др. форм контроля проверяющего освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Общие принципы диагностики онкологических заболеваний	иПК 2.1	Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	Злокачественные опухоли. Определение. Закономерности развития. Этапы развития злокачественных опухолей. Кинетика опухолевого роста» Молекулярные основы канцерогенеза. Общие принципы ранней диагностики опухолевого процесса. Врач и онкологический больной. Этика взаимоотношений при сборе жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни	9	1	1,2	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, курация/разбор тематического больного,	В соответствии с п.4.2.2

								разбор историй болезни	
		иПК 2.2	Проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	Особенности физикального обследования пациентов с подозрением на онкологическое заболевание в зависимости от его локализации.	11	4	3	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	В соответствии с п.4.2.2
		иПК 2.3	Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента	Роль жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента в постановке предварительного диагноза Роль физикального обследования в постановке предварительного диагноза Составление плана обследования пациента в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	3,5	5	4	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение	В соответствии с п.4.2.2

								курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	
		иПК 2.4	Направление пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Современная лабораторная диагностика опухолей. Понятие онкомаркера. Классификация онкомаркеров по их биологической функции: 1.Онкофетальные антигены (Раково-эмбриональный антиген; Альфа-фетопротеин; Хорионический гонадотропин человека) 2.Ферменты (Кислая фосфатаза простаты; Лактатдегидрогеназа; Нейроспецифическая енолаза; Специфический антиген простаты) 3.Гормоны (Адренкортикотропный гормон; Кальцитонин; Паратгормон; Прولاктин) 4..Рецепторы (Прогестероновые; Эстрогеновые) 5.Другие соединения Роль общеклинических, биохимических и иммунологических методов диагностики. Определение объема исследования в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) Интерпретация данных лабораторных исследований и их роль в постановке клиническо-	8	6	5	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	В соответствии с п.4.2.2

			го диагноза						
		иПК 2.5	Направление пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Современные инструментальные методы в ранней диагностике онкологической патологии. Методы лучевой диагностики (рентгенография, КТ, МРТ и др.), включая рентгеноконтрастные. Методы эндоскопической диагностики, включая разные виды биопсий (щипковая, браш-биопсия и т.д.). Ультразвуковые методы исследования в онкологии	2,10	3	6	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК 4.2	Демонстрирует умение применять диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза	Определение объема исследования в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи Интерпретация данных инструментальных исследований и их роль в постановке клинического диагноза	4	6	7	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, курация/ра	В соответствии с п.4.2.2

								збор тематического больного, разбор историй болезни	
		иПК 2.6	Направление пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Показания к направлению пациентов на консультацию к врачам-специалистам при проведении дифференциально-диагностического поиска. Минимально необходимый перечень специалистов при диагностике опухолей различной локализации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	1,6, 7	2	8	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	В соответствии с п.4.2.2
2	Общие принципы лечения в онкологии	иПК 2.7	Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии ме-	Общие принципы хирургического лечения злокачественных опухолей. Основные тенденции развития хирургического метода лечения в онкологии. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационного ведения онкологических пациентов.	1-22	1-3	1,2	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/уст	В соответствии с п.4.2.2

			<p>дицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Основные виды осложнений после хирургического лечения онкологических заболеваний. Значение хирургического метода в составе комбинированного и комплексного лечения на современном этапе развития онкологии. Общая характеристика хирургического метода лечения в онкологии Органо-сохраняющее лечение в онкологии</p> <p>Общие принципы лучевого лечения злокачественных опухолей Лучевое лечение опухолей кранио-фарингеальной зоны, органов пищеварительной системы, рака легкого Лучевое лечение опухолей женской и мужской репродуктивных систем, рака молочной железы, опухолей органов мочевыделительной системы. Лучевое лечение лимфом, опухолей кожи, мягких тканей, костей. Техническое обеспечение и планирование лучевой терапии Осложнения лучевой терапии</p> <p>Общие принципы лекарственного лечения Общие принципы лекарственного лечения в онкологии Группы противоопухолевых препаратов Лекарственная чувствительность и резистентность злокачественных опухолей Современные подходы к лекарственному</p>				<p>ное реферативное сообщение , курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни</p>	
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--

				лечению во взрослой и детской онкологии. Осложнения лекарственного лечения Криотерапия					
3	Паллиативная помощь в онкологии	иПК 3.5	Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками	Назначение и проведение симптоматической терапии, в том числе диетотерапии, пациентам с онкологическими заболеваниями в соответствии с клинической картиной заболевания Назначение обезболивающих лекарственных препаратов, направленных на облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в том числе наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами, согласно действующему порядку оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению	1-10	1-3	1	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	В соответствии с п.4.2.2
4	Опухоли органов грудной клетки	иПК 2.7	Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии	Рак лёгкого. Статистика. Частота. Возрастные половые особенности. Этиология. Патологическая анатомия. Мелкоклеточный и немелкоклеточный рак легкого. Рак легкого. Методы диагностики. Рак лёгкого. Стандарты лечения. Рак лёгкого. Хирургическое лечение. Мезотелиома плевры. Метастатические опухоли лёг-	1-40	1-3	1-3	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное рефератив	В соответствии с п.4.2.2

			с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	ких. Рак пищевода. Статистика. Частота. Локализация. Патологическая анатомия. Клиника. Рак пищевода. Методы диагностики. Рак пищевода. Стандарты лечения. Рак пищевода. Лечение неоперабельных больных. Опухоли и кисты средостения. Доброкачественные опухоли лёгких Паранеопластические синдромы при раке лёгкого с секрецией гормонально активных веществ и неясными этиологией и патогенезом Доброкачественные опухоли и кисты пищевода				ное сообщение , курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	
5	Опухоли органов брюшной полости	иПК 2.7	Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов ме-	Опухоли гепато-панкреатодуоденальной зоны. Стандарты диагностики и лечения. Рак желудка. Статистика. Частота. Особенности пола и возраста. Этиология. Клиника. Клиническая классификация. Рак желудка. Методы диагностики. Рак желудка. Дифференциальный диагноз. Ошибки в диагностике. Рак желудка. Стандарты лечения. Прогноз, реабилитация и профилактика рака желудка Опухоли забрюшинного пространства. Стандарты диагностики и лечения. Злокачественные опухоли тонкой кишки: рак тощей и подвздошной кишки. Статистика. Частота. Возраст больных. Этиология. Клиника. Диагностика. Злокачественные опухо-	1-40	1-3	1,2	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение , курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	В соответствии с п.4.2.2

			<p>дицинской помощи</p>	<p>ли тонкой кишки, стандарты лечения. Рак толстой кишки. Статистика. Частота. Локализация. Возраст больных. Половые особенности. Рак толстой кишки. Патологическая анатомия. Макро и микроскопическое строение. Этиология. Предраковые состояния и изменения толстой кишки. Значение хронических воспалительных процессов. Клинические формы колоректального рака. Опухоли восходящего отдела восходящего отдела толстой кишки. Стандарты диагностики и лечения. Опухоли восходящего отдела нисходящего отдела толстой кишки. Стандарты диагностики и лечения. Прогноз и реабилитация больных колоректальным раком.</p>					
6	Онкогинекология	иПК 2.7	<p>Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клинически-</p>	<p>Экзогенные вирусзависимые злокачественные опухоли репродуктивной системы. Гормонозависимые злокачественные опухоли репродуктивной системы. Предрак шейки матки. Рак шейки матки. Этиология. Патогенез. Рак шейки матки. Стандарт диагностики. Скрининг. Рак шейки матки. Стандарты лечения. Предрак эндометрия. Рак эндометрия. Этиология. Патогенез. Рак эндометрия. Стандарт диагностики. Скрининг. Рак эндомет-</p>	1-25	1-3	1	<p>Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, курация/ра</p>	<p>В соответствии с п.4.2.2</p>

			ми рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	рия. Стандарты лечения. Рак вульвы. Стандарты диагностики и лечения.				збор тематического больного, разбор историй болезни	
7	Онкоурология	иПК 2.7	Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Злокачественные опухоли почек. Статистика. Этиология. Злокачественные опухоли почек. Клиника и диагностика. Злокачественные опухоли почек. Стандарты лечения. Злокачественные опухоли мочевого пузыря. Статистика. Этиология. Патогенез. Злокачественные опухоли мочевого пузыря. Стандарты диагностики и лечения. Рак предстательной железы. Статистика. Этиология. Патогенез. Рак предстательной железы. Стандарты диагностики и лечения. Злокачественные опухоли яичка. Статистика. Этиология. Патогенез. Клиника. Злокачественные опухоли яичка. Стандарты диагностики и лечения. Рак мужского полового члена. Диагностика и лечение	1-25	1-3	1,2	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	В соответствии с п.4.2.2
8	Опухоли молочной железы	иПК 2.7	Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях	Доброкачественные опухоли молочной железы Эпидемиология рака молочной железы Клиническая классификация форм рака молочной железы Этиология и патогенез рака молочной железы Алгоритм	1-15	1-5	1,2	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение	В соответствии с п.4.2.2

			<p>дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>диагностики рака молочной железы. Скрининг Биологические варианты рака молочной железы Стандарты лечения рака молочной железы Хирургическое лечение рака молочной железы. Эволюция подходов. Органосохраняющее лечение рака молочной железы. Прогноз, реабилитация и профилактика рака молочной железы</p>				<p>ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни</p>	
9	Онкогематология	иПК 2.7	<p>Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов ме-</p>	<p>Классификация гемобластозов. Дифференциальный диагноз. Острые лейкозы. Стандарты диагностики и лечения. Лимфома Ходжкина. Стандарты диагностики и лечения. Неходжкинские лимфомы. Стандарты диагностики и лечения</p>	1-21	1,2	1,2	<p>Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни</p>	<p>В соответствии с п.4.2.2</p>

			дицинской помощи						
10	Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата	иПК 2.7	Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Рак кожи. Статистика. Этиология. Патогенез. Рак кожи. Стандарты диагностики и лечения. Меланома кожи. Клиника Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Злокачественные опухоли мягких тканей. Общие вопросы. Злокачественные опухоли мягких тканей. Стандарты диагностики и лечения. Злокачественные опухоли опорно-двигательного аппарата. Статистика. Распространенность. Этиология. Остеогенная саркома. Этиология. Патогенез. Стандарты диагностики и лечения. Саркома Юинга. Этиология. Патогенез. Стандарты диагностики и лечения. Органосохраняющее лечение злокачественных опухолей костей. Прогноз и реабилитация больных после специального лечения злокачественных опухолей костей.	1-14	1	1	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, решение ситуационных задач, доклад/устное реферативное сообщение, курация/разбор тематического больного, разбор историй болезни	В соответствии с п.4.2.2

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 докладов/устных реферативных сообщений;
- 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 Общие принципы диагностики онкологических заболеваний

1. Пациентка 78 лет обратилась к терапевту с жалобами на появление изъязвления в области правого крыла носа. Изменения в этой области появились несколько лет назад. Сначала появилось бляшкообразное образование с небольшим зудом. На этом месте постепенно появилась «небольшая» язвочка, присоединилась болезненность. Появление данных симптомов пациентка связывала с постоянным механическим повреждением в связи с зудом. Ваша тактика:

- 1 направить к онкодерматологу;
- 2 назначить присыпку;
- 3 назначить физиолечение;
- 4 назначить гормональные мази.

2. Больная 48 лет, сама у себя обнаружила опухоль в животе слева от пупка. Жалоб не предъявляет. Appetit сохранён, физиологические отправления не нарушены, кожные покровы чистые. В левой подвздошной области пальпируется опухолевидное, умеренное подвижное образование. Ваша тактика:

- 1 обследование (проведение ректороманоскопии, ирригоскопии, колоноскопии, лапароскопии), консультация хирурга (проктолога);
- 2 назначение гастроскопии;
- 3 лечение спазмолитиками и повторный осмотр через 1-2 месяца;
- 4 динамическое наблюдение через месяц.

3. У мужчины 53 лет при отсутствии жалоб во время диспансеризации по данным рентгенологического исследования органов грудной клетки выявлено очаговое образование в средней доле правого легкого размером около 1.5 см в диаметре с «дорожкой» к корню. Ваш предварительный диагноз:

- 1 пневмония в средней доле правого легкого;
- 2 туберкулез легких;
- 3 злокачественное новообразование правого легкого.

4. У пациента 48 лет с учетом клинических и рентгенологических данных диагностирована верхнедолевая пневмония справа. После проведенного курса лечения температура нормализовалась, улучшилось общее самочувствие. Контрольная рентгенография не выполнялась. Через четыре месяца вновь установлен диагноз верхнедолевой пневмонии справа. Ваша тактика:

- 1 назначить бронхоскопию и цитологическое исследование полученного материала;
- 2 назначить активную физиотерапию;
- 3 поставить больного на диспансерный учет по поводу хронической пневмонии и провести

- рентгенологический контроль через 1 месяц;
- 4 рекомендовать дыхательную гимнастику.

5. Мужчина 46 лет заболел остро 2 месяца назад, когда поднялась температура до 38°C, появились сухой кашель, одышка, слабость, потливость. Проводилось амбулаторное лечение антибиотиками, отхаркивающими в течение 3 недель, состояние улучшилось. Ухудшение в течение 10-ти дней, когда усилился кашель, появился субфебрилитет. Рентгенологически: в нижних отделах правого легкого определяется гиповентиляция, правый корень расширен, правое легкое уменьшено в объеме. Предварительный диагноз:

- 1 злокачественное новообразование легкого;
- 2 остаточные явления пневмонии;
- 3 туберкулез легких.

6. Больная 42 лет, обследуется у терапевта по поводу постоянных болей в животе, частого жидкого стула с примесью крови. При колоноскопии диагностирован тотальный полипоз ободочной кишки. Ваша тактика:

- 1 рекомендовать консультацию проктолога (или хирурга, или онколога) для решения вопроса об оперативном лечении, поскольку полипоз ободочной кишки является облигатным предраком и часто озлокачивается;
- 2 рекомендовать лечение растительными препаратами;
- 3 рекомендовать динамическое наблюдение через 6 месяцев;
- 4 рекомендовать консультацию гомеопата.

