

Министерство здравоохранения Российской Федерации  
АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ИНСТИТУТ СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ»

**ОДОБРЕНО**

Ученым советом АНО ВО «Институт современной стоматологии»

«23» 01 2024 г. протокол № 3

**УТВЕРЖДЕНО**

Ректор  
АНО ВО «Институт современной стоматологии»

К.М.Н. А.В.

Стоматолог  
«23» 01 2024 г. протокол  
№ 3



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
К РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)  
ОНКОЛОГИЯ**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы подготовки кадров высшей квалификации  
по специальности 31.08.72 Стоматология общей практики

**Блок 1**

**Базовая часть (Б1.О.1.6)**

Уровень образовательной программы: высшее образование.

Подготовка кадров высшей квалификации.

Вид программы – практико-ориентированная

Форма обучения

очная

Пенза  
2024

Фонд оценочных средств к рабочей программе учебной дисциплины (модуля) «Онкология» разработан преподавателями Автономной некоммерческой организации высшего образования «Институт современной стоматологии»

### **Авторы рабочей программы:**

<b>№ пп.</b>	<b>Фамилия, имя, отчество</b>	<b>Ученая степень, звание</b>	<b>Занимаемая должность</b>	<b>Место работы</b>
1.	Стоматов Александр Владимирович	к.м.н., доцент	Ректор АНО ВО «Институт современной стоматологии»	АНО ВО «Институт современной стоматологии»
2.	Грачева Виктория Александровна	к.м.н.	Доцент АНО ВО «Институт современной стоматологии»	АНО ВО «Институт современной стоматологии»

Фонд оценочных средств к рабочей программе учебной дисциплины (модуля) «Онкология» утверждена на ученом совете Автономной некоммерческой организации высшего образования «Институт современной стоматологии» 23 января 2024г. протокол № 3.

## ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

рабочей программы учебной дисциплины (модуля) «Онкология» основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.72 «Стоматология общей практики»

**Ректор АНО «Институт  
современной стоматологии»**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Проректор АНО «Институт  
современной стоматологии»**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ЛИСТ ОБНОВЛЕНИЙ И АКТУАЛИЗАЦИИ**

<b>№</b>	<b>Дата внесения изменений в программу</b>	<b>Характер изменений</b>	<b>Дата и номер протокола утверждения документа на УМС</b>

### 3. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ, ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КОМПЕТЕНЦИЙ, ФОРМИРУЕМЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

#### 3.1. Текущий контроль

*ФОС текущего контроля* используется для оперативного и регулярного управления учебной деятельностью (в том числе самостоятельной) обучающегося. ФОС текущего контроля обеспечивает оценивание хода освоения разделов и тем учебной дисциплины (модуля). В условиях балльно-рейтинговой системы контроля результаты текущего оценивания используются как показатель текущего рейтинга обучающегося.

#### 3.2. Промежуточная аттестация

*ФОС промежуточной аттестации* обучающихся по дисциплине (модулю) предназначается для оценки степени соответствия сформированных компетенций у обучающихся с требованиями ФГОС ВО. Промежуточная аттестация проводится в форме, установленной учебным планом программы: зачет, дифференцированный зачет, экзамен, курсовая работа, отчет.

### 4. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

4.1. Контрольные вопросы (задания), выявляющие теоретическую подготовку ординатора:

№	Содержание вопроса (задания)	Индексы проверяемых компетенций
	<b>Социальная гигиена и организация онкологической помощи в РФ</b>	<b>УК-1, УК- 4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2.</b>
1.	Что вы понимаете под санитарно-просветительной работой?	УК-1, УК-4, ПК-1
	<b>Санитарное просвещение</b> – это система государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на распространение среди населения знаний и навыков, необходимых для охраны и укрепления здоровья, предупреждения болезней, сохранения активного долголетия, высокой работоспособности, воспитания здоровой смены.	
2.	В чем заключается принцип диспансерного наблюдения?	УК-1, ПК-1, ПК-2
	Ответ: это динамическое наблюдение, в том числе необходимое обследование, состояния здоровья лиц, страдающих хроническими заболеваниями, функциональными расстройствами, иными состояниями, в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений заболеваний, иных патологических состояний, их профилактики	

	и осуществления медицинской реабилитации указанных лиц	
3.	Какой основной нормативно-правовой документ, регламентирует организацию диспансерного наблюдения?	УК-1, ПК-1
	Ответ: Основным нормативно-правовым документом, регламентирующим организацию диспансерного наблюдения за состоянием здоровья граждан, является Порядок проведения диспансерного наблюдения, утвержденный Приказом Минздрава России от 21 декабря 2012 г. № 1344н	
4.	Какие врачи-специалисты участвуют в проведении медицинских осмотров, диспансеризации?	УК-1, ПК-1
	Ответ: диспансеризация предусматривает осмотры следующими специалистами: терапевтом или врачом общей практики, неврологом, хирургом, офтальмологом, эндокринологом, урологом (для мужчин) и гинекологом (для женщин).	
5.	Какие методы статистического изучения заболеваемости населения существуют?	УК-1, ПК-1
	Ответ: 1) сплошной метод, который позволяет получить исчерпывающие материалы о заболеваемости населения; основан на сводке отчетных данных о заболеваемости населения по всем лечебным учреждениям; 2) выборочный метод - позволяет получить данные о заболеваемости различных групп населения с учетом влияния различных факторов, условий и образа жизни людей; исследование проводят по специальным программам в определенные отрезки времени на конкретных территориях.	
6.	Какие основные показатели характеризуют здоровье населения?	УК-1, ПК-1
	Ответ: основные показатели, характеризующие здоровье населения: медико-демографические показатели (смертность), показатели заболеваемости, показатели инвалидности, показатели физического развития	
7.	Чем обусловлены эндогенные и экзогенные факторы смертности?	УК-1, ПК-1
	Ответ: Эндогенные обусловлены внутренним развитием организма, его старением и снижением жизнеспособности. Экзогенные факторы связаны с воздействием на людей внешней окружающей среды.	
8.	Какое состояние определяется как инвалидность?	УК-1, ПК-1
	Ответ: инвалидность – это стойкое длительное нарушение трудоспособности, либо её значительное ограничение, вызванное хроническим заболеванием, травмой или патологическим состоянием.	
9.	Что вы понимаете под порядком оказания медицинской помощи?	УК-1, ПК-1
	Ответ: порядок оказания медицинской помощи – это последовательность действий, обоснованная клиническими рекомендациями и протоколами лечения, для проведения эффективных лечебно-диагностических мероприятий (приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. N 323н «О порядках оказания медицинской помощи населению РФ»).	
10.	Какие формы оказания медицинской помощи вы знаете?	УК-1, ПК-1

	Ответ: медицинская помощь оказывается в форме: экстренной медицинской помощи; неотложной медицинской помощи; плановой медицинской помощи.	
11.	Что включает в себя первичная медико-санитарная помощь?	УК-1, ПК-1
	Ответ: первичная медико-санитарная помощь включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска заболеваний и санитарно-гигиеническому просвещению населения.	
12.	По какому принципу осуществляется первичная медико-санитарная помощь?	УК-1, ПК-1
	Ответ: организация первичной медико-санитарной помощи осуществляется по территориально-участковому принципу (приказ МЗ РФ от 15 мая 2012 г. N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению).	
13.	В случае выявления злокачественного новообразования врач первичного онкологического кабинета должен	УК-1, ПК-1
	Ответ: с информированного согласия пациента уведомить онкологический диспансер	
14.	В каких структурных подразделениях ЛПУ преимущественно оказывается скорая медицинская помощь онкологическим больным?	УК-1, ПК-1
	Ответ: в отделениях скорой медицинской помощи при районных больницах	
15.	Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь в?	УК-1, ПК-1
	Ответ: любой поликлинике Российской Федерации	
16.	Что такое этап медицинской эвакуации?	УК-1, ПК-1
	Ответ: Под этапом медицинской эвакуации понимают медицинские формирования и учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема, медицинской сортировки пораженных, оказания им соответствующего вида медицинской помощи и лечения, а также подготовки к эвакуации.	
17.	Какие группы пораженных выделяют при медицинской сортировке?	УК-1, ПК-1
	Опасные для окружающих, нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе, не нуждающиеся в медицинской помощи на данном этапе	
	<b>Морфология опухолей</b>	<b>ОПК-4,ПК-1</b>
18.	Наиболее распространенной морфологической формой рака почки является	ОПК-4,ПК-1
	Ответ: светлоклеточный рак	
19.	Наиболее часто встречающаяся морфологическая форма рака	ОПК-4,ПК-1

	эндометрия?	
	Ответ: аденокарцинома	
20.	При какой гистологической форме отмечены лучшие показатели выживаемости больных раком почки?	ОПК-4,ПК-1
	Ответ: Хромофобный рак	
	<b>Методы диагностики в клинической онкологии</b>	<b>ОПК-4,ПК-1</b>
21.	Какие лабораторные исследования относятся к рутинным?	ОПК-4,ПК-1
	Ответ: клинический (общий) анализ крови, биохимическое исследование крови, анализ мочи общий, исследование кала, микроскопия мокроты.	
22.	Что отражает клинический (общий) анализ крови?	ОПК-4,ПК-1
	Ответ:клинический (общий) анализ крови - главный способ оценки форменных и количественных характеристик элементов крови. Клинический анализ крови позволяет диагностировать большинство заболеваний крови (анемии, лейкозы и другие), а также оценить динамику воспалительного процесса, эффективность проводимого лечения, вовремя обнаружить развивающийся побочный эффект препарата.	
23.	Какую информацию можно получить при биохимическом исследовании крови?	ОПК-4,ПК-1
	Ответ:биохимическое исследование крови позволяет узнать о точном содержании в крови электролитов и ферментов, определить количество белка и глюкозы, наличие токсических продуктов метаболизма, которые в норме должны выводиться из организма почками. Исследование позволяет контролировать состояние различных органов и систем, а также косвенно оценивать состояние организма в целом.	
24.	В чем заключается значимость исследования мочи?	ОПК-4,ПК-1
	Ответ: Изменение показателей, контролируемых в общем анализе мочи, позволяет заподозрить или выявить широкий спектр патологических состояний, относящихся не только к заболеваниям почек, но и других органов и систем.	
25.	Какие показания к исследованию кала вы знаете?	ОПК-4,ПК-1
	Ответ: исследование кала показано при диагностике и оценке результатов терапии болезней желудочно-кишечного тракта, печени, поджелудочной железы.	
26.	Когда проводится исследование мокроты?	ОПК-4,ПК-1
	Ответ: исследование мокроты проводится при подозрении на заболевания легких и дыхательных путей и при их дифференциальной диагностике.	
27.	Какие инструментальные методы исследования вы знаете?	ОПК-4,ПК-1
	Ответ: рентгенологические (рентгеноскопия, рентгенография, томография, ангиография, флюорография); эндоскопические (бронхоскопия, ФГДС, RRS, колоноскопия, цистоскопия, лапароскопия); радиоизотопные (радиография, радиометрия, сканирование); ультразвуковые; функциональные (ЭКГ, ЭЭГ, реография, спирография, пневмотахометрия, пикфлоуметрия)	
28.	В чем заключается основная задача флюорографии?	ОПК-4,ПК-1



	Ответ: флюорография – метод рентгенологического исследования, использующийся в качестве скрининг-теста, чаще для определения состояния органов грудной клетки. Основная задача флюорографии – раннее выявление скрыто протекающих заболеваний, в частности легочной формы туберкулеза и онкологических заболеваний.	
29.	Для исследований чего применяется рентгенография?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Рентгенография широко применяется для исследования костных структур, в первую очередь в травматологии, желудочно-кишечного тракта (в частности, исследование с контрастным веществом), легких, почек, сердца и крупных сосудов.	
	<b>Общие принципы лечения злокачественных опухолей</b>	<b>ОПК-5, ПК-2</b>
30.	К расширенной операции следует относить?	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: Удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции	
31.	К комбинированной операции следует относить?	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: Удаление опухоли в регионарном лимфатическом барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс	
32.	Что такое сочетанная лучевая терапия?	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: применение двух способов облучения или двух видов излучения	
33.	Что такое терапевтический интервал в радиологии?	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: достижение максимального повреждающего эффекта на опухоль с минимальным повреждением здоровых тканей	
34.	Какова основная цель радикальной лучевой терапии?	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: Достижение полной эрадикации опухоли	
35.	В какой фазе наиболее уязвима для цитостатиков опухолевая клетка?	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: в синтетической фазе S	
36.	К цитостатикам с преимущественно фазово-неспецифическим действием относятся?	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: алкилирующие агенты	
	<b>Опухоли головы и шеи</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
37.	Какие существуют факторы риска развития рака слизистой оболочки полости рта?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Курение, употребление алкоголя, ВПЧ, хроническая травматизация слизистой оболочки, частый контакт с асбестом, предопухолевые заболевания, такие как лейкоплакия, эритроплакия и дисплазия.	
38.	В каких случаях облучаются зоны регионарного метастазирования при раке носоглотки?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	Ответ: во всех случаях	
39.	Какой наиболее целесообразный метод лечения местнораспространенного рака полости рта?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: хирургическое лечение	
40.	Какой метод лечения наиболее целесообразен при раке языка I стадии?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Хирургический	
	<b>Опухоли органов грудной клетки</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
41.	Какие гистологические типы тератом средостения выделяют?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Зрелая и незрелая тератома, дермоидная киста, тератома со злокачественным перерождением	
42.	К предраковым заболеваниям пищевода относится?	<b>УК-1, ОПК-4, ПК-1</b>
	Ответ: Хронический эзофагит, рубцовые стриктуры, полипы, пищевод Баррета	
43.	Какие морфологические типы рака легкого характерны для центральной локализации у мужчин?	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: плоскоклеточный рак	
	<b>Опухоли органов брюшной полости</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
44.	Какие основные факторы развития рака желудка?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Вредные привычки, в особенности потребление алкоголя и курение, а также пищевые продукты, насыщенные канцерогенами, копчености, чрезмерно острая пища, бактерии ( <i>Helicobacter pylori</i> ).	
45.	Какие анатомические образования входят в состав билиопанкреатодуоденальной области?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: большой дуоденальный сосочек, 12-перстную кишку, поджелудочную железу, желчный пузырь, внепеченочные желчные протоки	
46.	При какой локализации первичной опухоли чаще всего отмечается метастатическое поражение печени?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: органы ЖКТ	
47.	Какое наиболее частое осложнение рака толстой кишки?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: кишечная непроходимость	
	<b>Забрюшинные внеорганные опухоли</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5,</b>

