

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

## **ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **ОНКОЛОГИЯ**

Специальность 31.08.57 Онкология  
*код, наименование*

Кафедра: онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики им профессора Н.Е.  
Яхонтова

Форма обучения: очная

Нижний Новгород  
2023

### 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Онкология» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Онкология». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Онкология» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

### 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Текущий	Раздел 1. Общая онкология	Ситуационные задачи
		Раздел 2. Опухоли мочеполовой системы	Ситуационные задачи
		Раздел 3. Опухоли других локализаций	Ситуационные задачи
	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Тестовые задания

### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестовых заданий.

4.1. Тестовые задания для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

**Раздел 1. «Общая онкология»**

1. К ПРИЗНАКУ КАХЕКСИИ ОТНОСИТСЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ
  - 10% за последние 12 мес.
  - 10% за последние 6 мес.
  - 5% за последние 12 мес.
  - + 5% за последние 6 мес.
  
2. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПО СИСТЕМЕ TNM ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ
  - врожденных новообразований
  - доброкачественных опухолей
  - + злокачественных опухолей
  - предопухолевых состояний
  
3. ПРЕИНВАЗИВНАЯ ФОРМА РАКА ТОЧНО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ
  - + при прицельной биопсии
  - при проточной цитометрии
  - рентгенологически
  - эндоскопически
  
4. СИМВОЛ «М» В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ
  - метастазов в отдалённые группы лимфатических узлов
  - + метастазов в отдалённых органах
  - первичной опухоли
  - регионарных лимфатических узлов
  
5. ОТДАЛЁННЫЕ МЕТАСТАЗЫ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК
  - G1
  - + M1
  - N1
  - T1
  
6. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ В КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
  - компьютерная томография
  - магнитно-резонансная томография
  - рентгенологическое исследование
  - + скintiграфия
  
7. СИМПТОМАТИЧЕСКИМ НАЗЫВАЕТСЯ ВИД ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ
  - 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
  
8. СИМВОЛ «N» В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ

- всех групп лимфатических узлов выше или ниже диафрагмы
- любых групп лимфатических узлов
- метастазов в отдалённые органы
- + только регионарных лимфатических узлов

#### 9. ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ ОПУХОЛИ ПО СИСТЕМЕ TNM И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ

- + выработка плана лечения
- определение прогноза трудоспособности
- оценка эффективности лечения
- проведение обмена медицинской информацией

#### 10. ЛАЗЕРНАЯ ВАПОРИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ

- аденокарцином из придатков кожи
- + поверхностных форм базалиом
- поверхностных форм плоскоклеточного рака
- рака из клеток Меркеля

#### 11. ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЦИДИВА ЗАБРЮШИННОЙ НЕОРГАННОЙ ОПУХОЛИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ

- лучевого лечения
- симптоматической терапии
- химиотерапевтического лечения
- + хирургического удаления

#### 13. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- лучевой
- регионарная химиотерапия
- системная химиотерапия
- + хирургический

#### 14. ПРИ ВСЕХ СТАДИЯХ РАКА ЯИЧНИКОВ ЛЕЧЕНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С ПРОВЕДЕНИЯ

- 3 циклов платиносодержащей химиотерапии
- 4 циклов платиносодержащей химиотерапии
- 6 циклов платиносодержащей химиотерапии
- + циторедуктивной операции в полном или оптимальном объёме

#### 15. ОПЕРАЦИЕЙ ВЕРТГЕЙМА НАЗЫВАЮТ

- надвлагалищную ампутацию матки с придатками
- + расширенную экстирпацию матки с придатками
- экстирпацию матки с придатками + резекцию большого сальника
- экстирпацию придатков матки

#### 16. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- лучевая терапия
- полихимиотерапия
- таргетная терапия

+ хирургический

#### 17. ПОД КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ

- 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

#### 18. СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В ПИЛОРОАНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- гастростомия
- + гастроэнтероанастомоз
- пилоропластика
- проксимальная субтотальная резекция желудка

#### 19. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В ПРОЦЕССЕ ХИМИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

- ифосфамида
- митомицина
- нитрозометилмочевины
- + производных платины

#### 20. АДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- 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

#### 21. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АДЬЮВАНТНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- изучение лекарственного патоморфоза для планирования дальнейшего лечения
- уменьшение размеров опухолевой массы
- усиление степени повреждения опухоли
- + эрадикация микрометастазов

#### 22. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ

- + гормонотерапии
- лучевой терапии
- химиотерапии
- хирургического лечения

#### 23. КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

- + лечения лейкопении
- ликвидации карциноидного синдрома
- повышения иммунной защиты организма

- синхронизации деления опухолевых клеток

#### 24. КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ

- ингибирования ферментов
- + купирования синдрома цитопении
- ликвидации карциноидного синдрома
- синхронизации деления опухолевых клеток

#### 25. ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ РОСТА ОПУХОЛИ В ОРГАНИЗМЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА

- + гормональные рецепторы в клеточной мембране
- онкобелки
- транскрипционный фактор
- цитоплазму

#### 26. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ БОЛЬШИНСТВА ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ АНТИМЕТАБОЛИТОВ СОСТОИТ В

- ингибировании митоза путём воздействия на микротубулины
- + ингибировании ферментов
- образовании ковалентных связей с ДНК
- синхронизации деления опухолевых клеток

#### 27. ЕДИНСТВЕННЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРОЕ МОЖНО ИЗЛЕЧИВАТЬ С ПОМОЩЬЮ ХИМИОПРЕПАРАТОВ ДАЖЕ ПРИ НАЛИЧИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

- забрюшинная неорганный опухоль
- недифференцированный рак носоглотки
- немелкоклеточный рак лёгкого
- + трофобластическая опухоль

#### 28. МЕСТНОЙ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ РЕАКЦИЕЙ НАЗЫВАЮТ

- + изменения в облученных тканях, возникшие в процессе лучевой терапии или в течение 3 мес. после ее окончания
- изменения в облученных тканях, возникшие через 3 мес. после лучевой терапии
- реакцию всего организма на облучение
- реакцию эндокринной системы на облучение

#### 29. К ДИСТАНЦИОННЫМ МЕТОДАМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ

- аппликационный
- внутрисполостной
- внутритканевой
- + гамма-терапия

#### 30. К КОНТАКТНОМУ МЕТОДУ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ

- + внутритканевая гамма-терапия
- нейтронная терапия
- облучение тормозным излучением электронов высоких энергий;

- протонная терапия

31. НАИБОЛЕЕ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- остеогенная саркома
- ретикулосаркома
- + саркома Юинга
- фибросаркома

32. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ

- гигантоклеточной опухоли
- + остеоме
- ретикулосаркоме
- эозинофильной гранулеме

33. ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПОДВЕДЕНИЕ СУММАРНОЙ ДОЗЫ (В ГР)

- 20-30
- 30-50
- + 50-70
- 70-90

34. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ОБЛУЧЕНИИ ЖЕЛУДКА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ОБЛУЧЕНИЕ В СОЧЕТАНИИ С

- + кратковременной газовой гипоксией
- кратковременной искусственной гипергликемией
- локальной гипертермией
- электроноакцепторными соединениями

35. МЕТОД ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

- источников излучения, вводимых в естественные полости человека
- + облучения внешними пучками
- облучения радиоактивными препаратами, имеющими тропность к опухоли
- эндолимфотического введения радионуклидов

36. ПОД ДОЗНЫМ ПОЛЕМ ПОНИМАЮТ

- коридор доз, в пределах которого может быть реализован тумороцидный эффект лучевой терапии
- объем облучаемого объекта
- площадь облучаемого объекта
- + пространственное распределение поглощенной дозы в облучаемой части тела больного

37. ИСТОЧНИКОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ТКАНЬ

- внутренних органов
- зрелая, хорошо специализированная
- + с выраженной физиологической пролиферацией
- с пониженной пролиферативной активностью

38. КАРЦИНОИДНЫЙ СИНДРОМ ОБУСЛОВЛЕН ВЫБРОСОМ В КРОВОТОК

- гастрин
- глюкагон
- инсулин
- + серотонин

39. ОНКОГЕННЫМ ВИРУСОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С РАЗВИТИЕМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- вирус гепатита В
- вирус гепатита С
- + вирус папилломы человека
- цитомегаловирус

40. ЭКТОПИЧЕСКИЕ ЭНДОКРИННЫЕ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ У БОЛЬНЫХ \_\_\_\_\_ ЛЁГКОГО

- аденокарциномой
- бронхиоло-альвеолярным раком
- + мелкоклеточным раком
- плоскоклеточным раком

41. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ СИМПТОМУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОСТИ ОТНОСЯТ

- + боль
- наличие опухолевидного образования
- ограничение подвижности в суставе
- патологический перелом

42. ПАРЕНХИМУ НОВООБРАЗОВАНИЯ СОСТАВЛЯЮТ

- кровеносные и лимфатические сосуды
- нервные и клеточные элементы стромы
- + собственно опухолевые клетки
- соединительные ткани

## Раздел 2. «Опухоли мочеполовой системы»

43. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ВУЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ РАК

- аденоквамозный
- железистый
- низкодифференцированный
- + плоскоклеточный

44. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ РАКА ВЛАГАЛИЩА ЯВЛЯЕТСЯ РАК

- аденоквамозный
- железистый
- + плоскоклеточный
- светлоклеточный

45. МАРКЕРОМ ТРОФОБЛАСТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- альфа-фетопротеин
- лютеинизирующий гормон



- + хорионический гонадотропин
- хорионический тиреотропин

46. К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСЯТ

- ежегодное проведение ультразвукового исследования органов малого таза
- ежегодное проведение цервикометрии
- регулярное самообследование молочных желез
- + своевременное выявление и лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки

47. ПРИ III СТАДИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- гормональное лечение
- + сочетанное лучевое лечение
- химиотерапия
- хирургическое лечение

48. ДЛЯ РАКА ЯИЧНИКА IV СТАДИИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

- + двух яичников без прорастания капсулы
- одного яичника
- одного яичника и асцит
- одного яичника и прорастанием капсулы

49. РАК ВУЛЬВЫ I СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ НОВООБРАЗОВАНИЯ РАЗМЕРОМ ДО (В СМ)

- + 2
- 3
- 4
- 5

50. К РАННЕМУ РАКУ ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСЯТ

- + интраэпителиальный рак (сг in situ)
- рак шейки матки I а стадии
- рак шейки матки II стадии
- тяжелую степень дисплазии

51. ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ НЕФРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПОЧКИ II СТАДИИ (T2N0M0) ПРОВОДИТСЯ

- + динамическое наблюдение
- иммунотерапия
- лучевая терапия
- таргетная терапия

52. ПАССИВНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ОПУХОЛИ ПОЧКИ В ПОЧЕЧНУЮ ИЛИ ПОЛУЮ ВЕНЫ ОТНОСЯТСЯ К СИМВОЛУ

- M1
- N1
- + T3
- T4

53. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- одиночный очаг поражения слизистой

- редкое рецидивирование
- частое отдалённое метастазирование
- + частое рецидивирование

54. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИССЕМНИРОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- + гормонотерапия
- иммунотерапия
- лучевая терапия
- химиотерапия

55. ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЕРОМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- адренкортикотропный гормон
- + простатспецифический антиген
- трофобластический бета-глобулин
- хорионический гонадотропин

56. СТАНДАРТОМ В ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ С НИЗКИМ И УМЕРЕННЫМ РИСКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- дистанционная лучевая терапия
- неоадьювантная химиотерапия
- трансуретральная резекция мочевого пузыря
- + трансуретральная резекция мочевого пузыря + адьювантная внутривезикулярная химиотерапия

57. НАИБОЛЬШИМ ЭФФЕКТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИССЕМНИРОВАННОГО РАКА ПОЧКИ ОБЛАДАЕТ

- гормональная терапия
- иммунотерапия
- лучевая терапия
- + таргетная терапия

58. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- аденокарцинома
- мелкоклеточный
- + переходноклеточный
- плоскоклеточный

### **Раздел 3. «Опухоли других локализаций»**

59. ОСНОВНЫМ НАЧАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- + деформация в области щитовидной железы
- затруднение дыхания
- наличие увеличенных регионарных лимфоузлов
- общий опухолевый симптомокомплекс (вялость, слабость, адинамия)

60. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ, БЕСПОКОЯЩИМ БОЛЬНОГО РАКОМ РОТОГЛОТКИ, ЛОКАЛИЗУЮЩИМСЯ В ОБЛАСТИ КОРНЯ ЯЗЫКА И НЁБНЫХ МИНДАЛИН, НА РАННЕЙ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- боль при глотании со стороны поражения

- неприятный запах изо рта
- + неудобство при глотании со стороны поражения
- трудности при открывании рта (тризм)

61. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ» НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- ангиографию
- + биопсию с морфологическим исследованием
- компьютерную томографию
- сиалографию

62. МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛЯРНОГО ИЛИ Фолликулярного РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СТАДИИ T1N0M0 У БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ ДО 45 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

- лечение радиоактивным йодом
- лучевая терапия
- терапия тирозинкиназными ингибиторами
- + хирургический

63. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА С ПАПИЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УЗЕЛ ДО 6 СМ, ОПУХОЛЬ ПРОРАСТАЕТ ТРАХЕЮ ДО КАРИНЫ, МЕТАСТАЗЫ В ЛЁГКИХ И КОСТЯХ, ТО ЕМУ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ

- лучевую терапию
- + сорафениб или ленватиниб
- тиреодэктомия с последующей радиойодтерапией
- химиотерапию (доцетаксел+доксорубицин)

64. БОЛЬНОМУ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ НЕОРОГОВЕВАЮЩИМ РАКОМ ГОРТАНИ IA СТАДИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕВОЙ ГОЛОСОВОЙ СВЯЗКИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

- боковую резекцию гортани с послеоперационной лучевой терапией
- боковую резекцию гортани с предоперационной лучевой терапией
- ларингэктомию
- + самостоятельную дистанционную лучевую терапию

65. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА НОСОГЛОТКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- иммунотерапия
- лучевой
- + химиолучевой
- хирургический

66. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМЫМ СИМПТОМОМ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- изменение голоса
- наличие болей в шее с иррадиацией в плечо
- + наличие пальпируемого узла на шее
- нарушение глотания

67. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ» НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

- ангиографию

- компьютерную томографию
- + пункцию опухоли с последующим цитологическим исследованием
- сиалографию

68. ПРИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ЛЁГКОГО 2 СТАДИИ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- лучевая терапия
- химиолучевое лечение
- химиотерапия
- + хирургическое лечение

69. МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ЛЕГКОГО, ПОВЫШАЮЩЕЙ УРОВЕНЬ НЕЙРОН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ РАК