7. Пациент 60 лет обратился к терапевту. В анамнезе мочекаменная болезнь. В течение 3-х лет отмечает затрудненное мочеиспускание, выделение мочи слабой, тонкой струей. Не обследовался. Данные физикального осмотра без особенностей. В крови повышен уровень ПСА в 3 раза. Пациент спрашивает у Вас, можно ли обойтись без консультации уролога. Выше рекомендации:

- 1 консультация уролога необходима для дообследования и определения тактики лечения;
- 2 сначала провести курс антибактериальной терапии, затем сдать повторно кровь на ПСА, затем решить вопрос о посещении уролога;
- 3 консультация уролога не целесообразна с учетом возраста пациента;
- 4 консультацию уролога можно отложить, понаблюдать динамику уровня ПСА крови через 6 месяцев.

8. На приеме у терапевта мужчина 50 лет. Среди прочих жалоб отмечает, что стал просыпаться ночью 3-4 раза из-за позывов к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Симптомы появились последние 2-3 месяца. У уролога был около 5 лет назад. Для исключения рака предстательной железы пациенту:

- 1 назначить анализ мочи на ПСА;
- 2 достаточно сдать общий анализ мочи;
- 3 назначить анализ крови на ПСА и направить к урологу;
- 4 достаточно сдать общий анализ крови.

9. Пациент 16 лет обратился к врачу с жалобами на наличие носовых кровотечений, кровоизлияния на коже, общую слабость, высокую температуру тела. Заболевание началось после ОРВИ. Лечился дома самостоятельно. При объективном обследовании: бледность кожи, температура тела 38,2°C, кровоизлияние на нижних конечностях размерами от петехий до 1-2 см, увеличение шейных лимфатических узлов, печени, селезенки. На основании сбора жалоб и данных объективного обследования Вы подозреваете у пациента острый лейкоз. Для острого лейкоза характерно:

- 1 повышение уровня гемоглобина;
- 2 наличие бластных клеток в крови
- 3 снижение СОЭ;
- 4 эритроцитоз.

10. Пациентка 40 лет обратилась к терапевту для получения рекомендаций по результатам обследования. Пациентка сдала анализ крови на онкомаркеры. Уровень СА 125 повышен в 2,5 раза. Ваши рекомендации:

- 1 в первую очередь исключить рак кишечника;
- 2 выполнить УЗИ малого таза и обратиться к гинекологу для обследования и исключения в первую очередь рака яичников;
- 3 маркер неспецифичный, можно повторить его через 3 месяца;
- 4 в первую очередь исключить рак легкого.

11. Профилактический осмотр мужчин для исключения онкопатологии в смотровом кабинете включает в себя мероприятия, за исключением:

1. Осмотра кожных покровов и видимых слизистых
2. Осмотра и пальпации наружных половых органов
3. Пальпации грудных желез
4. Пальпации периферических лимфоузлов
5. Пальцевого исследования прямой кишки
6. Пальпации прекардиальной области

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ответ	1	1	3	1	2	1	1	3	2	2	6

Тема 2 Общие принципы лечения в онкологии

1. Что означает принцип зональности?

- 1 удаление опухоли в пределах здоровых тканей с зонами регионального метастазирования;
- 2 удаление опухоли в пределах здоровых тканей единым блоком;
- 3 удаление опухоли в объеме анатомического футляра - фасциального, жирового, серозного;
- 4 перевязка сначала артерий, потом вен.

2. В чем заключается методика брахитерапии при раке предстательной железы?

- 1 внедрение в ткань предстательной железы постоянных имплантов, содержащих радиоактивный изотоп йода-125;
- 2 внедрение в ткань предстательной железы постоянных имплантов, содержащих радиоактивный изотоп кобальта-60;
- 3 внедрение в ткань предстательной железы постоянных имплантов, содержащих радиоактивный изотоп иттрия-90;
- 4 внедрение в ткань предстательной железы постоянных имплантов, содержащих радиоактивный изотоп йода-131.

3. Действие какой группы препаратов основано на присоединении алкильной группы к ДНК?

- 1 антиметаболиты;
- 2 алкилирующие агенты;
- 3 противоопухолевые антибиотики;
- 4 препараты природного происхождения.

4. К антиметаболитам относятся:

- 1 триазины;
- 2 антагонисты пиримидина;
- 3 ингибиторы тимидилатсинтетазы;
- 4 антагонисты фолиевой кислоты.

5. К какой группе относятся Темсиrolimus, Эверолимус, Вемурафениб, Траметиниб?

- 1 ингибиторы тирозинкиназы;
- 2 ингибиторы ароматазы;
- 3 ингибиторы PARP;
- 4 ингибиторы серин/треонин киназы.

6. К какому виду химиотерапии относится внутрибрюшная гипертермическая химиотерапия?

- 1 локальная химиотерапия;
- 2 локо-регионарная химиотерапия;
- 3 системная химиотерапия;
- 4 регионарная химиотерапия.

7. К какому методу облучения относится внутриопухолевое введение радионосных игл?

- 1 радиохирургический;
- 2 внутритканевой;
- 3 аппликационный;
- 4 внутриволостной.

8. К какому способу облучения относится Гамма-нож?

- 1 аппликационный;
- 2 близкофокусная рентгенотерапия;
- 3 метод избирательного накопления изотопов;
- 4 радиохирургический.

9. К какому способу облучения относится радиоэмболизация?

- 1 внутритканевое;
- 2 внутриволостное;
- 3 аппликационное;
- 4 системное

10. К какому способу облучения относится терапия быстрыми электронами?

- 1) дистанционное облучение;
- 2) сочетанное;
- 3) контактное;
- 4) внутритканевое.

11. Как называют цитостатики, действующие в определенную фазу клеточного цикла?

- 1) фазанеспецифические;
- 2) фазаспецифические;
- 3) циклоспецифические;
- 4) циклонеспецифические.

12. Какие виды пассивной иммунотерапии известны?

- 1) адоптивная иммунотерапия;
- 2) антитела;
- 3) специфическая (вакциноотерапия);
- 4) неспецифическая (иммунные адьюванты).

13. Какие выделяют группы противоопухолевых химиопрепаратов?

- 1) ингибиторы ароматазы;
- 2) антиметаболиты;
- 3) противоопухолевые антибиотики;
- 4) алкилирующие агенты.

14. Какие газы используются при криотерапии опухолей?

- 1) водород;
- 2) аргон;+

- 3) азот;+
- 4) углерод.

15. Какие операции называют радикальными?

- 1) при которых вся опухоль удаляется в пределах здоровых тканей единым блоком без регионарных лимфоузлов и проводится интраоперационное облучение;
- 2) при которых вся опухоль удаляется в пределах здоровых тканей единым блоком с регионарными лимфоузлами и в объеме анатомического футляра;
- 3) при которых осуществляется борьба с кровотечением из опухоли;
- 4) при которых вся опухоль удаляется в пределах здоровых тканей единым блоком без регионарных лимфоузлов.

16. Какие осложнения химиотерапии относятся к отсроченным?

- 1) пневмониты;
- 2) нефротоксичность;
- 3) рвота;
- 4) кардиотоксичность

17. Каковы основные принципы химиотерапии?

- 1) подбор препарата с учетом спектра противоопухолевого действия, дозы, режима, способа введения;
- 2) подбор препарата с учетом токсичности его и психологического настроения больного;
- 3) выбор режима и дозы введения с учетом операбельности больного;
- 4) выбор режима введения в зависимости от степени дифференцировки опухоли и исхода операции.

18. Что включает в себя понятие абластики?

- 1) обработка участков операционной раны, контактировавших с опухолью спиртом 96,6%, йодом 1,5%, водным раствором хлоргексидина;
- 2) футлярность, зональность, блочность, максимально щадящее отношение к пораженному органу, частая смена операционного белья и отграничение опухоли салфетками;
- 3) интраоперационное облучение операционной раны;
- 4) применение противоопухолевых химиопрепаратов.

19. Что означает принцип блочности?

- 1) удаление опухоли в пределах здоровых тканей единым блоком;
- 2) перевязка сначала артерий, потом вен;
- 3) удаление опухоли в пределах здоровых тканей с зонами регионального метастазирования;
- 4) удаление опухоли в объеме анатомического футляра - фасциального, жирового, серозного.

20. Что означает принцип футлярности?

- 1) удаление опухоли в пределах здоровых тканей единым блоком;
- 2) перевязка сначала артерий, потом вен;
- 3) удаление опухоли в пределах здоровых тканей с зонами регионального метастазирования;
- 4) удаление опухоли в объеме анатомического футляра - фасциального, жирового, серозного

21. Что такое операбельность?

- 1) техническая возможность удаления опухоли, которая определяется интраоперационно;
- 2) состояние больного, которое позволяет провести интраоперационное облучение операционной раны;
- 3) состояние больного, которое позволяет провести хирургическое лечение;
- 4) состояние больного, которое позволяет провести внутрибрюшную химиотерапию.

22. Что такое резектабельность?

- 1) техническая возможность удаления опухоли, которая определяется интраоперационно
- 2) состояние больного, которое позволяет провести интраоперационное облучение операционной раны;
- 3) техническая возможность и состояние больного, которое позволяет провести хирургическое лечение;
- 4) состояние больного, которое позволяет провести хирургическое лечение.

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ответ	1	1	2	2,3,4	4	1	2	4	4	1	2
Вопрос	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Ответ	1,2	2,3,4	2,3	2	1,2,4	1	2	1	4	3	

Тема 3 Паллиативная помощь в онкологии

1. Принципы паллиативной помощи, провозглашенные ВОЗ:
 1. не имеет намерений продления или сокращения срока жизни
 - 2.насколько это возможно ограничивает больному активный образ жизни
 - 3.улучшает качество жизни пациента и может также положительно влиять на течение болезни
 - 4.может продлить жизнь больного

2. Компоненты паллиативной помощи:
 - 1.высокотехнологичная медицинская помощь
 - 2.психологическая помощь
 - 3.реабилитационные мероприятия
 - 4.медицинская помощь и уход

3. К задачам паллиативной помощи относятся:
 - 1.адекватное обезболивание и купирование других физических симптомов
 - 2.осуществление эвтаназии
 - 3.психологическая поддержка больного и его родственников
 - 4.госпитализация больных в специализированные учреждения социальной помощи

4. Хосписная помощь это:
 - 1.вариант эвтаназии
 - 2.философское учение
 - 3.форма социальной помощи населению
 - 4.одна из форм организации паллиативной медицинской помощи

5. В структуре Хосписа рекомендуется предусматривать:
 - 1.отделение физиотерапии
 - 2.морг
 - 3.выездную патронажную службу паллиативной медицинской помощи
 - 4.отделение круглосуточного медицинского наблюдения и лечения
 - 5.приемное отделение

6. Побочными эффектами действия опиоидных анальгетиков являются:
 - 1.угнетение дыхательного центра
 - 2.слабость
 - 3.упорные запоры
 - 4.кашель

7. Нелекарственными методами паллиативной помощи при одышке являются:
 - 1.Иммобилизация больного
 - 2.Коррекция водного режима
 - 3.Психологическое консультирование
 - 4.Оптимизация физической активности и расхода энергии

5.направление потока прохладного воздуха на больного/фен

8. Борьба с онкологическими заболеваниями предполагает:

- 1.профилактику и их раннее выявление
- 2.философский подход
- 3.гигиенические действия.
- 4.превентивные меры

9. Пионерами становление паллиативной медицины во всех странах, в том числе и в России, были:

- 1.онкологи
- 2.анестезиологи
- 3.терапевты
- 4.земские врачи
- 5.фармацевты

10. Принципами ВОЗ назначения анальгетиков для купирования хронической боли являются:

- 1.назначение неинвазивной формы препарата
- 2.по восходящей
- 3.вне зависимости от приема пищи
4. по часам

Эталон ответов:

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

Тема 4 Опухоли органов грудной клетки

1. Курение оказывает влияние на частоту

- 1рака легкого, яичников, мочевого пузыря
- 2рака легкого, гортани, мочевого пузыря
- 3рака легкого, почки, щитовидной железы
- 4рака легкого, желудка, толстой кишки
- 5рака легкого, шейки матки, лимфосаркома

2. Рентгенологическое томографическое исследование органов грудной полости позволяет

- 1определить точную локализацию и распространенность процесса в легочной паренхиме
- 2изучить состояние трахеи и главных бронхов
- 3изучить состояние сегментарных бронхов
- 4уточнить состояние лимфатических узлов средостения и корней легких
- 5все ответы правильные

3. Радиоизотопное исследование легких с внутривенным введением ^{133}Xe используется

- 1для диагностики злокачественных опухолей
- 2для диагностики доброкачественных опухолей
- 3 для оценки регионарного легочного кровотока
- 4для оценки вентиляции легких

4. Среди новообразований средостения отмечено следующее соотношение доброкачественных и злокачественных форм

1. 3:1
- 2 10:1
- 3 1:1
- 4 1:3
- 5 1:10

5. Неврогенные опухоли в абсолютном большинстве наблюдений локализуются

- 1 в реберно-позвоночном углу

- 2 в центральном средостении
- 3 в верхних отделах переднего средостения
- 4 в переднем средостении на уровне основания сердца

6. Наиболее часто встречающейся в средостении опухолью мезенхимального происхождения является

- 1 фиброма
- 2 липома
- 3 гемангиома
- 4 лимфангиома

7. Ангиосаркома средостения: 1)локализуется преимущественно в переднем средостении 2)локализуется преимущественно в заднем средостении 3)метастазирует преимущественно лимфогенным путем 4)метастазирует, как правило, гематогенно 5)может расти в просвете крупных сосудов 6)никогда не прорастает в кровеносные сосуды

- 1 правильно 1, 3 и 5
- 2 правильно 2, 4 и 6
- 3 правильно 1, 4 и 5
- 4 правильно 2, 3 и 5
- 5 правильно 1, 4 и 6

8. Для злокачественных мезенхимом средостения характерным является: 1)быстрый рост 2)меленный рост 3)бурное метастазирование 4)крайне редкое и позднее метастазирование 5)инфильтрация прилежащих структур 6)экспансивный рост

- 1 правильно 1, 3 и 5
- 2 правильно 2, 4 и 6
- 3 правильно 2, 4 и 5
- 4 правильно 2, 3 и 6
- 5 правильно 1, 2 и 4

9. Для лимфосарком средостения характерны: 1)медленный рост 2)бурный рост опухоли 3)поражение лимфоретикулярной системы 4)гематогенное метастазирование 5)частое развитие медиастинального компрессионного синдрома 6)редкое возникновение этого синдрома

- 1 правильно 1, 4 и 6
- 2 правильно 1, 4 и 5
- 3 правильно 2, 4 и 6
- 4 правильно 2, 3 и 5
- 5 правильно 1, 3 и 5

10. Злокачественные тимомы метастазируют

- 1 только лимфогенным путем
- 2 только гематогенным путем
- 3 и лимфогенно, и гематогенно
- 4 не метастазируют вообще