		<b>ПК-1, ПК-2</b>
48.	Чем, в первую очередь, обусловлены клинические проявления забрюшинных неорганных опухолей?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: размером и локализацией опухоли	
49.	Какие клинические признаки чаще всего отмечаются при забрюшинных неорганных опухолях?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: с одинаковой частотой встречается прорастание и сдавление/смещение органов опухолью	
	<b>Опухоли женских половых органов</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
50.	При какой злокачественной опухоли наиболее часто встречается метастатическое поражение влагалища?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: при хориокарциноме	
51.	Какие препараты существуют для вакцинации против ВПЧ?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	гардасил и церварикс	
52.	Перечислите, какие лимфатические узлы при раке вульвы являются региональными?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Паховые, бедренные	
53.	В какой зоне матки с учетом ее гистологического строения чаще всего возникает рак?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: на границе плоского и цилиндрического эпителия	
54.	Что входит в стандартный объем лимфодиссекции при раке шейки матки?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Общие, наружные, внутренние подвздошные и обтураторные лимфатические узлы	
	<b>Опухоли молочной железы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
55.	Какой метод лечения доброкачественных опухолей молочных желез является основным?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Хирургический	
56.	Из какой ткани развивается рак молочной железы?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: железистого эпителия протоков	
57.	С помощью какого метода можно точно установить факт наличия рака молочной железы?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: морфологического исследования	
	<b>Опухоли кожи</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5,</b>

		<b>ПК-1, ПК-2</b>
58.	Какова Летальность на 1-ом году после установления диагноза немеланомного злокачественного новообразования кожи в России?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 0,4 на 100000 населения	
59.	Назовите злокачественные опухоли кожи эпителиальной природы?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Базально-клеточный рак, плоскоклеточный рак	
	<b>Опухоли опорно-двигательного аппарата</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
60.	Что такое гемангиома?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Доброкачественная сосудистая опухоль, характеризующаяся длительным бессимптомным течением	
	<b>Опухоли кроветворной и лимфоидной ткани</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
61.	Какую диагностическую ценность в онкологии имеет филадельфийская хромосома?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: является четким цитогенетическим маркером хронического миелолейкоза	
62.	Что относится к наиболее частым причинам летального исхода при хроническом лимфолейкозе являются?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: прогрессирование лейкоза, инфекционные осложнения	
63.	Когда чаще всего наблюдается специфическое поражение оболочек мозга (“нейролейкемия”)?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: неходжскиныхлимфомах	
64.	На основании какого исследования может быть выявлено поражение оболочек мозга “нейролейкемия”?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: спинно-мозговой жидкости	
65.	Основным методом лечения нейролейкемии является?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: внутрилумбальное введение химиопрепаратов	
	<b>Опухоли мочеполовой системы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
66.	Куда чаще всего метастазируют злокачественные опухоли яичка?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Легкие	
67.	Что означает индекс T4 по классификации TNM при раке предстательной железы?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,

		ПК-2
	Ответ: Опухоль распространяется на окружающие органы/ткани, кроме семенных пузырьков, или прорастает их	
68.	Что такое брахитерапия при раке предстательной железы?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: чрескожное внедрение в ткань предстательной железы закрытых источников радиоактивного йода <sup>125</sup> или палладия <sup>103</sup>	
	<b>Нейроэндокринные опухоли</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
69.	Какой метод лечения является оптимальным при нейроэндокринном раке поджелудочной железы?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Хирургический	
70.	Назовите наиболее целесообразный метод лечения при синхронно диагностированном нейроэндокринном раке поджелудочной железы с солитарным метастазом в печени?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: синхронное выполнение резекции пораженной части поджелудочной железы и печени	

#### 4.2. Тестовые задания

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
	<b>Инструкция: выберите один правильный ответ</b>	
	<b>Социальная гигиена и организация онкологической помощи в РФ</b>	<b>УК-1,УК-4,ОПК-4, ПК-1</b>
1.	Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь А. в территориальной поликлинике; Б. в любой поликлинике населенного пункта; В. в любой поликлинике Российской Федерации; Г. в любой поликлинике субъекта Федерации; Д. в любом медицинском учреждении СНГ.	УК-1,УК-4, ОПК-4, ПК-1
	Ответ:В	
2.	При заболеваниях лечащий врач имеет право выдачи листа нетрудоспособности единолично и одновременно на срок: А. до 3 дней; Б. до 5 дней; В. до 7 дней; Г. до 10 дней; Д. до 30 дней.	УК-1,УК-4, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Г	
3.	Из перечисленных специалистов право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность имеет: А) врач станции скорой помощи;	УК-1,УК-4, ОПК-4, ПК-1

	<p>Б) врач станции переливания крови;  В) врачбальнеолечебницы;  Г) врач приемного покоя больницы;  Д) судебно-медицинский эксперт</p>	
	<p>Ответ:Г</p>	
4.	<p>Установление группы инвалидности осуществляет:  А) лечащий врач  Б) заведующий отделением  В) врачебная комиссия лечебно-профилактического учреждения  Г) главный специалист по экспертизе нетрудоспособности Минздрава РФ  Д) медико-социальная экспертная комиссия</p>	<p>УК-1,УК-4,  ОПК-4, ПК-1</p>
	<p>Ответ:Д</p>	
5.	<p>Диспансеризация работающего населения осуществляется:  А) ежегодно  Б) 1 раз в квартал  В) 1 раз в 2 года  Г) 1 раз в 5 лет  Д) 1 раз в 3 года</p>	<p>УК-1, ОПК-4,  ПК-1</p>
	<p>Ответ:В</p>	
6.	<p>Какое основное негативное явление отмечается в медицинской среде, отличающее ее от большинства других профессий  А. Раздражение  Б. Сенсопатия  В. Профессиональное выгорание  Г. Деструктивное поведение  Д. Склонность к алгоритмизации</p>	<p>УК-1,УК-4,  ОПК-4, ПК-1</p>
	<p>Ответ: В</p>	
7.	<p>Для проверки равенства средних значений в двух выборках используется критерий:  А. Фишера  Б. Пирсона  В. Логранговый критерий  Г. Стьюдента  Д. Колмогорова-Смирнова</p>	<p>УК-1,УК-4,  ОПК-4, ПК-1</p>
	<p>Ответ: Г</p>	
8.	<p>Срок действия сертификата специалиста медицинского и фармацевтического работника составляет:  А. 3 года  Б. 4 года  В. 5 лет  Г. 6 лет  Д. 7 лет</p>	<p>УК-1,УК-4,  ОПК-4, ПК-1</p>
	<p>Ответ: В</p>	
9.	<p>Здоровый образ жизни — это:  А) мировоззрение человека, которое складывается из знаний о здоровье  Б) индивидуальная система поведения человека, направленная на сохранение и укрепление здоровья  В) система жизнедеятельности человека, в которой главным</p>	<p>УК-1,УК-4,  ОПК-4, ПК-1</p>

	составляющим является отказ от вредных привычек Г) достаточная двигательная активность Д) правильное питание	
	Ответ: Б	
10.	Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеет: А) руководители ЛПУ и поликлиник; Б) лечащий врач самостоятельно; В) лечащий врач с утверждения зав.отделением; Г) лечащий врач с утверждением направления КЭК ЛПУ; Д) любой врач.	УК-1,ОПК-4, ПК-1
	Ответ:Г	
11.	Второстепенным источником информации о здоровье является: А) официальная информация о смертности населения; Б) данные страховых компаний; В) эпидемиологическая информация; Г) данные мониторинга окружающей среды и здоровья; Д) регистры заболеваний, несчастных случаев и травм.	УК-1,УК-4, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Б	
12.	Система оказания поражённым первой врачебной, квалифицированной и специализированной медицинской помощи с привлечением необходимых для этого сил и средств создаётся в течении: А) 4-6 часов Б) 8-12 часов В) 12-16 часов Г) 16-24 часов Д) 1-2 сут.	УК-1,УК-4, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Д	
13.	Обязательным критерием успешности выполнения комплекса сердечно-легочной реанимации на догоспитальном этапе является А) наличие проводной пульсации на сонных артериях во время компрессий Б) восстановление сердечной деятельности В) восстановление сознания Г) положительный симптом «кошачьего зрачка» Д) Перелом ребер	УК-1, ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Б	
	<b>Морфология опухолей</b>	<b>ОПК-4,ПК-1</b>
14.	Риск развития малигнизации при облигатном предраке составляет: А. 20% Б. 40% В. 70% Г. 90% Д. 100%	ОПК-4,ПК-1

	Ответ: Г	
15.	Меланома кожи развивается из: А. Лимфобластов Б. Остеобластов В. Меланобластов Г. Ретикулоцитов Д. Остеокластов	ОПК-4,ПК-1
	Ответ: В	
	<b>Методы диагностики в клинической онкологии</b>	<b>ОПК-4,ПК-1</b>
16.	Для морфологической верификации злокачественной опухоли желудка следует выполнить: А. ЭГДС Б. КТ органов брюшной полости В. ПЭТ-КТ Г. Ангиография Д. УЗИ	ОПК-4,ПК-1
	Ответ: А	
17.	С целью определения распространенности опухолевого процесса при раке прямой кишки применяют все перечисленное, кроме: А. МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием Б. УЗИ органов малого таза В. Колоноскопия Г. ПЭТ-КТ Д. Пальцевое ректальное исследование	ОПК-4,ПК-1
	Ответ: А	
18.	Ретроградная панкреатохолангиография наиболее информативна при локализации опухоли в: А. головке поджелудочной железы Б. теле железы В. хвосте железы Г. желчном пузыре Д. Печени	ОПК-4,ПК-1
	Ответ: А	
19.	Для механической желтухи в первую очередь характерно резкое повышение активности: А. АСТ (аспарагиновой трансаминазы) Б. АЛТ (аланиновой трансаминазы) В. щелочной фосфатазы Г. ЛДГ (лактатдегидрогеназы) Д. ГГТ (гамма-глутамилтрансферазы)	ОПК-4,ПК-1
	Ответ: В	
20.	Наиболее объективные сведения о природе злокачественного новообразования могут быть получены при: А. клиническом осмотре больного Б. рентгенологическом исследовании В. использовании эндоскопических методов Г. патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарным лимфатическим аппаратом Д. цитологическом исследовании	ОПК-4,ПК-1



	Ответ: Г	
	<b>Общие принципы лечения злокачественных опухолей</b>	<b>ОПК-5,ПК-2</b>
21.	Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено на: А. обеспечение антибластики Б. обеспечениеабластики В. снижениерискахирургическихвмешательств Г. максимальноесохранениефункцииоргана Д. улучшениекачестважизни	ОПК-5,ПК-2
	Ответ: Б	
22.	Радикальным методом лечения рака почки является: А. иммунотерапия Б. лучевой В. химиотерапия Г. хирургический Д. комбинированный (операция + лучевая терапия)	ОПК-5,ПК-2
	Ответ: Г	
23.	Наиболее радиорезистентной опухолью является: А. плоскоклеточный неороговевающий рак Б. семинома В. опухоль Юинга Г. остеогенная саркома Д. лимфомыХоджкина	ОПК-5,ПК-2
	Ответ: Г	
24.	Поздние лучевые повреждения возникают после облучения через: А. 7 дней Б. 12 дней В. 3 месяцев Г. 6 месяцев Д. во время облучения	ОПК-5,ПК-2
	Ответ: В	
25.	Основным функциональным показателем кардиотоксичностиантрациклинов является: А. Изменения зубца Т Б. Снижение фракции выброса В. Брадикардия Г. Депрессия S-T на ЭКГ Д. Гипертрофия миокарда	ОПК-5,ПК-2
	Ответ: Б	
26.	Злокачественная опухоль наименее чувствительная к лекарственному лечению - это: А. ЛимфомаХоджкина Б. Рак поджелудочной железы В. Рак тела матки Г. Рак молочной железы Д. Рак прямой кишки	ОПК-5,ПК-2
	Ответ: Б	
	<b>Опухоли головы и шеи</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,</b>

