

1. Паспорт фонда оценочных средств

по дисциплине/модулю, практике Онкология

по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь

| № п/п | Контролируемые разделы (темы) дисциплины | Код контролируемой компетенции | Результаты обучения по дисциплине | Наименование оценочного средства | |
|-------|--|--------------------------------|--|----------------------------------|------------|
| | | | | вид | количество |
| 1 | Раздел 1. Общая онкология Раздел 2. Частная онкология | ПК-2; ПК-5; ПК-6 | <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • порядок проведения профилактического медицинского осмотра граждан (приказы МЗ РФ от 6 декабря 2012 г. N 1011н, от 21 декабря 2012 г. № 1346н) • основные факторы риска и симптомы рака основных локализаций • критерии формирования групп здоровья • порядок проведения диспансеризации (приказы МЗ РФ от 03.02.2015г. №36ан, от 11.04.2013г. №216) • особенности диспансерного наблюдения за здоровыми и онкобольными • методику профилактического консультирования <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • провести профилактический медицинский осмотр граждан любого возраста в соответствии с установленным порядком • выявить факторы риска и симптомы злокачественного новообразования • провести профилактическое консультирование <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • методикой проведения медицинского профилактического осмотра в соответствии с установленным порядком | Тесты Сит. задачи | 30 10 |
| | | | <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • проявления патологических состояний, симптомов, синдромов злокачественных | | |

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | <p>новообразований в соответствии с МКБ-10</p> <ul style="list-style-type: none"> • принципы диагностики и дифференциальной диагностики рака на основе знания пропедевтических, лабораторных и инструментальных методов исследования на амбулаторно-поликлиническом этапе <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • выявлять патологические состояния, симптомы, синдромы злокачественных опухолей в соответствии с МКБ-10 • проводить диагностику и дифференциальную диагностику злокачественных опухолей на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования на амбулаторно-поликлиническом этапе; <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов злокачественных опухолей в соответствии с МКБ-10 • методологией постановки диагноза злокачественного новообразования (с учетом МКБ-10) на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования на амбулаторно-поликлиническом этапе | | |
| | | <p>Знать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • принципы диагностики, лечения и тактику ведения больных злокачественными новообразованиями, в т.ч. при неотложных состояниях, нуждающихся в оказании медицинской помощи; <p>Уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> • диагностировать и выбирать тактику, проводить лечение при неотложных состояниях; | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | <p>Владеть:</p> <ul style="list-style-type: none"> • методологией диагностики, лечения и тактику ведения больных со злокачественными опухолями, в т.ч. при неотложных состояниях, нуждающихся в оказании медицинской помощи. | |
|--|--|--|--|--|

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

2.1 Тестовые задания по дисциплине

| | Тестовые задания с вариантами ответов | Код компетенции, на формирование которой направлено тестовое задание |
|---|---|--|
| 1 | <p>К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ СИМПТОМУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОСТИ ОТНОСЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> + боль - наличие опухолевидного образования - ограничение подвижности в суставе - патологический перелом | ПК-2, ПК-5, ПК-6 |
| 2 | <p>ИСТОЧНИКОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ТКАНЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> - внутренних органов - зрелая, хорошо специализированная + с выраженной физиологической пролиферацией - с пониженной пролиферативной активностью | |
| 3 | <p>МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПО СИСТЕМЕ TNM ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ</p> <ul style="list-style-type: none"> - врожденных новообразований - доброкачественных опухолей + злокачественных опухолей - предопухолевых состояний | |
| 4 | <p>СИМВОЛ «M» В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - метастазов в отдалённые группы лимфатических узлов + метастазов в отдалённых органах - первичной опухоли - регионарных лимфатических узлов | |
| 5 | <p>СИМВОЛ «N» В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - всех групп лимфатических узлов выше или ниже диафрагмы - любых групп лимфатических узлов - метастазов в отдалённые органы | |

| | |
|----|--|
| | + только регионарных лимфатических узлов |
| 6 | <p>ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ ОПУХОЛИ ПО СИСТЕМЕ TNM И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> + выработка плана лечения - определение прогноза трудоспособности - оценка эффективности лечения - проведение обмена медицинской информацией |
| 7 | <p>К ПРИЗНАКУ КАХЕКСИИ ОТНОСИТСЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10% за последние 12 мес. - 10% за последние 6 мес. - 5% за последние 12 мес. + 5% за последние 6 мес. |
| 8 | <p>ОТДАЛЁННЫЕ МЕТАСТАЗЫ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК</p> <ul style="list-style-type: none"> - G1 + M1 - N1 - T1 |
| 9 | <p>ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - лучевая терапия - полихимиотерапия - таргетная терапия + хирургический |
| 10 | <p>ПОД КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ</p> <ul style="list-style-type: none"> - в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером - в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции - вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого либо другого неонкологического заболевания + с резекцией (удалением) другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс |
| 11 | <p>ЕДИНСТВЕННЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРОЕ МОЖНО ИЗЛЕЧИВАТЬ С ПОМОЩЬЮ ХИМИОПРЕПАРАТОВ ДАЖЕ ПРИ НАЛИЧИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - забрюшинная неорганный опухоль - недифференцированный рак носоглотки - немелкоклеточный рак лёгкого + трофобластическая опухоль |
| 12 | <p>МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ БОЛЬШИНСТВА ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ</p> |

| | |
|----|--|
| | <p>ГРУППЫ АНТИМЕТАБОЛИТОВ СОСТОИТ В</p> <ul style="list-style-type: none"> - ингибировании митоза путём воздействия на микротубулины + ингибировании ферментов - образовании ковалентных связей с ДНК - синхронизации деления опухолевых клеток |
| 13 | <p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> + гормонотерапии - лучевой терапии - химиотерапии - хирургического лечения |
| 14 | <p>АДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - для лечения местно-распространённого рака - для лечения рецидивов и метастазов, возникших после локального лечения - до локального противоопухолевого воздействия + после локального лечения с целью профилактики возникновения рецидивов и метастазов опухоли |
| 15 | <p>ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АДЬЮВАНТНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - изучение лекарственного патоморфоза для планирования дальнейшего лечения - уменьшение размеров опухолевой массы - усиление степени повреждения опухоли + эрадикация микрометастазов |
| 16 | <p>СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В ПИЛОРОАНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - гастростомия + гастроэнтероанастомоз - пилоропластика - проксимальная субтотальная резекция желудка |
| 17 | <p>НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В ПРОЦЕССЕ ХИМИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ифосфамида - митомицина - нитрозометилмочевины + производных платины |
| 18 | <p>СИМПТОМАТИЧЕСКИМ НАЗЫВАЕТСЯ ВИД ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ</p> <ul style="list-style-type: none"> - после проведения которого в организме больного не выявляются клинические, рентгенологические, эндоскопические и морфологические признаки опухолевого процесса + при проведении которого все мероприятия направлены только на устранение тягостных или угрожающих жизни симптомов и осложнений заболевания - при проведении которого продолжительность жизни больного составляет менее одного года - при проведении которого сочетаются хирургический, лучевой и лекарственный методы лечения |