- железистый
- + мелкоклеточный
- недифференцированный
- плоскоклеточный

70. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- + компьютерная томография органов грудной клетки
- рентгенография органов грудной клетки
- фибробронхоскопия
- флюорография

71. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- комбинированный
- лучевая терапия
- химиотерапия
- + хирургический

72. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПЕРЕДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- лучевая терапия
- полихимиотерапия
- таргетная терапия
- + хирургический

73. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ОРТОГРАДНОГО ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЁГКИХ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ МЕТАСТАЗЫ В \_\_\_\_\_ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

- бронхопульмональные
- нижние трахеобронхиальные (бифуркационные)
- паратрахеальные
- + пульмональные

74. СИМПТОМЫ ГЛОТОЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОГО АППАРАТА ГЛОТКИ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ РАКЕ \_\_\_\_\_ ПИЩЕВОДА

- абдоминального сегмента
- нижнегрудного отдела
- среднегрудного отдела
- + шейного и верхнегрудного отделов

75. ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННОМ РАКЕ ТЕЛА ЖЕЛУДКА СТАНДАРТНЫМ ВИДОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- + гастрэктомия с лимфодиссекцией D2
- дистальная субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией D1
- клиновидная резекция желудка
- эндоскопическая резекция слизистой желудка с диссекцией подслизистого слоя

76. ПРИ РАКЕ ТЕЛА ЖЕЛУДКА РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ СЧИТАЕТСЯ

- гастроэнтеростомия
- + гастрэктомия
- дистальная субтотальная резекция
- проксимальная субтотальная резекция

77. ПРИ ОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА С ЯВЛЕНИЯМИ СТЕНОЗА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- гастродуоденостомии
- гастроэнтеростомии
- пилоропластики
- + субтотальной дистальной резекции желудка

78. РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА С ОДНОМОМЕНТНОЙ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОЙ ПЛАСТИКОЙ ЖЕЛУДКОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЕЙ

- Бильрот
- + Льюиса
- Николаева
- Пейти

79. ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЁРОМ ПРИ РАКЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- $\beta$ -хорионический гонадотропин
- + АФП ( $\alpha$ -фетопротеин)
- РЭА (раковый эмбриональный антиген)
- кислая фосфатаза

80. КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ РАКЕ \_\_\_\_\_ КИШКИ

- + левой половины ободочной
- поперечной ободочной
- правой половины ободочной
- прямой

81. К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ МОЖНО ОТНЕСТИ

- болезнь Крона
- гиперпластический полип
- + диффузный семейный полипоз толстой кишки
- неспецифический язвенный колит

82. ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА G1 ОЗНАЧАЕТ

- высокую злокачественность
- недифференцированную опухоль
- + низкую злокачественность
- умеренную злокачественность

83. ГАСТРЭКТОМИЯ С РЕЗЕКЦИЕЙ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ \_\_\_\_\_ ОПЕРАЦИЕЙ

- + комбинированной
- расширенной
- симультантной
- сочетанной

84. МЕТОДОМ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

- иммунотерапия
- лучевая терапия
- химиотерапия
- + хирургический

85. ЧАСТОТА ЛОКАЛИЗАЦИИ БАЗАЛИОМЫ НА КОЖЕ ЛИЦА СОСТАВЛЯЕТ (В %)

- 10-15
- 50-55
- 60-70
- + 94-97

86. БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ

- верхних конечностей
- + лица
- нижних конечностей
- туловища

87. ПРИ IV УРОВНЕ ИНВАЗИИ КОЖИ ПО КЛАРКУ МЕЛАНОМА

- + инфильтрирует глубокий ретикулярный слой дермы
- инфильтрирует папиллярно-ретикулярный слой дермы
- инфильтрирует подкожную клетчатку
- располагается под базальной мембраной до папиллярного слоя дермы

88. НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАН КРИОГЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА КОЖИ НА

- верхних конечностях
- + лице
- нижних конечностях
- теле

89. ПРИ II УРОВНЕ ИНВАЗИИ КОЖИ ПО КЛАРКУ МЕЛАНОМА

- инфильтрирует глубокий ретикулярный слой дермы
- инфильтрирует папиллярно-ретикулярный слой дермы
- инфильтрирует подкожную клетчатку
- + располагается под базальной мембраной до папиллярного слоя дермы

90. К ПЯТОМУ УРОВНЮ ИНВАЗИИ МЕЛАНОМЫ ПО КЛАРКУ ОТНОСЯТ ОПУХОЛЬ С

- клетками, находящимися в сетчатом слое дермы
- клетками, начинающими прорастать в верхний, сосочковый слой дермы
- клетками, располагающимися в пределах эпидермального слоя
- + ростом опухолевых клеток в подкожной жировой клетчатке

91. НА КОЖЕ ЛИЦА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РАЗВИВАЕТСЯ \_\_\_\_\_ МЕЛАНОМА

- беспигментная
- + лентигинозная
- поверхностно-распространяющаяся
- узловая

92. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕЛАНОМЫ НА КОЖЕ I ПАЛЬЦА СТОПЫ ПОКАЗАНО

- + ампутация I пальца (экзартикуляция)
- иссечение опухоли с пластикой кожным лоскутом
- иссечение опухоли с пластикой местными тканями
- лазерное или криогенное воздействие

93. РЕЗИСТЕНТНОЙ К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ФОРМОЙ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ

- пигментированная
- поверхностная
- + склеродермоподобная
- язвенная

94. ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ

- + комбинированному лечению
- физиотерапии, включая рассасывающую
- химиотерапии
- экономному иссечению опухоли

95. РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОЙ ОСТЕОСАРКОМЫ АССОЦИИРОВАНО С НАСЛЕДСТВЕННЫМ СИНДРОМОМ

- Дауна
- Линча
- + Ротмунда – Томсона
- Шершевского – Тернера

96. ДЛЯ ХОНДРОСАРКОМЫ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ СВОЙСТВЕННО

- быстрый рост
- + медленное развитие с малой выраженностью симптомов
- наличие сильных постоянных болей
- частые патологические переломы

97. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОСТИ ОТНОСЯТ

- диафизы длинных трубчатых костей
- + метаэпифизы длинных трубчатых костей
- плоские кости

- позвоночник

98. САМУЮ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ГЕМАТОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НАБЛЮДАЮТ В

- головном мозге
- костях
- + лёгких
- печени

99. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОСАРКОМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ РАДИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

- <sup>201</sup>Tl-хлорид
- <sup>99m</sup>Tc-DMSA
- <sup>99m</sup>Tc-Технетрил
- + <sup>99m</sup>Tc-Фосфотех

100. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО САРКОМЫ КОСТЕЙ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

- + бедренной кости
- локтевой кости
- плечевой кости
- рёбрах

101. КАКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ СООТВЕТСТВУЕТ ТРОЙНОЙ НЕГАТИВНЫЙ ПОДТИП РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?

- РЭ(+), Her2neu (-), РП < 20% или Ki67 >30%
- РЭ(+), РП >20%, Her2neu (-), Ki67 < 20%
- РЭ(-), РП(-), Her2neu (+)
- + РЭ(-), РП(-), Her2neu (-)

102. ОДНОЙ ИЗ ХАРАКТЕРИСТИК Т4Б ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- втяжение кожи над опухолью II степени
- + диффузный отек по типу лимонной корки
- прорастание опухоли в грудную стенку
- прорастание опухоли в грудные мышцы

103. ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ГОРМОНОЗАВИСИМОМ (ЛЮМИНАЛЬНЫЙ А, ЛЮМИНАЛЬНЫЙ В ПОДТИПЫ) РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ В МЕНОПАУЗЕ ЭНДОКРИННОЕ ЛЕЧЕНИЕ I ЛИНИИ ПРОВОДЯТ

- аналогами ЛГРГ
- андрогенами
- + антиэстрогенами
- прогестинами

104. К ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ

- мастэктомия по Урбану – Холдину
- радикальная мастэктомия по Маддену
- радикальная мастэктомия по Пейти
- + радикальная резекция



105. К ФАКТОРУ РИСКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ

- длительное вскармливание
- мастопатия
- + наличие мутации генов BRCA-1/BRCA-2
- раннее наступление менопаузы

106. В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАНИМАЕТ \_\_\_\_\_ МЕСТО

- + 1
- 2
- 3
- 4

107. В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У ЖЕНЩИН РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАНИМАЕТ В РОССИИ \_\_\_\_\_ МЕСТО

- + 1
- 2
- 3
- 4

108. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛИМФОГЕННОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОИСХОДИТ ПО \_\_\_\_\_ ПУТИ

- парастеральному
- подключичному
- + подмышечному
- транспекторальному

109. ДЛЯ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ

- + маммографии
- пальпации
- самообследования молочных желез
- ультразвуковой томографии

110. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В

- + кости
- надпочечники
- почки
- средостения

111. НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ ПРОГНОЗА ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ

- лейкоцитоз
- лимфоидное преобладание
- повышение уровня АСТ, АЛТ
- + увеличение медиастинальных лимфоузлов > 1/3 диаметра грудной клетки

112. ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ВЫШЕ ДИАФРАГМЫ И СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ ОТНОСЯТ К \_\_\_\_\_ СТАДИИ

- I
- II
- + III

- IV

113. ПРАВИЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ ШЕИ  
СТАДИИ, СМЕШАННО-КЛЕТОЧНОМ ВАРИАНТЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛИМФОУЗЛОВ  
ШЕЙНО-НАДКЛЮЧИЧНЫХ ЗОН, СРЕДОСТЕНИЯ И ПАХОВО-ПОДВЗДОШНЫХ  
ЛИМФОУЗЛОВ СПРАВА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

- параллельно с проведением курсов химиотерапии
- по радикальной программе на все группы лимфоузлов
- + после химиотерапии на все бывшие зоны поражения
- после химиотерапии на остающиеся зоны поражения

114. ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ ВЫШЕ ДИАФРАГМЫ И СЕЛЕЗЁНКИ ПРИ  
ЛИМФОМЕ СООТВЕТСТВУЕТ \_\_\_\_\_ СТАДИИ

- I
- II
- + III
- IV

115. ПОРАЖЕНИЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ СЛЕВА, МЕДИАСТИНАЛЬНЫХ,  
ПАХОВЫХ ЛИМФОУЗЛОВ И СЕЛЕЗЁНКИ ПРИ ЛИМФОМЕ СООТВЕТСТВУЕТ  
\_\_\_\_\_ СТАДИИ

- I
- II
- + III
- IV

116. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ III А, III Б  
СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- комбинированный (химиолучевой)
- лучевая терапия
- + химиотерапия
- хирургический

117. ДЛЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ ХАРАКТЕРНО  
НАЛИЧИЕ

- + бластных клеток
- нейтрофилёза
- тромбоцитоза
- эритроцитоза

118. ДИАГНОЗ «ЛИМФОМА ХОДЖКИНА» ПОДТВЕРЖДАЕТСЯ ПРИ  
ОБНАРУЖЕНИИ В МИКРОПРЕПАРАТЕ

- + клеток Березовского – Штернберга
- клеток Пирогова – Лангханса
- лимфобластов
- ретикулогистиоцитов

119. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ САРКОМЫ ЮИНГА ЯВЛЯЮТСЯ

- + боль, лихорадка, определяемая опухоль
- кожная сыпь, кашель, тошнота
- патологический перелом, головокружение
- повышение температуры, головная боль

120. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- лучевая терапия + нефрэктомия
- + лучевая терапия + нефрэктомия + химиотерапия
- только нефрэктомия
- химиотерапия + нефрэктомия

121. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК ОТНОСЯТ

- + опухоли яичников
- рак тела матки
- рак шейки матки
- саркомы влагалища

122. ПОРАЖЕНИЕ ПО ТИПУ «ПЕСОЧНЫХ ЧАСОВ» У ДЕТЕЙ СВОЙСТВЕННО

- гепатобластоме
- дисгерминоме яичника
- + нейробластоме
- нефробластоме

123. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ С СЕМЕЙНЫМИ СЛУЧАЯМИ НЕФРОБЛАСТОМЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ КАЖДЫЕ \_\_\_ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ ДО ДОСТИЖЕНИЯ РЕБЁНКОМ 6-7 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА

- + 3
- 4
- 5
- 6

124. С ПОМОЩЬЮ ХИМИОТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО ПОЛНОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ

- мелкоклеточного рака лёгкого
- остеогенной саркомы
- + острого лимфобластного лейкоза у детей
- рака яичников

125. ЕСЛИ У ДЕВОЧКИ 7 ЛЕТ НАБЛЮДАЮТСЯ ЛИХОРАДКА В ТЕЧЕНИЕ 10 ДНЕЙ, ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ, ПОДКОЖНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ И КРОВОИЗЛИЯНИЯ В СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В РОТОГЛОТКЕ, ТО ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- геморрагический васкулит
- инфекционный мононуклеоз
- + острый лейкоз
- тромбоцитопеническая пурпура

**ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ****Раздел 1. «Общая онкология»**

1	г
2	в
3	а
4	б
5	б
6	г
7	б
8	г
9	а
10	б
12	г
13	г
14	г
15	б
16	г
17	г
18	б
19	г
20	г
21	г
22	а
23	а
24	б
25	а
26	б
27	г
28	а
29	г
30	а
31	в
32	б
33	в
34	а
35	б
36	г
37	в
38	г
39	в
40	в
41	а
42	в

**Раздел 2. «Опухоли мочеполовой системы»**

43	г
44	в
45	в
46	г

47	б
48	а
49	а
50	а
51	а
52	в
53	г
54	а
55	б
56	г
57	г
58	в

### Раздел 3. «Опухоли других локализаций»

59	а
60	в
61	б
62	г
63	б
64	г
65	в
66	в
67	в
68	г
69	б
70	а
71	г
72	г
73	г
74	г
75	а
76	б
77	г
78	б
79	б
80	а
81	в
82	в
83	а
84	г
85	г
86	б
87	а
88	б
89	г
90	г
91	б
92	а
93	в

94	а
95	в
96	б
97	б
98	в
99	г
100	а
101	г
102	б
103	в
104	г
105	в
106	а
107	а
108	в
109	а
110	а
111	г
112	в
113	в
114	в
115	в
116	в
117	а
118	а
119	а
120	б
121	а
122	в
123	а
124	в
125	в

### 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: ситуационные задачи по разделам дисциплины.

5.1.1 Ситуационные задачи по дисциплине «Онкология» для оценки компетенций УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12:

#### Задача №1

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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 проведённого 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 №2**

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Пациентка 75 лет обратилась за медицинской помощью с жалобами на резкую