		<b>ПК-2</b>
27.	Частота рака нижней губы имеет тенденцию к: А. незначительному увеличению Б. резкому увеличению В. резкому уменьшению Г. незначительному уменьшению Д. остается на том же уровне	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Г	
28.	Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является: А. слизистая щеки Б. дно полости рта В. язык Г. слизистая мягкого неба Д. слизистая альвеолярного отростка челюсти	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: В	
29.	Наиболее редко рак слизистой оболочки полости рта метастазирует в регионарные лимфатические узлы при локализации: А. в корне языка Б. в подвижной части языка В. в мягком и твердом небе Г. на слизистой щеки Д. на слизистой альвеолярных отростков	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: В	
30.	Превентивное облучение регионарных зон (лимфоузлов шеи) при раке языка требует подведения суммарных доз: А. 30 Гр Б. 45-50 Гр В. 60 Гр Г. 70 Гр Д. более 70 Гр	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Г	
31.	Облучение регионарных зон при лучевой терапии рака носоглотки нужно проводить: А. обязательно всех зон верхней трети шеи при No, Nx, N1-3 Б. только при верификации метастазов в лимфатических узлах шеи В. только при подозрении на наличие метастазов в лимфатических узлах шеи Г. облучение регионарных зон нецелесообразно Д. при положительной реакции на наличие антител к вирусу Эпштейн-Барра	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
32.	Для лечения рака носоглотки наиболее целесообразен: А. хирургический метод Б. лучевой метод В. химиотерапия Г. комбинированный (хирургический + лучевая терапия) Д. химио-лучевое лечение	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	Ответ: Д	
33.	При локализации опухоли в передне-боковом парафарингиальном пространстве в первую очередь следует исключить новообразования: А. эпителиальной природы Б. нейрогенной природы В. метастазы рака Г. мезенхимальной природы Д. лимфопролиферативный процесс	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
34.	Задачей одномоментного реконструктивно-пластического компонента при опухолях головы и шеи прежде всего является: А) эстетическая реабилитация Б) функциональная реабилитация В) Повышение радикальности операций Г) Уменьшение финансовых затрат на лечение больного Д) Снижение риска отдаленных метастазов	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Б	
35.	Препарат Аласенс (гидрохлорид 5-аминоливулиновой кислоты) применяется с целью: А) Интраоперационной визуализации узловых образований щитовидной железы Б) Интраоперационной визуализации пре- и паратрахеальных метастазов В) Интраоперационной визуализации паращитовидных желез для профилактики ятрогенной гипокальцемии Г) Интраоперационной визуализации а. thyroideaemia для профилактики кровотечений Д) Интраоперационной визуализации возвратных гортанных нервов	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: В	
	<b>Опухоли органов грудной клетки</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
36.	Гистологически выделяют следующие типы тератом средостения: А. зрелая Б. незрелая В. перезрелая Г. ювенильная Д. склерозирующая	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
37.	К нейрогенным опухолям средостения, исходящим из оболочек нервов, относятся: А. шваннома Б. нейрофиброма В. нейросаркома Г. параганглиома Д. лейомиома	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	Ответ: А	
38.	Для пищевода Барретта характерно: А. развивается у 20% больных с хроническим гастроэзофагеальным рефлюксом Б. рискмалигнизациисоставляет 30% случаев В. большинство аденокарцином пищевода развиваются на фоне пищевода Барретта Г. рискмалигнизациисоставляет 15 %	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
39.	У мужчин, при центральном раке легкого, преобладают морфологические типы рака: А. аденокарцинома Б. мелкоклеточный В. крупноклеточный Г. плоскоклеточный Д. нейроэндокринный	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Г	
	<b>Опухоли органов брюшной полости</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
40.	Рак желудка наиболее часто развивается в возрасте: А. до 20 лет Б. от 21 года до 50 лет В. от 51 года до 70 лет Г. от 70 до 80 лет Д. старше 80 лет	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: В	
41.	По гистологическому строению рак желудка чаще всего является: А. железистым раком Б. плоскоклеточным раком В. смешанным железисто-плоскоклеточным раком Г. слизистым раком Д. недифференцированным раком	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
42.	Для рака головки поджелудочной железы наиболее характерно сочетание симптомов А. потливость, сердцебиение, кожный зуд Б. слабость, эпизоды гипогликемии, синкопальные состояния В. снижение массы тела, иктеричность склер и кожных покровов, потемнение мочи Г. отрыжка тухлым, чувство раннего насыщения, снижение массы тела Д. боли в эпигастрии, отрыжка, жидкий стул	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: В	
43.	Сочетание симптомов таких, как иктеричность склер и кожных покровов, светлый кал, темная моча, отсутствие болей в правом подреберье, наиболее характерно для: А. холедохолитиаз	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	<p>Б. механическаяжелтухаопухолевойприроды</p> <p>В. стриктурахоледоха</p> <p>Г. острыйхолецистит</p> <p>Д. неспецифический язвенный колит</p>	
	Ответ: Б	
44.	<p>К клинической форме рака ободочной кишки относится:</p> <p>А. Энтероколитическая</p> <p>Б. Болевая</p> <p>В. Геморрагическая</p> <p>Г. Воспалительная</p> <p>Д. Отечная</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
45.	<p>К самой распространенной гистологической форме рака прямой кишки относится:</p> <p>А. Недифференцированный</p> <p>Б. Медуллярный</p> <p>В. Аденокарцинома</p> <p>Г. Перстневидно-клеточный</p> <p>Д. GIST</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Б	
	<b>Опухоли женских половых органов</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
46.	<p>При лечении рака вульвы I стадии применяют лечение:</p> <p>А. хирургическое+Лучевая терапия</p> <p>Б. хирургическое</p> <p>В. хирургическое+Химиотерапия</p> <p>Г. хирургическое+Гормонотерапия</p> <p>Д. только лучевое</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Б	
47.	<p>Наиболее частыми жалобами пациенток раком вульвы ранних стадий являются:</p> <p>А. зуд</p> <p>Б. кровянистые выделения</p> <p>В. боли, наличие язвы</p> <p>Г. гнойные выделения, боли</p> <p>Д. язва, жжение, раздражение</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
48.	<p>Рак шейки матки чаще всего возникает:</p> <p>А. у внутреннего зева</p> <p>Б. у границы плоского и цилиндрического эпителиев</p> <p>В. на влагалищной порции шейки матки</p> <p>Г. в железах шейки матки</p> <p>Д. в эктоцервиксе</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Б	
49.	<p>С миомой матки чаще всего сочетается:</p> <p>А. эндометриальная саркома</p> <p>Б. лейомиосаркома</p> <p>В. карциносаркома</p> <p>Г. рабдомиосаркома</p> <p>Д. стромальная саркома</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	Ответ: Б	
50.	Дисгерминомы и тератобластомы чаще встречаются в: А. детском возрасте Б. репродуктивном возрасте В. пременопаузальном возрасте Г. постменопаузальном возрасте Д. старческом	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
	<b>Опухоли молочной железы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
51.	К доброкачественным опухолям молочной железы относятся: А. узловая фиброзно-кистозная мастопатия Б. диффузная мастопатия В. фибroadенома Г. болезнь Педжета Д. эктазия протоков	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: В	
52.	Секторальная резекция молочной железы показана при: А. мастодинии Б. диффузной мастопатии В. узловой мастопатии Г. мастите Д. раке Педжета	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: В	
53.	Her2/neu – это: А. антиэстроген; Б. рецептор эпидермального фактора роста; В. один из антрациклинов Г. активатор плазминогенаурокиназного типа; Д. один из тирозинкиназных рецепторов семейства erbB	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Д	
	<b>Опухоли кожи</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
54.	К факультативным предракам кожи относятся: А. Болезнь Педжета Б. кератома В. болезнь Кейра Г. пигментная ксеродерма Д. болезнь Боуэна	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Б	
55.	К факторам, способствующим развитию злокачественных опухолей кожи, относятся: А. Клещ рода Demodex Б. Потребление алкоголя В. Вирус Эпштейна-Барра Г. Ионизирующее излучение Д. Латекс	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Г	
56.	Наиболее часто базально-клеточный рак локализуется на коже:	УК-1, ОПК-4,

	<p>А. Головы и шеи</p> <p>Б. Верхних конечностей</p> <p>В. Нижних конечностей</p> <p>Г. Туловища</p> <p>Д. Естественных складок тела</p>	<p>ОПК-5, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: А</p>	
57.	<p>Предпочтительным методом лечения базальноклеточного рака кожи при наличии множественных отдаленных метастазов является:</p> <p>А. Хирургический</p> <p>Б. Симптоматический</p> <p>В. Лучевая терапия</p> <p>Г. Криодеструкция</p> <p>Д. Применение ингибиторов сигнального пути Hedgehog</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: Д</p>	
	<p><b>Опухоли опорно-двигательного аппарата</b></p>	<p><b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b></p>
58.	<p>К злокачественным опухолям опорно-двигательного аппарата относится:</p> <p>А. Хондрома</p> <p>Б. Гемангиома</p> <p>В. Лимфангиома</p> <p>Г. Хондросаркома</p> <p>Д. Фолликулярная опухоль</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: Б</p>	
59.	<p>Дополнительным методам в лечении опухоли Юинга является:</p> <p>А. Лекарственное</p> <p>Б. Лучевое</p> <p>В. Хирургическое</p> <p>Г. Химиолучевое</p> <p>Д. Криодеструкция</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: В</p>	
	<p><b>Опухоли кроветворной системы</b></p>	<p><b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b></p>
60.	<p>Наиболее частой причиной летального исхода при хроническом лимфолейкозе являются:</p> <p>А. прогрессирование лейкоза, инфекционные осложнения</p> <p>Б. инфекционные осложнения</p> <p>В. сопутствующие заболевания</p> <p>Г. аутоиммунные осложнения</p> <p>Д. гиперспленизм</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</p>
	<p>Ответ: А</p>	
61.	<p>Специфическим проявлением нейролейкемии является:</p> <p>А. головная боль</p> <p>Б. неврологические симптомы поражения оболочек мозга (симптом Кернига и т.д.)</p> <p>В. гипертермия</p> <p>Г. тошнота, рвота</p> <p>Д. нарушение двигательной функции</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</p>

	Ответ: Б	
62.	Неблагоприятными факторами прогноза при лимфоме Ходжкина являются: А. увеличение медиастинальных лимфоузлов > 1/3 диаметра грудной клетки Б. повышения уровня АСТ, АЛТ В. гистологический вариант – лимфоидное преобладание Г. возраст старше 60 лет Д. лейкоцитоз	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
63.	В качестве первых проявлений лимфомы Ходжкина наиболее часто отмечается увеличение: А. шейно-надключичных лимфоузлов Б. медиастинальных лимфоузлов В. забрюшинных лимфоузлов Г. паховых лимфоузлов Д. всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
64.	Частота вовлечения лимфатического аппарата кольца Пирогова - Вальдейра при лимфоме Ходжкина встречается: А. редко (<10%) Б. часто (>70%) В. у половины больных Г. не встречается никогда Д. встречается у 1/3 больных	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
	<b>Опухоли мочеполовой системы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
65.	Наиболее часто злокачественные опухоли яичка метастазируют в: А. кости Б. головной мозг В. печень Г. легкие Д. надпочечник	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Г	
66.	Семинома яичка характеризуется: А. неблагоприятным прогнозом Б. всегда протекает с выраженными гормональными нарушениями В. возникает преимущественно в пожилом возрасте Г. потенциально излечима на любой стадии процесса Д. снижает мочевыделительную функцию	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Г	
67.	При раке предстательной железы индекс Т4 по классификации TNM означает, что опухоль: А. поражает обе доли предстательной железы Б. распространяется за капсулу предстательной железы В. распространяется на семенные пузырьки Г. распространяется на окружающие органы/ткани, кроме	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2



	семенных пузырьков, или прорастает их Д. распространяется за капсулу предстательной железы и на семенные пузырьки	
	Ответ: Г	
68.	Гормонотерапия рака предстательной железы направлена на: А. повышение уровня тестостерона Б. снижение уровня эстрогенов В. снижение уровня прогестерона Г. снижение уровня АКТГ (адренокортикотропный гормон) Д. снижение уровня тестостерона и/или блокирование воздействия циркулирующих андрогенов на андрогеновые рецепторы предстательной железы	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Д	
69.	Наиболее доказанным фактором риска развития рака мочевого пузыря является: А. курение Б. употребление суррогатов алкоголя В. вегетарианская пища Г. злоупотребление спиртными напитками Д. избыточный вес	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А	
70.	К наиболее часто встречающейся морфологической форме опухоли мочевого пузыря относится: А. перстневидно-клеточный рак Б. переходно-клеточный рак В. железистый рак Г. солидный рак Д. недифференцированный рак	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Б	