| | |
|----|---|
| 19 | <p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ В КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - компьютерная томография - магнитно-резонансная томография - рентгенологическое исследование + сцинтиграфия |
| 20 | <p>ПРЕИНВАЗИВНАЯ ФОРМА РАКА ТОЧНО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> + при прицельной биопсии - при проточной цитометрии - рентгенологически - эндоскопически |
| 21 | <p>КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ингибирования ферментов + купирования синдрома цитопении - ликвидации карциноидного синдрома - синхронизации деления опухолевых клеток |
| 22 | <p>ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ РОСТА ОПУХОЛИ В ОРГАНИЗМЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА</p> <ul style="list-style-type: none"> + гормональные рецепторы в клеточной мембране - онкобелки - транскрипционный фактор - цитоплазму |
| 23 | <p>ЭКТОПИЧЕСКИЕ ЭНДОКРИННЫЕ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ У БОЛЬНЫХ _____ ЛЁГКОГО</p> <ul style="list-style-type: none"> - аденокарциномой - бронхиоло-альвеолярным раком + мелкоклеточным раком - плоскоклеточным раком |
| 24 | <p>КАРЦИНОИДНЫЙ СИНДРОМ ОБУСЛОВЛЕН ВЫБРОСОМ В КРОВОТОК</p> <ul style="list-style-type: none"> - гастрин - глюкагон - инсулин + серотонин |
| 25 | <p>ОНКОГЕННЫМ ВИРУСОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С РАЗВИТИЕМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - вирус гепатита В - вирус гепатита С + вирус папилломы человека - цитомегаловирус |
| 26 | <p>К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ежегодное проведение ультразвукового исследования органов малого таза - ежегодное проведение цервикометрии - регулярное самообследование молочных желез + своевременное выявление и лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки |

| | | |
|----|---|--|
| 27 | <p>ДЛЯ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> + маммографии - пальпации - самообследования молочных желез - ультразвуковой томографии | |
| 28 | <p>МАРКЕРОМ ТРОФОБЛАСТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - альфа-фетопротеин - лютеинизирующий гормон + хорионический гонадотропин - хорионический тиреотропин | |
| 29 | <p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - одиночный очаг поражения слизистой - редкое рецидивирование - частое отдалённое метастазирование + частое рецидивирование | |
| 30 | <p>ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЕРОМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - адrenокортикотропный гормон + простатспецифический антиген - трофобластический бета-глобулин - хорионический гонадотропин | |

2.2 СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

| | |
|---|---|
| И | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
|---|---|

| | |
|----|--|
| У | <p>Женщина, 57 лет, обратилась к врачу. Жалоб не предъявляет.</p> <p>Из анамнеза известно, что во время прохождения планового профилактического осмотра по данным ФГДС выявлено опухолевое образование слизистой желудка. Курит (около 25 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Наследственность отягощена - отец умер от рака желудка.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 170 см, вес 65 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно- звук ясный легочный. Аускультативно – дыхание везикулярное. ЧД – 15 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 78 уд. в мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральном отделе, перитонеальных симптомов нет. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: Eг – $4,1 \cdot 10^{12}/л$, Hb – 130 г/л, Le – $6,2 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 9 мм/ч.</p> <p>ФГДС : слизистая желудка отечна, гиперемирована. В средней трети тела желудка по передней стенке определяется полиповидное опухолевое образование 1x1.5x0.5 см. Взята щипцовая биопсия.</p> <p>Заключение: полип тела желудка(?) ранняя форма рака (?). Гастрит без признаков атрофии слизистой.</p> <p>Гистологическое исследование: картина высокодифференцированной аденокарциномы желудка</p> <p>ФЛГ: без патологических изменений</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, признаки хронического холецистита. Очаговой патологии не выявлено.</p> |
| | |
| В | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | Ранняя форма рака тела желудка (полиповидная форма) T1N0M0 |
| P2 | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | Диагноз поставлен не полностью: неверно определена клиническая форма рака. <u>или</u> не указана или неверно определена локализация, стадия по TNM. |
| P0 | Диагноз поставлен неверно. |
| | |
| В | Обоснуйте поставленный вами диагноз. |
| Э | <p>Диагноз рака желудка установлен на основании следующих данных. 1) Результаты гистологического исследования (обнаружение в биоптате клеток высокодифференцированной аденокарциномы). 2) Данные фиброгастроскопии (полипообразное опухолевое образование на слизистой тела желудка). 3) Данные анамнеза заболевания: онкологически отягощенный анамнез. Бессимптомное течение заболевания, «случайная находка» во время профилактического осмотра. Стадия по TNM выставлена исходя из инструментальных исследований, клинически исключающих диссеминацию опухоли по лимфатическим узлам (УЗИ) и отсутствие отдаленных метастазов (ФЛГ, УЗИ) и небольшим размерам опухоли, согласно ФГДС.</p> <p>Определение локализации процесса и клиническая форма рака основаны на</p> |

