

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
ОНКОЛОГИЯ**

Специальность: 31.08.54 «Общая врачебная практика (семейная медицина)»

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                      |
|--------------------------------|-------------------------------|--|---|
| УК-1,<br>ОПК-4<br>ПК-1<br>ПК-2 | Входной                       | Раздел 1. Общая онкология<br>Раздел 2. Частная онкология | Тестовые задания<br>Ситуационные задачи |
| УК-1,<br>ОПК-4<br>ПК-1<br>ПК-2 | Промежуточный                 | Все разделы дисциплины                                   | Тестовые задания                        |

## 4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

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

### 4.1. Тестовые задания для оценки компетенций УК-1, ОПК-4 ПК-1 ПК-2

|   |  |
|---|--|
| 1 | К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ СИМПТОМУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОСТИ ОТНОСЯТ<br>+ боль<br>- наличие опухолевидного образования<br>- ограничение подвижности в суставе<br>- патологический перелом |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| 2 | <p>ИСТОЧНИКОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ТКАНЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- внутренних органов</li> <li>- зрелая, хорошо специализированная</li> <li>+ с выраженной физиологической пролиферацией</li> <li>- с пониженной пролиферативной активностью</li> </ul>                                     |
| 3 | <p>МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПО СИСТЕМЕ TNM ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- врожденных новообразований</li> <li>- доброкачественных опухолей</li> <li>+ злокачественных опухолей</li> <li>- предопухолевых состояний</li> </ul>   |
| 4 | <p>СИМВОЛ «М» В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- метастазов в отдалённые группы лимфатических узлов</li> <li>+ метастазов в отдалённых органах</li> <li>- первичной опухоли</li> <li>- регионарных лимфатических узлов</li> </ul>  |
| 5 | <p>СИМВОЛ «N» В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- всех групп лимфатических узлов выше или ниже диафрагмы</li> <li>- любых групп лимфатических узлов</li> <li>- метастазов в отдалённые органы</li> <li>+ только регионарных лимфатических узлов</li> </ul>              |
| 6 | <p>ЦЕЛЮЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ ОПУХОЛИ ПО СИСТЕМЕ TNM И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ выработка плана лечения</li> <li>- определение прогноза трудоспособности</li> <li>- оценка эффективности лечения</li> <li>- проведение обмена медицинской информацией</li> </ul> |
| 7 | <p>К ПРИЗНАКУ КАХЕКСИИ ОТНОСИТСЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10% за последние 12 мес.</li> <li>- 10% за последние 6 мес.</li> <li>- 5% за последние 12 мес.</li> <li>+ 5% за последние 6 мес.</li> </ul>   |
| 8 | <p>ОТДАЛЁННЫЕ МЕТАСТАЗЫ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- G1</li> <li>+ M1</li> <li>- N1</li> <li>- T1</li> </ul>   |
| 9 | <p>ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лучевая терапия</li> <li>- полихимиотерапия</li> <li>- таргетная терапия</li> <li>+ хирургический</li> </ul>   |

|    |  |
|----|--|
| 10 | <p>ПОД КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером</li> <li>- в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции</li> <li>- вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого либо другого неонкологического заболевания</li> </ul> <p>+ с резекцией (удалением) другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс</p> |
| 11 | <p>ЕДИНСТВЕННЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРОЕ МОЖНО ИЗЛЕЧИВАТЬ С ПОМОЩЬЮ ХИМИОПРЕПАРАТОВ ДАЖЕ ПРИ НАЛИЧИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- забрюшинная неорганный опухоль</li> <li>- недифференцированный рак носоглотки</li> <li>- мелкоклеточный рак лёгкого</li> </ul> <p>+ трофобластическая опухоль</p>   |
| 12 | <p>МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ БОЛЬШИНСТВА ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ АНТИМЕТАБОЛИТОВ СОСТОИТ В</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ингибировании митоза путём воздействия на микротубулины</li> </ul> <p>+ ингибировании ферментов</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- образовании ковалентных связей с ДНК</li> <li>- синхронизации деления опухолевых клеток</li> </ul>   |
| 13 | <p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ гормонотерапии</li> <li>- лучевой терапии</li> <li>- химиотерапии</li> <li>- хирургического лечения</li> </ul>  |
| 14 | <p>АДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- для лечения местно-распространённого рака</li> <li>- для лечения рецидивов и метастазов, возникших после локального лечения</li> <li>- до локального противоопухолевого воздействия</li> </ul> <p>+ после локального лечения с целью профилактики возникновения рецидивов и метастазов опухоли</p>   |
| 15 | <p>ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АДЬЮВАНТНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- изучение лекарственного патоморфоза для планирования дальнейшего лечения</li> <li>- уменьшение размеров опухолевой массы</li> <li>- усиление степени повреждения опухоли</li> </ul> <p>+ эрадикация микрометастазов</p>  |
| 16 | <p>СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В ПИЛОРОАНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гастростомия</li> </ul> <p>+ гастроэнтероанастомоз</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- пилоропластика</li> </ul>   |
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- проксимальная субтотальная резекция желудка</li> </ul>  |