#### 4.3. Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку ординатора:

№	Содержание задания	Индексы проверяемых компетенций
<b>Социальная гигиена и организация онкологической помощи в РФ</b>		
1.	Дайте понятие о клинических группах	УК-1, УК-4, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Клиническая группа создана для диспансерного учета населения с онкологическими заболеваниями В динамике один и тот же больной в зависимости от степени прогрессирования процесса и проведенного лечения может переходить из одной клинической группы в другую Клиническая группа никоим образом не соответствует стадии заболевания	
	<b>Морфология опухолей</b>	<b>ОПК-4, ПК-1</b>
2.	Назовите органы и системы, которые необходимо обследовать у больного папиллярным раком щитовидной железы с учетом путей метастазирования, и методы инструментальных исследований с целью исключения	ОПК-4, ПК-1

	метастазов.	
	<p>Ответ: Рак щитовидной железы, в первую очередь, характеризуется метастазированием в регионарные лимфатические узлы, в связи с чем пациенту показано выполнение УЗИ шейных лимфатических узлов с захватом зоны верхнего средостения. Гематогенное метастазирование чаще всего наблюдается в легкие (для исключения показана рентгенография/компьютерная томография ОГК), печень (УЗИ печени) и кости (сцинтиграфия скелета).</p>	
	<b>Методы диагностики в клинической онкологии</b>	<b>ОПК-4,ПК-1</b>
3.	<p>Назовите классическую триаду симптомов при раке почки, сформулируйте принципы обследования, направленные на ее выявление, и обоснуйте ее клиническую значимость?</p>	ОПК-4,ПК-1
	<p>Ответ: Классическая триада при раке почки – гематурия, боль, пальпируемая опухоль. Свидетельствует о местно-распространенном процессе. Для выявления классической триады пациента необходимо опросить, уточнить о наличии/отсутствии боли в пояснице, провести осмотр, включая пальпацию почек, назначить общий анализ мочи.</p>	
	<b>Общие принципы лечения злокачественных опухолей</b>	<b>ОПК-5,ПК-2</b>
4.	<p>Сформулируйте алгоритм обследования и лечения фебрильной нейтропении на фоне химиотерапевтического лечения</p>	ОПК-5,ПК-2
	<p>Ответ: В случае развития фебрильной нейтропении необходимым минимальным обследованием является: биохимический анализ крови с целью оценки ионного статуса и рН-крови, общий анализ мочи, бактериологический посев мочи с идентификацией возбудителя и оценкой чувствительности к антибиотикам, двукратный посев крови (из катетера и периферической крови) с целью идентификации возбудителя и оценки чувствительности к антибиотикам, рентгенография ОГК с целью исключения воспаления легких. Лечение включает в себя инфузионную терапию с целью дезинтоксикации организма и коррекции КЩС баланса, антибактериальную терапию. Применение колониестимулирующих факторов показано при фебрильной нейтропении высокого риска (наличие гипотонии, сепсиса, пневмонии, инфекции тканей, системной грибковой инфекции, длительной нейтропении (&gt;7 дней), глубокой нейтропении (абсолютное число нейтрофилов &lt;0,1x10<sup>9</sup> ед/л).</p>	
	<b>Опухоли головы и шеи</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2</b>
5.	<p>Сформулируйте диагноз по классификации TNM у больного 25 лет с опухолевым узлом 3,5 см в диаметре в правой доле щитовидной железы, представленным папиллярным раком, с отсутствием клинических признаков поражения лимфатических узлов шеи.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	<p>Ответ: Рак щитовидной железы T2N0M0, I стадия.</p>	

6.	Сформулируйте алгоритм реабилитации пациента с парезом ветвей лицевого нерва, перенесшего субтотальную резекцию слюнной железы по поводу аденокистозного рака.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	С целью стимуляции регенеративных процессов нервной ткани пациенту показан прием витаминов группы Б (мильгамма, нейромультивит), применение препаратов, оказывающих протекторное действие на сетчатку глаза, со стороны поражения (баларпан, натуральная слеза и др.), а также занятия с логопедом, направленные на стимуляцию активности иннервируемых мышц и коррекцию асимметрии лица).	
	<b>Опухоли органов грудной клетки</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
7.	Сформулируйте тактику ведения и значимость лечения больных пищеводом Баррета.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Пищевод Баррета является одним из значимых факторов развития рака пищевода. В связи с этим необходимо исключить злокачественное перерождение (биопсия подозрительных участков). Тактика лечения зависит от причины возникновения (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, хронический гастроэзофагеальный рефлюкс). В ряде случаев, если этиологией является грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, возможно хирургическое лечение. Однако чаще всего проводится консервативное лечение с включением в план антацидной, противоязвенной терапией. Пациентам показано динамическое наблюдение с выполнением ЭГДС не реже 1 раза в год.	
	<b>Опухоли органов брюшной полости</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
8.	Сформулируйте тактику лечения больного с поверхностным типом раннего рака желудка до 1 см в диаметре, локализующегося в области тела желудка и отсутствием признаков вовлечения регионарных лимфоколлекторов.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: При данной распространенности опухоли больному показано хирургическое лечение в объеме эндоскопической резекции.	
	<b>Опухоли женских половых органов</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
9.	Назовите показания к гормонотерапии при раке тела матки.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Мета-анализ крупных рандомизированных исследований показал нецелесообразность назначения гормонотерапии больных раком I и II стадий. Проведение самостоятельной гормонотерапии возможно женщинам репродуктивного возраста при предраке и	

	<p>начальном РТМ. С паллиативной целью возможно сочетание с химиотерапией у больных с распространенным РТМ, если имеется положительный рецепторный статус. Используется таблетированные прогестины: медроксипрогестерона ацетат по 200-400 мг ежедневно, мегестрола ацетат 320 мг ежедневно Оценка эффекта через 3 месяца.</p>	
	<b>Опухоли молочной железы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
10	Предложите метод лечения метастаза рака молочной железы в 6 сегмент печени до 2 см в диаметре у больной, 3 года назад перенесшей правостороннюю мастэктомию с послеоперационной лучевой терапией на область первичной опухоли и регионарные лимфоколлекторы.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Учитывая солитарный и единичный характер метастаза в печени показана резекция S6. При наличии сопутствующих патологий возможна РЧА или криодеструкция.	
	<b>Опухоли кожи</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
11	Выберите лечебную тактику экзофитного базально-клеточного рака кожи до 1 см в диаметре, локализующегося в области угла правого глаза и не достигающего до края века 7 мм, у больного 79 с стенокардией напряжения II ФК, перенесшего ишемический инсульт менее 1 года назад.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Учитывая локализацию опухоли (сложная анатомическая зона и близость расположения к углу глаза), возраст и сопутствующие заболевания больного, хирургическое лечение не показано. Возможно рассмотрение возможности проведение дистанционной лучевой терапии, однако в связи с локализацией опухолевого процесса оптимальным методом лечения является применение местных химиотерапевтических препаратов (глицифон, курадерм).	
	<b>Опухоли опорно-двигательного аппарата</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
12	Сформулируйте частоту профилактических осмотров пациента, прошедшего 3 года назад радикальное лечение по поводу саркомы Юинга и необходимые диагностические методы на контрольных визитах.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: В данном случае показано диспансерное наблюдение с периодичностью один раз в полгода. Диагностические методы должны включать осмотр и пальпацию зоны послеоперационного рубца и периферических лимфатических узлов, УЗИ зоны послеоперационного рубца, периферических	

	лимфатических узлов, брюшной полости, рентгенография зоны первичной опухоли, КТ органов грудной клетки.	
	<b>Опухоли кроветворной системы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
13	Определите прогностическую группу для больной 45 лет лимфомой Ходжкина с поражением лимфатических узлов средостения и печени, при отсутствии повышенной температуры тела, СОЭ = 55.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: К неблагоприятным факторам при лимфоме Ходжкина относятся: массивное поражение средостения, поражение $\geq 3$ лимфатических коллекторов, СОЭ $\geq 50$ при А-стадии и $\geq 30$ при В-стадии, наличие экстранодального поражения и возраст старше 40 лет, распространенные стадии (3,4). В связи с этим, больная может быть отнесена в неблагоприятную прогностическую группу.	
	<b>Опухоли мочеполовой системы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
14	Сформулируйте диагноз по классификации TNM и назначьте лечение больному раком почки диаметром 7 см с вовлечением почечной вены, без выхода за пределы фасции Герота, множественными метастазами в паракавальные лимфатические узлы и легкие. У больного отмечается микрогематурия и боли в поясничной области средней степени выраженности.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: T3aN2M1, IVc Паллиативная нефрэктомия с последующей ПХТ. В качестве препаратов первой линии следует использовать винбластин, адриамицин, цисплатин, кселода. При прогрессировании таргетные препараты (бевацизумаб, сунитиниб, темисролимус).	

## 5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

### 5.1. Контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку ординатора:

№	Содержание вопроса (задания)	Индексы проверяемых компетенций
	<b>Социальная гигиена и организация онкологической помощи в РФ</b>	<b>УК-1, УК- 4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2.</b>
1.	Суть применения метода системного анализа в области здравоохранения?	УК-1, УК- 4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2.

	<p>Ответ: Этот метод применяется при разработке перспективных программ развития системы здравоохранения с учетом медицинской, экономической, социальной информации, для прогноза основных показателей общественного здоровья, сопоставления и выбора альтернативных программ развития системы здравоохранения на длительные интервалы времени.</p>	
2.	<p>В чем заключается суть толерантного подхода врача в работе с пациентами?</p>	<p>УК-1, УК- 4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2.</p>
	<p>Ответ: в своей работе врач должен исключить шаблонный подход; проявлять гибкость, динамичность взглядов; решительность, самостоятельность, ответственность; оперативность. Должен соблюдать культуру врачебного приема, врачебной этики, врачебного профессионализма. Врач должен проявить не только высокую компетентность, но и суметь общаться в приемлемой для данного больного форме, проявить внимание, доброжелательность.</p>	
3.	<p>Что является основой мотивации для членов медицинского коллектива?</p>	<p>УК-1, УК- 4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2.</p>
	<p>В основе мотивации лежит принцип предоставления работникам возможностей для реализации личных целей за счет добросовестного отношения к труду. В качестве основных мотивов выступают потребности, установки, ценностные ориентации личности, а также внешние побуждения - стимулы, которые подразделяются на материальные и моральные.</p>	
4.	<p>Какими методами проводится статистическое изучение заболеваемости населения?</p>	<p>УК-1, УК- 4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2.</p>
	<p>Ответ: статистическое изучение заболеваемости населения может быть проведено: сплошным методом - основанном на сводке отчетных данных о заболеваемости населения по всем лечебным учреждениям; выборочным методом - позволяющим получить данные о заболеваемости различных групп населения с учетом влияния различных факторов, условий и образа жизни людей;</p>	
5.	<p>Дайте определение временной нетрудоспособности</p>	<p>УК-1, УК- 4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2.</p>
	<p>Ответ: Временная нетрудоспособность – это: а) состояние организма человека, обусловленное заболеванием или травмой, при котором нарушение функций организма сопровождается невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных</p>	

	условиях в течение ограниченного промежутка времени	
6.	Что представляет собой смертность как демографический процесс?	УК-1, УК- 4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2.
	Ответ: смертность представляет собой демографический процесс, включающий всю совокупность смертей в населении за определенный период времени (обычно за год). Определяется как отношение числа умерших к общему числу населения. Измеряется в промилле(‰).	
7.	Что влияет на уровень смертности?	УК-1, УК- 4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2.
	Ответ: уровень смертности складывается под воздействием таких факторов, как природно-биологические – (наследственность, экологическая обстановка); социально-экономические (образ жизни, уровень жизни, характер и условия труда, развитие системы здравоохранения, войны и др); демографические (половой, возрастной, брачный, территориальный и т.д. состав населения); факторы - пособники смертности: курение, алкоголь, наркотики и т.д.	
8.	Кем оказывается первичная врачебная медико-санитарная помощь?	УК-1, УК- 4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2.
	Ответ: оказание первичной врачебной медико-санитарной помощи в медицинских организациях и их подразделениях осуществляется на основе взаимодействия врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-терапевтов участкового врачебного участка, врачей общей практики (семейных врачей) и врачей- специалистов, оказывающих первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю заболевания пациента.	
9.	Что включает в себя медико-экономический стандарт медицинской помощи?	УК-1, УК- 4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2.
	Ответ: медико-экономический стандарт медицинской помощи – это имеющий фиксированную стоимость набор медицинских услуг, лекарственных средств и медицинских материалов, необходимых для отдельных видов медицинской помощи, являющийся основой программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, соответствующей современному уровню развития медицины, и обязательный к исполнению на всей территории РФ.	
10.	Из каких этапов состоит диспансерное наблюдение?	УК-1, УК- 4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2.