| | |
|----|---|
| | данных эндоскопического обследования (ФГДС: полипообразная опухоль на слизистой тела желудка). |
| P2 | Диагноз обоснован верно. |
| P1 | Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, неверно выставлена стадия по TNM <u>или</u> обоснование клинической формы, локализации, стадии процесса, дано неверно. |
| P0 | Диагноз обоснован неверно. |
| | |
| B | Укажите, какой дополнительный метод инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор. |
| Э | Пациенту необходимо: биохимический анализ крови для оценки протеинемии и прочих биохимических показателей крови (амилаза, трансаминазы, мочевины, билирубин, креатинин, глюкоза крови), КТ органов грудной клетки, МРТ органов брюшной полости для исключения метастатического поражения лимфатических узлов брюшной полости и метастазов в органы брюшной полости. |
| P2 | Метод дообследования указан правильно и обоснован верно. |
| P1 | Метод дообследования указан правильно, однако не обоснован или обоснован неверно. |
| P0 | Метод дообследования указан полностью неверно. |
| | |
| B | Предложите тактику лечения пациента. Обоснуйте свой выбор. |
| Э | Пациенту должна быть выполнена эндоскопическая подслизистая резекция опухоли желудка. Выбор обоснован морфологической формой процесса (высокодифференцированная аденокарцинома), инвазией первичной опухоли в стенку желудка (клинически T1). После гистологической оценки операционного материала, оценки инвазии опухоли выставляется окончательная стадия заболевания, принимается решение о проведении расширенной операции (резекция желудка при инвазии опухоли в мышечный слой стенки желудка). В случае поражения только слизистой оболочки можно ограничиться эндоскопической подслизистой резекцией в пределах здоровых тканей. |
| P2 | Выбрана верная тактика лечения, выбор правильно обоснован. |
| P1 | Выбрана верная тактика лечения, однако выбор не обоснован. |
| P0 | Тактика лечения выбрана неверно. |
| | |

| | |
|----|---|
| В | Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Какова тактика дальнейшего амбулаторного наблюдения. Обоснуйте Ваш выбор. |
| Э | После гистологической оценки операционного материала выставляется окончательная стадия заболевания. По необходимости назначается консультация хирурга, онколога, по рекомендации которых принимается решение о выполнении расширенной операции (при инвазии опухоли в мышечный слой стенки желудка). Пациент встает на диспансерный учет в поликлинику, где с периодичностью каждый 6 месяцев проходит контрольное обследование (УЗИ, МРТ, ФГДС, общий и биохимический анализы крови). В зависимости от динамики процесса (рецидивы, метастазирование либо гладкое течение) принимается решение о повторном лечении (химиотерапия, повторная операция). |
| P2 | Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно. |
| P1 | Тактика ведения пациента выбрана полностью верно, однако не обоснована или обоснована неверно |
| P0 | Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно. |

Задача 2

| | |
|---|---|
| И | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | Пациентка 45 лет обратилась за медицинской помощью с жалобами на резкую боль при дефекации, сопровождающаяся примесью алой крови, эпизодически недержание стула. Данные жалобы беспокоят в течении последних 6 месяцев, лечилась самостоятельно – без эффекта. При осмотре и дополнительном обследовании выявлены следующие изменения: РРС - опухоль анального канала размером 4 см, опухолевый рост начинается сразу от анодермальной линии, ограниченно подвижный, пальцевое исследование резко болезненное. Гистология – плоскоклеточный неороговевающий рак. ФКС – ободочная кишка осмотрена полностью – без патологии, в анальном канале опухоль с контактной кровоточивостью, занимает весь анальный канал. МРТ органов малого таза – опухоль анального канала, размером 4см, прорастающая все стенки кишки, без врастания в окружающие ткани. УЗИ паховых л/у – патологических изменений паховых л/у не выявлено. КТ органов брюшной полости и грудной клетки – признаков диссеминации не выявлено. Показатели анализов крови и мочи в пределах нормы. |
| В | Предположите наиболее вероятный диагноз |
| Э | рак анального канала T2N0M0, 2ст. |
| В | Обоснуйте поставленный Вами диагноз |
| Э | диагноз рак анального канала установлен на основании проведенного обследования: РРС, МРТ ОМТ – размер опухоли 4см и её расположение в анальном канале, отсутствие врастания в окружающие ткани, результат гистологического исследования – плоскоклеточный неороговевающий рак, данные КТ ОБП и ГК, УЗИ паховых л/у – признаков диссеминации нет |
| В | Какой план лечения в данной ситуации наиболее верный? |
| Э | первым этапом целесообразно провести курс химиолучевой терапии на опухоль и |

| | |
|---|--|
| | зоны регионарного метастазирования с последующей оценкой лечебного патоморфоза. При регрессе опухоли более чем на 50%, продолжить курс химиолучевой терапии. При неэффективности проведённого курса необходимо выполнить брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки |
| В | После проведённого химиолучевого лечения опухоль полностью регрессировала. Больной предложено динамическое наблюдение. Верно ли данное решение? |
| Э | при полном лучевом патоморфозе целесообразности в проведении брюшно-промежностной операции нет. Необходимо тщательное регулярное обследование пациента для выявления раннего рецидива и метастазирования. |
| В | Через 1 год после проведённого лечения у пациента верифицированы локальный рецидив размером 1,5 см и диссеминация в паховые л/у справа. Признаков другой отдалённой диссеминации нет. Предложено оперативное лечение в объёме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки и операция Дюкена справа. Верна ли данная тактика? |
| Э | При появлении рецидива и диссеминации в регионарные л/у после проведённого ранее химиолучевого лечения целесообразности в возобновлении лучевой терапии нет, необходим хирургический компонент в лечении. |

Задача 3

| | |
|---|--|
| И | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | Пациент 65 лет обратился за медицинской помощью на наличие болезненного гиперемированного уплотнения в околопупочной области передней брюшной стенки. В приёмном покое хирургической клиники по месту жительства заподозрено острое гнойное воспаление мягких тканей передней брюшной стенки, произведено вскрытие, после которого через сформированный свищевой ход стали отходить каловые массы. |
| В | Какова причина данного осложнения? |
| Э | Складывается впечатление о наличии опухоли поперечно-ободочной кишки, растущей в переднюю брюшную стенку с формированием наружного свища. |
| В | Какие диагностические мероприятия необходимо провести в данной ситуации? |
| Э | после вскрытия просвета кишки необходимо провести полное исследование кишечника для исключения опухолевого процесса: тотальная ФКС с биопсией опухоли, КТ органов брюшной полости и грудной клетки, ФГДС |
| В | При обследовании выявлены следующие патологические изменения: ФКС – на уровне с/з поперечно-ободочной кишки определяется опухолевый рост протяжённостью до 10 см. для эндоскопа проходим; гистология – низко-дифференцированная аденокарцинома; КТ ОБП – опухоль поперечно-ободочной кишки, растущая в переднюю брюшную стенку, размером около 14 см, не исключается врастание в желудок; ФГДС – антральный отдел желудка инфильтрирован по большой кривизне, ограничен в подвижности, слизистая оболочка не изменена – больше данных за врастание опухоли из-вне; КТ ОГК – признаков диссеминации не определяется. Больному предложено оперативное вмешательство. Выполнена комбинированная резекция поперечно-ободочной кишки, дистальная резекция желудка по Бильрот-2 – Ру, резекция передней брюшной стенки. Верный ли выбран объём оперативного пособия? |
| Э | Учитывая распространённость опухолевого процесса, заинтересованность |

