

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ОНКОЛОГИЯ

Специальность 31.08.20 Психиатрия
код, наименование

Форма обучения очная

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	Тест	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
ПК-2, ПК-5, ПК-6,	Текущий,	Раздел 1. Общая онкология	Ситуационные задачи
		Раздел 2. Частная онкология	
	Промежуточный	Разделы дисциплины	Тестовые задания

4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: ПК-2, ПК-5, ПК-6.

Задача №1

И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Пациентка 45 лет обратилась за медицинской помощью с жалобами на резкую боль при дефекации, сопровождающаяся примесью алой крови, эпизодически недержание стула. Данные жалобы беспокоят в течении последних 6 месяцев, лечилась самостоятельно – без эффекта. При осмотре и дополнительном обследовании выявлены следующие

	изменения: РРС - опухоль анального канала размером 4 см, опухолевый рост начинается сразу от анодермальной линии, ограниченно подвижный, пальцевое исследование резко болезненное. Гистология – плоскоклеточный неороговевающий рак. ФКС – ободочная кишка осмотрена полностью – без патологии, в анальном канале опухоль с контактной кровоточивостью, занимает весь анальный канал. МРТ органов малого таза – опухоль анального канала, размером 4см, прорастающая все стенки кишки, без врастания в окружающие ткани. УЗИ паховых л/у – патологических изменений паховых л/у не выявлено. КТ органов брюшной полости и грудной клетки – признаков диссеминации не выявлено. Показатели анализов крови и мочи в пределах нормы.
В	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	рак анального канала T2N0M0, 2ст.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	диагноз рак анального канала установлен на основании 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	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Пациентка 75 лет обратилась за медицинской помощью с жалобами на резкую 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.
В	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	рак анального канала T3N0M0, II ст.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	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.
В	Какой план лечения в данной ситуации наиболее верный?
Э	Первым этапом целесообразно выполнить операцию в объёме двустольной 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.
В	После проведённого химиолучевого лечения опухоль полностью регрессировала. Больной предложено ликвидировать сигмостому. Верно ли данное решение?
Э	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.

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	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Пациент 55 лет обратился за медицинской помощью с жалобами на частый стул небольшими порциями, отметил похудание на 5 кг. Данные жалобы беспокоят в течении последних 6 месяцев. Лечился у терапевта, обследование кишечника не предлагалось. Консультирован онкологом. При осмотре и дополнительном обследовании выявлены следующие изменения: пальцевое исследование – патологии не определяется, РРС – на уровне 10 см от ануса определяется циркулярно-суживающая просвет кишки опухоль. Гистология – умеренно-дифференцированная аденокарцинома. ФКС – ободочная кишка осмотрена полностью – опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки, циркулярно-суживающая до 1см просвет кишки. КТ органов брюшной полости и грудной клетки – признаков диссеминации не выявлено. При пальпации живота патологических образований не определяется. Лабораторные показатели крови и мочи без выраженных патологических сдвигов.
В	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	По результатам проведённого обследования установлен следующий диагноз: рак ректосигмоидного отдела толстой кишки Т3NхM0, стадия.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	диагноз рак ректосигмоидного отдела толстой кишки Т3NхM0 установлен на основании проведённого обследования: осмотра больного, данных РРС, ФКС, гистологического исследования биопсийного материала, данные КТ ОБП и ОГК позволяют исключить отдалённую диссеминацию
В	Какой план лечения в данной ситуации наиболее верный?
Э	первым этапом целесообразно выполнить операцию в объёме лапароскопической передней резекции прямой кишки, затем по результатам проведённого патоморфологического исследования удалённого препарата установить окончательную стадию опухолевого процесса и определиться с показаниями к проведению химиотерапевтического лечения
В	На 5-е сутки послеоперационного периода у больного появились боли в нижних отделах живота, лихорадка с ознобом до 38,7С, слабость, отделяемое мутного характера по дренажу из малого таза около 350мл/сут, в лабораторных анализах крови лейкоцитоз до 13,2x10 ⁶ /л. При осмотре

	<p>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?</p>
Э	<p>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</p>
В	<p>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?</p>
Э	<p>Полихимиотерапия замедляет процесс заживления тканей, увеличивает количество возможных осложнений, поэтому целесообразно её начать после заживления послеоперационной раны и ликвидации всех гнойно-воспалительных осложнений.</p>

Задача №4

И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	<p>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.</p>
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, врастающая 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

И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Больную 36 лет в течении 3-х месяцев беспокоят эпизодические примеси алой крови с калом. Проведено обследование: пальцевое исследование – на 5 см от ануса пальпируется опухоль размером около 2см, подвижная без инфильтрации подлежащих тканей; РРС – блюдцеобразная опухоль на 1см выше внутреннего сфинктера диаметром 2см. без признаков кровотечения; гистология – высокодифференцированная аденокарцинома; ФКС – рак нижне-ампулярного отдела прямой кишки 2см в диаметре на 5 см от ануса, 2 полипа нисходящего отдела ободочной

	кишки на широком основании до 1 см 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 размером и глубины поражения кишечной стенки, а также возможность выполнения сфинктеросохранной операции, целесообразно начать лечение с курса неoadьювантой 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	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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 экзофитнорастущая 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 (pT1bN0M0), 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.
В	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 отсутствует или неверное обоснование патогенетического варианта
p0	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	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.
B	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.
B	1) 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

И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	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

	<p>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 4х5 см. Тумор 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>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак тела матки III A стадии (pT3AN0M0), 1 патогенетический вариант. Киста левого яичника.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса или неправильно определен патогенетический вариант заболевания
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э	<p>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.</p> <p>Патогенетический вариант заболевания определен по наличию сопутствующей патологии: АГ и ожирения.</p>
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	<p>Диагноз обоснован не полностью:</p> <p>отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака или</p> <p>отсутствует или неверное обоснование патогенетического варианта</p>
P0	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	<p>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).</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.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	<p>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.</p>
P2	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
P1	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика лечения выбрана неверно.