	<p>Ответ: диспансерное наблюдение состоит из двух основных этапов. Первый включает учет и обследование пациентов, а также формирование групп, которым необходим дальнейший контроль. Второй этап состоит из проведения наблюдения за здоровьем тех, кто нуждается в лечении и профилактических мероприятиях.</p>	
11.	Какие группы диспансерного наблюдения вы знаете?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2.
	<p>Ответ: основываясь на результатах обследования, врачи разделяют всех пациентов на следующие группы диспансерного наблюдения: 1 группа - практически здоровые; 2 группа - пациенты с хроническими заболеваниями без нарушения трудоспособности; 3 группа - пациенты с нарушенной трудоспособностью в незначительных ее проявлениях; 4 группа - пациенты с устойчивой нетрудоспособностью; 5 группа - полностью нетрудоспособные лица, требующие постоянного ухода и лечения.</p>	
12.	Понятия о стадиях заболевания и клинических группах	УК-1, ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2.
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Стадия заболевания отражает распространение опухолевого процесса</li> <li>2. Стадия определяет прогноз заболевания и, соответственно, выбор метода лечения.</li> <li>3. Классификации злокачественных опухолей (например, по TNM) служат также анализу разных групп пациентов (оценка результатов лечения, обмен информацией между медицинскими учреждениями, непрерывный процесс изучения опухолей, контроль за лечением).</li> <li>4. Клиническая группа создана для диспансерного учета населения с онкологическими заболеваниями</li> <li>5. В динамике один и тот же больной в зависимости от степени прогрессирования процесса и проведенного лечения может переходить из одной клинической группы в другую. Клиническая группа никоим образом не соответствует стадии заболевания.</li> </ol>	
	<b>Морфология опухолей</b>	<b>ОПК-4, ПК-1</b>
13.	Какая морфологическая форма опухолей лоханки почки чаще всего встречается?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: папиллярный переходо-клеточный рак	
14.	Что относится к герминогенным опухолям яичка?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: семинома	
15.	Какая морфологическая форма злокачественных опухолей слизистой полости рта является наиболее частой?	ОПК-4, ПК-1



	Ответ: плоскоклеточный рак	
16.	Какова частота высокодифференцированных аденокарцином щитовидной железы?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: около 70%	
17.	Какая особенность по глубине инвазии отличает рак insitu от микроинвазивного рака?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: слизистую и подслизистую оболочки органа	
18.	Какую гистологическую принадлежность имеют хемодектомы шеи?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: к нейрогенным опухолям	
19.	Чем отличаются факультативные и облигатные предраки? Какие примеры предраковых заболеваний Вы можете привести?	ОПК-4, ПК-1
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. При факультативном предраке карцинома возникает редко (до 20%)</li> <li>2. Примеры: хронические трофические и лучевые язвы, свищи, рубцы, себорейная, старческая кератома, дискератозы, аномалии развития.</li> <li>3. Облигатный предрак – предрак, на фоне которого злокачественная опухоль развивается в 100% случаев. Примеры: пигментная ксеродерма, болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра, болезнь Педжета</li> </ol>	
	<b>Методы диагностики в клинической онкологии</b>	
20.	При какой локализации опухоли наиболее информативна ретроградная панкреатохолангиография?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: для головки поджелудочной железы	
21.	Какие существуют инвазивные рентгенологические методы исследования?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: ангиографические; методы использующие контрастные препараты, например, КТ/МРТ/ПЭТ-КТ с контрастированием	
22.	Что из биохимических показателей наиболее информативно для механической желтухи?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: ГГТ, ЩФ, прямой билирубин	
23.	Для какого рака щитовидной железы характерно повышение уровня кальцитонина?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: для медуллярного рака	
24.	Что нужно выполнить для верификации рака шейки матки?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: биопсию подозрительного участка шейки матки с последующим морфологическим исследованием	
25.	Какой метод является ведущим в диагностике хемодектом шеи?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: ангиографические методы исследования	
26.	Какое патологическое состояние является показанием для экстренной ЭГДС?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: подозрение на пищеводно-желудочное кровотечение	
27.	Что позволяет определить КТ органов грудной клетки?	ОПК-4, ПК-1

	Ответ: точную локализацию опухоли, распространенность опухолевого процесса в легочной паренхиме, изучить состояние трахеи, главных и сегментарных бронхов.	
28.	Какие иммунологические методы исследования следует использовать для диагностики хориокарциномы матки?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: Определение ХГ, АФП	
29.	Что является достоинством метода УЗИ?	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: неинвазивный характер, безвредность, практически полное отсутствие противопоказаний, возможность определения распространенности опухолевого процесса	
	<b>Общие принципы лечения злокачественных опухолей</b>	<b>ОПК-5, ПК-2</b>
30.	Что является целью I фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является?	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: определение допустимой для человека разовой и суммарной дозы цитостатика и спектра токсичности	
31.	Какова тактика лечения раннего рака желудка?	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: Эндоскопическая резекция при N0, субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией D2 при размере более 2см, гастрэктомия (от локализации опухоли).	
32.	В каких ситуациях при лечении злокачественных лимфом оправдана тактика «наблюдай и жди»?	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: 1. Наиболее благоприятным течением отличаются индолентные лимфомы 2. Раннее начало лечения не влияет на общую выживаемость Это позволяет при индолентных лимфомах использовать тактику наблюдай и жди при условии отсутствия В-симптомов, генерализованной лимфаденопатии, больших опухолевых масс и отсутствия изменений в периферической (анемия, тромбоцитопения или лейкоэмический состав крови)	
33.	Какие существуют показания к гормонотерапии при раке тела матки?	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: 1. Мета-анализ крупных рандомизированных исследований показал нецелесообразность назначения гормонотерапии больных раком I и II стадий 2. Проведение самостоятельной гормонотерапии возможно женщинам репродуктивного возраста при предраке и начальном РТМ. 3. С паллиативной целью возможно сочетание с химиотерапией у больных с распространенным РТМ, если имеется положительный рецепторный статус. 4. Используется таблетированные прогестины: медроксипрогестерона ацетат по 200-400 мг ежедневно, мегестрола ацетат 320 мг ежедневно Оценка эффекта через 3 месяца.	
34.	Какая современная тактика лечения больных с метастатическими гастроинтестинальными стромальными опухолями?	ОПК-5, ПК-2

	<p>Ответ: Гливек 400мг в сутки;  при выявлении мутации в экзоне гена c-kit, недостаточной эффективности и резистентности к стандартной дозе, при повторном назначении Гливека в случае раннего рецидива, — Гливек 800 мг в сутки  К препаратам второй линии – Сутент (сунитиниб).</p>	
35.	<p>Какая современная тактика лечения метастазов рака молочной железы в печень?</p>	ОПК-5,ПК-2
	<p>Ответ:  Выбор метода лечения больных с метастазами рака молочной железы в печени зависит от многих факторов: первичная или рецидивная опухоль, наличие или отсутствие других проявлений болезни, солитарные или множественные очаги в печени.  Если метастазы солитарный или единичные и ограничены одним анатомическим образованием печени, который может быть резецирован, тогда следует рассмотреть вопрос об хирургическом лечении.  При множественных метастазах в печени, а также наличие других проявлений заболевания, необходимо системное лечение, которое включает в себя химиотерапию, гормоно- и антиHer2-терапию в зависимости от рецепторного и Her2-статуса вторичной опухоли.</p>	
36.	<p>Какая современная тактика лечения пограничных опухолей яичника у молодых пациенток?</p>	ОПК-5,ПК-2
	<p>Ответ:  Лечебная тактика у молодых, нерожавших женщин, планирующих иметь детей, с пограничной опухолью яичника T1a-T1b стадии заключается в органосохранном лечении, при котором выполняется удаление придатков матки на стороне поражения, резекция контрлатерального яичника, удаление большого сальника. Во время операции производятся смывы с брюшины для цитологического исследования, множественная биопсия брюшины, особенно подозрительных участков.</p>	
37.	<p>В чем заключается и какие имеет показания хирургическое и комбинированное лечение рака прямой кишки?</p>	ОПК-5,ПК-2
	<p>Ответ:  Хирургическое лечение больных раком прямой кишки выполняется при T1-T2N0M0 стадиях опухоли.  Резекция прямой кишки, брюшно-анальная резекция, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки  Комбинированное лечение сочетает операцию и лучевую или химиотерапию. При местно-распространенных формах рака</p>	
38.	<p>Как выглядит современный алгоритм лечения меланомы кожи?</p>	ОПК-5,ПК-2
	<p>Ответ:  При I стадии возможно ограничиться хирургическим лечением меланомы в объеме широкого иссечения опухоли/  При II и III стадиях проводят комбинированное лечение (операция + адьювантное лечение).</p>	

	При IV стадии лекарственное лечение, циторедуктивные операции, симптоматическая терапия. Лимфаденэктомия выполняется больным при наличии метастазов меланомы.	
	<b>Опухоли головы и шеи</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
39.	Для определения опухоли какой локализации используют радиоактивный йод?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Рак щитовидной железы	
40.	Какова диагностическая и лечебная тактика при экзофитной опухоли голосовой складки, сопровождающейся осиплостью?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Необходимо дообследование – УЗИ шеи, рентгенография органов грудной клетки, биопсия опухолевого образования Если верифицирован рак, который ограничен одной голосовой складкой, без метастазов опухоли, у больного I стадия, необходимо рассмотреть вопрос об операции, в том числе по возможности органосохранной (эндоларингеальной резекции, передней резекции гортани), либо ларингэктомии.	
41.	Каковы особенности TNM-классификации рака щитовидной железы?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: TNM-классификация учитывает возраст больного: при фолликулярной и папиллярной аденокарциноме до 45 лет наличие отдаленных метастазов – II стадия Недифференцированный рак – всегда IV стадия: IVa – интратиреоидная анапластическая опухоль; IVb – экстратиреоидная опухоль; IVc – отдаленные метастазы	
42.	Какие существуют морфологические формы рака щитовидной железы?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Папиллярная, фолликулярная аденокарцинома, недифференцированный рак из А-, В-клеток, медуллярный рак, плоскоклеточный рак	
43.	Какой метод является наиболее целесообразным при лечении местно-распространенного рака полости рта?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: комбинированное лечение, включающее хирургию на первом этапе и адьювантную лучевую терапию	
44.	В чем заключаются профилактические мероприятия при ядерной катастрофе с выбросом во внешнюю среду радиоактивных изотопов йода и для каких возрастных групп она проводится?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Целью йодной профилактики после ядерной катастрофы является блокада йодопоглотительной функции щитовидной железы, для чего используются почти в тысячу раз большие дозировки стабильного йода, составляющие десятки миллиграмм. Польза от любых массовых профилактических мероприятий должна многократно превосходить все возможные риски. У лиц старших возрастных групп (старше 40 лет) накопление радиоактивного йода в щитовидной железе не влечет за собой риска развития онкологической патологии. Вместе с тем у них достаточно часто встречаются	

	узловые образования щитовидной железы, которые даже при разовом поступлении избыточного количества йода могут манифестировать гипертиреозом. Поэтому йодная профилактика этой группе лиц показана лишь в исключительных случаях, то есть при дозе облучения свыше 5 Гр.	
	<b>Опухоли органов грудной клетки</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
45.	Какая злокачественная опухоль является самой частой в структуре онкологической заболеваемости?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Рак легкого	
46.	Что является ведущим методом для морфологической верификации диагноза центрального рака легкого?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Фибробронхоскопия	
47.	Что следует считать первым этапом ортоградного лимфогенного метастазирования периферического рака легких?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Пульмональные лимфатические узлы	
	<b>Опухоли органов брюшной полости</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
48.	Что следует считать ранним раком желудка и какие типы раннего рака желудка по форме роста существуют?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1. Ограничен пределами слизистой и подслизистого слоя 2. Не зависит от состояния лимфатических узлов 3. Три типа раннего рака желудка (протрузирующий, поверхностный, блюдцеобразный)	
49.	Как классифицируется рак ободочной кишки по системе TNM?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1. Tis – карцинома in situ T1 – подслизистый слой T2 – мышечная оболочка T3 – подсерозная основа T4 – прорастает в другие органы и/или висцеральную брюшину. N1 – метастазы в 1-3 лимфатических узлах N2 – метастазы в 4 и более лимфатических узлах. M1 есть отдаленные метастазы 2.	
50.	Какие факторы включены в систему стратификации риска рака ободочной кишки?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 3 группы – низкого, среднего и высокого риска в зависимости от семейного анамнеза, наличия болезни Крона, язвенного колита.	
51.	В чем заключается лечение больных с метастатическими гастроинтестинальными стромальными опухолями?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: 1. Гливек 400 мг в сутки; 2. при выявлении мутации в экзоне гена c-kit, недостаточной эффективности и резистентности к	