| | |
|---|---|
| | соседних анатомических структур и необходимость выполнения операции «en block», необходим именно данный объём операции. Формирование первичного межкишечного анастомоза оправдано при благоприятных условиях подготовки кишечника, минимальных воспалительных изменениях. |
| | |
| В | После заживления послеоперационной раны, больному предложено проведение 12 курсов адьювантной полихимиотерапии по схеме FOLFOX. Верно ли данное решение? |
| Э | Учитывая распространённость опухолевого процесса именно проведение ПХТ по данной схеме показывает хорошую безрецидивную выживаемость |
| | |
| В | Через 2 года после проведённого лечения в послеоперационном рубце передней брюшной стенки реализовался солитарный метастаз размером 2см. Признаков другой диссеминации не выявлено. Больному предложено иссечь метастатический очаг с последующим проведением ПХТ. Верна ли данная тактика? |
| Э | Солитарные метастатические очаги подлежат хирургическому удалению. Последующее проведение полихимиотерапии значительно снижает риск прогрессирования заболевания. |

Задача 4

| | |
|----------|--|
| И | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | Больную 36 лет в течении 3-х месяцев беспокоят эпизодические примеси алой крови с калом. Проведено обследование: пальцевое исследование – на 5 см от ануса пальпируется опухоль размером около 2см, подвижная без инфильтрации подлежащих тканей; РРС – блюдцеобразная опухоль на 1см выше внутреннего сфинктера диаметром 2см. без признаков кровотечения; гистология – высококодифференцированная аденокарцинома; ФКС – рак ниже-ампулярного отдела прямой кишки 2см в диаметре на 5 см от ануса, 2 полипа нисходящего отдела ободочной кишки на широком основании до 1см в диаметре и 2 полипа восходящего отдела ободочной кишки на широком основании до 1 см в диаметре; гистология из полипов идентичная – ворсинчатая опухоль; МРТ органов малого таза – опухоль ниже-ампулярного отдела прямой кишки в 5 см от ануса без признаков врастания в мезоректум, 1 увеличенный л/у параректальной клетчатки с характеристиками метастатического поражения; КТ органов брюшной полости и грудной клетки – признаков диссеминации нет; уровень СА 19-9 и РЭА крови в пределах нормы. |
| | |
| В | Предположите наиболее вероятный диагноз |
| Э | рак ниже-ампулярного отдела прямой кишки T2N1M0, IIIA стадия. |
| | |
| В | С какого метода целесообразно начать лечение? |
| Э | С учётом молодого возраста больной, наличия высококодифференцированной опухоли небольших размеров и глубины поражения кишечной стенки, а также возможность выполнения сфинктеросохранной операции, целесообразно начать лечение с курса неоадьювантной химиолучевой терапии |
| | |
| В | При выраженном лечебном патоморфозе опухоли, выявленном при морфологическом исследовании удалённого препарата, нужно ли снижать |

| | |
|---|---|
| | стадию опухолевого процесса у данного пациента? |
| Э | Стадия опухолевого процесса устанавливается до проведения лучевой терапии по данным проведенного обследования и вызванный лечебный патоморфоз не должен вызывать снижение стадии опухолевого процесса |
| | |
| В | Какое лечение необходимо проводить после оперативного лечения? |
| Э | С учётом имеющегося метастатического поражения регионарного л/у, молодого возраста больного и сфинктеросохранного объёма операции, показано проведение адьювантной полихимиотерапии |
| | |
| В | Как целесообразнее поступить с выявленными полипами ободочной кишки? |
| Э | При наличии полипов ободочной кишки они подлежат эндоскопическому удалению |

Задача 5

| | |
|---|---|
| И | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | <p>Мужчина 68 лет поступил в химиотерапевтическое отделение онкологического диспансера</p> <p>Жалобы На кашель с трудно отделяемой мокротой, боли в спине</p> <p>Анамнез заболевания</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хронический бронхит, лекарственные препараты не принимает. • Алкоголем не злоупотребляет, курил в течение 15 лет не более 5 сигарет в день. Не курит 35 лет • Профессиональных вредностей не имеет • Аллергические реакции отсутствуют <p>Анамнез жизни В связи с вышеуказанными жалобами обратился к терапевту в поликлинику по месту жительства. Выполнена рентгенография позвоночника и грудной полости, выявлен компрессионный перелом Th6. С целью уточнения диагноза проведена КТ органов грудной полости, при которой в верхней доле правого легкого выявлено периферическое образование 43x56 мм, отмечено увеличение правых трехлобронхиальных л/у до 17x25 мм и правых бифуркационных л/у до 20x18 мм. Направлен в онкологический диспансер для дополнительного обследования и выработки тактики лечения. Выполнена сцинтиграфия костей скелета, КТ брюшной полости - отмечено накопление РФП в Th6, дополнительных зон поражения не зафиксировано</p> <p>Объективный статус Состояние удовлетворительное. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70. АД 130/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Стул с тенденцией к запорам. Отмечается болезненность при пальпации в паравертебральной области на уровне Th5-Th8. Т тела 36,6° С. S тела 1,7</p> |
| В | Для установки морфологического диагноза необходимо выполнить: |
| Э | трансторакальная пункция образования, молекулярно-генетическое исследование для определения мутаций В гене EGFR. молекулярно-генетическое исследование для определения мутаций в генах ALK, ROS1 |
| В | Гистологическое заключение: аденокарциномы легкого умеренной степени дифференцировки. Молекулярно-генетическое исследование для определения |