В	2) 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	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
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 лимфоаденопатию 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</p>

	<p>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 (pT1b2N0M0).
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.
В	3) 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

И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	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

	<p>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 обтураторных 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 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.</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	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.
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака
P0	Диагноз обоснован полностью неверно.
B	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	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).
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 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 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	4) 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

И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
у	<p>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 – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки, инвазия 2 мм. 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 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</p>

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

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

5.1.1 Тестовые задания к зачету по дисциплине «Онкология»:

Раздел 1. Общая онкология

Тестовые вопросы	Код компетенции и (согласно РПД)
<p>. К ПРИЗНАКУ КАХЕКСИИ ОТНОСИТСЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> - 10% за последние 12 мес. - 10% за последние 6 мес. - 5% за последние 12 мес. + 5% за последние 6 мес. <p>2. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПО СИСТЕМЕ TNM ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ</p> <ul style="list-style-type: none"> - врожденных новообразований - доброкачественных опухолей + злокачественных опухолей - предопухолевых состояний <p>3. ПРЕИНВАЗИВНАЯ ФОРМА РАКА ТОЧНО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> + при прицельной биопсии - при проточной цитометрии - рентгенологически - эндоскопически <p>4. СИМВОЛ «М» В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - метастазов в отдалённые группы лимфатических узлов + метастазов в отдалённых органах - первичной опухоли - регионарных лимфатических узлов <p>5. ОТДАЛЁННЫЕ МЕТАСТАЗЫ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК</p> <ul style="list-style-type: none"> - G1 + M1 - N1 - T1 <p>6. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ В КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - компьютерная томография - магнитно-резонансная томография - рентгенологическое исследование + сцинтиграфия <p>7. СИМПТОМАТИЧЕСКИМ НАЗЫВАЕТСЯ ВИД ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ</p> <ul style="list-style-type: none"> - после проведения которого в организме больного не выявляются клинические, рентгенологические, эндоскопические и морфологические признаки опухолевого процесса 	<p>ПК-2, ПК-5, ПК-6,</p>

+ 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

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

<ul style="list-style-type: none"> - таргетная терапия + хирургический <p>17. ПОД КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ</p> <ul style="list-style-type: none"> - в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером - в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции - вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого либо другого неонкологического заболевания + с резекцией (удалением) другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс <p>18. СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В ПИЛОРОАНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - гастростомия + гастроэнтероанастомоз - пилоропластика - проксимальная субтотальная резекция желудка 	
--	--

Раздел 2. Частная онкология

Тестовые вопросы	Код компетенции (согласно РПД)
<p>19. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В ПРОЦЕССЕ ХИМИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> - ифосфамида - митомицина - нитрозометилмочевины + производных платины <p>20. АДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - для лечения местно-распространённого рака - для лечения рецидивов и метастазов, возникших после локального лечения - до локального противоопухолевого воздействия + после локального лечения с целью профилактики возникновения рецидивов и метастазов опухоли <p>21. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АДЪЮВАНТНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - изучение лекарственного патоморфоза для планирования дальнейшего лечения - уменьшение размеров опухолевой массы - усиление степени повреждения опухоли + эрадикация микрометастазов <p>22. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> + гормонотерапии 	<p>ПК-2, ПК-5, ПК-6,</p>

- 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

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

<p>лучевой терапии</p> <ul style="list-style-type: none"> - реакцию всего организма на облучение - реакцию эндокринной системы на облучение <p>29. К ДИСТАНЦИОННЫМ МЕТОДАМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - аппликационный - внутрисполостной - внутритканевой + гамма-терапия <p>30. К КОНТАКТНОМУ МЕТОДУ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> + внутритканевая гамма-терапия - нейтронная терапия - облучение тормозным излучением электронов высоких энергий; - протонная терапия <p>31. НАИБОЛЕЕ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> - остеогенная саркома - ретикулосаркома + саркома Юинга - фибросаркома <p>32. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ</p> <ul style="list-style-type: none"> - гигантоклеточной опухоли + остеоме - ретикулосаркоме - эозинофильной гранулеме <p>33. ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПОДВЕДЕНИЕ СУММАРНОЙ ДОЗЫ (В ГР)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 20-30 - 30-50 + 50-70 - 70-90 <p>34. ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ОБЛУЧЕНИИ ЖЕЛУДКА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ОБЛУЧЕНИЕ В СОЧЕТАНИИ С</p> <ul style="list-style-type: none"> + кратковременной газовой гипоксией - кратковременной искусственной гипергликемией - локальной гипертермией - электрооакцепторными соединениями <p>35. МЕТОД ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ</p> <ul style="list-style-type: none"> - источников излучения, вводимых в естественные полости человека + облучения внешними пучками - облучения радиоактивными препаратами, имеющими тропность к опухоли 	
--	--

<ul style="list-style-type: none"> - эндолимфотического введения радионуклидов <p>36. ПОД ДОЗНЫМ ПОЛЕМ ПОНИМАЮТ</p> <ul style="list-style-type: none"> - коридор доз, в пределах которого может быть реализован тумороцидный эффект лучевой терапии - объем облучаемого объекта - площадь облучаемого объекта + пространственное распределение поглощенной 	
--	--

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	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»