	<p>боль при дефекации, частые прямокишечные кровотечения, постоянное недержание стула. Данные жалобы беспокоят около года, лечилась самостоятельно – без эффекта. При осмотре и дополнительном обследовании выявлены следующие изменения: при наружном осмотре обращает на себя внимание наличие опухоли анального канала по типу «цветной капусты», кровоточащей, занимающей всю полость канала, пальцевое исследование резко болезненное, тонус наружного сфинктера отсутствует. От РРС и ФКС больная отказалась. Гистология – плоскоклеточный неороговевающий рак. МРТ органов малого таза – опухоль анального канала, размером 6см, 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 нет. Консультация гинеколога – стенки влагалища не инфильтрированы, признаков врастания опухоли нет. Показатели анализов крови и мочи без выраженных патологических сдвигов.</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	рак анального канала T3N0M0, II ст.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	<p>диагноз рак анального канала установлен на основании проведённого обследования: осмотра больной, МРТ ОМТ – размер опухоли 6см и её расположение в анальном канале, отсутствие врастания в окружающие ткани, разрушение сфинктерного аппарата, результат гистологического исследования – плоскоклеточный неороговевающий рак, данные КТ ОБП и ГК, УЗИ паховых л/у – признаков диссеминации нет.</p>
В	Какой план лечения в данной ситуации наиболее верный?
Э	<p>Первым этапом целесообразно выполнить операцию в объёме двуствольной сигмостомии, затем 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.</p>
В	После проведённого химиолучевого лечения опухоль полностью регрессировала. Больной предложено ликвидировать сигмостому. Верно ли данное решение?
Э	<p>При полном ответе опухоли целесообразности в проведении брюшно-промежностной операции нет. Необходимо тщательное регулярное обследование пациента для выявления раннего рецидива и метастазирования. Для ликвидации сигмостомы необходимо убедиться в сохранности функции сфинктерного аппарата анального канала, при его работоспособности возможно закрытие сигмостом.</p>
В	Через 3 года после проведённого лечения у пациента верифицированы локальный рецидив размером 1см и диссеминация в паховые л/у справа. Кроме того, по данным КТ ОБП с контрастированием определяются множественные метастазы в обеих долях печени до 3см в диаметре. При КТ органов грудной клетки определяются очаги в обоих лёгких, размером до 8 мм, подозрительные в отношении метастазов. Предложено проводить полихимиотерапию. Верна ли



	данная тактика?
Э	Учитывая диссеминированный характер процесса, пациентке необходимо проводить лекарственное лечение.

## Задача №3

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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 13,2x10 <sup>6</sup> /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 №4

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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 №5

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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 – высокодифференцированная 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 высокодифференцированной опухоли небольших размеров и глубины поражения кишечной стенки, а также возможность выполнения сфинктеросохранной операции, целесообразно начать лечение с курса неоадьювантой 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 проведённого 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 №6

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина, 56 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение полугода. Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией 2 ст в течение 6 лет, у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет установились сразу по 4 дня через 28 дней в умеренном количестве, родов двое, аборт один, постменопауза 6 лет. По поводу кровянистых выделений из влагалища на фоне менопаузы пациентке выполнено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание с гистероскопией, результат гистологии – умереннодифференцированная аденокарцинома. При гистероскопическом исследовании выявлена экзофитнорастающая опухоль дна матки размером 3 см в диаметре. При проведении МРТ исследования органов малого таза и брюшной полости данных за увеличение лимфоузлов не получено. Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме расширенной экстирпации матки с придатками. Результат гистологии - умереннодифференцированная аденокарцинома с инвазивным ростом в миометрии на 15 мм, при толщине последнего в данном месте 20 мм, перехода опухоли на истмическую часть матки и цервикальный канал нет. Придатки – возрастные изменения. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено.
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак тела матки I B стадии (pT1vN0M0), 1-й патогенетический вариант.
P2	Диагноз поставлен верно.

P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса или неправильно определен патогенетический вариант заболевания
P0	Диагноз поставлен неверно.
V	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз рак тела матки установлен на основании жалоб больной на кровомазание в менопаузе, данных анамнеза (кровянистые выделения в течение 6-ти месяцев). Установление стадии рака эндометрия основано на данных гистологического исследования материала в послеоперационном периоде. Патогенетический вариант заболевания определен по наличию сопутствующей патологии: АГ и ожирение.
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака или
P0	Диагноз обоснован полностью неверно.
V	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	Пациентке рекомендовано: для исключения возможности метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для проверки возможности проведения адьювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).
P2	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
P0	План дополнительного обследования составлен полностью не верно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано не верно.
V	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая глубину инвазии опухоли в миометрии больше, чем на половину толщины миометрия необходимо проведение адьювантной лучевой терапии.
P2	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
P1	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика лечения выбрана неверно.
V	Через 6 месяцев после проведенного лечения появился кашель со скудным отделением слизистой мокроты. На контрольных снимках при проведении КТ исследования ОГК выявлена дополнительная тень размерами 2 см в верхней доле левого легкого. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что метастаз солитарный, размеры метастаза целесообразно рассмотреть возможности хирургического лечения

	в объеме верхней левой лобэктомии, или выполнения атипичной резекции левого легкого. При противопоказаниях к хирургическому лечению целесообразна химиотерапия. При необходимости химиотерапия может быть проведена в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
P2	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
P1	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

## Задача №7

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<b>У</b>	<p>Женщина, 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение 12-ти месяцев, сопровождающиеся ноющими болями внизу живота больше слева. Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией в течение года. Акушерский анамнез: менархе с 11 лет. Роды одни, аборт один, менопауза 1 год. Пациентке проведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание с гистероскопией. При гистероскопическом исследовании выявлена экзофитно растущая опухоль трубного угла матки размером 1 см в диаметре. Результат гистологии – высокодифференцированная аденокарцинома. При проведении МРТ исследования органов малого таза и брюшной полости данных за вторичную лимфоаденопатию не получено. Выявлено увеличение левого яичника до размеров 4x5 см. Тumor яичника имеет мелкоячеистую структуру.</p> <p>Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме нижнесрединной лапаротомии, экстирпации матки с придатками, удаления большого сальника. Взяты смывы с висцеральной и париетальной брюшины. Результат гистологического исследования: высокодифференцированная аденокарцинома с инвазивным ростом в миометрий на 5 мм, при толщине последнего в данном месте 10 мм, перехода опухоли на истмическую часть и цервикальный канал нет. В лимфатических сосудах – опухолевые эмболы. Яичник № 1 – серозная цистаденома. Яичник № 2 – на поверхности капсулы опухолевые разрастания до 5 мм. Маточные трубы—склерозированы. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено. Злокачественных клеток в смывах из брюшной полости не получено. Опухоль эндометрия экспрессирует стероидные гормоны.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 38. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 80 уд. в мин., АД – 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза венозная – 5,8 ммоль/л; креатинин – 95 мкмоль/л, мочевины 3,8 ммоль/л.</p>
<b>В</b>	Предположите наиболее вероятный диагноз.
<b>Э</b>	Рак тела матки III A стадии (pT3AN0M0), 1 патогенетический вариант. Киста левого яичника.
<b>P2</b>	Диагноз поставлен верно.

P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса или неправильно определен патогенетический вариант заболевания
P0	Диагноз поставлен неверно.
B	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз рак тела матки установлен на основании жалоб больной на кровомазание в менопаузе, данных анамнеза (кровянистые выделения в течение 12-ти месяцев). Установление стадии рака эндометрия основано на данных гистологического исследования материала в послеоперационном периоде. Патогенетический вариант заболевания определен по наличию сопутствующей патологии: АГ и ожирения.
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака или отсутствует или неверное обоснование патогенетического варианта
P0	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	Пациентке рекомендовано: для исключения возможности метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для оценки возможности проведения адьювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы клиничко-лабораторные исследования, данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).
P2	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
P0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.
B	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая стадию заболевания необходимо проведение нескольких курсов химиотерапии. Затем, учитывая глубину инвазии опухоли в миометрии больше, чем наполовину необходимо проведение лучевой терапии. После проведения лучевой терапии возможно продолжение химиотерапии.
P2	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
P1	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика лечения выбрана неверно.
B	Через 12 месяцев после проведенного лечения появились мажущие кровянистые выделения из вагины. При обследовании выявлена опухоль на передней стенке слизистой культи влагалища 1 см в диаметре. Опухоль

	плотно-эластичной консистенции, ограничена в подвижности. Инфильтрации в параметриях не определяется. На контрольных снимках при проведении МРТ исследования органов малого таза данных за вторичное поражение мочевого пузыря и прямой кишки не выявлено. При гистологическом исследовании опухоли - метастаз высокодифференцированной аденокарциномы эндометрия с инвазивным ростом 2 мм при толщине препарата 3 мм.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что метастаз во влагалище солитарный, размеры метастаза целесообразно рассмотреть возможности проведения брахитерапии – контактной лучевой терапии.
P2	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
P1	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

## Задача №8

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 32 лет, обратилась к врачу с жалобами на контактные кровянистые выделения из влагалища в течение полугода, сопровождающиеся периодическими ноющими болями внизу живота. Из анамнеза известно, что пациентка страдает хроническим воспалением придатков матки в течение 5 лет. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет, родов 2, аборт 3. Пациентке проведена кольпоскопия с биопсией подозрительного участка шейки матки. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль задней губы шейки матки 4 см в диаметре. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 58 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. При проведении МРТ исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства данных за вторичную лимфаденопатию не получено.</p> <p>Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме расширенной экстирпации матки с придатками (экстирпации матки с придатками и тазовая лимфаденэктомия). Сохранение яичников было нецелесообразным ввиду хронического воспалительного процесса придатков матки в анамнезе. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки IB2 стадии (pT1v2N0M0), эндометрий—фаза секреции. Придатки № 1 и № 2 – хронический сальпингоофорит. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, мочевины 3,8 ммоль/л, креатинин – 67 мкмоль/л,</p>



В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак шейки матки I B 2 стадии (pT1v2N0M0).
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса.
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз рак шейки матки установлен на основании жалоб больной на контактные кровянистые выделения из вагины. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль задней губы шейки матки 4 см в диаметре. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 58 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. Установление стадии рака шейки матки основано на данных гистологического исследования материала в послеоперационном периоде.
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака шейки матки.
P0	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	Пациентке рекомендовано: для определения состояния смежных с маткой органов выполнение цистоскопии и ректороманоскопии. При плоскоклеточной карциноме – определение онкомаркера плоскоклеточного рака - уровня SCC в сыворотке крови. Для исключения возможности метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для проверки возможности проведения адьювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).
P2	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
P0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая размеры опухоли шейки матки необходимо проведение адьювантного лечения после операции: сочетано-лучевой терапии (равномерного облучения малого таза и брахитерапии).

P2	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
P1	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика лечения выбрана неверно.
B	Через 18 месяцев после проведенного лечения появился кашель со скудным отделением слизистой мокроты. На контрольных снимках при проведении КТ исследования ОГК выявлена дополнительная тень размерами 4 см в верхней доле левого легкого. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что метастаз солитарный, размеры метастаза целесообразно рассмотреть возможности хирургического лечения в объеме верхней левой лобэктомии. При противопоказаниях к хирургическому лечению целесообразна химиотерапия при необходимости в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
P2	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
P1	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №9

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<b>У</b>	<p>Женщина, 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение года, сопровождающиеся ноющими болями внизу живота, на отсутствие менструации в течение 2-х месяцев. Из анамнеза известно, что у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет, роды одни, аборт пять.</p> <p>Пациентке проведена кольпоскопия с биопсией подозрительного участка шейки матки. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль шейки матки, распространяющаяся на верхнюю и среднюю треть влагалища, достигающая стенки таза с одной стороны. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 33 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. При проведении УЗИ органов малого таза выявлена беременность 7 недель. При МРТ исследовании органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства выявлено увеличение группы obturatorных и внутренних подвздошных лимфоузлов с обеих сторон. Выполнена экскреторная урография для оценки функции почек с обеих сторон.</p> <p>Пациентке был выработан консервативный план лечения: первым этапом лечения был проведена дистанционная лучевая терапия на область малого таза в СОД 40 Гр, РОД 2 Гр с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м. После спонтанного выкидыша продолжено проведение химиолучевой терапии: сочетано-лучевого лечения с</p>

	<p>радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, мочевины 3,4 ммоль/л; креатинин – 97 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак шейки матки III B стадии (T3vN1M0), смешанная форма роста, влагалищно-параметральный вариант. Беременность 7 недель.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса.
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	<p>Диагноз рак шейки матки установлен на основании жалоб больной на контактные кровянистые выделения из вагины. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль шейки матки с распространением на верхнюю и среднюю треть вагины, инфильтрацией параметрия до стенки таза с одной стороны.</p> <p>Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 33 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. Установление стадии рака шейки матки основано на данных ректовагинального осмотра, гистологического исследования материала и данных дополнительного обследования: УЗИ ОМТ, МРТ ОМТ и ОБП. Выполнена экскреторная урография, цистоскопия и ректороманоскопия.</p>
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака
P0	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	<p>Пациентке рекомендовано: для исключения возможного метастатического поражения легких выполнить КТ исследование органов грудной клетки. Для оценки возможности проведения адъювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).</p>
P2	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	Не названы один или два дополнительных метода обследования из

	списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
P0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.
B	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая сочетание рака шейки матки и беременности, пациентке был выработан консервативный план лечения: первым этапом лечения была проведена дистанционная лучевая терапия на область малого таза в СОД 40 Гр, РОД 2 Гр с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м. После спонтанного выкидыша продолжено проведение химиолучевой терапии: сочетано-лучевого лечения с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м.
P2	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
P1	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика лечения выбрана неверно.
B	Через 8 месяцев после проведенного лечения появился отек правой ноги, боли внизу живота справа. При контрольном МРТ – исследовании выявлено прогрессирование заболевания в виде увеличения размеров опухоли шейки матки, конгломерата тазовых лимфоузлов справа, гидроуретер и гидронефроз. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что имеет место нарушение пассажа мочи справа, необходимо наложение нефростомы. Целесообразна химиотерапия при необходимости в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
P2	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
P1	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №10

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина, 32 лет, обратилась к врачу с жалобами на контактные кровянистые выделения из влагалища в течение полугода. Из анамнеза известно, что пациентка страдает хроническим воспалением придатков матки в течение 2 лет. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет, родов двое, аборт три. Пациентке проведена кольпоскопия с биопсией подозрительного участка шейки матки. При осмотре выявлен участок лейкоплакии задней губы шейки матки. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 серотипа. Результат гистологии –

	<p>плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки, инвазия 2 мм. При проведении МРТ - исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства данных за вторичную лимфоаденопатию не получено.</p> <p>Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме конизации шейки матки, выскабливание оставшейся части цервикального канала. В соскобе из цервикального канала обнаружены клетки рака, в удаленном конусе – инвазия плоскоклеточного рака 3 мм, присутствуют опухолевые эмболы и в кровеносных и в лимфатических сосудах. Учитывая риск поражения регионарных лимфоузлов пациентке была выполнена расширенная экстирпация матки с трубами, с транспозицией яичников (экстирпации матки с трубами и тазовая лимфаденэктомия). Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки I A 2 стадии (pT1a2N0M0), эндометрий—фаза секреции. Трубы № 1 и № 2 – хронический сальпингит. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 4,8 ммоль/л, мочевины 3,2 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак шейки матки IA2 стадии (pT1A2N0M0). Состояние после конизации шейки матки.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	<p>Диагноз рак шейки матки установлен на основании жалоб больной на контактные кровянистые выделения, при осмотре выявлена лейкоплакия задней губы шейки матки. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 серотипа. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки, инвазия 2мм. При проведении МРТ - исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства данных за вторичную лимфоаденопатию не получено.</p>
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака
P0	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.