| | |
|---|---|
| | мутаций в гене EGFR Выявлена активирующая мутаций в 19 экзоне гена EGFR Молекулярно-генетическое исследование для определения мутаций в генах ALK, ROS1 Не выявлено мутаций в генах ALK, ROS1 Установите диагноз |
| Э | С34. Периферический рак верхней доли правого легкого IVa ст., сT2bN2a2M1b |
| | |
| В | На первом этапе лечения необходимо рекомендовать: |
| Э | Выполнение ортопедического пособия |
| | |
| В | Основное противоопухолевое лечение: |
| Э | таргетная терапия ингибиторами тирозинкиназы |
| | |
| В | Какой препарат может быть использован в первой линии лекарственного лечения у этого пациента? |
| Э | афатиниб |
| | |
| В | Таргетным препаратом, который относится к ингибиторам тирозинкиназы EGFR является: |
| Э | ОСИМЕРТИНИБ |
| | |
| В | Первая линия таргетной терапии при немелкоклеточном раке легкого может быть прекращена в случае: |
| Э | системного или симптомного прогрессирования заболевания |
| | |
| В | Наиболее характерным проявлением токсичности для ингибиторов тирозинкиназ рецептора EGFR, является: |
| Э | Кожная токсичность |
| | |
| В | Мутацией в гене EGFR, которую необходимо определять при системном прогрессировании опухолевого процесса на фоне приема ингибиторов тирозинкиназ 1 и 2 поколения, является: |
| Э | T790M (20 экзон) |
| | |
| В | Назовите опухолевые маркеры аденогенного рака легкого |
| Э | РЭА СА125 CYFRA 21-1 |
| | |
| В | При АК легкого монотерапия пембролизумабом в 1 линии лечения рекомендовано при PDL1 |
| Э | Больше 50% |

Задача 6

| | |
|---|---|
| И | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | У мужчины 43 лет на работе внезапно развился эпилептический приступ, каретой скорой помощи доставлен в больницу, где на МСКТ головного мозга выявлено объемное образование лобной доли слева 2,8-3,5-3,6 см без перифокальных изменений. По экстренным показаниям выполнено оперативное лечение – лобная краниотомия слева. Гистологически – протоплазматическая |

| | |
|----|---|
| | астроцитомы Grade 2 с участками анапластической астроцитомы Grade 3. |
| | |
| В | Сформулируйте диагноз. |
| Э | Полиморфноклеточная астроцитомы лобной доли слева, после лобной краниотомии. |
| P2 | Диагноз поставлен верно. |
| P1 | Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация опухоли или факт оперативного лечения. |
| P0 | Диагноз поставлен неверно. |
| | |
| В | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| Э | Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных МСКТ головного мозга, данных гистологического заключения |
| P2 | Диагноз обоснован верно. |
| P1 | Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из метода исследования |
| P0 | Обоснование дано неверно. |
| | |
| В | Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. |
| Э | Пациенту рекомендовано: МРТ головного мозга с контрастом в трех проекциях в стандартных режимах Иммуногистохимическое исследование послеоперационного материала Осмотр офтальмолога |
| P2 | План дополнительного обследования составлен верно. |
| P1 | План дополнительного обследования составлен не полностью Не назван один из необходимых дополнительных метода обследования. |
| P0 | План дополнительного обследования составлен полностью неверно. |
| | |
| В | Какие методы лечения в данной ситуации показаны пациенту |
| Э | Курс дистанционной химиолучевой терапии на ложе опухоли РОД 1,8 Гр СОД 60 Гр или РОД 2 Гр СОД 60 Гр с темозоламидом в дозе 75 мг\м ² в дни облучения с последующим адьювантным химиотерапевтическим лечением 6 - 10 курсов химиотерапии темозоламидом в дозе 150-200 мг\м ² 1-5 дни приема каждые 28 дней |
| P2 | Выбраны верные варианты лечения |
| P1 | Выбран только один из возможных вариантов лечения. |
| P0 | Ответ неверный: варианты лечения выбраны не по стандартам. |
| | |
| В | Каким образом проводится дальнейшее наблюдение за пациентом – у какого специалиста наблюдается, с какой частотой. |
| Э | Активное наблюдение после лечения осуществляется в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районных онколога и нейрохирурга и\или невролога МРТ головного мозга с контрастом проводится через 2-4 недели после лучевой терапии, затем каждые 2-3 месяца в течение 3 лет |
| P2 | Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно. |
| P1 | Тактика наблюдения пациента выбрана верно, однако не определены |

| | |
|----|---|
| | временные параметры или неверно указан специалист. |
| Р0 | Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно. |

Задача 7

| | |
|----------|---|
| И | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | Пациент 55 лет обратился за медицинской помощью с жалобами на частый стул небольшими порциями, отметил похудание на 5 кг. Данные жалобы беспокоят в течении последних 6 месяцев. Лечился у терапевта, обследование кишечника не предлагалось. Консультирован онкологом. При осмотре и дополнительном обследовании выявлены следующие изменения: пальцевое исследование – патологии не определяется, РРС – на уровне 10 см от ануса определяется циркулярно-суживающая просвет кишки опухоль. Гистология – умеренно-дифференцированная аденокарцинома. ФКС – ободочная кишка осмотрена полностью – опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки, циркулярно-суживающая до 1см просвет кишки. КТ органов брюшной полости и грудной клетки – признаков диссеминации не выявлено. При пальпации живота патологических образований не определяется. Лабораторные показатели крови и мочи без выраженных патологических сдвигов. |
| В | Предположите наиболее вероятный диагноз |
| Э | По результатам проведённого обследования установлен следующий диагноз: рак ректосигмоидного отдела толстой кишки Т3NхM0, стадия. |
| В | Обоснуйте поставленный Вами диагноз |
| Э | диагноз рак ректосигмоидного отдела толстой кишки Т3NхM0 установлен на основании проведённого обследования: осмотра больного, данных РРС, ФКС, гистологического исследования биопсийного материала, данные КТ ОБП и ОГК позволяют исключить отдалённую диссеминацию |
| В | Какой план лечения в данной ситуации наиболее верный? |
| Э | первым этапом целесообразно выполнить операцию в объёме лапароскопической передней резекции прямой кишки, затем по результатам проведённого патоморфологического исследования удалённого препарата установить окончательную стадию опухолевого процесса и определиться с показаниями к проведению химиотерапевтического лечения |
| В | На 5-е сутки послеоперационного периода у больного появились боли в нижних отделах живота, лихорадка с ознобом до 38,7С, слабость, отделяемое мутного характера по дренажу из малого таза около 350мл/сут, в лабораторных анализах крови лейкоцитоз до 13,2х10 ⁶ /л. При осмотре больной малоподвижен, язык сухой, обложен серым налётом, черты лица заострены, живот вздут, сомнительные симптомы раздражения брюшины по левому флангу, перистальтика вялая, АД – 110/80 мм.рт.ст., ЧСС – 88 в мин. Заподозрена несостоятельность межкишечного анастомоза. Больному предложена |