11. Энтерогенные кисты средостения сходны по строению

- 1 со стенкой пищевода
- 2 со стенкой желудка
- 3 со стенкой тонкой кишки
- 4 правильно а) и б)
- 5 правильные ответы а), б) и в)

12. Симптом сдавления спинного мозга наиболее часто встречается

- 1 при мезенхимальных опухолях средостения
- 2 при тератомах
- 3 при неврогенных опухолях
- 4 при злокачественных лимфомах

- 5 при энтерогенных кистах
- 6 при менингоцеле

13. Основанием для установления диагноза злокачественной опухоли средостения является совокупность следующих признаков: 1)быстрые темпы нарастания клинических проявлений 2)медленное, в течение нескольких лет, развитие 3)отсутствие общих симптомов (слабости, похудания, лихорадки, потливости) 4)наличие общих симптомов 5)наличие клинкорентгенологических симптомов прорастания трахеи, пищевода, крупных сосудов, грудной стенки 6)отсутствие признаков прорастания органов

- 1 правильно 1, 3 и 6
- 2 правильно 2, 3 и 6
- 3 правильно 2, 4 и 6
- 4 правильно 1, 4 и 5
- 5 правильно 2, 4 и 5

14. Рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки в сочетании с внутривенным введением контрастного вещества производится с целью: 1)дифференцирования внутрилегочной локализации опухоли от локализации в средостении 2)установления возможной инфильтрации легочной ткани злокачественной опухолью средостения 3)более четко дифференцировать лимфатические узлы и новообразования средостения от сосудов (крупных венозных лов) 4)определения возможного прорастания опухоли в просвет верхней полой вены

- 1 правильно 1 и 2
- 2 правильно 2 и 3
- 3 правильно 3 и 4
- 4 правильно 1 и 4
- 5 правильно 2 и 4

15. Активная хирургическая тактика у больных с доброкачественными новообразованиями средостения оправдана в связи

- 1 с возможностью малигнизации
- 2 с развитием компрессионного медиастинального синдрома
- 3 с возможностью развития опасных для жизни осложнений
- 4 все ответы верные
- 5 правильные ответы б) и в)

16. Проведение лучевой и лекарственной терапии (или их сочетание) без морфологической верификации диагноза у больного опухолью средостения возможно в ряде случаев при наличии следующих характеристик опухолевого процесса: 1)молодой возраст 2)длительное существование опухоли (анамнез) 3)четкие округлые контуры 4)быстрые темпы клинического развития при наличии общих симптомов 5)выраженное сдавление или признаки прорастания крупных сосудов и органов средостения 6)локализация в переднем средостении и полициклические контуры

- 1 правильно 1 и 2
- 2 правильно 1, 2 и 3
- 3 правильно 1, 2 и 6
- 4 правильно 2, 3 и 6
- 5 правильно 4, 5 и 6

17. Стенокардитическая и гастритическая клинические маски рака пищевода наиболее часто наблюдаются при локализации раковой опухоли

- 1 в шейном отделе пищевода
- 2 в верхнегрудном отделе пищевода
- 3 в среднегрудном отделе пищевода
- 4 в нижнегрудном и абдоминальном отделах пищевода

18.К рентгеноморфологическим признакам рака пищевода относятся

- 1 нарушение акта глотания
- 2 изменение эластичности стенки пищевода

- 3 неровность контура пищевода
- 4 деформация рельефа слизистой
- 5 правильные ответы в) и г)

19. Расширение просвета пищевода при раке на уровне опухоли отмечается, как правило

- 1 при полиповидной форме роста
- 2 при язвенно-инфильтративной форме роста
- 3 при скirroзной форме роста
- 4 при эндофитном типе роста

20. С целью установления признаков выхода злокачественной опухоли пищевода за пределы стенки пищевода могут применяться

- 1 респираторная полиграфия
- 2 париетография
- 3 париетотомография
- 4 рентгеновская компьютерная томография
- 5 все ответы верные

21. Биопсия опухоли при раке пищевода, выполненная во время эндоскопического исследования, с последующим гистологическим и цитологическим исследованием позволяет морфологически верифицировать диагноз

- 1 у 95-98% больных
- 2 у 70-95% больных
- 3 у 45-50% больных
- 4 у 25-30% больных

22. Дифференциальный диагноз рака пищевода в ряде случаев приходится проводить: 1) с кардиоспазмом 2) с пептическими язвами 3) с рубцовой стриктурой 4) с доброкачественными опухолями 5) с дивертикулами

- 1 правильно все перечисленное
- 2 правильно все перечисленное, кроме 5
- 3 правильно все перечисленное, кроме 1 и 3
- 4 правильно все перечисленное, кроме 2 и 3
- 5 правильно все перечисленное, кроме 1 и 4

23. При проведении комбинированного лечения рака нижнегрудного отдела пищевода (лучевая терапия + операция) в объем облучения целесообразно включать

- 1 часть среднегрудного отдела пищевода с прилегающей жировой клетчаткой и лимфатическими узлами
- 2 нижнегрудной отдел пищевода с прилегающей жировой клетчаткой и лимфатическими узлами
- 3 поддиафрагмальный сегмент пищевода вплоть до кардии, включая паракардиальные и левые желудочные лимфатические узлы
- 4 правильные ответы а) и б)
- 5 все ответы верные

24. Для обтурационной пневмонии с абсцедированием, осложнившей течение доброкачественной опухоли центрального или долевого бронхов, характерным является

- 1 длительное, стойкое повышение температуры с признаками интоксикации
- 2 кратковременное повышение температуры без признаков интоксикации
- 3 характерны оба варианта

25. Решающим методом диагностики центральных доброкачественных опухолей легкого является

- 1 рентгеноскопия
- 2 рентгенография
- 3 томография
- 4 бронхография

5 фибробронхоскопия с биопсией

26. Окончатую резекцию бронха, как правило, производят при опухолях

- 1 с преимущественно эндобронхиальным типом роста, имеющим основание шириной не более 0.5-1 см
- 2 с преимущественно эндобронхиальным типом роста, имеющим основание шириной 2-3 см
- 3 с преимущественно интрамуральным и экстрабронхиальным типом роста

27. Под термином "единичные метастазы" при метастатическом поражении легких принято понимать наличие

- 1 одного метастаза
- 2 от 2 до 4 метастазов
- 3 от 6 до 10 метастазов
- 4 милиарный карциноз

28. При метастатическом поражении органов грудной клетки возможно

- 1 изолированное поражение легких
- 2 изолированное поражение плевры
- 3 изолированное поражение лимфатических узлов средостения
- 4 все ответы верные
- 5 нет правильного ответа

29. Наиболее часто метастатическое изолированное поражение плевры у женщин отмечается при раке

- 1 желудка
- 2 толстой кишки
- 3 яичников
- 4 хорионэпителиоме матки

30. Общее количество удаленных сегментов легких при неоднократных операциях по поводу солитарных метастазов, как правило, не должно превышать

- 1 два
- 2 четыре
- 3 шесть
- 4 десять

31. Рак легкого

- 1 всегда возникает на фоне хронического бронхита
- 2 всегда развивается на фоне посттуберкулезных изменений
- 3 всегда развивается в очаге ограниченного пневмосклероза
- 4 может развиваться без предшествующих хронических заболеваний легких
- 5 все ответы верные, кроме г)

32. Возникновение очагов плоскоклеточной метаплазии эпителия бронхов, как правило, предшествует развитию

- 1 мелкоклеточного рака
- 2 железистого рака
- 3 плоскоклеточного рака
- 4 крупноклеточного рака легких

33. К центральному раку относятся опухоли, исходной локализацией которых являются бронхи

- 1 главные
- 2 долевыe и сегментарные
- 3 субсегментарные и (+) порядка
- 4 правильные ответы а) и б)
- 5 правильные ответы б) и в)

34. Наличие метастатического плеврита при раке легкого соответствует символу
- 1 T1
 - 2 T2
 - 3 T3
 - 4 T4
 - 5 нет правильного ответа
35. Рак сегментарного бронха менее 3 см в диаметре без метастазов в регионарные лимфатические узлы относится
- 1 к I стадии
 - 2 к IIa стадии
 - 3 к IIb стадии
 - 4 к IIIa стадии
 - 5 к IIIb стадии
36. Рак легкого, обширно врастающий в верхнюю полую вену, с единичными метастазами в бронхопульмональных лимфатических узлах относится
- 1 к IIIa стадии
 - 2 к IIIb стадии
 - 3 к IVa стадии
 - 4 к IVb стадии
37. Частота лимфогенного метастазирования наиболее велика
- 1 при плоскоклеточном раке легкого
 - 2 при аденокарциноме легкого
 - 3 при мелкоклеточном раке
 - 4 одинакова при всех перечисленных формах
38. При периферическом раке легкого, в отличие от центрального, заболевание: 1) длительное время протекает бессимптомно 2) сопровождается выраженной клинической симптоматикой уже на начальной стадии 3) симптомы кашля и кровохаркания являются ранними 4) кашель и кровохаркание появляются поздно
- 1 правильно 1 и 3
 - 2 правильно 2 и 3
 - 3 правильно 1 и 4
 - 4 правильно 2 и 4
39. При рентгенологической картине милиарного карциноза легких дифференциальный диагноз следует проводить
- 1 с туберкулезом
 - 2 с пневмокониозом и гемосидерозом
 - 3 с метастазами в легкое опухоли другой локализации
 - 4 с метастазами рака легкого
 - 5 со всем перечисленным
40. Выбор метода лечения рака легкого определяют следующие факторы, характеризующие распространенность опухолевого процесса
- 1 размеры и локализация в легком первичной опухоли
 - 2 метастатическое поражение внутригрудных лимфатических узлов
 - 3 прорастание сосудистых образований, органов и структур
 - 4 отсутствие или наличие отдаленных метастазов
 - 5 все ответы верные

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ответ	2	5	3	1	1	2	3	1	4	3	5
Вопрос	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Ответ	3	4	3	4	5	4	5	1	5	1	1

Вопрос	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
Ответ	5	1	5	1	2	4	3	4	4	3	4
Вопрос	34	35	36	37	38	39	40				
Ответ	4	1	4	3	3	5	5				

Тема 5 Опухоли органов брюшной полости

1. Для механической желтухи характерно

- 1 повышение концентрации только прямого билирубина
- 2 повышение концентрации только непрямого билирубина
- 3 в равной мере повышается концентрация как прямого, так и непрямого билирубина
- 4 в начале отмечается повышение концентрации прямого билирубина, а затем и непрямого
- 5 в начале повышается концентрация непрямого билирубина, а затем и прямого

2. Для рака желудка характерна

- 1 повышенная кислотность желудочного сока
- 2 сниженная кислотность желудочного сока
- 3 повышение ранее сниженной кислотности желудочного сока
- 4 правильного ответа нет

3. Ретроградная панкреатохолангиография наиболее информативна при локализации опухоли

- 1 в головке поджелудочной железы
- 2 в теле железы
- 3 в хвосте железы
- 4 при всех локализациях информативность метода одинакова
- 5 правильного ответа нет

4. Ангиография обладает наименьшей информативностью в диагностике

- 1 опухолей печени
- 2 опухолей почек
- 3 забрюшинных неорганных опухолей
- 4 опухолей желудочно-кишечного тракта
- 5 опухолей матки и ее придатков

5. Наиболее информативным из перечисленных методов диагностики метастатического поражения паренхимы печени является

- 1 лапароскопия
- 2 ангиография
- 3 биохимическое исследование крови
- 4 сканирование печени
- 5 все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью

6. Чрескожная чреспеченочная холангиография может быть использована

- 1 только в диагностических целях
- 2 с паллиативной лечебной целью
- 3 с целью радикального лечения
- 4 с диагностической целью и паллиативного лечения
- 5 с диагностической целью и радикального лечения

7. Флебография в диагностике забрюшинных неорганных опухолей показана

- 1 при всех локализациях опухоли
- 2 только при правосторонней локализации опухоли
- 3 только при срединной локализации опухоли
- 4 только при левосторонней локализации опухоли
- 5 при правосторонней и срединной локализации опухоли

- 8.** Предраковые состояния слизистой оболочки желудка при гистологическом исследовании характеризуются
- 1 наличием атипичных клеток
 - 2 степенью дисплазии клеток
 - 3 наличием хронического атрофического гастрита
 - 4 наличием кишечной метаплазии очагового характера
- 9.** При раннем раке желудка
- 1 специфические симптомы отсутствуют
 - 2 имеются специфические симптомы заболевания
 - 3 симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка
 - 4 "синдром малых признаков" является ранним клиническим проявлением рака желудка
- 10.** Чаще малигнизируются язвы
- 1 выходного отдела желудка
 - 2 малой кривизны желудка
 - 3 большой кривизны желудка
 - 4 тела желудка
 - 5 кардиального отдела желудка
- 11.** Наиболее труден для диагностики рак
- 1 кардиального отдела желудка
 - 2 дна желудка
 - 3 тела желудка
 - 4 выходного отдела желудка
 - 5 диагностика рака желудка трудна при всех перечисленных локализациях
- 12.** При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана
- 1 эндоскопическая полипэктомия
 - 2 хирургическое иссечение полипа
 - 3 клиновидная резекция желудка
 - 4 экономная резекция желудка
 - 5 субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов
- 13.** При выписке больного после гастрэктомии из стационара целесообразно
- 1 назначение ферментных препаратов и желудочного сока
 - 2 проведение витаминотерапии
 - 3 ограничение физических нагрузок
 - 4 дробное питание
 - 5 все перечисленное
- 14.** Наиболее чувствительны к лучевой терапии аденокарциномы желудка при локализации
- 1 в кардиальном отделе
 - 2 в теле желудка
 - 3 в антральном отделе
 - 4 различий чувствительности опухоли в связи с локализацией нет
- 15.** При лучевой терапии рака желудка наиболее целесообразно использовать
- 1 рентгеновское излучение 200 КЭВ
 - 2 электроны 30 МЭВ
 - 3 γ -излучение (1.25)
 - 4 фотоны 4-20 МЭВ
- 16.** У больного 48 лет неоперабельный рак желудка, метастазы по брюшине, в печень, в кости, асцит. Состояние средней тяжести. Противоопухолевого лечения не проводилось. Ему показаны
- 1 системная химиотерапия с использованием антрациклинов

- 2 иммунотерапия
- 3 лучевая терапия
- 4 симптоматическая терапия

17. Из перечисленных факторов могут способствовать развитию рака поджелудочной железы

- 1 питание с избыточным потреблением мяса и жиров
- 2 интенсивное курение и постоянное употребление алкоголя
- 3 хронические воспалительные заболеваний поджелудочной железы
- 4 влияние профессиональных вредностей
- 5 все ответы правильные

18. Рак желчного пузыря чаще встречается

- 1 у женщин
- 2 у мужчин
- 3 в равной степени одинаково

19. Наиболее часто поражается раком

- 1 головка поджелудочной железы
- 2 тело поджелудочной железы
- 3 хвост поджелудочной железы
- 4 тотальное поражение

20. Наиболее ранним специфическим синдромом у больных раком билиопанкреатодуоденальной области является

- 1 боль в эпигастрии и спине
- 2 потеря веса
- 3 механическая желтуха
- 4 асцит
- 5 частая рвота

21. При раке поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка из лабораторных тестов наиболее информативен

- 1 клинический анализ крови
- 2 раково-эмбриональный антиген
- 3 карбогидратный антиген
- 4 биохимические показатели (АЛТ, АСТ, холестерин и др.)