|    |  |
|----|--|
| 17 | <p>НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В ПРОЦЕССЕ ХИМИОТЕРАПИИ<br/> НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ифосфамида</li> <li>- митомицина</li> <li>- нитрозометилмочевины</li> <li>+ производных платины</li> </ul>  |
| 18 | <p>СИМПТОМАТИЧЕСКИМ НАЗЫВАЕТСЯ ВИД ЛЕЧЕНИЯ<br/> ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- после проведения которого в организме больного не выявляются клинические, рентгенологические, эндоскопические и морфологические признаки опухолевого процесса</li> <li>+ при проведении которого все мероприятия направлены только на устранение тягостных или угрожающих жизни симптомов и осложнений заболевания</li> <li>- при проведении которого продолжительность жизни больного составляет менее одного года</li> <li>- при проведении которого сочетаются хирургический, лучевой и лекарственный методы лечения</li> </ul> |
| 19 | <p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ<br/> МЕТАСТАЗОВ В КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- компьютерная томография</li> <li>- магнитно-резонансная томография</li> <li>- рентгенологическое исследование</li> <li>+ сцинтиграфия</li> </ul>   |
| 20 | <p>ПРЕИНВАЗИВНАЯ ФОРМА РАКА ТОЧНО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ при прицельной биопсии</li> <li>- при проточной цитометрии</li> <li>- рентгенологически</li> <li>- эндоскопически</li> </ul>  |
| 21 | <p>КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ингибирования ферментов</li> <li>+ купирования синдрома цитопении</li> <li>- ликвидации карциноидного синдрома</li> <li>- синхронизации деления опухолевых клеток</li> </ul>   |
| 22 | <p>ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ РОСТА ОПУХОЛИ В ОРГАНИЗМЕ ЧАЩЕ<br/> ВСЕГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ гормональные рецепторы в клеточной мембране</li> <li>- онкобелки</li> <li>- транскрипционный фактор</li> <li>- цитоплазму</li> </ul>   |
| 23 | <p>ЭКТОПИЧЕСКИЕ ЭНДОКРИННЫЕ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ<br/> НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ У БОЛЬНЫХ _____<br/> ЛЁГКОГО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- аденокарциномой</li> <li>- бронхиоло-альвеолярным раком</li> <li>+ мелкоклеточным раком</li> <li>- плоскоклеточным раком</li> </ul>   |
| 24 | <p>КАРЦИНОИДНЫЙ СИНДРОМ ОБУСЛОВЛЕН ВЫБРОСОМ В КРОВОТОК</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гастрина</li> <li>- глюкагона</li> <li>- инсулина</li> <li>+ серотонина</li> </ul>   |

|    |   |
|----|---|
| 25 | <p>ОНКОГЕННЫМ ВИРУСОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С РАЗВИТИЕМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- вирус гепатита В</li> <li>- вирус гепатита С</li> <li>+ вирус папилломы человека</li> <li>- цитомегаловирус</li> </ul>   |
| 26 | <p>К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ежегодное проведение ультразвукового исследования органов малого таза</li> <li>- ежегодное проведение цервикометрии</li> <li>- регулярное самообследование молочных желез</li> <li>+ своевременное выявление и лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки</li> </ul> |
| 27 | <p>ДЛЯ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ маммографии</li> <li>- пальпации</li> <li>- самообследования молочных желез</li> <li>- ультразвуковой томографии</li> </ul>  |
| 28 | <p>МАРКЕРОМ ТРОФОБЛАСТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- альфа-фетопротеин</li> <li>- лютеинизирующий гормон</li> <li>+ хорионический гонадотропин</li> <li>- хорионический тиреотропин</li> </ul>   |
| 29 | <p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- одиночный очаг поражения слизистой</li> <li>- редкое рецидивирование</li> <li>- частое отдалённое метастазирование</li> <li>+ частое рецидивирование</li> </ul>   |
| 30 | <p>ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЕРОМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- аденокортикотропный гормон</li> <li>+ простатспецифический антиген</li> <li>- трофобластический бета-глобулин</li> <li>- хорионический гонадотропин</li> </ul>  |