Задача  
Задача

№2  
№2

Э	Пациентке рекомендовано: для исключения возможности метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для оценки возможности проведения адъювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).
P2	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
P0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая то, что в соскобе из цервикального канала обнаружены клетки рака, в удаленном конусе – инвазия плоскоклеточного рака 3 мм и присутствовали опухолевые эмболы и в кровеносных и в лимфатических сосудах имел место риск поражения регионарных лимфоузлов. Пациентке была выполнена расширенная экстирпация матки с трубами, с транспозицией яичников (экстирпации матки с трубами и тазовая лимфаденэктомия). Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки I A 2 стадии (pT1a2N0M0), эндометрий—фаза секреции. Трубы № 1 и № 2 – хронический сальпингит. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено. В данном случае проведение адъювантного лечения не показано.
P2	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
P1	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика лечения выбрана неверно.
В	Через 6 месяцев после проведенного лечения у пациентки появились мажущие кровянистые выделения из вагины. При проведении МРТ исследования органов малого таза выявлено прогрессирование заболевания: опухоль в области культы влагалища. Результат гистологического исследования: плоскоклеточный неороговевающий рак культы вагины с инвазией в ткани более 3 мм. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации целесообразно рассмотрение возможности проведения химиотерапии в сочетании с сочетано-лучевым лечением.
P2	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
P1	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

## Задача №11

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение года, сопровождающиеся ноющими болями внизу живота, на отсутствие менструации в течение 2-х месяцев.</p> <p>Из анамнеза известно, что у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет установились сразу по 4 дня через 26 дней в умеренном количестве, роды одни, аборт пять.</p> <p>Пациентке проведена кольпоскопия с биопсией подозрительного участка шейки матки. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль шейки матки, распространяющаяся на верхнюю и среднюю треть влагалища, достигающая стенки таза с одной стороны. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 33 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. При проведении УЗИ органов малого таза выявлена беременность 7 недель. При МРТ исследовании органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства выявлено увеличение группы obturatorных и внутренних подвздошных лимфоузлов с обеих сторон. Выполнена экскреторная урография для оценки функции почек с обеих сторон.</p> <p>Пациентке был выработан консервативный план лечения: первым этапом лечения был проведена дистанционная лучевая терапия на область малого таза в СОД 40 Гр., d=2 Гр. С радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м. После спонтанного выкидыша продолжено проведение химиолучевой терапии: сочетано-лучевого лечения с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, мочевины 3,4 ммоль/л; креатинин – 97 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак шейки матки III B стадии (T3vN1M0), смешанная форма роста, влагалищно-параметральный вариант. Беременность 7 недель.
	Диагноз поставлен верно.
В	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса.
Э	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э	<p>Диагноз рак шейки матки установлен на основании жалоб больной на контактные кровянистые выделения из вагины. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль шейки матки с распространением на верхнюю и среднюю треть вагины, инфильтрацией параметрия до стенки таза с одной стороны. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 33 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. Установление стадии рака шейки матки основано на данных ректовагинального осмотра, гистологического исследования материала и данных дополнительного обследования: УЗИ ОМТ, МРТ ОМТ и ОБП. Выполнена экскреторная урография, цистоскопия и ректороманоскопия.</p>
	Диагноз обоснован верно.
В	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака
Э	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	<p>Пациентке рекомендовано: для исключения возможного метастатического поражения легких выполнить КТ исследование органов грудной клетки. Для оценки возможности проведения адьювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).</p>
	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
И	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
У	<p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.</p>
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	<p>Учитывая сочетание рака шейки матки и беременности, пациентке был выработан консервативный план лечения: первым этапом лечения была проведена дистанционная лучевая терапия на область малого таза в СОД 40 Гр., d=2 Гр. с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м. После спонтанного выкидыша продолжено проведение химиолучевой терапии: сочетано-лучевого лечения с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м.</p>
	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
В	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика лечения выбрана неверно.



В	Через 8 месяцев после проведенного лечения появился отек правой ноги, боли внизу живота справа. При контрольном МРТ – исследовании выявлено прогрессирование заболевания в виде увеличения размеров опухоли шейки матки, конгломерата тазовых лимфоузлов справа, гидроуретер и гидронефроз. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что имеет место нарушение пассажа мочи справа, необходимо наложение нефростомы. Целесообразна химиотерапия при необходимости в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
В	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В	
Э	

### Задача №12

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 62 лет, при проведении планового медицинского осмотра на предприятии обратилась к врачу с жалобами на периодические ноющие боли внизу живота. Из анамнеза известно, что пациентка 20 лет назад лечилась по поводу хронического воспаления придатков. Акушерский анамнез: менархе с 11 лет, родов двое, аборт пять, менопауза с 49 лет. Пациентке проведено УЗИ органов малого таза и органов брюшной полости, забрюшинного пространства, выполнен анализ крови на онкомаркер СА-125, выполнены ФГС, колоноскопия. При проведении МРТ исследования органов малого таза выявлено увеличение левого яичника. В малом тазу и брюшной полости данных за вторичную лимфоаденопатию не получено.</p> <p>Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме лапаротомии, ревизии органов брюшной полости со срочным интраоперационным морфологическим исследованием опухоли яичника, взяты смывы с брюшины, биопсия брюшины со стенок малого таза. Выполнена экстирпация матки с придатками, тазовая лимфаденэктомия, удаление большого сальника. Результат гистологии – серозная карцинома яичника высокой степени злокачественности с врастанием в маточную трубу, стенку матки; в смывах из брюшной полости – клетки серозной карциномы. Инвазивный рост в миометрии на 10 мм, при толщине последнего в данном месте 1,5 см. Перехода опухоли на истмус и цервикальный канал нет. Яичник № 2 – белые тела. Маточная труба – хронический сальпингит. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено. В биоптатах брюшины со стенок малого таза опухоли не выявлено. Сальник – жировая ткань.</p>

	<p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: СА -125 – 200 Ед/л, глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, мочевины -3,4 ммоль/л; креатинин – 121мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак яичников II С стадии (pT2cN0M0).
	Диагноз поставлен верно.
В	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса.
Э	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	<p>Диагноз рака яичников II С стадии (pT2cN0M0) установлен на основании данных интраоперационного морфологического исследования опухоли яичника, цитологического исследования смывов с брюшины, послеоперационного морфологического заключения.</p>
	Диагноз обоснован верно.
В	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака.
Э	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	<p>Пациентке рекомендовано: для исключения метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для оценки возможности проведения адъювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).</p>
	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
И	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
У	<p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.</p>
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая распространение опухоли яичника в пределах малого таза, выполнение оптимальной циторедуктивной операции,

	морфологический вариант заболевания, необходимо проведение адьювантной химиотерапии после операции: паклитаксел и карбоплатин (карбоплатин выбран, как менее нефротоксичный препарат по сравнению с цисплатином).
	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
В	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика лечения выбрана неверно.
В	Через 24 месяца после проведенного лечения появились головные боли, чувство онемения в левой кисти и левой стопе. На контрольных снимках при проведении КТ исследования головного мозга выявлена солитарная опухоль размерами 2 см в правой теменной доле. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что метастаз солитарный, размеры метастаза целесообразно рассмотреть возможности хирургического лечения. При абсолютных противопоказаниях к хирургическому лечению целесообразна химиотерапия при необходимости в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
В	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В	
Э	

### Задача №13

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 25 лет, обратилась к врачу с жалобами на схваткообразные боли внизу живота больше справа в течение 2-х суток. Из акушерского анамнеза известно, что пациентка страдает бесплодием. Менархе с 12 лет, родов 0, аборт 0, последняя менструация в текущем месяце. Пациентке проведено УЗИ органов малого таза, брюшной полости. Выявлено увеличение правых придатков до 5 см в диаметре. При проведении МРТ исследования органов малого таза и брюшной полости данных за вторичную лимфаденопатию не получено.</p> <p>Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме одностороннего удаления правых придатков, биопсия второго яичника. Результат гистологии – дисгерминома 1 А стадии (pTaNxM0). В ткани второго яичника элементов новообразования не выявлено. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС –</p>

	70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: повышение АФП до 100 нг/мл (норма 8 нг/мл), повышение ЛДГ, ХГЧ до 1000 ед/л. Глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, мочевины 3,2 ммоль/л; креатинин – 61 мкмоль/л,
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Герминогенная опухоль правого яичника: дисгерминома 1 А стадии (р Т1а Nx M0).
	Диагноз поставлен верно.
В	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса.
Э	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз герминогенная опухоль яичников установлен на основании жалоб больной на боли в области правых придатков. Установление стадии опухоли основано на данных гистологического исследования материала в послеоперационном периоде. У пациентки увеличены значения опухолевых маркеров.
	Диагноз обоснован верно.
В	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии опухоли.
Э	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	Пациентке рекомендовано: для исключения метастатического поражения легких и головного мозга необходимо КТ исследование органов грудной клетки и головного мозга. Выполнено обследование ЖКТ (ФГС, колоноскопия). Для оценки возможности проведения адьювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).
	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
И	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
У	План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая одностороннее поражение придатков при данной

	патологии в большем проценте случаев, пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме одностороннего удаления правых придатков, биопсия второго яичника. Результат гистологии – дисгерминома 1 А стадии (p T1a Nx M0). В ткани второго яичника элементов новообразования не выявлено. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено. Учитывая особенности клинического течения дисгермином, необходимо проведение адьювантной химиотерапии по схеме ВЕР не менее 3-х курсов.
	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
В	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика лечения выбрана неверно.
В	Через 24 месяца после проведенного лечения при контрольном осмотре выявлен тумор малого таза до 10 см в диаметре. На контрольных МРТ снимках выявлен рецидив в области малого таза, повышение уровня опухолевых маркеров. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что метастаз в малом тазу больших размеров, целесообразно рассмотрение возможности проведения химиотерапии (схема ВЕР, ТИР). При необходимости в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
В	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

#### Задача №14

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 53 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение полугода, сопровождающиеся периодическими ноющими болями внизу живота.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациентка страдает АГ около 6 лет, у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет, родов 2, аборт 1, менопауза с 50 лет. Пациентке проведено обследование: при ректовагинальном осмотре выявлена опухоль верхней трети влагалища. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 серотипа. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак верхней трети влагалища с распространением на правую боковую стенку вагины, среднюю треть и на передний свод вагины. При бимануальном исследовании—имеется инфильтрация паракольпиев больше справа. Инфильтраты не достигают стенок таза. Инвазия опухоли на всю глубину биоптата - 5 мм. При проведении МРТ - исследования</p>

	<p>органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства получены данные за вторичную лимфоаденопатию – увеличение группы правых обтураторных и внутренних подвздошных лимфоузлов.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, мочевины ммоль/л; креатинин – 81 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	<p>Диагноз рак верхней трети влагалища II стадии (T2N1M0) установлен на основании жалоб больной на контактные кровянистые выделения, при осмотре выявлена смешанно растущая опухоль верхней трети вагины. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 серотипа. Результат гистологии – инвазивный плоскоклеточный неороговевающий рак верхней трети вагины. При проведении МРТ - исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства получены данные за вторичную лимфоаденопатию.</p>
	Диагноз поставлен верно.
В	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса
Э	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	<p>Диагноз рак верхней трети влагалища III стадии (T2N1M0) установлен на основании жалоб больной на контактные кровянистые выделения, при осмотре выявлена смешаннорастущая опухоль верхней трети вагины. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 серотипа. Результат гистологии – инвазивный плоскоклеточный неороговевающий рак в/3 вагины. При проведении МРТ - исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства получены данные за вторичную лимфоаденопатию.</p>
	Диагноз обоснован верно.
В	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака
Э	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	Пациентке рекомендовано: для исключения метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для проверки возможности проведения адьювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы

	данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).
	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
И	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
У	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая распространенность процесса, глубину инвазии опухоли в подлежащие ткани, необходимо проведение химиолучевой терапии по радикальной программе. На данном этапе лечения оперативное лечение не показано.
	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
В	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика лечения выбрана неверно.
В	Через 6 месяцев после проведенного лечения появился кашель со скудным отделением слизистой мокроты. На контрольных снимках при проведении КТ исследования ОГК выявлена дополнительная тень размерами 2 см в верхней доле левого легкого. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что метастаз солитарный, размеры метастаза целесообразно рассмотреть возможности хирургического лечения в объеме верхней левой лобэктомии, или атипичную резекцию левого легкого. При противопоказаниях к хирургическому лечению целесообразна химиотерапия при необходимости в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
В	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В	
Э	

**Задача №15**

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина, 66 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в области опухоли промежности, мажущие кровянистые выделения из опухоли в течение полугода. Из анамнеза известно, что пациентка страдает АГ около 16 лет, у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет, родов 2, аборт 5, менопауза с 50 лет. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК

	<p>16 серотипа. Пациентке проведена вульвоскопия с биопсией. Результат гистологии – инвазивный плоскоклеточный неороговевающий рак правой большой половой губы с распространением на правую малую половую губу и на заднюю спайку до ануса. При проведении МРТ - исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства получены данные за вторичную лимфаденопатию поверхностных и глубоких паховых лимфоузлов.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – от 70 до 98 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 7,2 ммоль/л, мочевины 4,5 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак вульвы III стадии (T2N1M0) с локализацией опухоли в области большой половой губы.
	Диагноз поставлен верно.
В	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса или неправильно определен патогенетический вариант заболевания
Э	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз рак вульвы установлен на основании жалоб больной на боли в области промежности и данных клинического осмотра и гистологического исследования. Установление стадии рака вульвы основано на данных гистологического исследования материала.
	Диагноз обоснован верно.
В	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака
Э	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	Пациентке рекомендовано: для исключения метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для оценки возможности проведения химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).
	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
И	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода



	обследования дано не верно.
У	План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая распространенность опухолевого процесса, глубину инвазии опухоли необходимо проведение химиолучевой терапии по радикальной программе.
	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
В	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика лечения выбрана неверно.
В	Через 12 месяцев после проведенного лечения появилась рецидивная опухоль на задней спайке. На контрольных МРТ снимках выявлена рецидивная опухоль до 2 см в диаметре. Результат гистологии— плоскоклеточный неороговевающий рак, инвазия 1 мм. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что метастаз солитарный, размеры метастаза и глубину инвазии целесообразно рассмотрение возможности хирургического лечения в объеме радикального оперативного вмешательства – радикальной вульвэктомии. При противопоказаниях к хирургическому лечению целесообразна химиотерапия при необходимости в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
В	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

**Задача №16**

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 38 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение месяца после выполнения медицинского аборта, сопровождающиеся ноющими болями внизу живота.</p> <p>Акушерский анамнез: менархе с 11 лет, родов 2, аборт 1, последняя менструация за 9 недель перед медицинским абортom. Пациентке проведено лечебно-диагностическое выскабливание с гистероскопией, результат гистологии – частичный пузырный занос. При проведении МРТ исследования органов малого таза и брюшной полости данных за вторичную лимфаденопатию не получено. Тело матки увеличено до 6-ти недельной беременности. Придатки—без особенностей. Менструальный цикл не восстановлен. Титр ХГ - 3000 мМЕ/мл. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные,</p>

	ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: ХГЧ – 3000 мМЕ/мл. Глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, мочевины 3,8 ммоль/л; креатинин – 78 мкмоль/л.
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Частичный пузырный занос
	Диагноз поставлен верно.
В	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса.
Э	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз поставлен на основании жалоб пациентки на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение месяца после выполнения медицинского аборта, сопровождающиеся ноющими болями внизу живота; отсутствие менструаций. На основании результата гистологического исследования (частичный пузырный занос), проведении дополнительных методов обследования при которых было выявлено увеличение матки, увеличение титра ХГ - 3000 мМЕ/мл.
В	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака.
Э	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	Пациентке рекомендовано: еженедельное исследование сывороточного уровня бета-ХГ до получения 3-х последовательных отрицательных результатов, затем—ежемесячно до 6 месяцев, далее 1 раз в 2 месяца – следующие 6 месяцев. УЗИКТ ОМТ – через 2 недели после эвакуации пузырного заноса, далее – ежемесячно до нормализации уровня ХГ. Для исключения возможности метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для оценки возможности проведения химиотерапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС.
	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
И	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
У	План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.

В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая возможность злокачественной трансформации частичного пузырного заноса в 5% случаев, химиотерапия не проводится. Необходим тщательный мониторинг в течение года.
	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
В	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика лечения выбрана неверно.

**Задача №17**

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Больной В. 45 лет, поступил с жалобами на слабость, снижение работоспособности, тупые, ноющие боли в эпигастральной области, чувство тяжести после еды, рвоту съеденной пищей. Болен в течение 2 месяцев, лечился самостоятельно - принимал но-шпу и анальгин. В первое время, после приема лекарств, боли беспокоили меньше. В последние дни участились рвоты. Потерял в весе около 10 кг.
В	Ваш предварительный диагноз?
Э	У больного, вероятно, рак желудка
	Диагноз поставлен верно.
В	Диагноз поставлен не полностью.
Э	Диагноз поставлен неверно.
В	Какие исследования целесообразно произвести для его подтверждения?
Э	Для подтверждения диагноза необходима контрастная рентгеноскопия желудка, гастроскопия с биопсией.
	Исследования для подтверждения диагноза названы верно.

В	Исследования для подтверждения диагноза названы верно, но не полностью.
Э	Исследования для подтверждения диагноза названы неверно.
В	Что, по Вашему мнению, имеет значение в определении тактики ведения (оперировать – не оперировать) больного?
Э	При верификации диагноза больному абсолютно показано оперативное лечение. Симптоматическое лечение в случае генерализации процесса.
	Выбрана верная тактика ведения больного.
И	Тактика выбрана не точно.
У	Тактика лечения указана полностью неверно.
В	Какой объем оперативного вмешательства вы предполагаете?
Э	Объем радикальной операции зависит от локализации опухоли в желудке – субтотальная резекция желудка, либо гастрэктомия.
	Выбран верный объем оперативного вмешательства.
В	Присутствуют неточности в указании объема оперативного вмешательства.
Э	Объем оперативного вмешательства выбран неверно.
В	Как может измениться ход операции в зависимости от находок в брюшной полости?

Э	При наличии неудалимой опухоли в выходном отделе желудка и признаков стеноза – показано наложение обходного гастроэнтероанастомоза. При выявлении отдаленных метастазов – эксплоративная лапаротомия.
	Варианты изменения хода операции указаны верно.
В	Варианты изменения хода операции указаны не полностью верно.
Э	Варианты изменения хода операции указаны неверно.

### Задача №18

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Больной 48 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастриальной 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 №19

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	У больного 48 лет с гигантской каллезной язвой желудка (язвенной болезнью страдает на протяжении 11 лет с рецидивирующим течением) выявлена гистаминорефрактерная ахлоргидрия.
В	Ваша лечебная тактика?
Э	Больной нуждается в оперативном лечении. Показана противоязвенная терапия перед плановой операцией в рамках предоперационной подготовки.

	Тактика выбрана верно.
В	Тактика выбрана не полностью.
Э	Тактика выбрана неверно.
В	С чем необходимо дифференцировать язву желудка?
Э	Такая язва желудка требует дифференциальной диагностики с опухолями желудка.
	Предложен правильный вариант дифференциации.
В	Предложен неточный вариант дифференциации.
Э	Предложен неправильный вариант дифференциации.
В	Какой метод диагностики позволяет достоверно дифференцировать диагноз?
Э	Гастроскопия с биопсией краев язвы.
	Метод диагностики указан правильно.
И	Метод диагностики указан неточно.
У	Метод диагностики указан неверно.
В	Какое лечение показано данному больному?
Э	Лечение оперативное - показана резекция желудка.
	Выбрана верная тактика лечения.



В	Выбрана неточная тактика лечения.
Э	Выбрана неверная тактика лечения.
В	Каков прогноз в данном случае?
Э	Прогноз благоприятный, выздоровление и полное излечение от язвенной болезни желудка.
	Прогноз указан верно.
В	Прогноз указан неточно.
	Прогноз указан неверно.

**Задача № 20**

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---

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: Eг – <math>4,1 \cdot 10^{12}/л</math>, Hb – 90 г/л, Le – <math>6,2 \cdot 10^9/л</math>, СОЭ – 9 мм/ч.</p> <p><b>ФГДС:</b> Желудочное кровотечение Forest 2b, инфильтративно-язвенный процесс антрального отдела желудка. Взята биопсия.</p> <p><b>Гистологическое исследование:</b> в препаратах преобладают фрагменты язвенного детрита, к ним прилегают микрофокусы низкодифференцированной аденокарциномы желудка.</p> <p><b>ФЛГ:</b> без патологических изменений</p> <p><b>УЗИ</b> органов брюшной полости: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, признаки хронического холецистита. Очаговой патологии не выявлено.</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Ст антрального отдела желудка инфильтративно-язвенная форма. Т3N0M0. Желудочное кровотечение Forest 2b. Степень инвазии (Т3) выставлена условно, т.к. не было эндоскопического УЗИ.
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.</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 .</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	Пациенту необходимо: биохимический анализ крови для оценки протеинемии и прочих биохимических показателей крови (амилаза,

	<p>трансаминазы, мочевины, билирубин, креатинин, глюкоза крови)          проведение МРТ органов брюшной полости для исключения метастатического поражения лимфатических узлов и отдаленных метастазов, для чего желательны 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.
B	Предложите лечение пациента. Обоснуйте свой выбор.
Э	<p>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.</p>
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.
B	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Какова тактика дальнейшего амбулаторного наблюдения. Обоснуйте Ваш выбор.
Э	<p>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</p>

	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 №21**

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<b>У</b>	<p>Женщина, 57 лет, обратилась к врачу. Жалоб не предъявляет. 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. 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 – <math>4,1 \cdot 10^{12}/л</math>, Hб – 130 г/л, Le – <math>6,2 \cdot 10^9/л</math>, СОЭ – 9 мм/ч.</p> <p><b>ФГДС</b> : 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><b>Заключение</b>: полип тела желудка(?) ранняя форма рака (?). Гастрит без признаков атрофии слизистой.</p> <p><b>Гистологическое исследование</b>: картина высокодифференцированной аденокарциномы желудка</p> <p><b>ФЛГ</b>: без патологических изменений</p> <p><b>УЗИ</b> органов брюшной полости: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, признаки хронического холецистита. Очаговой патологии не выявлено.</p>
<b>В</b>	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	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.</p> <p>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.</p> <p>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 данных эндоскопического обследования (ФГДС:</p> <p>.</p>
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.
В	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.
В	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 №22

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---



У	<p>Женщина 52 лет, обратилась к врачу с жалобами на осиплость голоса, затруднение проходимости жидкой и полужидкой пищи по пищеводу, боли в межлопаточной области, рвоту после приема пищи. Из анамнеза известно, что отмечает затруднения при глотании твердой пищи около 4х лет. Дисфагия медленно нарастала. За последние шесть месяцев похудела на 15 кг. Последние 2 недели отмечает боли в межлопаточной области, осиплость голоса.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному. Астенического типа телосложения. Рост 168 см, вес 52 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, безболезненный во всех отделах, перитонеальных симптомов нет. Печень и селезенка в размерах не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: <math>E_r - 4,1 \cdot 10^{12}/л</math>, <math>Hb - 110 г/л</math>, <math>Le - 6,2 \cdot 10^9/л</math>, <math>COЭ - 9 мм/ч</math></p> <p>При рентгенографии пищевода выявлено сужение его просвета на протяжении 8 см, выхода контраста за пределы органа не выявлено. Стенка пищевода в области сужения утолщена, ригидна, перистальтика отсутствует, складки слизистой оболочки сглажены. Над сужением - супрастенотическое расширение пищевода до 4 см. Пораженный участок пищевода при глотании и перемене положения тела не смещается. При эзофагоскопии на расстоянии 32 см от резцов выявлено циркулярное сужение просвета до 0,5 см. Взята биопсия.</p> <p>Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак.</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Плоскоклеточный рак средней трети пищевода T4NxMx. Дисфагия III ст.
P2	Диагноз установлен верно, верно поставлена стадия по TNM
P1	Диагноз установлен верно, неверно выставлена стадия по TNM
P0	Диагноз установлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный вами диагноз

Э	<p>Диагноз рак пищевода установлен на основании следующих данных: 1) результаты гистологического исследования (плоскоклеточный рак); 2) данные фиброгастроскопии (на расстоянии 32 см от резцов выявлено циркулярное сужение просвета до 0,5 см); 3) данных рентгенологического обследования (на расстоянии 32 см от резцов выявлено циркулярное сужение просвета до 0,5 см); 4) данные анамнеза заболевания: постепенное начало заболевания, наличие длительного анамнеза (больна в течение 4х лет) потеря массы тела ( за полгода на 15 кг). Боли в межлопаточной области; 4) с учетом данных объективного осмотра (дефицит массы тела, бледность кожных покровов, осиплость голоса.</p> <p>Стадия по TNM выставлена исходя из клинической картины заболевания (осиплость голоса, болевой синдром, данные рентгеноскопии пищевода говорят о высокой степени инвазии процесса) для уточнения стадии по N и M необходимо дообследование.</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 неверно.
В	Укажите, какой дополнительный метод инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	Необходимо проведение МРТ, УЗИ органов брюшной и грудной полостей для исключения или подтверждения метастатического поражения лимфатических узлов. Трахеобронхоскопия.
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.

В	Предложите варианты лечения. Обоснуйте ваш выбор.
Э	Пациенту при местнораспространенном раке пищевода с наличием осиплости голоса, т.е. при поражении возвратного нерва не показана радикальная операция (экстирпация пищевода), поэтому для компенсации дисфагии необходимо выполнить эндоскопическое стентирование пищевода. В дальнейшем можно назначить лучевую терапию и химиотерапию после предварительной консультации с радиологом и химиотерапевтом.
P2	Выбрана верная тактика лечения, выбор правильно обоснован.
P1	Выбрана верная тактика лечения, выбор обоснован не верно или не обоснован.
P0	Выбрана неверная тактика лечения.
В	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Какова тактика дальнейшего амбулаторного наблюдения. Обоснуйте Ваш выбор.
Э	После завершения обследования выставляется окончательная стадия заболевания. Пациенту необходимо встать на диспансерный учет в поликлинику, где с периодичностью каждые 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, радиотерапия, 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 пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №23

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---

У	<p>Мужчина, 52 года, обратился к врачу с жалобами на поперхивание при глотании твердой пищи, боли в области шеи.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент считает себя больным около года, когда впервые стал отмечать затруднения при глотании твердой пищи. За последние шесть месяцев похудел на 10 килограмм. Последние 2 недели отмечает боли в области шеи. Самостоятельно не лечился. Курит (около 30 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребляет алкоголем. Употребление наркотиков отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Астенического типа телосложения. Рост 180 см, вес 61 кг. Кожные покровы чистые, бледные. При пальпации шейных лимфатических узлов справа определяется увеличенный плотный, смещаемый с окружающими тканями узел (взята пункционная биопсия) Грудная клетка правильной формы, перкуторно звук ясный легочный, аускультативно - дыхание везикулярное. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 100/65 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень - + 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: <math>Eg - 3,7 \cdot 10^{12}/л</math>, <math>Hb - 100</math> г/л, <math>Le - 6,2 \cdot 10^9/л</math>.</p> <p>При рентгенографии пищевода в верхнегрудном отделе определяется сужение его просвета на протяжении 6 см, при эзофагоскопии выявлена опухоль на расстоянии 23 см от резцов.</p> <p>Данные морфологического исследования: в биоптате опухоли пищевода – картина плоскоклеточного рака, в биоптате шейного лимфоузла – метастаз плоскоклеточного рака.</p> <p>При трахеобронхоскопии патологии не выявлено.</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Плоскоклеточный рак верхней трети пищевода T4N+M0. Дисфагия I ст.
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 установлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный вами диагноз

Э	<p>Диагноз рака пищевода установлен на основании следующих данных: 1) результаты гистологического исследования (обнаружение в биоптате клеток плоскоклеточного рака); 2) данные фиброгастроскопии опухоль на расстоянии 23 см от резцов; 3) данные анамнеза заболевания: постепенное начало заболевания, постепенное нарастание дисфагии, болевой синдром, потеря массы тела; 4). с учетом данных объективного осмотра (дефицит массы тела, бледность кожных покровов, болезненность в области шеи, увеличенный лимфатический узел)</p> <p>Стадия по TNM выставлена исходя из клинических и инструментальных данных (болевой синдром, длительный анамнез, метастаз в лимфатический узел на шее)</p> <p>Определение локализации процесса и клиническая форма рака основаны на данных эндоскопического исследования, данных гистологического исследования.</p> <p>Первая стадия дисфагии выставлена на основании жалоб больного (плохая проходимость твердой пищи).</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 не обоснован или обоснован неверно.
В	Укажите, какие дополнительные методы инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	проведение МРТ, УЗИ органов брюшной полости, КТ органов грудной клетки для исключения или подтверждения метастатического поражения.
P2	Методы дообследования указаны правильно и обоснованы верно.
P1	Методы дообследования указаны правильно, однако не обоснованы или обоснованы неверно.
P0	Методы дообследования выбраны неверно.