22. При раке поджелудочной железы практически любой орган может быть поражен метастазами, но обычно в первую очередь поражаются

- 1 легкие
- 2 кости
- 3 печень
- 4 надпочечники

23. Основным методом лечения рака билиопанкреатодуоденальной зоны является

- 1 химиотерапия
- 2 хирургический
- 3 лучевой
- 4 химиотерапия + лучевой

24. Показаниями к лучевой терапии рака поджелудочной железы являются

- 1 местно-распространенный рак
- 2 рецидив после радикальной операции
- 3 паллиативная резекция железы
- 4 все ответы правильные
- 5 правильные ответы а) и б)

- 25.** Наиболее часто при лечении рака ободочной кишки лучевая терапия применяется
- 1 как самостоятельный метод лечения
 - 2 как этап комбинированного лечения в предоперационном периоде
 - 3 как этап комбинированного лечения в послеоперационном периоде
 - 4 в лечении рака ободочной кишки лучевая терапия не применяется
- 26.** Наиболее чувствителен рак прямой кишки к лучевой терапии при локализации опухоли
- 1 в области ректосигмоидного угла
 - 2 в ампулярном отделе
 - 3 в анальном канале
 - 4 различий нет
- 27.** У больного 65 лет, перенесшего год назад инфаркт миокарда, плоскоклеточный рак анального канала без распространения на кожу промежности, II стадии. Ему необходимо
- 1 экстирпация прямой кишки
 - 2 дистанционная лучевая терапия
 - 3 внутримолостная лучевая терапия
 - 4 сочетанная лучевая терапия (дистанционное + внутримолостное облучение)
- 28.** К группам риска развития первичного рака печени относятся
- 1 носители вируса гепатита "В"
 - 2 наличие цирроза печени
 - 3 употребление в пищу продуктов, пораженных афлатоксином
 - 4 поражение описторхозом
 - 5 все перечисленное
- 29.** Положительная реакция на а-фетопротеин чаще бывает
- 1 при первичном раке печени
 - 2 при метастатическом раке печени
 - 3 при доброкачественных опухолях печени
 - 4 правильные ответы а) и б)
 - 5 положительная реакция на а-фетопротеин не характерна для опухолевых поражений печени
- 30.** Для первичного рака печени из биохимических тестов наиболее характерным является повышение активности
- 1 щелочной фосфатазы
 - 2 аланиновой и аспарагиновой трансаминаз
 - 3 лактатдегидрогеназы
 - 4 g-глутаминтранспептидазы
 - 5 всех перечисленных ферментов
- 31.** Наиболее эффективным методом лечения первичного рака печени является
- 1 хирургический метод
 - 2 системная химиотерапия
 - 3 регионарная химиотерапия
 - 4 лучевое лечение
- 32.** Метастатическое поражение печени чаще всего происходит
- 1 лимфогенно ортоградно
 - 2 лимфогенно ретроградно
 - 3 гематогенно по системе воротной вены
 - 4 гематогенно по системе печеночной артерии
 - 5 всеми перечисленными путями
- 33.** Опухоли тонкой кишки наиболее часто локализуются
- 1 в начальном отделе тощей кишки

Ответ	4	2	1	4	2	4	5	2	3	3	2
Вопрос	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Ответ	5	5	1	4	4	5	1	1	3	3	3
Вопрос	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
Ответ	2	4	2	3	4	5	1	5	1	3	5
Вопрос	34	35	36	37	38	39	40				
Ответ	1	4	1	5	5	3	4				

Тема 6 Онкогинекология

1. Использование лимфографии целесообразно при следующих опухолях яичников
 - 1 серозная цистаденокарцинома
 - 2 дисгерминома
 - 3 муцинозный рак
 - 4 эндометриоидный рак

2. Для диагностики злокачественных опухолей тела матки наиболее информативной является
 - 1 лапароскопия
 - 2 гистероскопия
 - 3 кольпоскопия
 - 4 кульдоскопия

3. Для диагностики хориокарциномы матки целесообразно применять следующие иммунологические методы исследования
 - 1 АФП, РЭА (а-фетопротеин, раково-эмбриональный антиген)
 - 2 ХГ, ТБГ (хронический гонадотропин, трофобластический b-глобулин)
 - 3 правильного ответа нет
 - 4 все ответы правильные

4. Выраженная дисплазия относится
 - 1 к фоновым процессам, связанным с гормональными нарушениями
 - 2 к фоновым процессам, связанным с воспалением
 - 3 к предраку
 - 4 к раннему раку
 - 5 правильные ответы а) и б)

5. При раке шейки матки чаще встречаются следующие морфологические формы рака
 - 1 плоскоклеточный
 - 2 аденокарцинома
 - 3 светлоклеточный
 - 4 недифференцированный

6. К отдаленным лимфогенным метастазам при раке шейки матки относятся метастазы в лимфатические узлы
 - 1 запираательные
 - 2 внутренние подвздошные
 - 3 наружные подвздошные
 - 4 общие подвздошные
 - 5 парааортальные

7. Наиболее частыми симптомами при аденокарциноме цервикального канала являются
 - 1 боли
 - 2 меноррагия
 - 3 повышение температуры
 - 4 аменорея

8. При выборе тактики лечения больной раком шейки матки следует учитывать
- 1 возраст больной
 - 2 локализацию опухоли и степень распространенности процесса
 - 3 гистологическую структуру опухоли
 - 4 сопутствующие заболевания
 - 5 все перечисленное
9. Истинным предраком эндометрия следует считать
- 1 железистую гиперплазию
 - 2 фиброзный полип
 - 3 железистый полип
 - 4 аденомиоз
 - 5 аденоматоз
10. После лучевого лечения рака шейки матки возможно возникновение
- 1 эпителиита
 - 2 фиброза
 - 3 цистита
 - 4 проктита
 - 5 всего перечисленного
11. При раке тела матки чаще встречаются следующие его морфологические формы
- 1 аденокарцинома
 - 2 плоскоклеточный рак
 - 3 светлоклеточная аденокарцинома
 - 4 железисто-плоскоклеточный рак
 - 5 недифференцированный рак
12. Дифференциальная диагностика рака эндометрия проводится 1)с миомой матки 2)с эндометриозом 3)с гиперплазией эндометрия 4)с саркомой матки 5)с раком цервикального канала
- 1 со всем перечисленным
 - 2 со всем перечисленным, кроме 5
 - 3 со всем перечисленным, кроме 1 и 5
 - 4 со всем перечисленным, кроме 2, 4 и 5
 - 5 со всем перечисленным, кроме 1, 4 и 5
13. Объем оперативного вмешательства при раке эндометрия зависит
- 1 от возраста
 - 2 от гистологической структуры опухоли
 - 3 от глубины инвазии
 - 4 от экстрагенитальной патологии
 - 5 от всего перечисленного
14. При наличии у больной раком тела матки метастазов в яичники целесообразно выполнить ей операцию
- 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
15. Назначение лучевого лечения больным раком эндометрия зависит 1)от возраста 2)от глубины инвазии 3)от площади поражения 4)от степени дифференцировки опухоли 5)от гистологической структуры опухоли
- 1 правильно все перечисленное
 - 2 правильно все перечисленное, кроме 1
 - 3 правильно все перечисленное, кроме 4 и 5

- 4 правильно все перечисленное, кроме 2 и 3
- 5 правильно все перечисленное, кроме 1 и 5

16. Саркомы чаще развиваются

- 1 в теле матки
- 2 в шейке матки
- 3 в яичниках
- 4 во влагалище

17. Боли и кровотечение сильнее выражены при локализации саркоматозного узла

- 1 интрамурально
- 2 субмукозно
- 3 субсерозно
- 4 в миоматозном узле

18. При лечении саркомы матки чаще используются все следующие методы лечения, кроме

- 1 сочетанного лучевого лечения
- 2 операции + химиотерапии
- 3 операции + облучения
- 4 операции + химиотерапии + облучения

19. При лечении карциносаркомы матки целесообразнее использовать следующие методы лечения

- 1 операцию
- 2 операцию + облучение
- 3 операцию + химиотерапию
- 4 операцию + облучение + химиотерапию
- 5 правильные ответы б) и г)

20. Гормональную терапию, как один из элементов лечения, возможно проводить

- 1 при лейомиосаркоме
- 2 при эндометриальной саркоме
- 3 ботриоидной саркоме
- 4 правильные ответы а) и б)
- 5 при раке эндометрия

21. Дифференциальную диагностику опухоли яичников следует проводить

- 1 с миомой матки
- 2 с опухолью брыжейки
- 3 с опухолью большого сальника
- 4 с забрюшинными опухолями
- 5 со всеми перечисленными

22. Для диагностики злокачественной опухоли яичников решающим методом является

- 1 ультразвуковое исследование
- 2 компьютерная томография
- 3 лапароскопия
- 4 гистологическое исследование

23. Характерными только для рака яичников являются

- 1 боли в эпигастральной области или внизу живота
- 2 кровотечение
- 3 тошнота
- 4 все вышеперечисленное
- 5 ничего из вышеперечисленного

24. Клиническую картину рака маточных труб характеризуют все перечисленные симптомы, кроме

- 1 болей
- 2 кровянистых выделений
- 3 белей
- 4 учащенного мочеиспускания

25. К доброкачественным опухолям наружных половых органов относятся все перечисленные, кроме

- 1 фибромы
- 2 липомы
- 3 невриномы
- 4 болезни Педжета

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ответ	2	2	2	3	1	5	2	5	5	5	1
Вопрос	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Ответ	1	5	2	2	1	2	1	5	5	5	4
Вопрос	23	24	25								
Ответ	5	4	4								

Тема 7 Онкоурология

1 Ангиография наиболее информативна при диагностике опухолей

- 1 шейки матки
- 2 почки
- 3 желудка
- 4 легких

2. К триаде симптомов рака почки относятся

- 1 гематурия, боль, слабость
- 2 гематурия, боль, ускоренная СОЭ
- 3 гематурия, потеря веса, слабость
- 4 гематурия, боль, пальпируемая опухоль
- 5 гематурия, боль, повышенная температура тела

3. После радикальной нефрэктомии, при отсутствии отдаленных метастазов, необходима

- 1 профилактическая химиотерапия
- 2 профилактическая лучевая терапия
- 3 профилактическая гормонотерапия
- 4 профилактическая иммунотерапия
- 5 лечения не требуется

4. Лучевая терапия рака почки используется при всех перечисленных моментах, кроме

- 1 в качестве метода лечения
- 2 в качестве предоперационного метода
- 3 в качестве послеоперационного метода
- 4 в качестве паллиативного метода лечения

5. В лечении диссеминированного рака почки применяются

- 1 химиотерапия
- 2 иммунотерапия
- 3 гормонотерапия
- 4 все перечисленное
- 5 только а) и б)

6. Ведущими клиническими симптомами опухоли почечной лоханки являются

- 1 гематурия + пальпируемая опухоль
- 2 гематурия + боль
- 3 боль + пальпируемая опухоль
- 4 гематурия + повышенная температура тела
- 5 гематурия + ускоренная СОЭ

7. К опухолям коркового вещества надпочечников относятся

- 1 феохромоцитома
- 2 кортикостерома
- 3 параганглиома
- 4 симпатобластома

8. К опухолям мозгового вещества надпочечников относятся

- 1 феохромоцитома
- 2 кортикостерома
- 3 альдостерома
- 4 андростерома

9. Для папилломы мочевого пузыря характерно

- 1 частое рецидивирование
- 2 редкое рецидивирование
- 3 частое озлокачествление
- 4 редкое озлокачествление
- 5 правильные ответы а) и в)

10. К биологическим особенностям рака мочевого пузыря относятся: 1) частое рецидивирование 2) редкое рецидивирование 3) частое отдаленное метастазирование 4) редкое отдаленное метастазирование 5) множественность поражения

- 1 правильно 1, 3 и 5
- 2 правильно 1, 4 и 5
- 3 правильно 2, 3 и 5
- 4 правильно 2, 4 и 5

11. Наиболее частыми симптомами рака мочевого пузыря являются

- 1 гематурия
- 2 дизурия
- 3 пальпируемая опухоль
- 4 только а) и б)
- 5 все ответы правильные

12. В лечении рака мочевого пузыря лучевая терапия применяется

- 1 как предоперационная концентрированная коротким курсом
- 2 предоперационная пролонгированная
- 3 послеоперационная
- 4 самостоятельный метод лечения
- 5 все ответы правильные

13. Показанием для внутривезикулярной химиотерапии является

- 1 поверхностный рак мочевого пузыря
- 2 инвазивный рак мочевого пузыря
- 3 диссеминированный рак мочевого пузыря
- 4 правильного ответа нет

14. Иммунотерапия рака мочевого пузыря используется

- 1 с профилактической целью
- 2 с лечебной целью

- 3 с неоадьювантной целью
- 4 все ответы верные
- 5 не используются

15. Наиболее частыми клиническими симптомами рака предстательной железы являются

- 1 дизурические расстройства
- 2 боль в промежности, крестце
- 3 микроскопическая гематурия
- 4 нарушение акта дефекации

16. Опухолевым маркером рака предстательной железы является

- 1 АКТГ, кортизон
- 2 ХГ, ТБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический b-глобулин)
- 3 кислая, щелочная фосфатаза, PSA
- 4 СА-125 (канцеро-антиген 125)
- 5 а-фетопротеин