4.2. Ситуационные задачи для оценки компетенций УК-1, ОПК-4 ПК-1 ПК-2

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

|    |  |
|----|--|
| У  | <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.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 170 см, вес 65 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно-звук ясный легочный. Аускультативно – дыхание везикулярное. ЧД – 15 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 78 уд. в мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральном отделе, перитонеальных симптомов нет. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: Eг – <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 1х1.5х0.5 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> |
|    |  |
| В  | Предположите наиболее вероятный диагноз.   |
| Э  | Ранняя форма рака тела желудка (полиповидная форма) T1N0M0   |
| P2 | Диагноз поставлен верно.   |
| P1 | Диагноз поставлен не полностью: неверно определена клиническая форма рака. <u>или</u> не указана или неверно определена локализация, стадия по TNM.  |
| P0 | Диагноз поставлен неверно.   |
|    |  |
| В  | Обоснуйте поставленный вами диагноз.   |

|    |  |
|----|--|
| Э  | <p>Диагноз рака желудка установлен на основании следующих данных. 1) Результаты гистологического исследования (обнаружение в биоптате клеток высокодифференцированной аденокарциномы). 2) Данные фиброгастроскопии (полипообразное опухолевое образование на слизистой тела желудка). 3) Данные анамнеза заболевания: онкологически отягощенный анамнез. Бессимптомное течение заболевания, «случайная находка» во время профилактического осмотра. Стадия по TNM выставлена исходя из инструментальных исследований, клинически исключающих диссеминацию опухоли по лимфатическим узлам (УЗИ) и отсутствие отдаленных метастазов (ФЛГ, УЗИ) и небольшим размерам опухоли, согласно ФГДС.</p> <p>Определение локализации процесса и клиническая форма рака основаны на данных эндоскопического обследования (ФГДС: полипообразная опухоль на</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.  |
| 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.  |
| 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, врастающей 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.  |
| И | <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 размером 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   |
| И | <b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>  |

|  |  |
|--|--|
|  | <p>Мужчина 68 лет поступил в химиотерапевтическое отделение онкологического диспансера</p> <p><b>Жалобы</b></p> <p>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></p> <p>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 трехеобронхиальных л/у до 17x25 мм и правых бифуркационных л/у до 20x18 мм. Направлен в онкологический диспансер для дополнительного обследования и выработки тактики лечения. Выполнена сцинтиграфия костей скелета, КТ брюшной полости - отмечено накопление РФП в Th6, дополнительных зон поражения не зафиксировано</p> <p><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 наклоном 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: аденокарциномв 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 | S34. Периферический рак верхней доли правого легкого IVa ст., cT2bN2a2M1b  |
|   |  |
| 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%  |
| И  | <b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>   |
| У  | <p>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.</p> <p>По экстренным показаниям выполнено оперативное лечение – лобная краниотомия слева. Гистологически – протоплазматическая астроцитомы Grade 2 с участками анапластической астроцитомы Grade 3.</p> |
|    |   |
| 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<br>Иммуногистохимическое исследование послеоперационного материала<br>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 адьювантным 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<br>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.   |
| 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 проведенного 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 $13,2 \times 10^6/\text{л}$ . 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.  |
| И | <b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>   |
|   | Больной 48 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, похудание, слабость, периодическое возникновение рвоты, отсутствие аппетита. На протяжении 10 лет страдает  |