| | |
|---|--|
| | экстренная лапаротомия, ревизия брюшной полости и формирование трансверзостомы. При лапаротомии выявлены следующие патологические изменения: признаков разлитого перитонита нет, петли толстой кишки раздуты, в малом тазу умеренное количество (до 300мл) мутной серого цвета жидкости, фибрин, область анастомоза в инфильтрате при его разделении выявлен дефект левой боковой стенки анастомоза диаметром 5мм. Выполнена санация брюшной полости, установлено дополнительно 2 дренажа в малый таз к анастомозу, сформирована двуствольная трансверзостома в левом подреберье. Согласны ли Вы с такой тактикой лечения? |
| Э | При формировании двуствольной трансверзостомы межкишечный анастомоз отключается от пассажа кала. При эффективной системе промывания дефекта анастомоза и адекватной антибиотикотерапии целесообразности в разобщении анастомоза нет, спустя 3-4 недели, как правило, свищевой ход закрывается, через 1,5-2 месяца выполняется проктография и РРС, при отсутствии дефекта анастомоза возможно выполнение колопластики |
| | |
| В | У больного при патоморфологическом исследовании выявлена диссеминация в два л/у 1 порядка. Больному показано проведение полихимиотерапии. С учётом наличия несостоятельности анастомоза решено воздержаться от её проведения до восстановления больного. Верна ли данная тактика? |
| Э | Полихимиотерапия замедляет процесс заживления тканей, увеличивает количество возможных осложнений, поэтому целесообразно её начать после заживления послеоперационной раны и ликвидации всех гнойно-воспалительных осложнений. |

Задача 8

| | |
|----------|---|
| И | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | Больной 48 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, похудание, слабость, периодическое возникновение рвоты, отсутствие аппетита. На протяжении 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. Неоднократно лечился в стационарах и амбулаторно. В последние полгода отмечает резкое ухудшение состояния. За медицинской помощью обратился только сейчас. Анализ крови: эритроциты - $3,7 \times 10^{12}$, Hb-96 г/л, лейкоциты - 6700 в мкл. Общий белок плазмы- 58 г/л. |
| | |
| В | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | У больного рак желудка на фоне длительного язвенного анамнеза. |
| | Диагноз установлен верно. |
| В | Диагноз установлен неточно. |
| Э | Диагноз установлен неверно. |
| | |

| | |
|---|---|
| В | С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? |
| Э | Диагноз необходимо дифференцировать с обострением язвенной болезни, с состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением и язвенным стенозом выходного отдела желудка. |
| | Заболевания для проведения дифференциальной диагностики указаны верно. |
| В | Заболевания для проведения дифференциальной диагностики указаны верно, но с некоторыми неточностями. |
| Э | Заболевания для проведения дифференциальной диагностики указаны неверно. |
| | |
| В | Составьте план обследования больного. |
| Э | Для подтверждения диагноза необходима контрастная рентгеноскопия желудка, гастроскопия с биопсией, компьютерная томография органов брюшной полости и лапароскопия для оценки распространенности опухолевого процесса. |
| | План обследования указан правильно. |
| И | Метод обследования указан правильно, однако с неточностями. |
| У | Метод обследования указан полностью неверно. |
| | |
| В | Тактика лечения? |
| Э | Предоперационная подготовка - проведение инфузионной терапии, направленной на коррекцию водно-электролитных нарушений, коррекция анемии, парентеральное питание. Оперативное лечение. |
| | Выбрана верная тактика лечения. |
| В | Выбрана верная тактика лечения, допущены ошибки. |
| Э | Выбрана неверная тактика лечения. |
| | |
| В | Объем предполагаемого оперативного вмешательства в зависимости от локализации и распространенности процесса в желудке? |
| Э | Объем радикальной операции зависит от локализации опухоли в желудке – субтотальная резекция желудка, либо гастрэктомия. При наличии неудалимой опухоли в выходном отделе желудка и признаков стеноза – показано наложение обходного гастроэнтероанастомоза. При выявлении отдаленных метастазов – эксплоративная лапаротомия. |
| | Выбран верный объем оперативного вмешательства. |

| | |
|---|--|
| В | Указан верный объем оперативного вмешательства, но не полностью. |
| Э | Выбран неверный объем оперативного вмешательства. |

Задача 9

| | |
|----|---|
| И | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | <p>Мужчина, 56 лет, обратился к врачу с жалобами на жидкий черный стул, периодическую рвоту цвета «кофейной гущи», похудение на 5 кг за месяц. Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия пациент отмечает в течение четырех месяцев, когда стал отмечать боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи, снижение аппетита, немотивированную слабость. Лечился самостоятельно, обезболивающие средства, фосфалюгель, омез. Курит (около 25 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 180 см, вес 69 кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно - звук ясный легочный. Аускультативно – дыхание везикулярное. ЧД – 15 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 78 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации немного болезненный в эпигастральном отделе, перитонеальных симптомов нет. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: $E_r - 4,1 \cdot 10^{12}/л$, $H_b - 90 г/л$, $Le - 6,2 \cdot 10^9/л$, $COЭ - 9 мм/ч$.</p> <p>ФГДС: Желудочное кровотечение Forest 2b, инфильтративно-язвенный процесс антрального отдела желудка. Взята биопсия.</p> <p>Гистологическое исследование: в препаратах преобладают фрагменты язвенного детрита, к ним прилегают микрофокусы низкодифференцированной аденокарциномы желудка.</p> <p>ФЛГ: без патологических изменений</p> <p>УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, признаки хронического холецистита. Очаговой патологии не выявлено.</p> |
| В | Предположите наиболее вероятный диагноз. |
| Э | Сг антрального отдела желудка инфильтративно-язвенная форма. Т3N0M0. Желудочное кровотечение Forest 2b. Степень инвазии (Т3) выставлена условно, т.к. не было эндоскопического УЗИ. |
| Р2 | Диагноз поставлен верно. |
| Р1 | Диагноз поставлен не полностью: неверно определена клиническая форма рака. <u>или</u> не указана или неверно определена локализация, стадия по TNM. |
| Р0 | Диагноз поставлен неверно. |
| | |