17. Радикальная простатэктомия включает

- 1 удаление предстательной железы с капсулой
- 2 удаление предстательной железы с капсулой и семенными пузырьками
- 3 удаление предстательной железы с капсулой, семенными пузырьками, предстательной частью мочеиспускательного канала, шейкой мочевого пузыря и тазовыми лимфоузлами
- 4 правильного ответа нет

18. В гормонотерапии рака предстательной железы используются

- 1 экстрагены
- 2 антиандрогены
- 3 аналоги рилизинг-гормона гипофиза
- 4 гормоноцитостатики
- 5 все перечисленное

19. Опухолевым маркером хорионэпителиомы яичка является

- 1 РЭА (раково-эмбриональный антиген)
- 2 а-фетопротеин
- 3 ХГ и ТБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический -глобулин)
- 4 АКТГ, кортизол
- 5 СА-125 (канцеро-антиген 125)

20. Опухолевым маркером эмбрионального рака яичка является

- 1 РЭА (раково-эмбриональный антиген)
- 2 а-фетопротеин
- 3 СА-125 (канцеро-антиген 125)
- 4 АКТГ, кортизол
- 5 ХГ и ТБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический -глобулин)

21. К предопухолевым заболеваниям полового члена относятся

- 1 лейкоплакия
- 2 лейкокератоз
- 3 эритроплазии
- 4 все перечисленные заболевания

22. Рак полового члена чаще всего метастазирует

- 1 в легкие
- 2 в кости
- 3 в печень
- 4 в регионарные лимфоузлы
- 5 в головной мозг

23. Рак полового члена: 1)растет быстро 2)растет медленно 3)часто метастазирует гематогенно 4)редко метастазирует гематогенно 5)часто метастазирует лимфогенно 6)редко метастазирует лимфогенно

- 1 правильно 1, 3 и 5
- 2 правильно 2, 4 и 5
- 3 правильно 2, 4 и 6
- 4 правильно 1, 4 и 6
- 5 правильно 1, 3 и 6

24. Доброкачественные опухоли мочеиспускательного канала

- 1 встречаются чаще, чем злокачественные
- 2 встречаются реже, чем злокачественные
- 3 встречаются одинаково часто

25. I стадия злокачественных опухолей яичка может быть определена символами

- 1 pT1, N0, M0
- 2 pT1, N0, M0 pT2, N0, M0
- 3 pT3, N0, M0

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ответ	2	4	5	1	4	2	2	1	5	2	4
Вопрос	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Ответ	5	1	4	1	3	3	5	3	2	4	4
Вопрос	23	24	25								
Ответ	2	1	2								

Тема 8 Опухоли молочной железы

1. Для рака молочной железы I стадии характерны следующие изменения анализа крови

- 1 анемия
- 2 лейкоцитоз
- 3 ускоренное СОЭ
- 4 все ответы верные
- 5 правильного ответа нет

2. К доброкачественным опухолям молочной железы относятся

- 1 узловая фиброзно-кистозная мастопатия
- 2 диффузная мастопатия
- 3 фиброаденома

3. Основным методом лечения доброкачественных опухолей является

- 1 хирургическое
- 2 лучевое
- 3 гормональное
- 4 лекарственное

4. Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы

- 1 узловую
- 2 диффузную
- 3 мэкземоподобные изменения ареолы и соска
- 4 все ответы верные

5. Рак молочной железы необходимо дифференцировать

- 1 с узловой мастопатией
- 2 с гемобластомами

- 3 с маститом
- 4 с туберкулезом
- 5 все ответы верные

6. Операция радикальная резекция молочной железы может быть произведена, если до операции установлена

- 1 I стадия рака молочной железы
- 2 IIb стадия
- 3 III стадия
- 4 I(+) стадия

7. Показанием к гормонотерапии при раке молочной железы является

- 1 наличие рецепторов стероидных гормонов в опухоли
- 2 первично распространенный рак молочной железы
- 3 все стадии первичного рака молочной железы
- 4 все ответы верные
- 5 правильные ответы а) и б)

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

- 1 маммография
- 2 пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата
- 3 термография
- 4 ультразвуковое исследование

9. При проведении профилактической химиотерапии по схеме CMF наиболее целесообразно проводить

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

10. У мужчины 45 лет выявлено узловое образование в правой молочной железе. Наиболее целесообразным в этом случае является

- 1 пункция узлового образования в молочной железе с последующим цитологическим исследованием
- 2 консультация уролога
- 3 маммография
- 4 все ответы верные

11. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным является

- 1 анализ крови
- 2 анализ мочи
- 3 осмотр и пальпация
- 4 хирургическая биопсия со срочным гистологическим исследованием

12. Профилактическая химиотерапия назначается после радикального хирургического лечения при раке молочной железы

- 1 I стадии
- 2 IIa стадии
- 3 III стадии
- 4 ответы а) и б)

13. При лимфостазе верхней конечности после комбинированного лечения по поводу рака молочной железы возможно проведение следующего лечения

- 1 вибромассаж

- 2 ношение эластического компрессивного рукава
- 3 применение троксевазиновой мази
- 4 профилактика рожистых воспалений
- 5 все ответы верные

14. Суммарные зоны для облучения молочной железы после радикальной резекции составляют

- 1 30-40 Гр
- 2 40-50 Гр
- 3 50-60 Гр
- 4 больше 60 Гр

15. При пролонгированном курсе предоперационной лучевой терапии рака молочной железы интервал до операции должен составлять

- 1 1-2 дня
- 2 3-5 дней
- 3 7-10 дней
- 4 2-3 недели
- 5 больше 3 недель

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ответ	5	3	1	4	5	1	5	2	5	4	4
Вопрос	12	13	14	15							
Ответ	3	5	3	4							

Тема 9 Онкогематология

1 У терапевта на приеме пациент 21 года. В течение месяца отмечает стойкое повышение температуры до 38°C, похудание, потливость, кожный зуд. При объективном исследовании на левой боковой поверхности шеи и в левой подмышечной области определяются увеличенные, подвижные, безболезненные лимфоузлы тугоэластической консистенции. Кожные покровы над ними не изменены. В анализе крови отмечается умеренная гипохромная анемия 102 г/л, эозинофилия 8%, нейтрофильный лейкоцитоз до 82%, СОЭ 36 мм/час. Ваш предположительный диагноз:

- 1) лимфогранулематоз;
- 2) рак легкого;
- 3) пневмония;
- 4) туберкулез.

2. Течение миеломной болезни имеет неблагоприятный прогноз в возрасте

- 1 моложе 20 лет
- 2 от 21 года до 40 лет
- 3 от 40 до 60 лет
- 4 старше 60 лет
- 5 течение болезни не зависит от возраста

3. Нарушение пролиферации и дифференцировки клеток костного мозга развивается

- 1 при лейкозе
- 2 при миеломной болезни
- 3 при плазмоцитоме
- 4 при лимфогранулематозе
- 5 правильные ответы а) и б)
- 4. Миеломную болезнь следует дифференцировать
 - 1 с метастазами неоплазий в кости
 - 2 с первичным амилоидозом
 - 3 с хроническими заболеваниями почек
 - 4 со всеми указанными процессами

5 только а) и в)

5. Основным методом лечения миеломной болезни является

- 1 лекарственный
- 2 лучевой
- 3 комбинированный (химиолучевой)
- 4 все ответы верные
- 5 верные ответы б) и в)

6. Острый лейкоз отличается от хронического лейкоза

- 1 уровнем нарушения дифференцировки клеток костного мозга
- 2 количеством лейкоцитов в периферической крови
- 3 количеством тромбоцитов в периферической крови
- 4 всеми перечисленными параметрами
- 5 правильные ответы а) и б)

7. Наиболее часто встречаются следующие варианты хронического лейкоза

- 1 лимфолейкоз
- 2 хронический миелолейкоз
- 3 хронический моноцитарный лейкоз
- 4 все перечисленные варианты
- 5 правильные ответы а) и б)

8. Наиболее часто у взрослых встречаются следующие варианты острого лейкоза

- 1 острый лимфобластный лейкоз
- 2 острый миелобластный лейкоз
- 3 острый эритроцитарный лейкоз
- 4 правильные ответы а) и б)
- 5 правильные ответы б) и в)

9. Хронический лейкоз диагностируется при наличии следующих изменений миелограммы

- 1 увеличения бластных клеток
- 2 увеличения промежуточных и зрелых клеток одного ряда костного мозга (в соответствии с вариантом лейкоза)
- 3 уменьшения эритроцитарного ростка
- 4 наличия изменений, приведенных в а) и б)
- 5 наличия всех изменений

10. Четкий цитогенетический маркер (филадельфийская хромосома) наблюдается

- 1 при остром лимфобластном лейкозе
- 2 при остром миелобластном лейкозе
- 3 при хроническом лимфолейкозе
- 4 при хроническом миелолейкозе
- 5 при хроническом моноцитарном лейкозе

11. Диагноз нейролейкемии может быть поставлен на основании исследования данных

- 1 миелограммы
- 2 люмбальной пункции
- 3 компьютерного исследования головного мозга
- 4 всех приведенных видах исследования
- 5 только а) и б)

12. Основными методами лечения нейролейкемии являются

- 1 системная химиотерапия
- 2 внутривенное введение химиопрепаратов
- 3 кранио-спинальное облучение
- 4 все приведенные методы лечения

5 преимущественно б) и в)

13. У больного 68 лет миеломная болезнь с множественным поражением костей и частичной компрессией а-1, сопровождающейся болевым синдромом без неврологических расстройств. На фоне химиотерапии ему целесообразно

- 1 введение радиоактивного фосфора
- 2 облучение поясничного отдела позвоночника электронами
- 3 дистанционная g-терапия на поясничный отдел позвоночника
- 4 лучевая терапия нецелесообразна

14. У больной 27 лет лимфогранулематоз (нодулярный склероз) rIa стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области. Спленэктомия произведена. Наиболее целесообразная лечебная тактика

- 1 лучевая терапия по радикальной программе с объемом облучения всех зон лимфатических узлов выше диафрагмы
- 2 лучевая терапия по радикальной программе с объемом облучения всех зон выше диафрагмы + парааортальных лимфоузлов и ложа селезенки
- 3 2 курса полихимиотерапии ЦВПП, облучение левой шейно-надключичной зоны + 2 курса ЦВПП
- 4 6 курсов полихимиотерапии ЦВПП

15. При маргинальном рецидиве лимфогранулематоза после радикальной лучевой терапии повторное облучение

- 1 невозможно
- 2 целесообразно в полной лечебной дозе как самостоятельный метод
- 3 целесообразно как самостоятельный метод, но при суммарной дозе не больше 30 Гр
- 4 целесообразно как дополнительный метод после химиотерапии в СОД 30-35 Гр

16. При проведении индукционной лекарственной терапии острого лейкоза основным критерием оценки эффективности лечения являются

- 1 данные миелограммы
- 2 данные гемограммы
- 3 динамика клинических проявлений
- 4 все приведенное

17. В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение

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

18. Изолированное поражение селезенки при лимфогранулематозе означает

- 1 I стадию
- 2 II стадию
- 3 III стадию
- 4 I(+) стадию

19. Под термином "гематосаркома" понимается наличие у больного

- 1 лимфогранулематоза
- 2 лимфосаркомы
- 3 ретикулосаркомы
- 4 любого из перечисленных заболеваний
- 5 правильные ответы б) и в)

20 Прогностически неблагоприятными морфологическими вариантами лимфосаркомы являются

- 1 лимфобластный
- 2 иммунобластный
- 3 лимфоплазмоцитарный
- 4 пролимфоцитарный
- 5 только а) и б)

21. Выбор метода лечения лимфосаркомы основывается на данных, уточняющих

- 1 морфологический вариант опухоли
- 2 распространенность процесса
- 3 локализацию первичного очага
- 4 все приведенные данные

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ответ	1	2	5	4	1	1	5	4	2	4	2
Вопрос	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Ответ	5	3	1	4	1	1	1	5	5	4	

Тема 10 Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата

1. Для диагностики метастатического поражения костей чаще всего используются

- 1 радиоактивный ^{32}P
- 2 радиоактивный ^{99}Sr
- 3 радиоактивный ^{90}Co
- 4 радиоактивный ^{131}I
- 5 все ответы правильные

2. К факультативным предракам кожи относят

- 1 кожный рог
- 2 лейкоплакию
- 3 старческую кератому
- 4 правильные ответы а) и б)
- 5 правильные ответы б) и в)

3. Канцерогенным действием на кожу обладают

- 1 лучистые энергии
- 2 вещества, содержащие мышьяк
- 3 производные каменноугольного дегтя и нефти
- 4 все перечисленное

4. К меланомонеопасным невусам относятся

- 1 синий (голубой) невус
- 2 внутридермальный невус
- 3 пограничный пигментный невус
- 4 гигантский пигментный невус

5. Ведущим методом диагностики меланомы кожи является

- 1 радиофосфорная проба
- 2 лучевая меланурия (реакция Якша)
- 3 термография
- 4 морфологический метод

6. Ведущим методом лечения меланомы кожи является

- 1 хирургический
- 2 лучевая терапия

- 3 комбинированный
- 4 электрокоагуляция

7. Диагноз злокачественной меланомы подтверждается присутствием

- 1 митозов
- 2 атипичных клеток
- 3 гигантских клеток
- 4 ничем из вышеперечисленного
- 5 всем вышеперечисленным

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

- 1 влияние физических факторов
- 2 влияние химических факторов
- 3 хронический остеомиелит
- 4 все ответы верные

9. Остеогенная саркома, как правило, метастазирует

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

10. При выборе уровня ампутации нижней конечности целесообразно учитывать следующие моменты

- 1 локализацию опухоли
- 2 морфологическое строение опухоли
- 3 получение наиболее функциональной культи для протезирования
- 4 верные ответы а) и в)
- 5 все ответы верные

11. Наиболее радиочувствительной является

- 1 хондросаркома
- 2 остеогенная саркома
- 3 саркома Юинга
- 4 фибросаркома

12. 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 а) и б)
- 5 правильные ответы б) и в)

13. Постоянным признаком, который наблюдается у больных саркомами мягкими тканями, является

- 1 ограничение подвижности опухоли
- 2 медленный рост
- 3 боли
- 4 нарушение функции конечности

14. Опухоли из синовиальных тканей могут быть

- 1 доброкачественными
- 2 злокачественными
- 3 все ответы верные

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ответ	2	4	4	2	4	1	5	4	1	5	3
Вопрос	12	13	14								
Ответ	5	1	3								

2.2 Перечень тематик докладов/устных реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема 1 Общие принципы диагностики онкологических заболеваний

1. Современные теории онкогенеза
2. Роль наследственности в развитии онкологических заболеваний
3. Особенности осмотра онкологического больного
4. Алгоритм постановки предварительного заболевания
5. Современная лабораторная диагностика опухолей на ранней стадии
6. Современные инструментальные методы в ранней диагностике онкологической патологии
7. Роль дополнительных методов исследования. Показания к их применению
8. Роль консультаций специалистов в проведении диф.диагностики

Тема 2 Общие принципы лечения в онкологии

1. Показания и противопоказания для стационарного и амбулаторного лечения пациентов с онкологией
2. Общие принципы лекарственного лечения в онкологии

Тема 3 Паллиативная помощь в онкологии

1. История создания паллиативной помощи в России
2. Показания к помещению онкологических больных в хоспис
3. Организация паллиативной помощи онкологическим больным

Тема 4 Опухоли органов грудной клетки

1. Основные группы онкогенов в пульмонологии
2. Причины развития рака пищевода
3. Диагностические критерии бронхогенного рака

Тема 5 Опухоли органов брюшной полости

1. Дифференциальная диагностика онкологических заболеваний гепатобилиарной зоны .
2. Факторы, способствующие развитию рака кишечника

Тема 6 Онкогинекология

1. Пути метастазирования опухолей женской половой сферы

Тема 7 Онкоурология

1. Злокачественные опухоли почек. Стандарты лечения.
2. Современные методы диагностики в онкоурологии

Тема 8 Опухоли молочной железы

1. Способы профилактики рака молочной железы
2. Алгоритм диагностики рака молочной железы.