|   |   |
|---|---|
| У | 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 - $3,7 \cdot 10^{12}$ , 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.                     |
| 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>, Hб – 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 органов брюшной полости:</b> диффузные изменения печени, поджелудочной железы, признаки хронического холецистита. Очаговой патологии не выявлено.</p> |
|    |   |
| В  | Предположите наиболее вероятный диагноз.  |
| Э  | Сг антрального отдела желудка инфильтративно-язвенная форма. T3N0M0. 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. 1) Результаты гистологического исследования (обнаружение в биоптате клеток низкодифференцированной аденокарциномы). 2) Данные фиброгастроскопии (желудочное кровотечение F2b, инфильтративно-язвенный процесс антрального отдела желудка). 3) Данные анамнеза заболевания: постепенное начало заболевания, наличие симптомов желудочно-кишечного кровотечения (рвота «кофейной гущей», мелена) потеря массы тела. Боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи. 4). С учетом данных объективного осмотра (дефицит массы тела, бледность кожных покровов, болезненность в эпигастрии при пальпации живота) и лабораторных данных (анемия Hb 90 г\л ).</p> <p>Стадия по TNM выставлена условно исходя из инструментальных исследований, клинически исключающих диссеминацию опухоли по лимфатическим узлам (УЗИ) и отсутствие отдаленных метастазов (ФЛГ, УЗИ.)</p> <p>Определение локализации процесса и клиническая форма рака основаны на данных эндоскопического обследования (ФГДС инфильтративно-язвенный п</p> <p>р Диагноз желудочного кровотечения установлен на основании жалоб: рвота оцвета «кофейной гущи», черный жидкий стул (мелена), данных объективного цосмотра (бледность кожных покровов), данных лабораторного исследования е(снижение гемоглобина крови до 90 гр\л). Данных эндоскопического сисследования ( желудочное кровотечение F2b – сверток крови на дне язвы)</p> |
| P2 | Диагноз обоснован верно.   |
| P1 | <p>Диагноз обоснован не полностью:<br/>отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, неверно выставлена стадия по TNM</p> <p><u>или</u></p> <p>обоснование клинической формы, локализации, стадии процесса, дано неверно.</p>   |
| P0 | Диагноз обоснован полностью неверно.   |
|    |  |
| В  | Укажите, какой дополнительный метод инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.   |
| Э  | <p>Пациенту необходимо: биохимический анализ крови для оценки протеинемии и прочих биохимических показателей крови (амилаза, трансаминазы, мочевины, билирубин, креатинин, глюкоза крови)</p> <p>проведение МРТ органов брюшной полости для исключения метастатического поражения лимфатических узлов и отдаленных метастазов, для чего желателно 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.   |
|    |  |
| В  | Предложите лечение пациента. Обоснуйте свой выбор.   |

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

|   |  |
|---|--|
|   | <p>включением доксорубицина, ифосфамида), в послеоперационном - 5 курсов ПХТ (с включением доксорубицина, ифосфамида).</p> <p>В мае 2018года появились жалобы на головные боли. При КТ-исследовании головного мозга от 02.05.2018 года было обнаружено объемное образование теменно-затылочной области левого полушария головного мозга. Больной направлен в поликлинику онкологического центра.</p> <p>Объективный статус</p> <p>Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 3. Вес 70 кг, рост 187 см. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли и атрофии нет. Кости и суставы: St.localis: область послеоперационного рубца на левом бедре без патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены.</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. Мочевыделение 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.</p> <p>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.</p> <p>Девиации языка нет. Гипестезия справа. Суставно-мышечное чувство сохранено. Двигательные функции не нарушены. Мышечный тонус не изменен.</p> <p>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 методы исследования необходимы для оценки распространенности процесса и постановки диагноза?   |
| Э | УЗИ органов брюшной полости и малого таза, шейно-надключичных областей и забрюшинного пространства. КТ органов грудной клетки. сцинтиграфия костей скелета   |
|   |  |
| В | <p>Заключение МРТ : Опухоль левой теменнозатылочной области головного мозга. КТ органов грудной клетки В легочной ткани обоих легких отмечаются очаговые тени:</p> <p>а) справа в S2 два очага, единичный очаг в S4, два очага в S8 и один очаг в S10;</p> <p>б) слева в S6, S8 и S9 два очага до 0.5 см., в S4 и S10 до 0.7 см.</p> <p>По костальной и медиастинальной плевре с обеих сторон визуализируются очаги уплотнения до 0.7 см. Трахея и бронхи проходимы. Жидкости в плевральных полостях нет.</p> <p>Сцинтиграфия костей скелета Определяются участки повышенного накопления РФП в левой бедренной кости Участок занимает большой и малый вертелы, межвертельную область и верхнюю треть диафиза. Изменения такого же рода имеются и в правой бедренной кости, распространяясь от латерального и медиального мыщелков и занимая верхнюю треть диафиза. Кроме того,</p>   |

|   |   |
|---|---|
|   | 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 мг/ М <sup>2</sup> в/в<br>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)   |
|   |   |