	стандартной дозе, при повторном назначении Гливек в случае раннего рецидива, — Гливек 800 мг в сутки К препаратам второй линии – Сутент (сунитиниб).	
52.	Какие существуют скрининговые мероприятия по выявлению рака прямой кишки?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: К скрининговым мероприятиям по выявлению рака прямой кишки следует отнести только посещение проктолога с пальцевым ректальным исследованием, а также колоноскопия лицам старше 50 лет, с интервалом в три года (при отсутствии полипов и других изменений).	
53.	Какие группы риска развития рака прямой кишки выделяют?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: 3 группы – низкого, среднего и высокого риска в зависимости от семейного анамнеза, наличия болезни Крона, язвенного колита.	
54.	Какие существуют этиологические факторы первичного рака печени?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: Этиология - гепатит В и С, алкоголь, афлотоксин.	
55.	Что такое пищевод Баррета и как он классифицируется?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: 1. Пищевод Баррета – облигатный предрак, метапластическое замещение плоского эпителия пищевода на железистый, нередко с явлениями кишечной метаплазии 2. По вертикальной распространенности метаплазии (более/менее 3 см)	
	<b>Опухоли женских половых органов</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2</b>
56.	В чем заключается тактика ведения больных с пузырьным заносом?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: Вакуум-аспирация или выскабливание полости матки Наблюдение в течение 8 недель с еженедельным определением ХГ, раз в 2 недели УЗИ Определение ХГ крови раз в 2 недели последующие 3 месяца	
57.	Какова тактика лечения больных распространенным раком яичника?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: 1. Больным необходимо проведение комбинированного лечения (операции + химиотерапии). Операция может быть выполнена на первом этапе комбинированного лечения в том случае, если оперирующий хирург во время операции сможет выполнить полный объем циторедукции. 2. На втором этапе проводится курсов ХТ по схеме Карбоплатин + Паклитаксел. 3. В случае невозможности выполнения полной циторедуктивной операции на первом этапе, либо больные с IV стадией заболевания, необходимо проведение 2-4 курса химиотерапии 1 линии с последующим повторным решением	

	вопроса об операции.	
58.	Какие стадии при раке яичника относятся к ранним?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: T1a-T1b	
59.	Какова лечебная тактика при пограничных опухолях яичника у неменструирующих женщин?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: У неменструирующих пациенток, даже T1a-T1b стадии, возможно выполнение экстирпация матки с придатками, удаление большого сальника. Во время операции производятся смывы с брюшины для цитологического исследования, множественная биопсия брюшины, особенно подозрительных участков.	
60.	Какая комбинация препаратов является стандартом для проведения первой линии химиотерапии при распространенном раке яичника?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: Карбоплатин и Паклитаксел	
	<b>Опухоли молочной железы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2</b>
61.	В чем заключается план обследования ребенка мужского пола с жалобами на увеличение обеих молочных желез.?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: Общий и биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, щитовидной железы, консультация эндокринолога, уролога.	
62.	Какие существуют противопоказания к лечению антиэстрогенами больных раком молочной железы?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: Противопоказанием является гиперкоагуляционный синдром, гиперплазия и полипы эндометрия, катаракта).	
63.	Какие существуют принципы лечения рака молочной железы стадии T1N0M0?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: 1. Радикальная резекция с последующей лучевой терапией СОД 50 Гр, + буст 20 Гр на рубец. 2. Радикальная мастэктомия при центральной локализации опухоли, малом объеме молочной железы с возможной первичной или отсроченной маммопластикой. 3. При неблагоприятных факторах прогноза системное лечение (6 курсов ХТ по схеме САФ или СМФ) Гормонотерапия больным в менопаузе, при положительных стероидных рецепторах. У менструирующих женщин – выключение функции яичников	
64.	Какова тактика лечения рака молочной железы T2N0M0, после выполненной радикальной резекции молочной железы и отсутствии экспрессии рецепторов эстрогена, прогестерона и Her2/neu?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: 1. Лучевая терапия СОД 50 Гр на молочную железу + 20 Гр буст на зону послеоперационного рубца 2. При неблагоприятных критериях прогноза 6 курсов химиотерапии по схеме САФ или СМФ Гормонотерапия, анти-Her2-терапия не показана.	
65.	Какие имеются показания к неoadьювантной и адьювантной	УК-1, ОПК-4,

	химиотерапии при раке молочной железы.	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ:</p> <p>1. Неoadьювантная химиотерапия применяется при операбельном раке в целях уменьшения стадии болезни и выполнения органосохранного лечения</p> <p>При неоперабельном раке в целях наиболее эффективного воздействия на первичный очаг и регионарные метастазы для последующего выполнения хирургического вмешательства</p> <p>Адьювантная химиотерапия подразумевает системное лечение пациентов с отсутствием признаков опухолевого роста после хирургического лечения, с сохраняющимся высоким риском развития метастазов</p>	
	<b>Опухоли кожи</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
66.	В чем заключаются особенности классификации меланомы кожи по системе TNM.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Символ Т по классификации меланомы по TNM отражает глубину инвазии опухоли, при этом все уровни по классификации Clark относятся к Т1, буквенный символ «а» - изъязвления нет, «b» - изъязвление есть.</p>	
67.	Что подразумевает под собой методика определения сигнальных лимфатических узлов при меланоме кожи?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Из многих методов определения состояния сигнальных лимфатических узлов наиболее информативным является их биопсия/удаление с выполнением гистологического исследования.</p>	
68.	Какова этиология и клинические формы меланомы кожи?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Факторы риска – избыточная инсоляция, фенотип кожи I-II, большое число доброкачественных меланоцитарных невусов, лентиго, веснушек</p> <p>Клинические формы – поверхностно-распространяющаяся, лентигомеланома, узловая, акральная лентигинозная меланома.</p>	
	<b>Опухоли опорно-двигательного аппарата</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
69.	Что такое гемангиосаркома?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Злокачественная сосудистая опухоль, характеризующаяся быстрым агрессивным течением</p>	
70.	С какой целью назначается предоперационная химиотерапия при остеосаркоме?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: В настоящее время стандартным является неoadьювантный подход, что позволяет оказать ранее воздействие на микрометастазы, уменьшить размеры первичной опухоли, улучшить возможности локального лечения.</p>	
	<b>Опухоли кроветворной системы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
71.	Как классифицируются неходжкинские лимфомы по системе	УК-1, ОПК-4,



	Анн-Арбор?	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Согласно классификации Анн-Арбор существуют 4 стадии НХЛ: поражение лимфоузлов одной области или локализованное экстранодальное поражение (символ-Е) – I стадия; двух и более областей по одну сторону диафрагмы или то же локализованное экстранодальное поражение (Е) – II стадия; поражение лимфоузлов по обе стороны диафрагмы, с наличием или отсутствием экстранодального (Е) поражения – III стадия и диссеминированное поражение нескольких органов и тканей – IV стадия. Поражение печени и костного мозга всегда относится к 4 стадии</p>	
72.	<p>На чем основан принцип деления неходжкинских лимфом по степени злокачественности, и какие виды лимфом относятся к группе индолентных?</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Принцип деления неходжкинских лимфом по степени злокачественности основывается на показателях 5-летней выживаемости и позволяет разделить их на 3 группы: индолентные, агрессивные и высокоагрессивные</li> <li>2. При индолентных лимфомах (низкой степени злокачественности) 5-летняя выживаемость более 50% Наиболее частым вариантом лимфом в этой группе является фолликулярная лимфома. Реже встречается лимфома маргинальной зоны и лимфома из малых лимфоцитов/ХЛЛ</li> </ol>	
73.	<p>Какая диагностическая тактика необходима при генерализованной лимфаденопатии у пациентки в 2 года?</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Обязательными диагностическими процедурами являются: стерильная пункция, общий анализ крови и иммунологическое исследование периферической крови, визуальные методы исследования (предпочтительно КТ) органов грудной клетки и брюшной полости</p>	
74.	<p>Что относится к факторам неблагоприятного прогноза при лимфоме Ходжкина?</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ:</p> <p>К неблагоприятным факторам при лимфоме Ходжкина относятся: массивное поражение средостения, поражение <math>\geq 3</math> лимфатических коллекторов, СОЭ <math>\geq 50</math> при А-стадии и <math>\geq 30</math> при В-стадии, наличие экстранодального поражения и возраст старше 40 лет, распространенные стадии (3,4) – к неблагоприятной группе</p>	
75.	<p>Как классифицируются лимфомы желудка?</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Классификация Анн-Арбор не всегда адекватно отражает прогноз заболевания при первично экстранодальных вариантах лимфом, поэтому существуют и другие классификации, например для лимфом ЖКТ используется классификация Лугано, в которой III стадия вовсе отсутствует. Если опухоль локализована в пределах ЖКТ – I стадия; если она выходит за пределы ЖКТ – II стадия; диссеминированное поражение с вовлечением супрадиафрагмальных лимфоузлов – IV стадия</p>	

	<b>Опухоли мочеполовой системы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2</b>
76.	Какие группы препаратов используются при лекарственном лечении диссеминированного рака почки?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Паллиативная нефрэктомия (для уменьшения явлений интоксикации, при развитии осложнений, улучшения качества жизни, повысить эффективность лекарственного лечения).</li> <li>2. Эффективность химиотерапии 10%</li> <li>3. Наиболее часто винбластин, адриамицин, цисплатин, кселода</li> <li>4. Цитокиновая терапия (альфа-интерферон, ИЛ-2)</li> <li>5. Таргетные препараты (бевацизумаб, сунитиниб, темисролимус).</li> </ol> <p>Лучевая терапия при метастазах в костях, головном мозге и т.д.</p>	
77.	В чем заключается тактика лечения опухоли нижнего полюса почки, 3х2см, не распространяющуюся на чашечки и лоханку, регионарные лимфатические узлы не увеличены. Отдаленных метастазов нет	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2 УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	<p>Ответ: Опухоль может быть доброкачественной, если нет данных за злокачественный рост по результатам УЗИ, КТ/МРТ, возможно наблюдение.</p> <p>У больной имеется опухоль почки, возможно выполнение резекции почки, возможно, лапароскопическим доступом.</p>	
78.	Какие имеются показания для резекции почки?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Абсолютные показания – рак единственной или обеих почек, рак одной и функционально несостоятельная другая почка с ХПН</li> <li>2. Относительные – заболевания контралатеральной почки с латентной стадией ХПН, при размере опухоли менее 3 см, при возможности выполнения резекции в пределах здоровой ткани.</li> </ol> <p>Клиновидная, плоскостная, фронтальная, геминефрэктомия, экстракорпоральная резекция с аутотрансплантацией почки</p>	
79.	Что такое «максимальная андрогенная блокада»?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	<p>Ответ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Комбинация хирургической или медикаментозной кастрации с антиандрогенами (стероидные – андрокур, нестероидные – касодекс)</li> <li>2. Медикаментозная кастрация осуществляется при помощи аналогов рилизинг-гормона лютеинизирующего гормона гипофиза (золадекс, диферелин).</li> </ol> <p>«Золотой стандарт» лечения диссеминированного рака простаты</p>	
80.	В чем заключается основная задача гормонотерапии при раке предстательной железы?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	<p>Ответ: Добиться андрогенной блокады.</p>	

	Комбинация хирургической или медикаментозной кастрации с антиандрогенами (стероидные – андрокур, нестероидные – касодекс) называется «максимальной андрогенной блокадой» Медикаментозная кастрация осуществляется при помощи аналогов рилизинг-гормона лютеинизирующего гормона гипофиза (золадекс, диферелин).	
81.	Как выявить классическую триаду симптомов при раке почки?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Классическая триада при раке почки – гематурия, боль, пальпируемая опухоль Для выявления классической триады пациента необходимо опросить, уточнить о наличие/отсутствии боли в пояснице, провести осмотр, включая пальпацию почек, назначить общий анализ мочи	

## 5.2. Тестовые задания

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
	<b>Инструкция: выберите несколько правильных ответов</b>	
	<b>Социальная гигиена и организация онкологической помощи в РФ</b>	<b>УК-1,УК-4 ,ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2</b>
1.	Основными источниками информации о здоровье являются: А. официальная информация о смертности населения; Б. данные страховых компаний; В. эпидемиологическая информация; Г. данные мониторинга окружающей среды и здоровья; Д. регистры заболеваний, несчастных случаев и травм.	УК-1,УК-4 ,ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: А,В,Г,Д	
2.	Медицинская помощь онкологическим больным оказывается преимущественно в: А. онкологических диспансерах Б. специализированных онкологических больницах В. отделениях скорой медицинской помощи при районных больницах Г. хосписе Д. федеральных специализированных учреждениях	УК-1,УК-4 ,ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: А, Б, В, Г, Д	
3.	В структуре смертности населения экономически развитых стран первые три места занимают: А. болезни системы кровообращения Б. инфекционные и паразитарные заболевания В. злокачественные новообразования Г. болезни органов ЖКТ Д. травмы и отравления	УК-1,УК-4 ,ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: А, В, Д.	
	<b>Морфология опухолей</b>	<b>УК-1, ОПК-4,</b>