В	Предложите варианты лечения. Обоснуйте ваш выбор.
Э	<p>Пациенту при наличии отдаленных метастазов рака пищевода не показана радикальная операция (экстирпация пищевода), поэтому для торможения развития заболевания назначается радиотерапия. В качестве радиомодификации может быть использована химиотерапия.</p> <p>Диспансерное наблюдение, контроль местного процесса (ФГДС) и контроль распространенности процесса и динамики его распространения (МРТ, КТ, УЗИ). При нарастании дисфагии, показано эндоскопическое стентирование пищевода, но в данный момент стентирование не показано.</p>
P2	Выбрана верная тактика лечения, выбор обоснован.
P1	Выбрана верная тактика лечения, выбор обоснован не верно или не обоснован.
P0	Выбрана неверная тактика лечения.
В	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Какова тактика дальнейшего амбулаторного наблюдения. Обоснуйте Ваш выбор.
Э	<p>После завершения обследования выставляется окончательная стадия заболевания. Пациенту необходимо встать на диспансерный учет в поликлинику, где с периодичностью каждые 6 месяцев необходимо проходить контрольное обследование (УЗИ, МРТ, ФГДС, общий и биохимический анализы крови). В зависимости от динамики процесса (рецидив с нарастанием дисфагии, метастазирование) принимается решение о продолжении лечения (химиотерапия, радиотерапия, стентирование).</p>
P2	Тактика ведения пациента выбрана полностью верно и обоснована.
P1	Тактика ведения пациента выбрана полностью верно, однако не обоснована или обоснована неверно

P0	Тактика ведения пациента выбрана неверно.
----	---

**Задача №24**

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 48 лет, обратилась к врачу с жалобами на затруднение при глотании твердой пищи, потерю массы тела на 5 кг за последние 3 месяца. Из анамнеза известно, что в течение последних 3х месяцев отмечает дискомфорт при глотании твердой пищи. За последний месяц дисфагия выросла. Не курит, злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 176 см, вес 62 кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипы четко не выслушиваются. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – <math>4,3 \cdot 10^{12}/л</math>, Hb – 136 г/л, Le – <math>6,2 \cdot 10^9/л</math>, СОЭ – 6 мм/ч.</p> <p><b>УЗИ органов брюшной полости:</b> эхоскопически без патологии.</p> <p><b>ФГДС:</b> инфильтративно-язвенный процесс средней трети пищевода. Гастрит без признаков атрофии слизистой. Дуодено-гастральный рефлюкс.</p> <p><b>МСКТ органов грудной клетки:</b> объемный процесс средней трети пищевода без признаков инвазивного роста в клетчатку средостения. Данных за метастатическое поражение лимфоузлов, метастатического поражения легких не выявлено.</p> <p><b>Гистологическое исследование:</b> в биоптатах картина плоскоклеточного рака</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак средней трети пищевода. T2N0M0. Дисфагия I степени.
P2	Диагноз поставлен верно, верно установлена стадия по TNM.

P1	<p>Диагноз поставлен не полностью: неверно определена клиническая форма рака.  <u>или</u> не указана или неверно определена локализация, стадия по TNM.</p>
P0	<p>Диагноз установлен неверно.</p>
B	<p>Обоснуйте поставленный вами диагноз</p>
Э	<p>Диагноз рака пищевода установлен на основании следующих данных: 1) Результаты гистологического исследования (обнаружение в биоптате клеток плоскоклеточного рака); 2) данные фиброгастроскопии (инфильтративно-язвенный процесс в средней трети пищевода); 3) данные анамнеза заболевания: постепенное начало заболевания, медленное нарастание симптомов дисфагии, потеря массы тела; 4). с учетом данных объективного осмотра (дефицит массы тела, бледность кожных покровов,</p> <p>Стадия по TNM выставлена исходя из инструментальных исследований, клинически исключающих диссеминацию опухоли по лимфатическим узлам (УЗИ, КТ) и отсутствие отдаленных метастазов (ФЛГ, УЗИ, КТ)</p> <p>Определение локализации процесса и клиническая форма рака основаны на данных эндоскопического обследования (ФГДС</p> <p>Первая стадия дисфагии установлена клинически на основании анамнестических данных (затруднение при глотании твердой пищи)</p>
P2	<p>Диагноз правильно обоснован</p>
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	<p>Диагноз обоснован неверно, либо не обоснован</p>



В	Укажите, какие дополнительные методы инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	проведение МРТ органов брюшной полости для исключения или подтверждения метастатического поражения лимфатических узлов, КТ органов грудной клетки. По возможности выполнить ПЭТ.
P2	Методы дообследования указаны правильно, обоснованы.
P1	Методы дообследования указаны правильно, однако не обоснованы или обоснованы неверно.
P0	Метод дообследования указан неверно.
В	Предложите варианты лечения данного больного.
Э	На основании клинических данных и данных инструментального обследования процесс резектабелен. Больной показана экстирпация пищевода с двухзональной лимфодиссекцией, одномоментной пластикой желудка. После гистологической оценки операционного материала будет выставлена окончательная стадия заболевания. Решение о проведении адьювантной химиотерапии и радиотерапии принимается после перенесенной операции на основании консультации химиотерапевта, радиолога.
P2	Выбрана верная тактика лечения, выбор обоснован.
P1	Выбрана верная тактика лечения, выбор обоснован не верно или не обоснован.
P0	Выбрана неверная тактика лечения.
В	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Какова тактика дальнейшего амбулаторного наблюдения. Обоснуйте Ваш выбор.

Э	После завершения оперативного и стационарного лечения выставляется окончательная стадия заболевания. Пациенту необходимо встать на диспансерный учет в поликлинику, где с периодичностью каждые 6 месяцев проводится контрольное обследование (УЗИ, МРТ, ФГДС, рентгеноскопия пищевода, общий и биохимический анализы крови). В зависимости от динамики процесса (рецидив, метастазирование либо гладкое течение) принимается решение о продолжении лечения (химиотерапия, радиотерапия, повторная операция, бужирование при возникновении рубцовой стриктуры пищеводного анастомоза).
P2	Тактика ведения пациента выбрана полностью верно, обоснована верно
P1	Тактика ведения пациента выбрана полностью верно, однако не обоснована или обоснована неверно
P0	Тактика ведения пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №25

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина 77 лет обратилась с жалобами на язвенный дефект кожи левого крыла носа. Анамнез: описанные жалобы беспокоят около 5 лет, когда появилось небольшое образование в указанном месте, после тепловых процедур в бане корочка отпадала и появлялась вновь, со временем площадь дефекта увеличивалась до указанных размеров. Объективно: на коже левого крыла носа имеется язвено-некротический дефект размерами 2,2-1,8-2,4 см, пальпаторно периферические л\узлы в подчелюстной области и на шее не увеличены. Выполнен мазок отпечаток. Цитологически - плоскоклеточный рак
В	Сформулируйте диагноз.
Э	Плоскоклеточный рак кожи лица T2N0M0 (II ст)
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена стадия.
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных пальпации и цитологического 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	Пациентке рекомендовано: биопсия образования для гистологического исследования УЗИ лимфатических узлов регионарного лимфатического коллектора для исключения метастазов небольших размеров в регионарные л\узлы
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 можно в данной ситуации предложить пациентке
Э	Близкофокусная рентгенотерапия РОД 5 Гр 12 фракций СОД 60 Гр Или Фотодинамическая терапия фотосенсом, радохлорином или фотодитазином Или иссечение опухоли с пластикой перемещенным кожным лоскутом
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 наблюдение за пациенткой – у какого специалиста наблюдается, с какой частотой.
Э	Активное наблюдение после лечения осуществляется в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога 1-й год после лечения 1 раз в 3 месяцев 2-й и 4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев 5-й и последующие годы после лечения – 1 раз в год
P2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
P1	Тактика наблюдения пациентки выбрана верно, однако не определены временные параметры или неверно указан специалист.
P0	Тактика ведения данной пациентки выбрана полностью неверно.

### Задача №26

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
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 <sup>2</sup> в дни облучения с последующим адъювантным химиотерапевтическим лечением 6 - 10 курсов химиотерапии темозоламидом в дозе 150-200 мг\м <sup>2</sup> 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.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

## Задача №27

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<b>У</b>	Женщина 65 лет внезапно дома потеряла сознание. С подозрением на ОНМК каретой скорой помощи была доставлена в больницу. При осмотре АД 120\80, пульс 96 в мин, дыхание везикулярное, живот мягкий безболезненный, отеков нет. Периферические л\узлы не увеличены. По МРТ головного мозга объемное образование теменно-височной области справа 5,0-6,6-7,0 см с перифокальным отеком и смещением срединных структур на 1 см. В анамнезе 10 лет назад проводилось лечение по поводу рака правой молочной железы T2N0M0, выполнена мастэктомия с лимфодиссекцией, 6 курсов ПХТ по схеме CAF. По жизненным показаниям выполнена теменная краниотомия справа, удаление опухоли. Гистологически –метастаз адекарциномы молочной железы неспецифического типа. Иммуногистохимически – ЭР + (3 балла), ПР+ (1 балл), Her2neo отр, Ki67 – 25%
<b>В</b>	Сформулируйте диагноз.
<b>Э</b>	Ст правой молочной железы T2N0M0 (Па ст), после РМЭ с ЛАЭ в 2007 году и 6 курсов ПХТ по схеме CAF, прогрессирование заболевания –мтс в головной мозг, после краниотомии справа.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не указана стадия заболевания или этапы проведенного лечения.
P0	Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
<b>Э</b>	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных МРТ головного мозга, данных гистологического заключения
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из метода исследования
P0	Обоснование дано неверно.
<b>В</b>	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
<b>Э</b>	Пациенту рекомендовано: МРТ головного мозга с контрастом в

	трех проекциях в стандартных режимах УЗИ органов брюшной полости для исключения мтс в печени УЗИ органов малого таза для определения толщины миометрия Рентгенография грудной клетки для исключения мтс в легких Сцинтиграфия костей скелета для исключения мтс в костях
P2	План дополнительного обследования составлен верно.
P1	План дополнительного обследования составлен не полностью Не назван один или несколько из необходимых дополнительных метода обследования.
P0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	Какой план лечения в данной ситуации показан пациенту
Э	Курс дистанционной лучевой терапии на ложе опухоли РОД 2 Гр СОД 40 Гр с последующими курсами ПХТ. Или Облучение всего головного мозга РОД 3 Гр 10 фракций СОД 30 Гр с последующей химиотерапией по той же схеме. С оценкой динамики и коррекции плана лечения после 2-3 курсов ПХТ.
P2	Выбран верный план лечения
P1	Выбран только один этап лечения.
P0	Ответ неверный: план лечения определен не по стандартам.
В	Каким образом проводится динамическое наблюдение за пациентом
Э	Активное наблюдение после лечения осуществляется в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера и 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 1 года Контроль общего и биохимического анализов крови, общего анализа мочи на 5-7 день после каждого курса химиотерапии
P2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
P1	Тактика наблюдения пациента выбрана верно, однако не определены временные параметры или неверно указан специалист.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

## Задача №28

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина 43 лет обратилась с жалобами на шум в ухе справа, снижение слуха на правом ухе, эпизоды резких головных болей, ухудшение зрения. Из анамнеза –простудные заболевания и травмы отрицает. При ЛОР осмотре патологии не выявлено, АД 100\90, пульс 84 в минуту. МРТ головного мозга с контрастом: картина объемного

	образования 1,5-0,6-0,9 см в области мосто-мозжечкового угла справа, связанного со слуховым нервом (по данным контрастного усиления вероятно невринома),
В	Сформулируйте диагноз.
Э	Невринома слухового нерва справа.
Р2	Диагноз поставлен верно.
Р1	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация опухоли.
Р0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных МРТ головного мозга
Р2	Диагноз обоснован верно.
Р1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из метода исследования
Р0	Обоснование дано неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	Пациенту рекомендовано: консультация сурдолога, консультация окулиста
Р2	План дополнительного обследования составлен верно.
Р1	План дополнительного обследования составлен не полностью. Не назван один из необходимых дополнительных метода обследования.
Р0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	Какие методы лечения в данной ситуации показаны пациенту
Э	Курс стереотаксического радиохирургического облучения опухоли РОД 14 Гр однократно Или Хирургическое иссечение опухоли
Р2	Выбраны верные варианты лечения
Р1	Выбран только один из возможных вариантов лечения.
Р0	Ответ неверный: варианты лечения выбраны не по стандартам.
В	Каким образом проводится 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 6 мес после лучевой терапии или через 2-4 недели после операции, затем 1 раз в год в течение 5 лет
Р2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
Р1	Тактика наблюдения пациента выбрана верно, однако не

	определены временные параметры или неверно указан специалист.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №29