## 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

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

5.1.1 Тестовые задания к зачёту по дисциплине «Онкология»:

|   |  |
|---|--|
| 1 | <b>К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ СИМПТОМУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОСТИ ОТНОСЯТ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>+ боль</li><li>- наличие опухолевидного образования</li><li>- ограничение подвижности в суставе</li><li>- патологический перелом</li></ul>  |
| 2 | <b>ИСТОЧНИКОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ТКАНЬ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- внутренних органов</li><li>- зрелая, хорошо специализированная</li><li>+ с выраженной физиологической пролиферацией</li><li>- с пониженной пролиферативной активностью</li></ul>                                     |
| 3 | <b>МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПО СИСТЕМЕ TNM ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- врожденных новообразований</li><li>- доброкачественных опухолей</li><li>+ злокачественных опухолей</li><li>- предопухолевых состояний</li></ul>   |
| 4 | <b>СИМВОЛ «М» В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- метастазов в отдалённые группы лимфатических узлов</li><li>+ метастазов в отдалённых органах</li><li>- первичной опухоли</li><li>- регионарных лимфатических узлов</li></ul>  |
| 5 | <b>СИМВОЛ «N» В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- всех групп лимфатических узлов выше или ниже диафрагмы</li><li>- любых групп лимфатических узлов</li><li>- метастазов в отдалённые органы</li><li>+ только регионарных лимфатических узлов</li></ul>              |
| 6 | <b>ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ ОПУХОЛИ ПО СИСТЕМЕ TNM И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>+ выработка плана лечения</li><li>- определение прогноза трудоспособности</li><li>- оценка эффективности лечения</li><li>- проведение обмена медицинской информацией</li></ul> |
| 7 | <b>К ПРИЗНАКУ КАХЕКСИИ ОТНОСИТСЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- 10% за последние 12 мес.</li><li>- 10% за последние 6 мес.</li><li>- 5% за последние 12 мес.</li><li>+ 5% за последние 6 мес.</li></ul>   |
| 8 | <b>ОТДАЛЁННЫЕ МЕТАСТАЗЫ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- G1</li><li>+ M1</li></ul>   |



|    |  |
|----|--|
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- N1</li> <li>- T1</li> </ul>   |
| 9  | <p>ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лучевая терапия</li> <li>- полихимиотерапия</li> <li>- таргетная терапия</li> <li>+ хирургический</li> </ul>  |
| 10 | <p>ПОД КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером</li> <li>- в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции</li> <li>- вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого либо другого неонкологического заболевания</li> <li>+ с резекцией (удалением) другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс</li> </ul> |
| 11 | <p>ЕДИНСТВЕННЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРОЕ МОЖНО ИЗЛЕЧИВАТЬ С ПОМОЩЬЮ ХИМИОПРЕПАРАТОВ ДАЖЕ ПРИ НАЛИЧИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- забрюшинная неорганный опухоль</li> <li>- недифференцированный рак носоглотки</li> <li>- немелкоклеточный рак лёгкого</li> <li>+ трофобластическая опухоль</li> </ul>   |
| 12 | <p>МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ БОЛЬШИНСТВА ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ АНТИМЕТАБОЛИТОВ СОСТОИТ В</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ингибировании митоза путём воздействия на микротубулины</li> <li>+ ингибировании ферментов</li> <li>- образовании ковалентных связей с ДНК</li> <li>- синхронизации деления опухолевых клеток</li> </ul>  |
| 13 | <p>ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ гормонотерапии</li> <li>- лучевой терапии</li> <li>- химиотерапии</li> <li>- хирургического лечения</li> </ul>  |
| 14 | <p>АДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- для лечения местно-распространённого рака</li> <li>- для лечения рецидивов и метастазов, возникших после локального лечения</li> <li>- до локального противоопухолевого воздействия</li> <li>+ после локального лечения с целью профилактики возникновения рецидивов и метастазов опухоли</li> </ul>   |
| 15 | <p>ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АДЬЮВАНТНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- изучение лекарственного патоморфоза для планирования дальнейшего лечения</li> <li>- уменьшение размеров опухолевой массы</li> </ul>  |