		<b>ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
4.	В воронко-тазовой связке проходят: А. яичниковая вена Б. пузырьные В. яичниковая артерия Г. срамные Д. внутренние подвздошные	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А, В	
5.	Яичниковая артерия может отходить от: А. почечной артерии Б. наружной подвздошной артерии В. общей подвздошной артерии Г. яичниковой артерии Д. аорты	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А, Д	
	<b>Методы диагностики в клинической онкологии</b>	<b>ОПК-4, ПК-1</b>
6.	Ретроградная панкреатохолангиография наиболее информативна при локализации опухоли в: А. головке поджелудочной железы Б. теле железы В. холедохе Г. желчном пузыре Е. печени	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: А, В	
7.	К неинвазивным методам рентгенологического исследования относятся: А. аортография Б. лимфография В. компьютерная томография Г. МРТ Д. селективная ангиография	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: В, Г	
	<b>Общие принципы лечения злокачественных опухолей</b>	<b>ОПК-5, ПК-2</b>
8.	Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено на: А. обеспечение антибластики Б. обеспечение абластики В. снижение риска хирургических вмешательств Г. максимальное сохранение функции органа Д. увеличение безрецидивной выживаемости	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: Б, Д.	
9.	Относительными противопоказаниями к лучевому лечению являются: А. пожилой возраст Б. молодой возраст В. активный туберкулез Г. ожирение	ОПК-5, ПК-2

	Д. сердечно-сосудистая недостаточность	
	Ответ: В, Д	
	<b>Опухоли головы и шеи</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
10.	Адьювантная химиотерапия применяется при: А. раке щитовидной железы Б. плоскоклеточном раке слизистой оболочки полости рта В. раке слюнных желез Г. раке гортани Д. раке гортаноглотки	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Г, Д	
11.	Папиллярный рак щитовидной железы развивается из: А. А-клеток Б. В-клеток В. С-клеток Г. эпителиальной ткани Д. мезенхимальной ткани	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А, Б	
	<b>Опухоли органов грудной клетки</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
12.	Гистологически выделяют следующие типы тератом средостения: А. зрелая Б. дермоидная киста В. незрелая Г. со злокачественной трансформацией Д. тератомобластоидная	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А, Б, В, Г	
13.	К предраковым заболеваниям пищевода относятся: А. хронический эзофагит Б. рубцовые стриктуры пищевода В. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы Г. полипы пищевода Д. пищевод Барретта	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А, Б, Г, Д	
	<b>Опухоли органов брюшной полости</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
14.	При раннем раке желудка: А. специфические симптомы отсутствуют Б. имеются специфические симптомы заболевания В. симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка Г. «синдром малых признаков» Д. Могут быть увеличены регионарные лимфатические узлы	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: В, Д.	
15.	К лапароскопии, как методу диагностики распространенности	УК-1, ОПК-4,

	<p>опухолевого процесса при раке желудка, наиболее целесообразно прибегать при:</p> <p>А. всех локализациях опухоли в желудке</p> <p>Б. всех типах роста опухоли</p> <p>В. локализации опухоли в антральном отделе желудка, осложненной стенозом</p> <p>Г. локализации опухоли в теле желудка</p> <p>Д. при подозрении на канцероматоз</p>	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А, Д	
16.	<p>Наиболее информативными методами для диагностики рака большого дуоденального соска – это:</p> <p>А. ретроградная холангиопанкреатография</p> <p>Б. гастродуоденоскопия</p> <p>В. чрезкожнаячрезпеченочнаяхолангиография</p> <p>Г. ангиография</p> <p>Д. ультразвуковая томография</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А, Б	
	<b>Опухоли женских половых органов</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
17.	<p>Наиболее часто метастатическое поражение влагалища встречается при:</p> <p>А. раке яичника</p> <p>Б. раке мочевого пузыря</p> <p>В. раке тела матки</p> <p>Г. раке молочной железы</p> <p>Д. хориокарциноме</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: В, Д	
18.	<p>Наиболее частыми жалобами пациенток раком вульвы ранних стадий являются:</p> <p>А. зуд</p> <p>Б. кровянистые выделения</p> <p>В. боли, наличие язвы</p> <p>Г. гнойные выделения, боли</p> <p>Д. язва, жжение, раздражение</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А, Д	
19.	<p>В развитии рака шейки матки наибольшее значение имеет:</p> <p>А. вирус папилломы человека 31, 33 типов</p> <p>Б. хламидии</p> <p>В. микоплазмы</p> <p>Г. вирус папилломы человека 16 и 18 типов</p> <p>Д. трихомонады</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А, Г	
	<b>Опухоли молочной железы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>

20.	Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным является: А. анализ крови Б. определение онкомаркеров В. осмотр и пальпация Г. цитологическое исследование пунктата из опухоли Д. гистологическое исследование биоптата опухоли	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: Г, Д.	
21.	HER2/neu ингибируют: А. авастин Б. герцептин В. лапатиниб Г. оксалиплатин Д. верно А и Б	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: Б, В	
22.	К регионарным лимфатическим узлам относятся? А. Нижние подмышечные Б. Верхние подмышечные В. Подключичные Г. Надключичные на стороне поражения Д. Шейные на стороне поражения	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: А, Б, В, Г	
	<b>Опухоли кожи</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2</b>
23.	Из нижеперечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому: А. папилломатозный невус Б. "монгольское" пятно В. невус Ито Г. ограниченный предраковый меланоз Дюбрейя Д. невус Ота	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: В, Д	
24.	Ведущими методами диагностики меланомы кожи является: А. гистологический метод Б. постлучевая меланурия (реакция Якша) В. цитологический метод Г. термография Д. компьютерная томография	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: А, В	
	<b>Опухоли опорно-двигательного аппарата</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2</b>
25.	К костномозговым опухолям относятся: А. саркома Юинга Б. остеосаркома В. миелома Г. хондросаркома Д. лимфангиома	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2
	Ответ: А, Б, В	
	<b>Опухоли кроветворной системы</b>	<b>УК-1, ОПК-4,</b>

		<b>ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
26.	Неблагоприятными факторами прогноза при лимфоме Ходжкина являются: А. увеличение медиастинальных лимфоузлов > 1/3 диаметра грудной клетки Б. повышения уровня АСТ, АЛТ В. гистологический вариант – лимфоидное преобладание Г. возраст старше 60 лет Д. увеличение СОЭ	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А, Д	
27.	Для начальных проявлений лимфомы Ходжкина наиболее характерно поражение: А. лимфоузлов выше диафрагмы Б. лимфоузлов ниже диафрагмы В. частота поражения лимфоузлов выше и ниже диафрагмы одинакова Г. надключичных лимфатических узлов Д. поражение костного мозга	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А, Г	
	<b>Опухоли мочеполовой системы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
28.	Абсолютными показаниями к резекции почки относятся: А. рак единственной почки Б. рак обеих почек В. заболевания контралатеральной почки с латентной ХПН Г. размер опухоли менее 3см Д. возможность выполнения резекции в пределах здоровых тканей	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: А, Б	

### 5.3. Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку ординатора:

№	Содержание задания	Индексы проверяемых компетенций
<b>Социальная гигиена и организация онкологической помощи в РФ УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>		
1.	Назовите клинические группы и их отличия от клинических стадий	<b>УК-1, УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
	Ответ: В динамике один и тот же больной в зависимости от степени прогрессирования процесса и проведенного лечения может переходить из одной клинической группы в другую. Клиническая группа создана для диспансерного учета населения с онкологическими заболеваниями	



	Клиническая группа никоим образом не соответствует стадии заболевания, которая отражает распространенность опухолевого процесса и определяет прогноз и тактику лечения.	
	<b>Морфология опухолей</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
2.	Сформулируйте алгоритм диагностики отдаленных метастазов при раке щитовидной железы с учетом основных путей метастазирования.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Для исключения наличия метастатического поражения необходимо назначение различных методов визуализации (рентгенография органов грудной клетки, УЗИ, КТ и МРТ, сцинтиграфия костей скелета) Рак щитовидной железы характеризуется двумя основными путями метастазирования: лимфогенный, гематогенный. Для исключения поражения лимфатических регионарных узлов, метастазов в печень необходимо УЗИ, метастазов в кости - сцинтиграфия, в легкие – рентгенография, КТ.	
	<b>Методы диагностики в клинической онкологии</b>	<b>ОПК-4, ПК-1</b>
3.	Сформулируйте алгоритм действий для диагностики «классической триады» при раке почки.	ОПК-4, ПК-1
	Ответ: гематурия, боль, пальпируемая опухоль. Для их определения пациента необходимо опросить, уточнить о наличие/отсутствии боли в пояснице, провести осмотр, включая пальпацию почек, назначить общий анализ мочи	
	<b>Общие принципы лечения злокачественных опухолей</b>	<b>ОПК-5, ПК-2</b>
4.	Сформулируйте показания к и назовите схемы неoadьювантной химиотерапии рака гортани.	ОПК-5, ПК-2
	Ответ: Неoadьювантная химиотерапия применяется с целью органосохранного лечения, как этап перед лучевой терапией. Позволяет прогнозировать ответ на лучевое лечение. С целью лечения рака гортани применяют следующие схемы: TPF, DCF, PF	
	<b>Опухоли головы и шеи</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
5.	Сформулируйте особенности классификации дифференцированного рака щитовидной железы по системе TNM с учетом возраста больного?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: при фолликулярной и папиллярной аденокарциноме у больных до 45 лет отсутствие отдаленных метастазов рассматривается как I стадия, наличие отдаленных метастазов – II стадия.	
6.	У больной 35 лет по УЗИ в щитовидной железе выявлен опухолевый узел в правой доле, размерами до 12 мм. «с признаками усиленного периферического кровотока и кальцинатом». Сформулируйте диагностическую и лечебную тактика	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ:	

	<p>Больной необходимо выполнение пункционной биопсии опухолевого узла щитовидной железы.</p> <p>При верификации дифференцированного рака и отсутствия метастазов опухоли показано выполнение гемитиреоидэктомии справа с резекцией перешейка</p>	
	<b>Опухоли органов грудной клетки</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
7.	Сформулируйте тактику лечения пищевода Баррета.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Прежде всего, необходимо исключить злокачественное перерождение (биопсия подозрительных участков).</p> <p>Лечение зависит от причины возникновения (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, хронический гастроэзофагеальный рефлюкс), антацидная, противоязвенная терапия.</p>	
	<b>Опухоли органов брюшной полости</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
8.	Сформулируйте алгоритм лечения раннего рака желудка	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Ранний рак желудка ограничен пределами слизистой и подслизистого слоя. Не зависит от состояния лимфатических узлов.</p> <p>Выделяют три типа раннего рака желудка (протрузирующий, поверхностный, блюдцеобразный)</p> <p>Эндоскопическая резекция при N0, субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией D2 при размере более 2см, гастрэктомия (от локализации опухоли).</p>	
	<b>Опухоли женских половых органов</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
9.	Сформулируйте показания к эндокринотерапии при раке тела матки.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ:</p> <p>Проведение самостоятельной гормонотерапии возможно женщинам репродуктивного возраста при предраке и начальном РТМ. Мета-анализ крупных рандомизированных исследований показал нецелесообразность назначения гормонотерапии больных раком I и II стадий</p> <p>Используется таблетированные прогестины: медроксипрогестерона ацетат по 200-400 мг ежедневно, мегестрола ацетат 320 мг ежедневно</p> <p>Оценка эффекта через 3 месяца. С паллиативной целью возможно сочетание с химиотерапией у больных с распространенным РТМ, если имеется положительный</p>	

	рецепторный статус.	
10	Назовите оптимальный объем операции при раке шейки матки T1b1NxM0 у больной 65 лет	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	Ответ: Расширенная экстирпация матки с придатками	
	<b>Опухоли молочной железы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
11	Сформулируйте тактику лечения метастатического поражения печени при раке молочной железы.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Выбор метода лечения больных с метастазами рака молочной железы в печени зависит от многих факторов: первичная или рецидивная опухоль, наличие или отсутствие других проявлений болезни, солитарные или множественные очаги в печени.</p> <p>Если метастазы солитарный или единичные и ограничены одним анатомическим образованием печени, который может быть резецирован, тогда следует рассмотреть вопрос об хирургическом лечении.</p> <p>При множественных метастазах в печени, а также наличие других проявлений заболевания, необходимо системное лечение, которое включает в себя химиотерапию, гормоно- и антиHer2-терапию в зависимости от рецепторного и Her2-статуса вторичной опухоли.</p>	
	<b>Опухоли кожи</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
12	Сформулируйте алгоритм лечения плоскоклеточного рака кожи	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Возможно хирургический метод, крио- и лазерная деструкция, рентгенотерапия, фотодинамическое лечение, комбинированные методы, химиотерапия.</p> <p>Выбор метода лечения зависит от характера опухоли (первичная, рецидивная), клинического типа, морфологического варианта, локализации, размера, количества очагов, глубины инвазии.</p> <p>Клинические формы базально-клеточного рака – экзофитный, язвенный, поверхностный</p>	
	<b>Опухоли опорно-двигательного аппарата</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
13	Возможные локализации липосаркомы	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Липосаркома может развиваться в любой части тела, где есть жировая ткань, но чаще она наблюдается на нижних конечностях, в области плечевого сустава, на ягодичной области, а также забрюшинное пространство.</p>	
	<b>Опухоли кроветворной системы</b>	<b>УК-1, ОПК-4,</b>