Тема 9 Онкогематология

1. Дифференциальная диагностика острых и хронических лейкозов
2. Диагностика лимфогранулематозов

Тема 10 Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата

1. Стандарты диагностики сарком костей

Темы докладов/устных реферативных сообщений 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 Общие принципы диагностики онкологических заболеваний

1. На прием обратился пациент 78 лет с жалобами на желтушность склер и кожных покровов, светлый кал, темную мочу. За последние 5 месяцев потерял около 6 кг. Боли не беспокоят. При объективном осмотре живот мягкий, несколько вздут, безболезненный. Наиболее вероятная причина желтухи с учетом жалоб и анамнеза пациента. Какой предварительный диагноз, с учетом предъявляемых жалоб, можно предположить?
 Ответ: механическая желтуха опухолевой природы

2. У пациента 47 лет при диспансерном обследовании выявлено повышение уровня общего ПСА крови в 3 раза от верхней границы нормы. Больной отмечает, что у него имеется увеличение левого яичка.

Поставьте предварительный диагноз

Ваша тактика

Ответ:

1.Предварительный диагноз: Рак яичка

2.Обязательная консультация и дообследование у уролога:

3. На приеме у терапевта мужчина 48 лет. Среди прочих жалоб отмечает, что стал просыпаться ночью 3-4 раза из-за позывов к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Симптомы появились последние 2-3 месяца. У уролога был около 5 лет назад. В настоящее время в крови повышен уровень ПСА в 4 раза. Пациент боится проведения биопсии предстательной железы и спрашивает у Вас о более щадящем, но эффективном методе верификации рака.

Ваши рекомендации:

Ответ: выполнить биопсию обязательно, так как только это исследование верифицирует опухоль предстательной железы

4. Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков диссеминации процесса нет.

Сформулируйте предварительный диагноз

Ответ: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы. T4N0M0. Больной рекомендовано провести лучевое лечение.

5. К фельдшеру здравпункта химического завода обратился больной мужчина 47 лет, работающий длительное время на производстве углеводородного сырья. Из анамнеза выяснилось, что в течение 1,5-2 месяцев отмечает учащенные позывы и резь в конце мочеиспускания. В терминальной порции мочи заметил свежие капли крови, что и явилось причиной обращения за помощью. Отмечает снижение аппетита и некоторое похудание за последние 2-3 месяца.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37,0°. Пульс 78 уд./мин. АД 110/65 мм.рт.ст. Кожные покровы бледноваты. Из имеющегося на руках общего анализа крови видно наличие снижения гемоглобина- 110 г/л, СОЭ — 18 мм/г, лейкоцитоз $7,2 \times 10^9$. В общем анализе мочи: реакция щелочная, белок 0,066 промилля, лейкоциты 10-15 в п/з, эритроциты свежие 30-40 в п/з, фосфаты ++++. *Диагноз: опухоль мочевого пузыря (Cr)?*

ЗАДАНИЯ

1. Составьте план дополнительного физикального обследования.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Необходимые физикальные методы исследования.

Необходимо провести пальпацию живота для выявления болевого синдрома, что нередко наблюдается при присоединении сопутствующей инфекции мочевыводящих путей, а также перкуссию низа живота для выявления остаточной мочи, хотя для постановки диагноза опухоль мочевого пузыря результаты перкуссии и пальпации малоинформативны. Некоторую информацию может дать ректальное исследование предстательной железы, если опухоль прорастает из мочевого пузыря в железу, но это наблюдается на поздних стадиях заболевания.

ЛПУ

6. Больной К. 34 года. При обследовании в малом тазу с обеих сторон от матки пальпируется плотное ограниченно подвижное образование размером 7x8 и 6x9 см. Год назад была произведена операция - резекция желудка и патологических изменений со стороны придатков не было.

Вопросы: 1. Назначьте план обследования. 2. Каков предполагаемый диагноз? 3. План ведения? 4. Назовите факторы риска возникновения рака яичников. 5. Назовите известные Вам метастатические опухоли яичников.

Ответы: 1. Общеклиническое обследование, включая исследование органов желудочно-кишечного тракта (гастроскопия, колоноскопия), УЗИ органов малого таза, исследование онкомаркера крови СА-125.

2. Метастатическая опухоль яичника или опухоль Крукенберга (метастаз рака желудка в яичники).
3. Оперативное лечение в объеме пангистерэктомии, резекция большого сальника. Системная химиотерапия.
4. Раннее менархе и поздняя менопауза, т.е. длительный репродуктивный период. «Нереализованная» репродуктивная функция, отсутствие или позднее начало половой жизни, отсутствие беременностей или родов. Предшествующий рак любой гормонозависимой локализации.
5. Опухоль Крукенберга – метастаз рака желудка в яичник, метастазы рака эндометрия, молочной железы в яичники.

Задачи по Теме 2 ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ

1. В поликлинику обратился больной 60 лет с жалобами на затрудненное прохождение жидкой пищи. 3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой пищи. За это время похудел на 20 кг. При осмотре: больной истощен и ослаблен, дефицит массы тела 25 кг.

В левой надключичной области пальпируется плотный неподвижный безболезненный лимфатический узел диаметром 2см. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены.

Печень пальпируется у края реберной дуги. Опухолевидных образований пальпаторно в брюшной полости нет. *Диагноз: Рак пищевода IV стадии, T_x N_x M₁*

Задание: Сформулируйте тактику лечения

Ответ: В данном случае, учитывая распространенность заболевания, радикальное лечение не показано.

Учитывая дисфагию III степени, надлежит произвести гастростомию с целью кормления больного.

2. К маммологу обратилась женщина 50 лет, которая при самообследовании обнаружила в правой молочной железе опухолевый узел.

При осмотре молочные железы внешне не изменены. При пальпации в правой молочной железе определяется четкое опухолевидное округлое образование диаметром 3 см, неподвижное относительно ткани молочной железы. Сосок не изменен, выделений из него нет, кожные симптомы над опухолевым узлом не определяются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. У пациентки установлен диагноз рака молочной железы, стадия заболевания IIa T₂ N₀ M₀

Задание: Определите тактику лечения в отношении данной пациентки

Ответ: Пункционная биопсия по правилам соблюдения асептики производится в день операции в хирургическом отделении онкодиспансера.

После морфологического подтверждения диагноза больной производится операция Холстеда справа, которая является достаточной при данной распространенности.

И если менопауза у больной менее 10 лет, то в послеоперационный период показано применение в течение 2х лет тамоксифена

3. Женщина 40 лет жалуется на слабость, озноб, головную боль, снижение аппетита, повышение температуры до 39,0 С, боли и изменения в правой молочной железе. При осмотре правая молочная железа увеличена, напряжена, плотна, ограниченно подвижна. Выражена гиперемия и гипертермия кожи. В глубине железистой ткани прощупываются диффузные уплотнения. Справа в подмышечной области пальпируются три плотных подвижных лимфатических узла, не спаянных с кожей и между собой, диаметром 2см. После дообследования установлен диагноз: Диагноз. Инфильтративно-отечная форма рака правой молочной железы.

Задание: Ваша лечебная тактика

Ответ:

1. Данная форма рака – заболевание терапевтическое, хирургическое вмешательство, направленное на удаление первичного очага, не производят.
2. Двусторонняя овариэктомия производится в качестве меры удаления основного источника эстрогенов.
3. Облучение первичной опухоли и зон регионарного метастазирования.
4. Химиогормональное лечение.

Прогноз неблагоприятный.

Задачи по Теме 3 Паллиативная помощь в онкологии

Задача 1

Пациентка А., 47 лет, находясь в хосписе, жалуется на сильные боли в грудной клетке справа. 5 лет назад перенесла операцию правосторонней мастэктомии в связи со злокачественным новообразованием молочной железы. В послеоперационном периоде, по мере стихания боли, связанной с хирургическим вмешательством, она стала испытывать нарастающую боль в области грудной клетки за пределами операционной раны, в костях. Прикасание одежды к болезненной области груди резко усиливало болевые ощущения. В дополнение к постоянной жгучей боли периодически возникали неожиданные резкие болевые приступы с частотой от одного до несколько раз в сутки. Болевые атаки продолжались несколько секунд или минут.

При обследовании обнаружены множественные метастазы в кости и лимфоузлы средостения, рубец полностью зажившей операционной раны. Небольшое касание кожи в области от ключицы справа вызывало сильную боль. Несмотря на боль, провоцируемую даже легким прикосновением, имеются зоны со сниженной тактильной чувствительностью.

Вопросы: 1) Что является основой лечения подобной боли у пациентов всех возрастных групп, и демонстрирует эффективность более чем в 80% случаев? 2) На какие категории делятся лекарственные препараты, используемые для лечения боли? 3) В какой последовательности, согласно «анальгетической лестнице» ВОЗ, назначаются анальгетики при лечении хронической боли? 4) Перечислите принципы, которые необходимо строго соблюдать для получения положительного результата с первых дней фармакотерапии хронической боли. 5) Какие опиоидные анальгетики, разрешенные к применению в РФ, рекомендуются для лечения хронической боли?.

Ответы: 1) Системная фармакотерапия 2) Неопиоидные анальгетики, опиоидные анальгетики и адьювантные препараты 3) При слабой боли - неопиоидные анальгетики, при умеренной дополнительно - опиоиды слабой потенции, для лечения сильной боли – опиоиды сильной потенции. 4) Индивидуальный подбор дозы анальгетика; назначение анальгетика строго «по часам»; применение анальгетиков «по восходящей» от слабого препарата к более сильному; приоритет неинвазивным лекарственным формам. 5) Просидол, морфин, фентанил трансдермальный, бупренорфин.

Тема 4 Опухоли органов грудной клетки

1. 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.

Вопросы

1. Ваш предположительный диагноз. 2. Дополнительные методы исследования

3. Оптимальные методы лечения при данной патологии

4. Дифференциальный диагноз.

5. Отдаленный прогноз.

Эталоны ответов

1. Рак пищевода

2. Рентгеноскопия и рентгенография пищевода, эзофагоскопия с биопсией и цитологическим исследованием.

3. Хирургическое при ранних стадиях, комбинированное - при распространенном процессе.

4. Рубцовые сужения, ахалазия пищевода, дивертикул пищевода, острый эзофагит.

5. Неблагоприятный.

2 К врачу обратился больной Ж., 77 лет, с жалобами на мучительный кашель с отделяемой слизистой мокротой, одышку, боль в правом легком, субфебрильную температуру. При рентгенологическом исследовании — небольшое затемнение правого легочного поля.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Назовите разновидности канцерогенов?
3. Какова последовательность развития опухолевого процесса?
4. Перечислите основные виды опухолевого атипизма, охарактеризуйте проявления атипизма роста опухоли.

Ответ: 1. Диагноз: рак легкого. 2. Химические канцерогены (2-нафталин, бензидин), биологические канцерогены (ДНК и РНК-содержащие онкогенные вирусы), физические канцерогены (радиационное и ультрафиолетовое излучения); 3. Этапы развития опухолевого процесса: на первом этапе происходит взаимодействие канцерогенов химической, физической и биологической природы с протоонкогенами и антионкогенами (онкосупрессорами) генома нормальной клетки. На втором этапе канцерогенеза, в результате такого взаимодействия подавляется активность онкосупрессоров и происходит трансформация протоонкогенов в онкогены. На третьем этапе происходит синтез и репликация онкобелков, запускается процесс опухолевой трансформации клетки. Экспрессия онкогена — необходимое и достаточное условие для трансформации нормальной клетки в опухолевую. В основе опухолевой трансформации лежат стойкие изменения ДНК. При этом программа опухолевого роста становится фрагментом общей реализуемой клеткой программы, закодированной в её геноме. На последнем этапе происходит деление опухолевой клетки. 4. Основными видами опухолевого атипизма являются: атипизм роста, атипизм метаболизма, атипизм структуры и атипизм функции клеток новообразования. Атипизм роста опухоли характеризуется атипизмом деления клеток, атипизмом созревания клеток, инвазивным ростом, метастазированием и рецидивированием.

3. В ФАП обратился больной 60 лет с жалобами на затрудненное прохождение жидкой пищи. 3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой пищи. За это время похудел на 20 кг. При осмотре: больной истощен и ослаблен, дефицит массы тела 25 кг.

В левой надключичной области пальпируется плотный неподвижный безболезненный лимфатический узел диаметром 2 см. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены.

Печень пальпируется у края реберной дуги. Опухолевидных образований пальпаторно в брюшной полости нет.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения.
3. Расскажите о диагностической программе в поликлинике.
4. Расскажите о лечебной программе в стационаре.
5. Составьте набор инструментов для диагностической пункции лимфатического узла.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: Рак пищевода IV стадии, T_x N_x M₁.*

Диагноз поставлен на основании основного симптома рака пищевода — дисфагии, которая в возрасте старше 50 лет является в 80% случаев симптомом именно рака.

T_x- протяженность опухоли по пищеводу будет определена после рентгенологического и эндоскопического исследований.