|    |  |
|----|--|
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- усиление степени повреждения опухоли</li> <li>+ эрадикация микрометастазов</li> </ul>   |
| 16 | <p><b>СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В ПИЛОРОАНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гастростомия</li> <li>+ гастроэнтероанастомоз</li> <li>- пилоропластика</li> <li>- проксимальная субтотальная резекция желудка</li> </ul>  |
| 17 | <p><b>НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В ПРОЦЕССЕ ХИМИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ифосфамида</li> <li>- митомицина</li> <li>- нитрозометилмочевины</li> <li>+ производных платины</li> </ul>  |
| 18 | <p><b>СИМПТОМАТИЧЕСКИМ НАЗЫВАЕТСЯ ВИД ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- после проведения которого в организме больного не выявляются клинические, рентгенологические, эндоскопические и морфологические признаки опухолевого процесса</li> <li>+ при проведении которого все мероприятия направлены только на устранение тягостных или угрожающих жизни симптомов и осложнений заболевания</li> <li>- при проведении которого продолжительность жизни больного составляет менее одного года</li> <li>- при проведении которого сочетаются хирургический, лучевой и лекарственный методы лечения</li> </ul> |
| 19 | <p><b>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ В КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- компьютерная томография</li> <li>- магнитно-резонансная томография</li> <li>- рентгенологическое исследование</li> <li>+ сцинтиграфия</li> </ul>   |
| 20 | <p><b>ПРЕИНВАЗИВНАЯ ФОРМА РАКА ТОЧНО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ при прицельной биопсии</li> <li>- при проточной цитометрии</li> <li>- рентгенологически</li> <li>- эндоскопически</li> </ul>   |
| 21 | <p><b>КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ингибирования ферментов</li> <li>+ купирования синдрома цитопении</li> <li>- ликвидации карциноидного синдрома</li> <li>- синхронизации деления опухолевых клеток</li> </ul>  |
| 22 | <p><b>ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ РОСТА ОПУХОЛИ В ОРГАНИЗМЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ гормональные рецепторы в клеточной мембране</li> <li>- онкобелки</li> <li>- транскрипционный фактор</li> <li>- цитоплазму</li> </ul>   |
| 23 | <p><b>ЭКТОПИЧЕСКИЕ ЭНДОКРИННЫЕ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ У БОЛЬНЫХ</b></p>   |

|    |   |
|----|---|
|    | <p>ЛЁГКОГО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- аденокарциномой</li> <li>- бронхиоло-альвеолярным раком</li> <li>+ мелкоклеточным раком</li> <li>- плоскоклеточным раком</li> </ul>   |
| 24 | <p>КАРЦИНОИДНЫЙ СИНДРОМ ОБУСЛОВЛЕН ВЫБРОСОМ В КРОВОТОК</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гастрина</li> <li>- глюкагона</li> <li>- инсулина</li> <li>+ серотонина</li> </ul>  |
| 25 | <p>ОНКОГЕННЫМ ВИРУСОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С РАЗВИТИЕМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- вирус гепатита В</li> <li>- вирус гепатита С</li> <li>+ вирус папилломы человека</li> <li>- цитомегаловирус</li> </ul>   |
| 26 | <p>К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ежегодное проведение ультразвукового исследования органов малого таза</li> <li>- ежегодное проведение цервикометрии</li> <li>- регулярное самообследование молочных желез</li> <li>+ своевременное выявление и лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки</li> </ul> |
| 27 | <p>ДЛЯ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ маммографии</li> <li>- пальпации</li> <li>- самообследования молочных желез</li> <li>- ультразвуковой томографии</li> </ul>  |
| 28 | <p>МАРКЕРОМ ТРОФОБЛАСТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- альфа-фетопротеин</li> <li>- лютеинизирующий гормон</li> <li>+ хорионический гонадотропин</li> <li>- хорионический тиреотропин</li> </ul>   |
| 29 | <p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- одиночный очаг поражения слизистой</li> <li>- редкое рецидивирование</li> <li>- частое отдалённое метастазирование</li> <li>+ частое рецидивирование</li> </ul>   |
| 30 | <p>ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЕРОМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- адренкортикотропный гормон</li> <li>+ простатспецифический антиген</li> <li>- трофобластический бета-глобулин</li> <li>- хорионический гонадотропин</li> </ul>  |
| 31 | <p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ, БЕСПОКОЯЩИМ БОЛЬНОГО РАКОМ РОТОГЛОТКИ, ЛОКАЛИЗУЮЩИМСЯ В ОБЛАСТИ КОРНЯ ЯЗЫКА И НЁБНЫХ МИНДАЛИН, НА РАННЕЙ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- боль при глотании со стороны поражения</li> </ul>   |