| | |
|----|--|
| В | Обоснуйте поставленный Вами диагноз. |
| Э | <p>Диагноз рака желудка установлен на основании следующих данных.</p> <p>1) Результаты гистологического исследования (обнаружение в биоптате клеток низкодифференцированной аденокарциномы). 2) Данные фиброгастроскопии (желудочное кровотечение F2b, инфильтративно-язвенный процесс антрального отдела желудка). 3) Данные анамнеза заболевания: постепенное начало заболевания, наличие симптомов желудочно-кишечного кровотечения (рвота «кофейной гущей», мелена) потеря массы тела. Боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи. 4). С учетом данных объективного осмотра (дефицит массы тела, бледность кожных покровов, болезненность в эпигастрии при пальпации живота) и лабораторных данных (анемия Hb 90 г\л).</p> <p>Стадия по TNM выставлена условно исходя из инструментальных исследований, клинически исключающих диссеминацию опухоли по лимфатическим узлам (УЗИ) и отсутствие отдаленных метастазов (ФЛГ, УЗИ,)</p> <p>Определение локализации процесса и клиническая форма рака основаны на данных эндоскопического обследования (ФГДС инфильтративно-язвенный процесс антрального отдела желудка).</p> <p>Диагноз желудочного кровотечения установлен на основании жалоб: рвота цвета «кофейной гущи», черный жидкий стул (мелена), данных объективного осмотра (бледность кожных покровов), данных лабораторного исследования (снижение гемоглобина крови до 90 гр\л). Данных эндоскопического исследования (желудочное кровотечение F2b – сверток крови на дне язвы)</p> |
| P2 | Диагноз обоснован верно. |
| P1 | <p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, неверно выставлена стадия по TNM <u>или</u> обоснование клинической формы, локализации, стадии процесса, дано неверно.</p> |
| P0 | Диагноз обоснован полностью неверно. |
| | |
| В | Укажите, какой дополнительный метод инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор. |
| Э | <p>Пациенту необходимо: биохимический анализ крови для оценки протеинемии и прочих биохимических показателей крови (амилаза, трансаминазы, мочевины, билирубин, креатинин, глюкоза крови) проведение МРТ органов брюшной полости для исключения метастатического поражения лимфатических узлов и отдаленных метастазов, для чего желательно назначить и ПЭТ. Также целесообразно провести эндоскопическое УЗИ стенки желудка в зоне поражения и регионарных лимфатических узлов.</p> |
| P2 | Методы дообследования указаны правильно и обоснованы верно. |

| | |
|----|---|
| P1 | Методы дообследования указаны правильно, но не обоснованы или обоснованы неверно. |
| P0 | Методы дообследования указаны неправильно. |
| | |
| V | Предложите лечение пациента. Обоснуйте свой выбор. |
| Э | Пациенту должна быть выполнена гастрэктомия с лимфодиссекцией Д2 после проведения предоперационной подготовки: гемостатическая терапия (этамзилат, транексам), инфузионная терапия для восстановления ОЦК. Коррекция гипопропротеинемии (при наличии) и анемии. Выбор обоснован морфологической формой процесса (низкодифференцированная аденокарцинома), инвазией первичной опухоли в стенку желудка, впервые выявленным эпизодом желудочного кровотечения. После гистологической оценки операционного материала выставляется окончательная стадия заболевания, принимается решение о проведении химиотерапии и лучевой терапии. |
| P2 | Выбрана верная тактика лечения, выбор правильно обоснован. |
| P1 | Выбрана верная тактика лечения, однако выбор не обоснован |
| P0 | Ответ неверный: названа неверная тактика лечения пациента. |
| | |
| V | Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Какова тактика дальнейшего амбулаторного наблюдения. Обоснуйте Ваш выбор. |
| Э | После гистологической оценки операционного материала выставляется окончательная стадия заболевания. По необходимости назначается консультация химиотерапевта, по рекомендациям которого принимается решение о назначении химиотерапии. Пациент встает на диспансерный учет в поликлинику, где с периодичностью каждые 6 месяцев проходит контрольное обследование (УЗИ, МРТ, рентгеноскопию ЖКТ, общий и биохимический анализы крови). В зависимости от динамики процесса (рецидивы, метастазирование либо гладкое течение) принимается решение о назначении дополнительного лечения: химиотерапия, радиотерапия, повторная операция. |
| P2 | Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно. |
| P1 | Тактика ведения пациента выбрана верно, но не обоснована или обоснована неверно. |
| P0 | Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно. |

Задача 10

| | |
|---|--|
| И | ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ |
| У | Пациент 19 лет обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра Жалобы |

| | |
|---|--|
| | <p>На умеренно выраженные головные боли, общую слабость</p> <p>Анамнез заболевания</p> <ul style="list-style-type: none"> • хронические заболевания: хронический гастрит • вредные привычки: отрицает • аллергические реакции на медикаменты отрицает • опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен <p>Анамнез жизни</p> <p>В 2016 году установлен диагноз: Остеосаркома левой бедренной кости. Проведено лечение (в онкологическом центре): хирургическое: (сегментарная резекция, остеосинтез). В предоперационном периоде проведено 3 курса ПХТ (с включением доксорубицина, ифосфамида), в послеоперационном - 5 курсов ПХТ (с включением доксорубицина, ифосфамида).</p> <p>В мае 2018года появились жалобы на головные боли. При КТ-исследовании головного мозга от 02.05.2018 года было обнаружено объемное образование теменно-затылочной области левого полушария головного мозга. Больной направлен в поликлинику онкологического центра.</p> <p>Объективный статус</p> <p>Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 3. Вес 70 кг, рост 187 см. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли и атрофии нет. Кости и суставы: St.localis: область послеоперационного рубца на левом бедре без патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание с жестким оттенком с двух сторон, хрипов нет. ЧДД 14/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 59/минуту, АД 121/80 мм рт.ст.</p> <p>Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. Неврологический статус: Сознание ясное. Общемозговая симптоматика в виде умеренно выраженных головных болей. Движение глаз: нарушений нет. Конвергенция не нарушена. Аккомодация содружественная справа, содружественная слева. Снижение чувствительности на лице нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Гипестезия справа. Суставно-мышечное чувство сохранено. Двигательные функции не нарушены. Мышечный тонус не изменен. Мозжечковые функции не нарушены. Сухожильные и периостальные рефлексы не изменены, равномерны. Менингеальный симптомы отрицательные.</p> |
| | |
| В | Назовите необходимый инструментальный метод диагностики |
| Э | МРТ головного мозга с контрастным усилением |
| | |
| В | Какие методы исследования необходимы для оценки распространенности процесса и постановки диагноза? |
| Э | УЗИ органов брюшной полости и малого таза, шейно-надключичных областей и забрюшинного пространства. КТ органов грудной клетки. сцинтиграфия костей скелета |
| | |