N_x — поражение регионарных лимфатических узлов определяется в данном случае рентгенологически.

M₁ — отдаленный метастаз в левый надключичный лимфатический узел (метастаз Вирхова). Метастатическое поражение этого узла будет доказано цитологически в условиях онкодиспансера.

2. *Дополнительных методов диагностики в условиях ФАП не производится.*

Больной направляется в поликлиническое отделение онкодиспансера с необходимыми сопроводительными документами.

3. *Диагностическая программа в поликлинике онкодиспансера.*

1. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови.
2. Рентгеноскопия пищевода производится с помощью введения в пищевод водной взвеси сульфата бария: дефект наполнения (при экзофитном росте), симптом “ниши” (при раковой язве), отсутствие перистальтики участка стенки пищевода.

3. При эзофагоскопии выявляют опухоль или язву. Для подтверждения диагноза применяют цитологическое исследование отпечатков с поверхности опухоли и биопсию.
4. Для определения отдаленных метастазов производят рентгеноскопию легких, УЗИ печени, забрюшинных лимфатических узлов, органов малого таза (возможен метастаз в дугласовом пространстве).
5. Для морфологического подтверждения метастатического характера поражения надключичного лимфатического узла производится его пункция.

4. Лечебная программа:

В данном случае, учитывая распространенность заболевания, радикальное лечение не показано.

Учитывая дисфагию III степени, надлежит произвести гастростомию с целью кормления больного.

5. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

Тема 5 Опухоли органов брюшной полости

1. Больному 60 лет выполнена резекция желудка по поводу рака антрального отдела, но при этом обнаружены мелкие опухолевые узелки по брюшине. Опухолевых элементов по линии разреза не обнаружено.

Вопрос: Что из методов лучевой терапии ему следует выбрать?

Ответ: ввести в брюшную полость радиоактивное коллоидное золото

2. У больного 65 лет инфильтративный рак антрального отдела желудка со стенозом. При ультразвуковом исследовании выявлено 2 метастаза в печени.

Вопрос: Показана ли ему лучевая терапия

Ответ: лучевая терапия нецелесообразна

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.

Вопросы:

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?

Ответы:

1. T4N3M0

2. распространенность опухоли, метастазы

3. илеотрансверзоанастомоз

4. антибактериальная и инфузионная терапия

5. у онколога.

3. В стационар поступила больная К. 70 лет, с жалобами на запоры, слабость, похудание на 8 кг за последние 3 месяца. При осмотре: кожные покровы бледные, язык влажный умеренно вздут, мягкий, болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется опухолевидное образование 7×6 см, плотное, болезненное, бугристое, плохо смещаемое. Перитонеальных симптомов нет. При пальцевом ректальном исследовании стенки прямой кишки безболезненные, на перчатке кал с примесью темной крови. Hb 90 г/л, Эритроциты – 2,6.

Вопросы.

1 Ваш предварительный диагноз.

2 Какие диагностические методы исследования необходимы?

3 Как верифицировать диагноз?

4 Возможные осложнения этого заболевания?

5 Лечение

Эталоны ответов

- 1 Опухоль сигмовидной кишки, кишечное кровотечение.
- 2 Ирригоскопия, колоноскопия с биопсией, УЗИ органов брюшной полости.
- 3 Верификация диагноза осуществляется с помощью гистологического исследования.
- 4 Кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость.
- 5 Радикальная операция – резекция сигмовидной кишки, паллиативная операция – выведение сигмостомы.

Тема 6 Онкогинекология

1. Пациентка 42 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Последняя менструация 3 недели назад. 5 дней назад вновь появились кровяные выделения, которые постепенно усиливаются. В течение 7 лет больная наблюдается по поводу миомы матки. При двуручном исследовании установлено: тело матки увеличено до 8-9 недель беременности, плотное, бугристое, безболезненное. Придатки не определяются. Своды свободные, глубокие.

Диагноз? Тактика ведения?

Ответ: Множественная субмукозная миома матки, метроррагия. Лечение – гистероскопия, РДВ (раздельное диагностическое выскабливание). Для сохранения репродуктивной функции – эмболизация маточных артерий (для нарушения питания миомы).

2. Пациентка 39 лет обратилась к гинекологу с жалобами на кровяные выделения из половых путей, возникающие после полового акта. Из анамнеза выявлено, что 10 лет назад больная наблюдалась у гинеколога по поводу эрозии шейки матки, ассоциированной с папилломавирусной инфекцией (16 тип). От предложенного лечения пациентка отказалась. При осмотре в зеркалах: шейка матки цилиндрическая, наружный зев щелевидный. На задней губе определяется кратерообразное углубление 0,5 x 0,7 см с неровными краями, из которого на момент осмотра поступает кровь в незначительном количестве.

диагноз? Тактика лечения?

Ответ Рак шейки матки, II стадия.

Колькоскопия+ биопсия: добро- или злокачественная, если злокач., то низно- или высокодифференцирована

Операция Вертгейма (убирают все до верхней трети влагалища)

3. Больная О., 54 лет, в постменопаузе находится 2 года. 10 лет назад у нее обнаружено опухолевидное образование в области придатков матки размером 6x8 см. При осмотре в настоящее время размеры опухоли прежние.

Вопросы:

1. Составьте план обследования больной.
2. Составьте план ведения больной.
3. Укажите ошибки ведения больной
4. Определите объем оперативного вмешательства.
5. Назовите факторы риска возникновения опухолей яичников.

Ответы:

1. Общеклиническое обследование, включая гастроскопию, колоноскопию, УЗИ органов малого таза, исследование онкомаркера крови СА-125

2. После дообследования показано оперативное лечение.

3. Выявление опухоли яичника в любом возрасте является показанием для оперативного лечения. Недопустимо ошибочно - наблюдение пациентки с опухолью яичников, тем более в периоде перименопаузы в течение 10 лет.

4. Оперативное лечение – пангистерэктомия (экстирпация матки с удалением придатков. Удаляют как тело, так и шейку матки. Перед наложением гемостатических зажимов на сосуды необходимо вскрыть брюшину пузырно-маточной складки и отсепаровать мо-

чевой пузырь ниже шейки матки. Сзади матки вскрывают задний листок широкой маточной связки до уровня наружного зева шейки матки. Гемостатические зажимы накладывают на маточные сосуды параллельно ребру матки и близко к матке. Сосуды пересекают и зашивают. После наложения зажимов лигируют и пересекают крестцово-маточные связки, вскрывают между ними маточно-прямокишечную складку брюшины, которую нужно спускать ниже шейки матки. После мобилизации шейки матки производят вскрытие влагалища. Шейку отсекают от сводов влагалища ножницами, стенки влагалища фиксируют зажимами. матку удаляют из брюшной полости, стенки влагалища зашивают. Перитонизацию осуществляют непрерывным швом за счет брюшины широких маточных связок, пузырно-маточной свкладки), решить вопрос о резекции сальника во время операции при подозрении на малигнизацию.

5. Раннее менархе и поздняя менопауза, т.е. длительный репродуктивный период. «Нереализованная» репродуктивная функция, отсутствие или позднее начало половой жизни, отсутствие беременностей или родов. Предшествующий рак любой гормонозависимой локализации.

Тема 7 Онкоурология

1. У мужчины 36 лет при проведении УЗИ органов брюшной полости обнаружено увеличение правой почки. Компьютерная томография выявила образование размером 1,2*1,5*1,5 см у верхнего полюса правой почки. В связи с этим мужчина был госпитализирован. При обследовании в клинике: Hb 180 г/л, эритроциты $7,5 \cdot 10^{12}/л$, ретикулоциты 10%, лейкоциты $4,0 \cdot 10^9/л$, тромбоциты $250 \cdot 10^9/л$; Ht 0,61, эритропоэтин — на 20% выше нормы, АД 150/90 мм рт.ст. Гистологическое исследование пунктата образования, обнаруженного у верхнего полюса правой почки, показало наличие почечно-клеточного рака. Пациенту была проведена операция по удалению опухоли. Через 3 недели после операции его самочувствие и лабораторные показатели нормализовались.

1. Какая форма патологии развилась у пациента в связи с развитием почечно-клеточного рака? Охарактеризуйте эту патологию с учётом данных из задачи.

2. В чём причина этой формы патологии?

3. Каковы механизмы её развития и симптомов, имеющих у пациента?

4. Какие другие разновидности первичных и вторичных форм этой патологии могут встретиться у человека?

Ответ: 1. У пациента развился вторичный (приобретённый) абсолютный эритроцитоз. Он характеризуется усилением эритропоэза в костном мозге и выходом избытка эритроцитов в сосудистое русло. В связи с этим повышается число эритроцитов в крови (до $7,5 \cdot 10^{12}/л$), ретикулоцитов (10%), уровень Hb (до 180 г/л), Ht (0,61), увеличивается АД (150 и 90 мм рт.ст. систолическое и диастолическое соответственно).

2. Причиной развития вторичного абсолютного эритроцитоза в данном случае является гиперпродукция эритропоэтина (уровень его в крови на 20% выше нормы) клетками опухоли правой почки.

3. Повышение уровня эритропоэтина в крови обуславливает стимуляцию эритропоэза в костном мозге и выхода избытка эритроцитов (в том числе их молодых форм) в циркулирующую кровь. Это, в свою очередь, приводит к эритроцитозу, увеличению Ht и содержания Hb в крови. Повышенное АД является результатом эритроцитоза, обусловившего гиперволемию.

4. У человека могут развиваться несколько разновидностей эритроцитозов:

I. Первичные (самостоятельные болезни): эритремии (например, болезнь Вакеза), семейные (наследуемые) эритроцитозы.

II. Вторичные (симптомы других болезней): абсолютные и относительные.

2. Больная 46 лет обратилась с жалобами на частое мочеиспускание с макрогематурией и общую адинамию. Проведена цистоскопия, найдено опухолевидное разрастание, взят биоптат этой ткани и прилегающей слизистой оболочки. При гистологическом исследовании биоптата: опухолевидное разрастание состоит из правильно расположенных клеток, но местами имеются скопления атипичных клеток. Больная более 10 лет работает на ткацком комбинате в красильном цехе, где используют анилиновые красители.

1. Какой тип опухоли развился у больной?
2. Какова возможная причина новообразования?
3. К какому классу канцерогенов относятся анилиновые красители?
4. Какие механизмы противоопухолевой резистентности оказались неэффективными у пациентки?

Ответ: 1. Судя по данным гистологического исследования (при котором выявлены атипичные клетки), у пациентки развилась злокачественная опухоль.

2. Вероятными причинами развития этого новообразования явились: генетически обусловленная и/или приобретенная предрасположенность в виде недостаточной антибластомной резистентности организма, воздействие канцерогенов - анилиновых красителей, можно также предполагать воздействие коканцерогенных факторов.
3. К экзогенным химическим канцерогенам. 4. Неэффективными оказались антиканцерогенные и антимутиационные механизмы антибластомной резистентности.

3. К фельдшеру здравпункта химического завода обратился больной мужчина 47 лет, работающий длительное время на производстве углеводородного сырья. Из анамнеза выяснилось, что в течение 1,5-2 месяцев отмечает учащенные позывы и резь в конце мочеиспускания. В терминальной порции мочи заметил свежие капли крови, что и явилось причиной обращения за помощью. Отмечает снижение аппетита и некоторое похудание за последние 2-3 месяца.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела 37,0°. Пульс 78 уд./мин. АД 110/65 мм.рт.ст. Кожные покровы бледноваты. Из имеющегося на руках общего анализа крови видно наличие снижения гемоглобина- 110 г/л, СОЭ — 18 мм/г, лейкоцитоз $7,2 \times 10^9$. В общем анализе мочи: реакция щелочная, белок 0,066 промиля, лейкоциты 10-15 в п/з, эритроциты свежие 30-40 в п/з, фосфаты +++.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о необходимых физикальных методах исследования и методике их проведения.
3. Составьте и обоснуйте алгоритм оказания доврачебной помощи больному.
4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре при данном заболевании.
5. Составьте набор инструментов для цистоскопии.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: опухоль мочевого пузыря (Cr)?

Заключение основано на данных анамнеза (учащенные позывы и резь в конце мочеиспускания, терминальная гематурия, снижение аппетита и похудание). Кроме того, больной работает на производстве углеводородного сырья, являющегося канцерогенным веществом.

Данные объективного исследования (кожные покровы бледноваты, субфебрильная температура) и лабораторных исследований (в общем анализе крови снижение гемоглобина до 110 г/л, ускоренная СОЭ до 18 мм/час; в общем анализе мочи наличие протеинурии 0,066 промиля, микрогематурии, щелочная реакция мочи и фосфатурии), также являются косвенным подтверждением этого диагноза.

2. Необходимые физикальные методы исследования.

Необходимо провести пальпацию живота для выявления болевого синдрома, что нередко наблюдается при присоединении сопутствующей инфекции мочевыводящих путей, а также перкуссию низа живота для выявления остаточной мочи, хотя для постановки диагноза опухоль мочевого пузыря результаты перкуссии и пальпации малоинформативны. Некоторую информацию может дать ректальное исследование предстательной железы, если опухоль прорастает из мочевого пузыря в железу, но это наблюдается на поздних стадиях заболевания.

3. Больного необходимо срочно направить на консультацию к врачу – урологу ЛПУ

Медикаментозная терапия и наблюдение больного фельдшером абсолютно противопоказаны, и.

4. Диагностическая и лечебная программа.

Для подтверждения диагноза врачом-урологом могут проводиться следующие исследования:

- а) УЗИ мочевыводящих органов, особое внимание обращают на состояние стенки мочевого пузыря, наличие в ее полости образований, подозрительных на опухоль;
- б) осадочная цистография;
- в) по строгим показаниям цистоскопия, что затруднено в связи с уменьшением емкости мочевого пузыря и ухудшением видимости;
- г) компьютерная томография тазовых органов;
- д) тазовая вазо- и лимфография.

При подтверждении диагноза больному показано оперативное лечение, объем которого зависит от вида и стадии опухоли (электрокоагуляция, резекция мочевого пузыря, цистэктомия и др.).

5. Набор составляется согласно алгоритму.

Задачи Тема 8 Опухоли молочной железы

1. Больной 40 лет по поводу рака левой молочной железы Пб стадии выполнена радикальная операция по Пейти после интенсивно-концентрированной предоперационной лучевой терапии на молочную железу с подмышечно-подключичной зоной СОД 20 Гр. Гистологически: инфильтративно-протоковый рак, 5 см, с комплексами раковых клеток в лимфатических щелях, сосудах, метастазы в 5 лимфоузлах подмышечной области.