|    |   |
|----|---|
|    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- неприятный запах изо рта</li> <li>+ неудобство при глотании со стороны поражения</li> <li>- трудности при открывании рта (тризм)</li> </ul>  |
| 32 | <p><b>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМЫМ СИМПТОМОМ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- изменение голоса</li> <li>- наличие болей в шее с иррадиацией в плечо</li> <li>+ наличие пальпируемого узла на шее</li> <li>- нарушение глотания</li> </ul>  |
| 33 | <p><b>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ компьютерная томография органов грудной клетки</li> <li>- рентгенография органов грудной клетки</li> <li>- фибробронхоскопия</li> <li>- флюорография</li> </ul>   |
| 34 | <p><b>ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЁРОМ ПРИ РАКЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <math>\beta</math>-хорионический гонадотропин</li> <li>+ АФП (<math>\alpha</math>-фетопротеин)</li> <li>- РЭА (раковый эмбриональный антиген)</li> <li>- кислая фосфатаза</li> </ul>  |
| 35 | <p><b>К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ МОЖНО ОТНЕСТИ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- болезнь Крона</li> <li>- гиперпластический полип</li> <li>+ диффузный семейный полипоз толстой кишки</li> <li>- неспецифический язвенный колит</li> </ul>   |
| 36 | <p><b>МЕСТНОЙ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ РЕАКЦИЕЙ НАЗЫВАЮТ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ изменения в облученных тканях, возникшие в процессе лучевой терапии или в течение 3 мес. после ее окончания</li> <li>- изменения в облученных тканях, возникшие через 3 мес. после лучевой терапии</li> <li>- реакцию всего организма на облучение</li> <li>- реакцию эндокринной системы на облучение</li> </ul> |
| 37 | <p><b>К ДИСТАНЦИОННЫМ МЕТОДАМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- аппликационный</li> <li>- внутрисполостной</li> <li>- внутритканевой</li> <li>+ гамма-терапия</li> </ul>   |
| 38 | <p><b>К КОНТАКТНОМУ МЕТОДУ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ внутритканевая гамма-терапия</li> <li>- нейтронная терапия</li> <li>- облучение тормозным излучением электронов высоких энергий;</li> <li>- протонная терапия</li> </ul>  |
| 39 | <p><b>НАИБОЛЕЕ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- остеогенная саркома</li> <li>- ретикулосаркома</li> <li>+ саркома Юинга</li> <li>- фибросаркома</li> </ul>   |

|    |   |
|----|---|
| 40 | <p>ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гигантоклеточной опухоли</li> <li>+ остеоме</li> <li>- ретикулосаркоме</li> <li>- эозинофильной гранулеме</li> </ul>  |
| 41 | <p>ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПОДВЕДЕНИЕ СУММАРНОЙ ДОЗЫ (В ГР)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20-30</li> <li>- 30-50</li> <li>+ 50-70</li> <li>- 70-90</li> </ul>   |
| 42 | <p>ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ОБЛУЧЕНИИ ЖЕЛУДКА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ОБЛУЧЕНИЕ В СОЧЕТАНИИ С</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ кратковременной газовой гипоксией</li> <li>- кратковременной искусственной гипергликемией</li> <li>- локальной гипертермией</li> <li>- электроноакцепторными соединениями</li> </ul>                           |
| 43 | <p>МЕТОД ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- источников излучения, вводимых в естественные полости человека</li> <li>+ облучения внешними пучками</li> <li>- облучения радиоактивными препаратами, имеющими тропность к опухоли</li> <li>- эндолимфотического введения радионуклидов</li> </ul> |
| 44 | <p>ПОД ДОЗНЫМ ПОЛЕМ ПОНИМАЮТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- коридор доз, в пределах которого может быть реализован тумороцидный эффект лучевой терапии</li> <li>- объем облучаемого объекта</li> <li>- площадь облучаемого объекта</li> <li>+ пространственное распределение поглощенной дозы в облучаемой части тела больного</li> </ul>             |
| 45 | <p>ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОДАВАТЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ комбинированному лечению</li> <li>- физиотерапии, включая рассасывающую</li> <li>- химиотерапии</li> <li>- экономному иссечению опухоли</li> </ul>  |
| 46 | <p>РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОЙ ОСТЕОСАРКОМЫ АССОЦИИРОВАНО С НАСЛЕДСТВЕННЫМ СИНДРОМОМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Дауна</li> <li>- Линча</li> <li>+ Ротмунда – Томсона</li> <li>- Шершевского – Тернера</li> </ul>   |
| 47 | <p>ДЛЯ ХОНДРОСАРКОМЫ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ СВОЙСТВЕННО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- быстрый рост</li> <li>+ медленное развитие с малой выраженностью симптомов</li> <li>- наличие сильных постоянных болей</li> <li>- частые патологические переломы</li> </ul>  |