| | |
|---|---|
| В | <p>Заключение МРТ : Опухоль левой теменнозатылочной области головного мозга. КТ органов грудной клетки В легочной ткани обоих легких отмечаются очаговые тени:</p> <p>а) справа в S2 два очага, единичный очаг в S4, два очага в S8 и один очаг в S10;</p> <p>б) слева в S6, S8 и S9 два очага до 0.5 см., в S4 и S10 до 0.7 см.</p> <p>По костальной и медиастинальной плевре с обеих сторон визуализируются очаги уплотнения до 0.7 см. Трахея и бронхи проходимы. Жидкости в плевральных полостях нет.</p> <p>Сцинтиграфия костей скелета Определяются участки повышенного накопления РФП в левой бедренной кости Участок занимает большой и малый вертелы, межвертельную область и верхнюю треть диафиза. Изменения такого же рода имеются и в правой бедренной кости, распространяясь от латерального и медиального мыщелков и занимая верхнюю треть диафиза. Кроме того, визуализируется участок гиперфиксации, умеренной интенсивности, расположенный в проекции метастатического поражения головного мозга. Какой диагноз можно предположить?</p> |
| Э | Остеосаркома левой бедренной кости Состояние после комбинированного лечения в 2016 году. Прогрессирование заболевания в 2018 году: метастазы в легких, головном мозге, костях скелета |
| | |
| В | Какая тактика лечения на 1 этапе? |
| Э | Хирургическое лечение |
| | |
| В | Выбор тактики хирургического лечения пациента определяется на основании: |
| Э | Офтальмологического исследования |
| | |
| В | На 2 этапе лечения пациента рекомендовано: |
| Э | Проведение лучевой терапии |
| | |
| В | На 3 этапе лечения пациента рекомендовано: |
| Э | Проведение лекарственной терапии |
| | |
| В | Назовите схему химиотерапии для пациента |
| Э | <p>схема AP: Доксорубин 90 мг/ M² в/в &#43; Цисплатин 120 Мг/М² в/в или в/а инфузия в 1-й день, каждые 4 недели.</p> <p>Схема HD I: Ифосфамид 2000 мг/ M² в/в В 1-7-й дни</p> |
| | |
| В | Больные остеосаркомой, закончившие этап комбинированного лечения, должны наблюдаться с периодичностью 1 раз в..... |
| Э | 3 месяца в течение первых 2 лет, далее — 1 раз в 6 мес. до общей продолжительности 5 лет |
| | |
| В | Какой алгоритм при обнаружении мтс в ЦНС? |
| Э | МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием каждые 3 месяца |

| | |
|---|---|
| | |
| В | Применение остеомодифицирующих агентов с целью купирования болевого синдрома должно начинаться как можно раньше и может сочетаться с одновременным использованием.... |
| Э | НПВС, опиоидных и неопиоидных анальгетиков, ГКС |
| | |
| В | В процессе лечения золедроновой кислотой требуется контроль каких показателей крови? |
| Э | биохимических показателей (кальция, фосфатов, магния) |
| | |

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

| Код компетенции | Качественная оценка уровня подготовки | | Процент правильных ответов |
|------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------------------|
| | Балл | Оценка | |
| ПК-2, ПК-5, ПК-6 | 5 | Отлично | 90-100% |
| | 4 | Хорошо | 80-89% |
| | 3 | Удовлетворительно | 70-79% |
| | 2 | Неудовлетворительно | Менее 70% |

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

| Код компетенции | Оценка 5 «отлично» | Оценка 4 «хорошо» | Оценка 3 «удовлетворительно» | Оценка 2 «неудовлетворительно» |
|------------------|--|--|---|---|
| ПК-2, ПК-5, ПК-6 | Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования | Твердые знания программного материала, допустимы несущественные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический | Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач | Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий |

| | | | | |
|--|--|---------|--|--|
| | | аппарат | | |
|--|--|---------|--|--|

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАКОЛОГИИ (ОРДИНАТУРА)

3. ПОКАЗАТЕЛИ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

3.1. Критерии и шкалы оценивания выполнения тестовых заданий

| Код компетенции | Качественная оценка уровня подготовки | | Процент правильных ответов |
|------------------------|---------------------------------------|---------------------|----------------------------|
| | Балл | Оценка | |
| УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6 | 5 | Отлично | 90-100% |
| | 4 | Хорошо | 80-89% |
| | 3 | Удовлетворительно | 70-79% |
| | 2 | Неудовлетворительно | Менее 70% |

3.2. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся

| Код компетенции | Оценка 5 «отлично» | Оценка 4 «хорошо» | Оценка 3 «удовлетворительно» | Оценка 2 «неудовлетворительно» |
|------------------------|--|--|---|---|
| УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6 | Глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологией и методиками исследований, методами моделирования | Твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математический и статистический аппарат | Знание основного материала, допустимы неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач | Незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий |

3.3. Критерии и шкала оценивания знаний обучающихся при проведении промежуточной аттестации в форме зачета

«ЗАЧТЕНО» – обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о знании и понимании основного программного материала; раскрывает вопросы Программы по дисциплине верно, проявляет способность грамотно использовать данные обязательной литературы для формулировки выводов и рекомендаций; показывает действенные умения

и навыки; излагает материал логично и последовательно; обучающийся показывает прилежность в обучении.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - обучающийся дает ответы на вопросы, свидетельствующие о значительных пробелах в знаниях программного материала по дисциплине; допускает грубые ошибки при выполнении заданий или невыполнение заданий; показывает полное незнание одного из вопросов билета, дает спутанный ответ без выводов и обобщений; в процессе обучения отмечаются пропуски лекций и занятий без уважительных причин, неудовлетворительные оценки по текущей успеваемости.