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<b>У</b>	Мужчина 67 лет обратился с жалобами на поперхивание при приеме твердой пищи, боль за грудиной при приеме пищи. Описанные жалобы беспокоят в течение 1 месяца. Объективно: рост 178 см, вес 85 кг, периферические л/узлы не увеличены, дыхание везикулярное, живот мягкий, отеков нет. Курит 1 пачку в день, питание регулярное. ФГДС: на расстоянии 28 см от резцов определяется опухоль пищевода протяженностью 5 см. Выполнена биопсия. Гистологически – плоскоклеточный рак. КТ органов грудной клетки – без патологии. УЗИ органов брюшной полости – без патологии
<b>В</b>	Сформулируйте предварительный диагноз.
<b>Э</b>	Сг верхнего отдела пищевода с переходом на средний отдел T2-N0M0 (IIa)
<b>P2</b>	Диагноз поставлен верно.
<b>P1</b>	Диагноз поставлен не полностью: не указана стадия заболевания
<b>P0</b>	Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
<b>Э</b>	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных ФГДС, гистологического заключения
<b>P2</b>	Диагноз обоснован верно.
<b>P1</b>	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из методов исследования
<b>P0</b>	Обоснование дано неверно.
<b>В</b>	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
<b>Э</b>	Пациенту рекомендовано: эндоУЗИ для определения глубины инвазии опухоли и исключения мтс в региональные л/узлы, МРТ органов брюшной полости с контрастом, фибробронхоскопия.
<b>P2</b>	План дополнительного обследования составлен верно.
<b>P1</b>	План дополнительного обследования составлен не полностью Не назван один из необходимых дополнительных метода обследования.
<b>P0</b>	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
<b>В</b>	Какие методы лечения в данной ситуации показаны пациенту
<b>Э</b>	Оперативное лечение в объеме экстирпации пищевода или лучевое лечение конвенциональное РОД 2 Гр до СОД 50-60 Гр или



	конформное лучевое лечение РОД 2 Гр до СОД 50-70 Гр
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 наблюдение за пациентом – у какого специалиста наблюдается, с какой частотой.
Э	Активное наблюдение после лечения осуществляется в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога 1-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца 2-4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев 5-й год и последующие – 1 раз в год
P2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
P1	Тактика наблюдения пациента выбрана верно, однако не определены временные параметры или неверно указан специалист.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №30

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Мужчина 63 лет обратился с жалобами на затруднение прохождения твердой пищи, пациент не может проглотить хлеб, также его беспокоит боль за грудиной при приеме пищи. Описанные жалобы беспокоят в течение 4 месяцев. Объективно: рост 174 см, вес 55 кг, периферические л/узлы не увеличены, дыхание везикулярное, живот мягкий, отеков нет. За последние 2 месяца отмечает снижение массы тела более чем на 20 кг. ФГДС: на расстоянии 32 см от резцов определяется опухоль пищевода протяженностью 8 см, перекрывая просвет пищевода на 70%. Выполнена биопсия. Гистологически – аденокарцинома пищевода. КТ органов грудной клетки – увеличение л/узлов: задних медиастинальных, бифуркационных. УЗИ органов брюшной полости – без патологии
В	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	Сг верхнего отдела пищевода с переходом на средний отдел Т3N2M0 (ШБ). Дисфагия 3.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не указана стадия заболевания, не указана степень дисфагии.
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных ФГДС, гистологического заключения
P2	Диагноз обоснован верно.

P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из методов исследования
P0	Обоснование дано неверно.
B	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	Пациенту рекомендовано: эндоУЗИ для определения глубины инвазии опухоли и биопсии медиастинальных л\узлы, МРТ органов брюшной полости с контрастом, ФБС
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.
B	Какие методы лечения в данной ситуации показаны пациенту
Э	Стентирование пищевода, или аргонно-плазменная реканализация пищевода, или постановка временной пункционной микрогастростомы с последующим химиолучевым лечением: лучевое лечение конвенциональное и конформное РОД 2 Гр до СОД 50-55 Гр в сочетании с препаратами платины, фторурацила или схемы паклитакселсодержащие с препаратами платины.
P2	Выбраны верные варианты лечения
P1	Выбран только один из возможных вариантов лечения.
P0	Ответ неверный: варианты лечения выбраны не по стандартам.
B	Каким образом проводится наблюдение за пациентом – у какого специалиста наблюдается, с какой частотой.
Э	Активное наблюдение после лечения осуществляется в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога 1-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца 2-4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев 5-й год и последующие – 1 раз в год
P2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
P1	Тактика наблюдения пациента выбрана верно, однако не определены временные параметры или неверно указан специалист.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №31

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина 28 лет обратилась по поводу узлового образования на передней поверхности шеи, которое обнаружила самостоятельно 6 месяцев назад, отмечает незначительное увеличение этого образования в объеме, кальцитонин крови 150 пг\мл, ТТГ, Т3, Т4 в

	<p>норме. Объективно: при пальпации щитовидной железы в правой доли определяется плотное подвижное образование около 3 см, на боковой поверхности шеи справа пальпируется конгломерат увеличенных л\узлов.</p> <p>По УЗИ щитовидной железы в правой доле щитовидной железы узловое образование 3,5 см, увеличение 5 л\узлов шеи справа до 2,5 см в диаметре, выполнена тонкоигольная биопсия щитовидной железы, цитологически больше данных за папиллярный рак щитовидной железы, биопсия л\узла – метастаз папиллярного рака щитовидной железы</p> <p>Рентгенография грудной клетки без патологии, УЗИ органов брюшной полости без патологии</p>
В	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	Сг щитовидной железы T2N1bM0 (I ст).
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не указана стадия заболевания
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных УЗИ, цитологического 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: консультация эндокринолога, КТ шеи
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	Тиреоидэктомия с лимфодиссекцией традиционным доступом (разрез Кохера) или эндоскопически Затем радиойодтерапия и прием L-тироксина
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 наблюдение за пациентом – у какого специалиста наблюдается, с какой частотой.
Э	Активное наблюдение после лечения осуществляется в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера, у

	районных онколога и эндокринолога 1-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца 2-4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев 5-й год и последующие – 1 раз в год
P2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
P1	Тактика наблюдения пациента выбрана верно, однако не определены временные параметры или неверно указан специалист.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №32

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<b>У</b>	У мужчины 45 лет при профосмотре по УЗИ органов брюшной полости выявлено образование верхнего полюса правой почки 2,0-2,0 см. Активных жалоб не предъявляет, АД 130\90, пульс 74 в мин, дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный, отеков нет, в анализах крови: гемоглобин 140 г\л, лейкоциты $6,4 \cdot 10^9$ \л, эритроциты $4,5 \cdot 10^9$ \л, в анализе мочи лейкоциты 1-2 в поле зрения, эритроциты 2-4 в поле зрения, белок 0,035 г\л, глюкоза – 0, в биохимическом анализе мочевины 6,1 ммоль\л, креатинин 90 мкмоль\л, АсАт 12 ед\л, АлАт 15 ед\л, рентгенография грудной клетки – без патологии.
<b>В</b>	Сформулируйте предварительный диагноз.
<b>Э</b>	Ст правой почки T1aNxM0 (I ст)
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не указана стадия заболевания,
P0	Диагноз поставлен неверно.
<b>В</b>	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
<b>Э</b>	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных УЗИ
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из метода исследования
P0	Обоснование дано неверно.
<b>В</b>	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
<b>Э</b>	Пациенту рекомендовано: МРТ органов брюшной полости с контрастом
P2	План дополнительного обследования составлен верно.
P1	План дополнительного обследования составлен не полностью Не указана необходимость контрастирования
P0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

В	Какие методы лечения в данной ситуации показаны пациенту
Э	Резекция почки, которая может быть проведена открыто, лапароскопически, робот-ассистированно
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 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 уролога 1-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца 2-4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев 5-й год и последующие – 1 раз в год
P2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
P1	Тактика наблюдения пациента выбрана верно, однако не определены временные параметры или неверно указан специалист.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №33

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина 56 лет обратилась с жалобами на эпизоды головокружения, шаткость походки в течение последних 5 дней. Объективно: АД 150/80, пульс 78 в минуту, в легких дыхание везикулярное, живот мягкий, отеков нет. Анамнез: 5 лет назад перенесла операцию нефрэктомии слева по поводу рака почки (ст) светлоклеточный вариант, регулярно наблюдалась у онколога по месту жительства. При МРТ головного мозга с контрастом выявлено образование мозжечка 1,0-0,8-0,5 см, 5 очагов размерами до 0,5 см в правой гемисфере и 3 очага размерами 0,3-0,8 см в левой гемисфере
В	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	Ст левой почки T2N0M0 (II), состояние после нефрэктомии в 2012 году, прогрессирование заболевания, мтс в головной мозг.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не указана стадия заболевания.
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных МРТ головного мозга
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 органов брюшной полости с контрастом, КТ органов грудной клетки для исключения диссеминации
Р2	План дополнительного обследования составлен верно.
Р1	План дополнительного обследования составлен не полностью Не назван один из необходимых дополнительных метода обследования.
Р0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	Какие методы лечения в данной ситуации показаны пациенту
Э	Стереотаксическое радиохирургическое облучение имеющих 9 очагов РОД 24 Гр на каждый Или Облучение всего головного мозга РОД 3 Гр СОД 30 Гр
Р2	Выбраны верные варианты лечения
Р1	Выбран только один из возможных вариантов лечения.
Р0	Ответ неверный: варианты лечения выбраны не по стандартам.
В	Дальнейшая тактика лечения пациента.
Э	Назначение таргетной терапии 1 линии - сунитиниб или иммунотерпия с бевацизумабом
Р2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
Р1	Тактика наблюдения пациента выбрана верно, но указан один вариант медикаментозной терапии
Р0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

#### Задача №34

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Мужчина 72 лет обратился с жалобами на язвенный дефект нижней губы. Анамнез: описанные жалобы беспокоят около 2 лет, когда появился небольшой дефект в указанном месте, со временем площадь дефекта увеличивалась до 1,5 см. Объективно: на красной кайме нижней губы экзофитное образование 1,5 см в диаметре, пальпаторно периферические лузлы в подчелюстной области и на шее не увеличены. Выполнен мазок отпечаток. Цитологически - плоскоклеточный рак
В	Сформулируйте диагноз.
Э	Плоскоклеточный рак нижней губы T1N0M0 (I ст)
Р2	Диагноз поставлен верно.
Р1	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена стадия.
Р0	Диагноз поставлен неверно.

В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных пальпации и цитологического заключения
Р2	Диагноз обоснован верно.
Р1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из метода исследования
Р0	Обоснование дано неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	Пациенту рекомендована биопсия образования для гистологического исследования УЗИ лимфатических узлов регионарного лимфатического коллектора для исключения метастазов небольших размеров в региональные л\узлы
Р2	План дополнительного обследования составлен верно.
Р1	План дополнительного обследования составлен не полностью Не назван один из необходимых дополнительных метода обследования.
Р0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	Какие методы лечения можно в данной ситуации предложить пациентке
Э	Близкофокусная рентгенотерапия РОД 5 Гр 12 фракций СОД 60 Гр или Фотодинамическая терапия фотосенсом, радохлорином или фотодитазином Или иссечение опухоли или внутритканевая гамма-терапия
Р2	Выбраны верные варианты лечения
Р1	Выбран только один из возможных вариантов лечения.
Р0	Ответ неверный: варианты лечения выбраны не по стандартам.
В	Каким образом проводится наблюдение за пациентом – у какого специалиста наблюдается, с какой частотой.
Э	Активное наблюдение после лечения осуществляется в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога 1-й год после лечения 1 раз в 3 месяцев 2-й и 4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев 5-й и последующие годы после лечения – 1 раз в год
Р2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
Р1	Тактика наблюдения пациентки выбрана верно, однако не определены временные параметры или неверно указан специалист.
Р0	Тактика ведения данной пациентки выбрана полностью неверно.

## Задача №35

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p><b>Ситуация</b> Женщина 45 лет обратилась на прием к районному врачу-онкологу</p> <p><b>Жалобы</b> Безболезненное образование в правой молочной железе</p> <p><b>Анамнез заболевания</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● хронических заболеваний нет</li> <li>● не курит, алкоголем не злоупотребляет</li> <li>● наследственность по онкологическим заболеваниям не отягощена</li> <li>● менархе с 13 лет. Менструальный цикл регулярный. Роды - 2, аборт -1</li> <li>● аллергических реакций нет</li> </ul> <p><b>Анамнез жизни</b> Самостоятельно обнаружила в правой молочной железе образование около 3 месяцев назад, безболезненное при пальпации. Образование немного увеличилось в размере, появилось чувство неудобства и уплотнение в правой подмышечной области.</p> <p><b>Объективный статус</b> Состояние ближе к удовлетворительному. Вес 53 кг, рост 173 см. Температура тела 36,8<sup>0</sup>С. Молочные железы развиты правильно, симметричные. Кожные покровы физиологической окраски. Соски и ареолы не изменены. Выделений из сосков нет. При пальпации в верхне-наружном квадранте правой молочной железы определяется бугристое образование с нечеткими контурами, безболезненное Образование смещаемое, кожных симптомов не выявлено.</p>
Какими являются необходимыми для постановки диагноза неинвазивными инструментальными методами обследования?
Маммография, ультразвуковое исследование МОЛОЧНЫХ желез, МРТ МОЛОЧНЫХ желез
Какая наиболее подходящая методика верификации диагноза?
Трепан-биопсия или кор- биопсия образования под ультразвуковым контролем
По результатам гистологического исследования фрагмент ткани молочной железы с инфильтративным ростом рака альвеолярно-трабекулярного строения G2, МРТ молочных желез- образование правой молочной железы. Какой диагноз можно поставить данной больной на основании лучевых методов исследования и данных гистологического исследования?
Рак правой молочной железы
По результатам рентгенологического и ультразвукового методов исследования какая определяется категория BI-RADS?
5



Что относится к дообследованию, при категории BI-RADS 4 или 5?
Биопсия образования
В каких проекциях выполняется диагностическая маммография?
Косой и прямой
Назовите ультразвуковые признаки, характерные для злокачественного образования
Неправильной формы, неоднородной гипозоногенной структуры, с нечеткими контурами чаще вертикальноориентированное (режим В)
С какой целью выполняют МРТ молочных желез?
Определить распространенность процесса, установить мультицентричность или мультифокальность процесса
Где необходимо выполнять Биопсию молочной железы под ультразвуковым контролем?
В сонооперационной
Проведение маммографии женщинам, при проведении диспансеризации, рекомендуется с _____ лет
Методом диагностики, который позволяет определить жесткость(плотность) выявленного образования, является _____
Соноэластография