Определите дальнейшую тактику лечения.

Ответ: послеоперационное облучение грудной стенки и регионарных зон

2. У больной 44 лет рак правой молочной железы. Опухоль 9 см, центральная локализация с вторичным отеком кожи и железы, в подмышечной области 2-го лимфоузла.

Какая лучевая терапия наиболее целесообразна в данном случае

Ответ: полного курса лучевой терапии на молочную железу 66-70 Гр, подмышечную область 50-55 Гр, остальные регионарные зоны - 44-50 Гр с последующей операцией предоперационной интенсивно-концентрированной на

3. У больной 60 лет через 4 года после комбинированного лечения рака молочной железы Пб стадии и приема тамоксифена выявлен рентгенологический метастаз в тело подвздошной кости слева. Сканографически выявлены очаги повышенного накопления препарата в теле подвздошной кости слева, левом крестцово-подвздошном сочленении L1 и L4.

Определите наиболее целесообразный вариант лечения

Ответ: лучевая терапия на левое полукольцо таза и поясничный отдел позвоночника

4. Больная 35 лет жалуется на кровянистые выделения из соска. При обследовании: узловых образований в молочных железах не определяется. При надавливании на сосок - кровянистые выделения. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Цитологическое исследование выделений из соска клеток рака не выявило.

Поставьте предварительный диагноз

Ответ: внутрипротоковая папиллома

5. Больная М., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре в верхнее - наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корочки», и пальпируется узловое образование 4 на 5 см слабо подвижное, в правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области - единичный плотный лимфатический узел. Вопросы

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Стадия процесса.

3. Методы обследования

4. Дифференциальный диагноз

5. Схема лечения.

Эталоны ответов

1. Рак молочной железы

2. T4 N2 M 1

3. Маммография, УЗИ молочных желез, зон регионарного лимфооттока, печени, органов малого таза, пункционная биопсия молочной железы и лимфоузлов с цитологическим исследованием.

4. Дифференциальный диагноз необходимо проводить между маститом, актиномикозом и туберкулезом.

5. При верификации диагноза - комплексное лечение: лучевая терапия, затем мастэктомия и химиотерапия.

Тема 9 Онкогематология

1. Больной, 25 лет, поступил с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры тела до 38 гр. С, головокружение. Данное состояние отмечает в течение 2 недель, связывает с переохлаждением. Неделю назад обратился участковому терапевту, где был выставлен Ds: ОРВИ, ср.тяж. течение. Однако состояние продолжало ухудшаться, несмотря на проводимую терапию. Повторно обратился в больницу, где были сделаны анализы.

ОАК: эр- $2,5 \cdot 10^{12}$ /л Нб-79 г/л Лейк- $6,1 \cdot 10^9$ /л Лимф-10% с/я-5% тромбоциты- $100 \cdot 10^9$ /л бласты-85%

Был направлен в гематологическое отделение ГКБ №7, где были проведены цитохимические реакции:

На миелопероксидазу и липиды-отриц. ШИК-реакция –полож. в виде гранул

Объективно: состояние больного средней тяжести. кожные покровы и слизистые бледные. увеличены подчелюстные шейные лимфоузлы, безболезненные. в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка выступает на 2 см, безболезненная.

Ваш диагноз? протокол лечения?

Ответ: Диагноз- острый лимфобластный лейкоз, первая атака, индукция ремиссии.

План обследования: миелограмма, иммунофенотипирование

Диф. диагноз- с острым миелобластным лейкозом-выявляется с помощью цитохимических реакций-в данном случае отрицательный результат на миелопероксидазу и липиды говорят об ОЛЛ -с лейкомоидными реакциями. Наличие четкой связи между перенесенной бактериальной или вирусной инфекцией и развитием лейкомоидной реакции. При остром лейкозе такая связь не характерна. Купирование инфекционно-воспалительного процесса приводит к нормализации периферической крови и миелограммы; отсутствие тромбоцитопении и геморрагического синдрома при лейкомоидной реакции, в то время как для острого лейкоза тромбоцитопения и тяжелый геморрагический синдром закономерны; отсутствие бластемии в периферической крови и костном мозге при лейкомоидной реакции является важнейшей особенностью лейкомоидной реакции, при остром лейкозе, напротив, чрезвычайно характерно высокое содержание бластов в костном мозге.

Лечение- ПХТ по Хольцеру: винкристин, преднизолон, L-аспаргиназа, рубомицин

Лечение анемии, профилактика нейтролейкемии-метотрексат, цитозар, дексаметазон

2. Больной, 60 лет, жалуется на одышку, слабость, утомляемость. отмечает ночные поты, увеличение шейных лимфоузлов. Болен в течение 6 месяцев.

Объективно-бледность кожных покровов, желтушность склер, увеличение шейных, подмышечных лимфоузлов. при пальпации они мягкие, безболезненные, не спаяны между собой. Печень выступает из под края реберной дуги на 3 см, селезенка на уровне пупка, плотная безболезненная. СС и легочная система-без особенностей.

ОАК: эр.- $2,7 \cdot 10^{12}$

Нб-87 г/л

Лей- $50 \cdot 10^9$ /л

Лимф-87%

Тромб- $100 \cdot 10^9$

СОЭ-27 мм/ч

В мазке «тени» Боткина-Гумпрехта

Ваш диагноз? Диф. Диагноз, лечение

Ответ: Диагноз-хронический лимфолейкоз,развернутая стадия.

План обследования :миелограмма,ифа на ВИЧ, R-графия грудной клетки

Диф.диагноз- со злокачественными лимфомами (неходжкинскими) и лимфогранулематозом. при этих заболеваниях, как правило, нет лимфоцитоза (иногда даже наблюдается лимфопения), отмечается обычно нейтрофильный лейкоцитоз; при лимфогранулематозе возможна эозинофилия, характерны длительная лихорадка, потливость, кожный зуд. При лимфогранулематозе и неходжкинских лимфомах лимфоузлы значительно более плотные, чем при ХЛЛ, могут образовывать бугристые конгломераты.

Лечение-флюдарабин+циклофосфан

Тема 10 Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата

1. Больной Г., 47 лет, обратился с жалобой на появление в области правой кисти бугорка, в области которого 4 недели назад появилась язва. При осмотре: на правой кисти безболезненное образование размером 2х2 см. В центре образования кровоточащая язва. Края образования плотные. Произведена биопсия. При гистологическом исследовании обнаружены атипичные клетки.

1. Поставьте предварительный диагноз

1. Что является наиболее частой причиной рака кожи?

2. Перечислите основные методы лечения рака.

3. Как изменяется углеводный обмен в опухолевых клетках?

Ответ:

1. Диагноз: базально-клеточный рак кожи

2.Наиболее частой причиной рака кожи является хроническая избыточная инсоляция.

3.Удаление опухоли (иссечение, электрохирургия, криохирургия, лазерная хирургия), лучевая терапия, иммунотерапия.

4. Углеводный обмен в опухолевых клетках характеризуется увеличением включения глюкозы в реакции гликолиза; устранением феномена торможения гликолитического окисления глюкозы в аэробных условиях; отсутствием активации потребления глюкозы в процессе тканевого дыхания при оксигенации опухолевых клеток; уменьшением относительной доли тканевого дыхания при ресинтезе АТФ; интенсификацией процесса прямого окисления углеводов в пентозофосфатном цикле.

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 эпигастральной 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. 5% ; 6
 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 ЛЁГКОГО 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 ЛЁГКИХ 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 аллергоанамнез 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 – $18,3 \text{ кг/м}^2$, температура тела – $36,4^\circ\text{C}$. 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, SaO_2 – 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 мочи

Показатель	Результат	Нормальные значения
Количество	5 мл	10-100 в сутки
Запах	нет	нет
Цвет	кровянистый	бесцветный
Характер	слизистый	слизистый
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
Спираль Куршмана	нет	нет
Кристаллы Шарко – Лейдена	нет	нет
Клетки с признаками атипичности	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	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	
ОФВ₁ , л/с	3,5/1,86	53	1,90	54	2
ОФВ₁/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, визуальна 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 визуальна 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. IIIa
2. II
3. IIIб
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

3.1 Вопросы к зачету (ОПК-4.1,ОПК-4.2,ПК-2.1,ПК-2.2, ПК-2.3, ПК-2.4, ПК-2.5, ПК-2.6, ПК-2.7, ПК-2.8, ПК-3.5):

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 адъювантной и неоадъювантной 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.

3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине

1. Эпидемиология рака. Виды эпидемиологических исследований в онкологии.
2. Диспансеризация онкологических больных. Учетная онкологическая документация. Клинические группы диспансерного учета.
3. Канцерогенные агенты, их классификация и общая характеристика. Профилактика бытовых канцерогенных воздействий.
4. Номенклатура опухолей. Солидные и системные опухоли. Форма роста опухолей.
5. Принципы классификации злокачественных опухолей основных локализаций.
6. Особенности клинического обследования онкологических больных. Диагностический алгоритм в онкологии.
7. Способы верификации диагноза рака и оценки распространенности опухолевого процесса.
8. Способы забора материала для верификации диагноза злокачественного новообразования.
9. Методы специального лечения в онкологии.

10. Лучевая терапия злокачественных опухолей.
11. Радиочувствительные и радиорезистентные опухоли. Способы радиомодификации.
12. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. Виды оперативных вмешательств. Понятие об операбельности и резектабельности.
13. Хирургическое лечение злокачественных опухолей.
Абластика и антибластика в онкологии.
14. Химиотерапия в онкологии. Классификация препаратов. Механизмы их действия.
15. Виды гормонотерапии в онкологии. Показания. Осложнения.
16. Опухоли головы и шеи. Рак гортани и гортаноглотки. Клиника. Диагностика. Лечение.
17. Рак пищевода. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация. Клиника.
18. Рак желудка. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация.
19. Рак ободочной кишки. Эпидемиология. Этиопатогенез. Классификация.
20. Рак поджелудочной железы. Лечение. Принципы хирургического лечения.
22. Рак щитовидной железы. Этиопатогенез. Классификация. Клиника.
21. Рак молочной железы. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Клиника.
23. Предраковые заболевания кожи. Диагностика. Лечебная тактика.
24. Рак кожи. Этиопатогенез. Классификация. Клиника.
26. Опухоли костей. Разновидности. Клиническая картина.
25. Пигментные невусы. Классификация. Лечебная тактика. Профилактика меланомы.
27. Опухоли мягких тканей. Локализация. Клиническая картина.
28. Рак шейки матки. Клинические проявления. Принципы диагностики и лечения.
29. Рак яичников. Классификация. Принципы диагностики и лечения.
30. Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника.

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

Код и наименование компетенции./ Код и наименование индикатора достижения компетенции	Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«не зачтено»
ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследование пациента с целью установления диагноза	Знать: задачи и функциональные обязанности медицинского персонала при использовании медицинских технологий, медицинских изделий, диагностического оборудования при решении профессиональных задач	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: применять медицинские технологии, медицинские изделия, диагностическое оборудование при решении профессиональных задач	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: навыками применения медицинских технологий, медицинских изделий, диагностического оборудования при решении профессиональных задач	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
Код и наименование компетенции./ Код и наименование индикатора достижения компетенции	Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«не зачтено»

иОПК-4.1	Демонстрирует применение медицинских технологий, медицинских изделий, при решении профессиональных задач	Знать: базовые медицинские технологии в профессиональной деятельности	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Выполнять диагностические мероприятия с применением медицинских изделий, с использованием медицинских технологий	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: навыками применения медицинских технологий, медицинских изделий с целью постановки диагноза	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

Код и наименование компетенции./ Код и наименование индикатора достижения компетенции	Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«не зачтено»
иОПК-4.2.	Демонстрирует умение применять диагностические инструментальные методы обследования с целью установления диагноза	Знать: диагностические инструментальные методы обследования	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: выполнять диагностические меро-	Обучающийся не может использовать тео-	показывает умение переложить тео-

		прятия с применением инструментальных методов обследования	ретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	ретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: навыками применения инструментальных методов обследования с целью постановки диагноза	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
ПК-2	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	Знать: методы обследования пациента с целью установки диагноза	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: провести обследование пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: навыками постановки диагноза	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-2.1.	Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	Знать методику сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть навыками интерпретации результатов сбора информации о заболевании пациента	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-2.2	Проведение полного физикально-	Знать методику полного физикального исследования пациента (осмотр, пальпа-	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоя-

	го обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	ция, перкуссия, аускультация)	большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	тельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть навыками анализа полученной информации	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-2.3.	Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента	Знать этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-2.4.	Направление пациента на лабораторное обследование при наличии медицинских по-	Знать методы лабораторных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результа-	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и до-	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого во-

	казаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	тов	полнительные вопросы	проса
		Уметь обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть навыками интерпретации данных, полученных при лабораторном обследовании пациента	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-2.5.	Направление пациента на инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоко-	Знать методы инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса

	лами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи			
		Уметь обосновывать необходимость и объем инструментального обследования пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть навыками интерпретации данных, полученных при инструментальном обследовании пациента	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-2.6.	Направление пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицин-	Знать порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса

	ской помощи			
		Уметь обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть навыками интерпретации данных, полученных при консультациях пациента врачами-специалистами	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-2.7	Направление пациента для оказания специализированной медицинской помощи в стационарных условиях или в условиях дневного стационара при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Знать порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.

		Владеть способами применения медицинских изделий в соответствии с действующими порядками оказания медицинской, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-2.8	Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными Установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Знать дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов; МКБ	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть навыками ранней диагностики заболеваний внутренних органов	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
ПК-3	Назначение лече-	Знать механизмы действия лекарственных препаратов, допустимые и недопустимые	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоя-

	ния и контроль его эффективности и безопасности у конкретного больного, в том числе с сочетанной патологией	комбинации препаратов, немедикаментозное лечение, признаки эффективности и безопасности лечения	большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	тельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть навыками составления плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-3.5	Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками	Знать порядок оказания паллиативной медицинской помощи	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса

		Уметь назначить паллиативную медицинскую помощь	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть навыками оказания паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП 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, доклад/устное реферативное сообщение, 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 оценки доклада/ устного реферативного сообщения:

- ❖ Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение/доклад соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание 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 реферативное сообщение/доклад соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание \ отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.
- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение/доклад 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 реферативного сообщения/доклада не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения 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 диагностики.

❖ 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 диагностики.

❖ 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.