|    |   |
|----|---|
| 48 | <p>К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОСТИ ОТНОСЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- диафизы длинных трубчатых костей</li> <li>+ метаэпифизы длинных трубчатых костей</li> <li>- плоские кости</li> <li>- позвоночник</li> </ul>   |
| 49 | <p>САМУЮ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ГЕМАТОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НАБЛЮДАЮТ В</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- головном мозге</li> <li>- костях</li> <li>+ лёгких</li> <li>- печени</li> </ul>   |
| 50 | <p>ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОСАРКОМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ РАДИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <sup>201</sup>Tl-хлорид</li> <li>- <sup>99m</sup>Tc-DMSA</li> <li>- <sup>99m</sup>Tc-Технетрил</li> <li>+ <sup>99m</sup>Tc-Фосфотех</li> </ul>   |
| 51 | <p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО САРКОМЫ КОСТЕЙ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ бедренной кости</li> <li>- локтевой кости</li> <li>- плечевой кости</li> <li>- рёбрах</li> </ul>   |
| 52 | <p>ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ САРКОМЫ ЮИНГА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ боль, лихорадка, определяемая опухоль</li> <li>- кожная сыпь, кашель, тошнота</li> <li>- патологический перелом, головокружение</li> <li>- повышение температуры, головная боль</li> </ul> |
| 53 | <p>МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лучевая терапия + нефрэктомия</li> <li>+ лучевая терапия + нефрэктомия + химиотерапия</li> <li>- только нефрэктомия</li> <li>- химиотерапия + нефрэктомия</li> </ul>   |
| 54 | <p>К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК ОТНОСЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ опухоли яичников</li> <li>- рак тела матки</li> <li>- рак шейки матки</li> <li>- саркомы влагалища</li> </ul>  |
| 55 | <p>ПОРАЖЕНИЕ ПО ТИПУ «ПЕСОЧНЫХ ЧАСОВ» У ДЕТЕЙ СВОЙСТВЕННО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гепатобластоме</li> <li>- дисгерминоме яичника</li> <li>+ нейробластоме</li> <li>- нефробластоме</li> </ul>  |
| 56 | <p>УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ С СЕМЕЙНЫМИ СЛУЧАЯМИ НЕФРОБЛАСТОМЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ КАЖДЫЕ ____ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ ДО</p>   |

|    |   |
|----|---|
|    | <p>ДОСТИЖЕНИЯ РЕБЁНКОМ 6-7 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ 3</li> <li>- 4</li> <li>- 5</li> <li>- 6</li> </ul>  |
| 57 | <p>С ПОМОЩЬЮ ХИМИОТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО ПОЛНОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- мелкоклеточного рака лёгкого</li> <li>- остеогенной саркомы</li> <li>+ острого лимфобластного лейкоза у детей</li> <li>- рака яичников</li> </ul>  |
| 58 | <p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- геморрагический васкулит</li> <li>- инфекционный мононуклеоз</li> <li>+ острый лейкоз</li> <li>- тромбоцитопеническая пурпура</li> </ul> |
| 59 | <p>НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ ПРОГНОЗА ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лейкоцитоз</li> <li>- лимфоидное преобладание</li> <li>- повышение уровня АСТ, АЛТ</li> <li>+ увеличение медиастинальных лимфоузлов &gt; 1/3 диаметра грудной клетки</li> </ul>   |
| 60 | <p>К ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- мастэктомия по Урбану – Холдину</li> <li>- радикальная мастэктомия по Маддену</li> <li>- радикальная мастэктомия по Пейти</li> <li>+ радикальная резекция</li> </ul>   |

## 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 несущественные 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 несущественные 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 несущественные                          |

|   |   |   |
|---|---|---|
|   |   | ошибки.   |
| Мотивация<br>(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»