### Задача №36

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<p><b>Ситуация</b> Больная Д. 64 лет обратилась в клинику к онкологу.</p> <p><b>Жалобы</b> на узловое образование в левой молочной железе.</p> <p><b>Анамнез заболевания</b> Сопутствующая патология: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Артериальная гипертония, 2 стадии, 2 степени. Варикозная болезнь нижних конечностей. Тромбоз суральной вены левой ноги (в декабре 2017г.), состояние после хирургического лечения. Семейный анамнез: у отца рак прямой кишки; Замужем. Двое детей. Постменопауза с 50 лет; Аллергический анамнез: отрицает; Профессиональные вредности отсутствуют; Вредные привычки: отрицает.</p> <p><b>Анамнез жизни</b> Две недели назад самостоятельно обнаружила новообразование в левой молочной железе.</p> <p><b>Объективный статус</b> Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледнорозовые. Слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких,</p>

<p>хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 145/80 мм рт.ст., ЧСС 72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Стул регулярный.</p> <p>St.localis: Молочные железы не деформированы. Кожа, соски, ареолы не изменены. Выделений из сосков на момент осмотра нет. В левой молочной железе в верхне-наружном квадранте пальпируется безболезненное, плотной консистенции, без четких границ, ограниченно подвижное узловое образование, размером около 2,5х3,0 см. Кожных симптомов нет. В правой молочной железе узловые образования не определяются. В левой подмышечной области пальпируется увеличенный плотноэластический лимфоузел до 1,5 см, остальные регионарные лимфоузлы с обеих сторон не увеличены.</p>
<p>Назовите инструментальные методы диагностики</p>
<p>Маммография и УЗИ молочных желез</p>
<p>BI-RADS 5 mammae sin. BIRADS 1 mammae dex.</p> <p>УЗИ обеих молочных желез и регионарных зон лимфооттока</p> <p>В верхне-наружном квадранте левой молочной железы визуализируется вертикально ориентированное образование неоднородной структуры. с четко-нечетким фестончатым контуром, размером 2,8х2,4 см, гипертанкуляризованное в режиме ЦДК. В левой аксиллярной области увеличены лимфоузлы мтс? Назовите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования</p>
<p>УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза.</p> <p>рентгенография грудной клетки в двух проекциях либо КТ органов грудной клетки.</p> <p>радиоизотопное исследование костей скелета</p>
<p>Для верификации диагноза необходимо:</p>
<p>Морфологическое исследование</p>
<p>Установите предполагаемый диагноз</p>
<p>Рак левой молочной железы T2N1M0 II б СТ</p>
<p>По данным гистологического исследования материала кор- биопсии подтверждена злокачественная природа опухоли. Дальнейшее лечение пациентки должно проводиться в условиях:</p>
<p>Стационара</p>
<p>На 1-ом этапе пациентке предпочтительнее выполнить какой вид лечения?</p>
<p>Хирургический</p>
<p>Получен результат гистологического исследования операционного материала:</p> <p>МАКРО: Молочная железа размерами 22х20х7 см с лоскутом кожи размерами 22х13 см, соском, подмышечной клетчаткой размерами 9х8х4 см. В толще железы, в верхненаружном квадранте определяется опухолевый узел без четких границ размерами см, плотный, серый. В клетчатке обнаружено 12 лимфатических узлов от 0,5-4 см по длиннику. МИКРО: 1. В молочной железе разрастание тубулярного рака 1 степени злокачественности с лимфоваскулярной инвазией, по линии резекции края элементы рака не обнаружены. 2 Сосок обычного строения. 3. В 12-и лимфоузлах - липоматоз. С учетом полученных данных, окончательный диагноз поставлен как рак левой молочной железы стадии.</p> <p>Получен результат иммуногистохимического исследования опухоли: рецепторы</p>

эстрогенов 7 баллов, рецепторы прогестерона 7 баллов, HER-2 =1+, Ki67=18%. Установите диагноз
Глюминальный А
С учетом полученных данных пациентке в адьювантном режиме показана:
Гормонотерапия
Какая гормонотерапия показана пациентке?
ингибиторами ароматазы
Основным осложнением гормонотерапии ингибиторами ароматазы является:
Остеопороз
Для профилактики осложнений при длительной гормонотерапии ингибиторами ароматазы показано:
Ежегодное выполнение денситометрии, назначение препаратов кальция и витамина D, а также остеомодифицирующих препаратов по показаниям

### Задача №37

И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	<p>Мужчина 68 лет поступил в химиотерапевтическое отделение онкологического диспансера</p> <p><b>Жалобы</b> На кашель с трудно отделяемой мокротой, боли в спине</p> <p><b>Анамнез заболевания</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Хронический бронхит, лекарственные препараты не принимает.</li> <li>• Алкоголем не злоупотребляет, курил в течение 15 лет не более 5 сигарет в день. Не курит 35 лет</li> <li>• Профессиональных вредностей не имеет</li> <li>• Аллергические реакции отсутствуют</li> </ul> <p><b>Анамнез жизни</b> 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</p>

	<p>полости - отмечено накопление РФП в Th6, дополнительных зон поражения не зафиксировано</p> <p><b>Объективный статус</b></p> <p>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 наклонностью 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	<p>Гистологическое заключение: аденокарцином в легкого умеренной степени дифференцировки. Молекулярно-генетическое исследование для определения мутаций в гене EGFR Выявлена активирующая мутаций в 19 экзоне гена EGFR</p> <p>Молекулярно-генетическое исследование для определения мутаций в генах ALK, ROS1</p> <p>Не выявлено мутаций в генах ALK, ROS1</p> <p>Установите диагноз</p>
Э	С34. Периферический рак верхней доли правого легкого IVa ст.,
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 №38

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Мужчина 63 лет обратился к торакальному хирургу</p> <p><b>Жалобы</b> Не предъявляет</p> <p><b>Анамнез заболевания</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Работает кровельщиком</li> <li>• Курит более 45 лет, по 1 пачке в день</li> <li>• Хронический бронхит</li> <li>• Эмфизема легких</li> <li>• Аллергоанамнез не отягощен</li> </ul> <p><b>Анамнез жизни</b> При плановом обследовании по месту жительства, на основании данных КТ ОГК, выявлена опухоль средней доли правого легкого.</p> <p>Направлен в онкологический центр.</p> <p><b>Объективный статус</b> Органы дыхания .Осмотр. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД -16 в минуту. Соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха не нарушено. Пальпация. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание не выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание. Po2 98%</p>

В	Назовите методы инструментальной диагностики
Э	компьютерная томография с внутривенным контрастированием и фибробронхоскопия
В	К дополнительным методам диагностики относят:
Э	Опухолевые маркеры
В	Наиболее информативным методом диагностики является:
Э	Бронхоскопия с браш-биопсией
В	<p>Компьютерная томография с внутривенным контрастированием В средней доле правого легкого определяется опухоль с нечеткими, неровными, тяжистыми контурами до 4,1х3,5см на протяжении 3,0 см, не накапливающая контрастный препарат. В ее толще обрывается среднедолевой бронх. Опухоль тесно прилежит к перикарду, врастает в просвет среднедолевой ветви правой легочной артерии. Увеличенные лимфатические узлы в корнях лёгких не выявлены. Лимфатические узлы в средостении: - аортопульмональном окне до 1,5 см, - парааортальные до 1,3 см, - трахеобронхиальные до ,3 см. Фибробронхоскопия Обе половины гортани подвижны. Просвет трахеи широкий, кольца хорошо дифференцируются. Слизистая оболочка гиперемирована, с множественными подслизистыми геморрагиями. Карина прямая, основание ее не расширено. Справа - просвет В5а и В5б щелевидно сужен за счет компрессии извне (в основном, по задней стенке) но слизистая оболочка бронхов не изменена. В4 и среднедолевой бронхи не изменены. Просвет остальных бронхов широкий, умеренно деформирован. Слизистая оболочка атрофична, гладкая, блестящая, местами видны расширенные выводные протоки бронхиальных желез. Слева - просвет доступных осмотру бронхов широкий. Слизистая оболочка атрофична Гладкая, местами видны расширенные выводные протоки бронхиальных желез.</p> <p>СУFRA 21-1 10 нг/мл (0-3 нг/мл) ,  СА-125 16 нг/мл (0-35 нг/мл),  РЭА 25 нг/мл (0-5,5 нг/мл)</p> <p>Цитологическое заключение: В пределах полученного материала обнаружено немного дегенеративно измененных клеток, подозрительных на код: 8010/3 Рак, БД У.</p> <p>Назовите диагноз</p>
Э	Центральный рак средней доли правого легкого с поражением медиастинальных лимфатических узлов, врастанием в перикард
В	Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить:
Э	МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием, сцинтиграфию скелета, УЗИ брюшной полости и периферических лимфатических узлов
В	Где должно осуществляться дальнейшее лечение и наблюдение пациента?

Э	В условиях стационара
В	Назовите объем хирургического вмешательства
Э	В объеме средней лобэктомии справа с медиастинальной лимфодиссекцией, резекцией и пластикой перикарда
В	<p>Гистологическое заключение: Средняя доля лёгкого размерами 14х9х6 см удалённая на уровне сегментарных бронхов. Фрагмент лёгкого удалён с частью перикарда размерами 5х5 см поверхность гладкая блестящая. В прикорневой зоне на расстоянии 1см от края резекции бронхов в ткани лёгкого определяется опухолевый узел размерами 5,5х3,5х3 см плотный, серый с чёткими границами прорастает в стенки сегментарных бронхов. В ткани легкого определяется опухолевый узел, представленный разрастаниями инвазивной аденокарциномы солидного субтипа G-III со слабо выраженными признаками внеклеточного слизиобразования. Опухоль врастает в перикард без признаков трансперикардальной инвазии.</p> <p>В 2 л/у корня легкого метастазы. На основании данных метастазы. Какой дополнительный метод диагностики необходимо осуществить, помимо гистологического, для установки диагноза?</p>
Э	ИГХ
В	Пациенту показано дальнейшее лечение:
Э	Лекарственное
В	Назовите схему лекарственной терапии
Э	платиносодержащей (Пеметрексед+Цисплатин))
В	Очевидными факторами риска развития рака легкого у данного пациента являются:
Э	стаж курения, работа кровельщиком, мужской пол

### Задача №39

#### ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

##### Ситуация

Мужчина, 26 лет направлен районным онкологом в МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

##### Жалобы

На наличие опухоли в проекции правой бедренной кости. Болевой синдром в проекции опухоли, усиливающийся в ночное время суток, слабо купируемый анальгетиками.

##### Анамнез заболевания

Курит по 1 пачке в сутки в течение последних трех лет. Рос и развивался соответственно возрасту.

##### Анамнез жизни

Со слов пациента отмечает возникновение болевого синдрома в проекции правого бедра 6 месяцев назад. К врачам не обращался. С течением времени отмечает усиление

интенсивности болевого синдрома и появление в проекции правого бедра опухоли, незначительное ограничение движения в правом коленном суставе. При МРТ по месту жительства установлено опухолевое поражение. Направлен в МНИОИ.

#### Объективный статус

- Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 188 см. Температура тела 36,7°C.
- Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Доступные пальпации зоны регионарного лимфооттока без опухолевой патологии.
- Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД -15 в минуту.
- При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 15 уд в мин.  $PO_2 > 98\%$
- Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 90 уд/мин, АД 140/90 мм.рт.ст.
- Правое бедро увеличено в размере за счет опухолевого образования. Опухоль располагается глубоко в мягких тканях, плотной консистенции, не смещаемая при пальпации. Протяженность до 15 см от щели коленного сустава. Сгибание в коленном суставе незначительно ограничено ввиду болевого синдрома.

В какое время усиливается болевой синдром при саркомах костей?

Наличие болевого синдрома усиливается в ночное время

Какой необходим лабораторный анализ для постановки диагноза?

Биохимический анализ крови

Какой метод инструментальной диагностики необходим для выявления первичного очага?

МРТ правого бедра

Биохимический анализ крови Билирубин общий: 7,5 мкМ/л норма 5-21 Щелочная фосфатаза: 350 Ед/л норма 30-120

Глюкоза: 4,2 ммоль/л норма 4,1-5,9 Алт: 36 Ед/л норма 0-50 Аст: 49 Ед/л норма 0-50

В дистальном метадиафизе правой бедренной кости выявляется опухоль неоднородной солидной структуры, с внекостными компонентами, общими размерами 17,2x7,8x8,1 см. Какой диагноз у пациента?

Остеосаркома

Что нужно выполнить для выбора тактики лечения?

морфологическую верификацию



<b>ОПУХОЛИ, КТ органов грудной клетки, сцинтиграфию костей</b>	
При плановом морфологическом исследовании диагностирован Остеосаркома GIII При выполнении КТ органов грудной клетки данных за опухолевую патологию не выявлено Сцинтиграфия костей- Очаг гиперфиксации РФП только в правой бедренной кости. Что нужно назначить пациенту первым этапом?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Химиотерапию
Основным препаратом системного лекарственного лечения остесаркомы является:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Доксорубицин
После проведения химиотерапии при отсутствии прогрессирования опухолевого процесса больному будет показана:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Операция
Какой объем операции показан пациенту?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Эндопротезирование
От определяемого края опухоли перед выполнением резекции бедренной кости необходим отступ в__ см	
Как определяют радикальность резекции интраоперационно?	
<input checked="" type="checkbox"/>	Цитологически
В случае радикально выполненного хирургического вмешательства и выраженного лечебного патоморфоза опухоли по результатам планового морфологического исследования пациенту будет показано:	
<input checked="" type="checkbox"/>	Продолжение химиотерапии

#### Задача №40

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
у	<p>Пациент 19 лет обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра</p> <p>Жалобы На умеренно выраженные головные боли, общую слабость</p> <p>Анамнез заболевания</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• хронические заболевания: хронический гастрит</li> <li>• вредные привычки: отрицает</li> <li>• аллергические реакции на медикаменты отрицает</li> <li>• опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен</li> </ul> <p>Анамнез жизни В 2016 году установлен диагноз: Остеосаркома левой бедренной кости.</p>

	<p>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 2018 года 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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. Менингеальные симптомы отрицательные.</p>
В	Назовите необходимый инструментальный метод диагностики
Э	МРТ головного мозга с контрастным усилением
В	Какие <b>методы исследования</b> 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,</p>

	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?
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	схема AP: Доксорубин 90 мг/ М <sup>2</sup> в/в &#43; Цисплатин 120 в/в или в/а инфузия в 1-й день, каждые 4 недели. Схема HD I: Ифосфамид 2000 мг/ М <sup>2</sup> в/в <b>В</b> 1-7-Й дни
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)

## 6. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
		ых задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	сложных профессиональных задач
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик рабочей программы:

Масленникова Анна Владимировна, д.м.н., профессор заведующего кафедрой онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики им профессора Н.Е. Яхонтова.

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023г.