		<b>ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
14	Сформулируйте прогностические группы при лимфоме Ходжкина.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Прогностические группы формируются в зависимости от клинической стадии заболевания и с учетом наличия неблагоприятных факторов прогноза.</p> <p>Выбор лечебной тактики при лимфоме Ходжкина на современном этапе зависит от прогностической группы</p> <p>К неблагоприятным факторам при лимфоме Ходжкина относятся: массивное поражение средостения, поражение <math>\geq 3</math> лимфатических коллекторов, СОЭ <math>\geq 50</math> при А-стадии и <math>\geq 30</math> при В-стадии, наличие экстранодального поражения и возраст старше 40 лет</p> <p>Пациенты с ранними стадиями (1,2) без факторов риска относятся к благоприятной группе, ранние стадии с факторами риска - к промежуточной группе, распространенные стадии (3,4) – к неблагоприятной группе</p>	
	<b>Опухоли мочеполовой системы</b>	<b>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</b>
15	Сформулируйте алгоритм лечения диссеминированного рака почки.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: Паллиативная нефрэктомия (для уменьшения явлений интоксикации, при развитии осложнений, улучшения качества жизни, повысить эффективность лекарственного лечения).</p> <p>Эффективность химиотерапии 10%</p> <p>Наиболее часто винбластин, адриамицин, цисплатин, кселода.</p> <p>Цитокиновая терапия (альфа-интерферон, ИЛ-2)</p> <p>Таргетные препараты (бевацизумаб, сунитиниб, темисролимус).</p> <p>Лучевая терапия при метастазах в костях, головном мозге и т.д.</p>	

#### 5.4. Ситуационные задачи (этап собеседования):

№	Содержание задачи	Индексы проверяемых компетенций
1.	По поводу рака молочной железы стадия T2N0M0 больной 34 лет выполнена операция – радикальная резекция. По данным иммуногистохимического исследования опухолевой ткани рецепторы эстрогенов и прогестерона, Her2/neu отрицательные. Какова дальнейшая терапевтическая стратегия для данной	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	<p>пациентки?</p> <p><b>Вопрос 1. Какой вариант адъювантного лечения следует выбрать?</b>  <b>Ответ: 1.</b> Послеоперационная лучевая терапия СОД 50 Гр на молочную железу + 20 Гр буст на зону послеоперационного рубца</p> <p><b>Вопрос 2. Целесообразно ли проведение адъювантной химиотерапии?</b>  <b>Ответ: 2.</b> При выявлении неблагоприятных факторов прогноза в послеоперационном материале целесообразно проведение химиотерапии антрациклинами и таксанами</p> <p><b>Вопрос 3. Какие виды терапии в данном случае не показаны?</b>  <b>Ответ: 3.</b> Учитывая, что рецепторы эстрогенов и прогестерона, а также Her2/neu отрицательные, гормонотерапия, анти-Her2-терапия не целесообразны</p> <p><b>Вопрос 4: С какой периодичностью должна наблюдаться пациентка после радикального лечения?</b>  <b>Ответ 4:</b> В первый год – раз в три месяца, во второй год – раз в полгода, затем – раз в год.</p>	
2.	<p>У пациента 35 лет при биопсии шейного лимфатического узла выявлена лимфома Ходжкина. По данными визуального исследования выявлено поражение лимфатических узлов левой надключичной области и средостения (лимфатические узлы до 5 см в диаметре). Симптомы интоксикации отсутствуют. Какова тактика ведения данного пациента?</p>	<p>УК-1,УК-4, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2</p>
	<p><b>Вопрос 1: Какая у пациента стадия заболевания?</b>  <b>Ответ 1:</b> У данного пациента выявлено поражение двух лимфатических зон по одну сторону диафрагмы, что соответствует II стадии.</p> <p><b>Вопрос 2: Каким символом обозначается отсутствие симптомов интоксикации?</b>  <b>Ответ 2:</b> Отсутствие симптомов интоксикации обозначается символом А.</p> <p><b>Вопрос 3: С учетом имеющихся данных к какой прогностической группе следует отнести пациента? Какого показателя не хватает для полной стратификации пациента по группам риска.</b>  <b>Ответ 3:</b> Согласно Международному прогностическому индексу пациент может быть отнесен к благоприятной прогностической группе. Однако отсутствуют данные о СОЭ, повышение которой также является неблагоприятным фактором прогноза. В случае высоких значений СОЭ, этот пациент может быть отнесен к промежуточной прогностической группе.</p> <p><b>Вопрос 4: Какую лечебную тактику следует выбрать?</b>  <b>Ответ 4:</b> Схемой выбора для этого пациента является 6 курсов АВVDC дальнейшей лучевой терапией на</p>	

	вовлеченные зоны. Данное лечение может быть модифицировано в сторону интенсификации по данным промежуточной ПЭТ.	
3.	У женщины 42 лет выявлен рак правой молочной железы. Опухоль 2 см. в диаметре расположена на границе верхних квадрантов, имеется метастаз в правой надключичной области. Какова дальнейшая стратегия ведения пациентки?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p><b>Вопрос 1: Какая у пациентки стадия заболевания?</b>  <b>Ответ 1:</b> У пациентки рак молочной железы T1N3M0, IIIc стадия.</p> <p><b>Вопрос 2: Какой вид патоморфологического исследования необходим для принятия решения о дальнейшей тактике лечения?</b>  <b>Ответ 2:</b> Необходимо выполнение ИГХ-исследования (иммуногистохимического исследования) опухоли с целью определения рецепторов прогестерона, эстрогена, HER2/neo, Ki-67.</p> <p><b>Вопрос 3: Какой метод лечения следует использовать в первую очередь?</b>  <b>Ответ 3:</b> Лечение начинают с неoadьювантной химиотерапии.</p> <p><b>Вопрос 4: Возможно ли проведение хирургического лечения?</b>  <b>Ответ 4:</b> IIIc стадия относится к первично-неоперабельному раку молочной железы, поэтому вопрос об операции решается индивидуально, а также с учетом эффекта проведенного индукционного лечения.</p>	
4.	У пациента 52 лет при обследовании выявлен рак антрального отдела желудка, инфильтративно-язвенная форма роста, гистологически – умеренодифференцированная аденокарцинома. По данным УЗИ брюшной полости определяются увеличенные парагастральные л/у до 2,0см. в диаметре. Какова тактика ведения пациента?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p><b>Вопрос 1: Какие дополнительные методы обследования показаны для уточнения распространенности процесса?</b>  <b>Ответ 1:</b> необходимо дообследование: КТ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, целесообразна также диагностическая лапароскопия.</p> <p><b>Вопрос 2: Показано ли в данном случае на первом этапе хирургическое лечение?</b>  <b>Ответ 2:</b> При отсутствии отдаленных метастазов и канцероматоза, больной может быть оперирован.</p> <p><b>Вопрос 3: Какой объем хирургического лечения следует рекомендовать?</b>  <b>Ответ 3:</b> дистальная субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией D2.</p> <p><b>Вопрос 4: Следует ли назначать адьювантное лечение?</b></p>	

	<b>Ответ 4:</b> Решение вопроса о необходимости адъювантного лечения будет принято после получения результата гистологического исследования операционного материала.	
5.	У пациентки 40 лет рак молочной железы. Через 3 года после лечения выявлены множественные метастазы в кости. Опухоль гормонозависимая, Her2+++ . Какова Тактика ведения пациентки?	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p><b>Вопрос 1: О чем свидетельствует экспрессия Her2+++?</b></p> <p><b>Ответ 1:</b> Выраженная экспрессия маркера Her2 свидетельствует о целесообразности применения герцептина.</p> <p><b>Вопрос 2: Какой вид лечения показан больной?</b></p> <p><b>Ответ 2:</b> Больной показано назначение Герцептина, а также эндокринотерапия.</p> <p><b>Вопрос 3: Какие гормональные препараты необходимо рекомендовать больной?</b></p> <p><b>Ответ 3:</b> Учитывая возраст, следует назначить золадекс + тамоксифен, если больная не получала гормонотерапию I линии.</p> <p><b>Вопрос 4: Какие препараты сопроводительной терапии необходимы с учетом наличия метастазов в костях?</b></p> <p><b>Ответ 4:</b> Показано назначение препаратов золедроновой кислоты.</p>	
6.	У пациентки 40 лет рак молочной железы стадии T1N0M0 через год после радикальной резекции левой молочной железы и послеоперационной лучевой терапии выявлен одиночный метастаз в печени.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p><b>Вопрос 1: Определите стадию заболевания?</b></p> <p><b>Ответ 1:</b> У пациентки I стадия заболевания.</p> <p><b>Вопрос 2: К какой клинической группе следует отнести пациентку?</b></p> <p><b>Ответ 2.</b> Пациентка относится ко II клинической группе</p> <p><b>Вопрос 3: Какие дополнительные методы обследования необходимы?</b></p> <p><b>Ответ 3:</b> Необходимо дообследование: сцинтиграфия костей скелета, рентгенография органной грудной клетки, КТ/УЗИ органов брюшной полости, МРТ головного мозга по показаниям.</p> <p><b>Вопрос 4: Какой метод лечения возможен при отсутствии дополнительных метастатических очагов?</b></p> <p><b>Ответ 4:</b> Если метастазы более нигде не обнаружены, необходима консультация хирурга-гепатолога с целью определения возможности выполнения и объема операции.</p>	
7.	У пациентки 59 лет рак молочной железы стадии T2N2M0 выявлен Her2/неу+++ , в анамнезе – гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения. Возможно ли проведение	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	адьювантной терапии доксорубицином или герцептином либо их сочетанием.	
	<p><b>Вопрос 1: Какой стадии соответствует указанная распространенность опухоли?</b></p> <p><b>Ответ 1:</b> Стадия IIIa</p> <p><b>Вопрос 2: Возможна ли адьювантная терапия доксорубицином?</b></p> <p><b>Ответ 2:</b> У пациентки имеется сопутствующая кардиальная патология. Доксорубицин кардиотоксичен, поэтому его использование может быть опасно.</p> <p><b>Вопрос 3: Какие методы дополнительного обследования необходимы перед началом химиотерапии?</b></p> <p><b>Ответ 3:</b> Необходимо выполнение ЭХО-КГ с целью определения фракции выброса левого желудочка.</p> <p><b>Вопрос 4: Возможно ли одновременное назначение доксорубицина и герцептина</b></p> <p><b>Ответ 4:</b> Такое сочетание невозможно, в связи с кардиотоксичностью обоих препаратов. Данные препараты могут быть назначены последовательно при условии отсутствия отрицательной динамики со стороны сердечно-сосудистой патологии.</p>	
8.	У пациента 22 лет выявлена диффузная В-крупноклеточная лимфома яичка.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p><b>Вопрос 1: Какой обязательный объем обследования больного?</b></p> <p><b>Ответ 1:</b> Полный объем обследования для всех вариантов лимфом включает: общий и биохимический анализы крови; визуальные методы исследования (предпочтение – КТ) органов грудной клетки, брюшной полости, шеи, малого таза; трепанобиопсия подвздошной кости. Дополнительно при НХЛ яичка выполняется люмбальная пункция и МРТ головного мозга.</p> <p><b>Вопрос 2: Какой вариант лечения должен быть использован на первом этапе?</b></p> <p><b>Ответ 2:</b> На первом этапе выполняется орхифуникулектomia и с диагностической и с лечебной целью.</p> <p><b>Вопрос 3: Какой метод показан на втором этапе лечения?</b></p> <p><b>Ответ 3:</b> Далее начинается химиотерапия (стандартный режим R-СНОР), обязательно в сочетании с профилактикой поражения ЦНС в виде интратекальных введений химиопрепаратов (цитозар, метотрексат, дексаметазон), что снижает частоту лептоменингеального поражения, либо, если состояние и возраст пациента позволяет, в сочетании с двумя введениями высокодозного метотрексата (3г/м<sup>2</sup>) в течение всего периода лечения, что предотвращает и поражение паренхимы головного мозга.</p>	



	<p><b>Вопрос 4: Следует ли назначать лучевую терапию на область второго яичка?</b></p> <p><b>Ответ 4:</b> После химиотерапии проводится лучевая терапия на область второго яичка, которое, в случае билатерального поражения, может явиться источником диссеминации в последующем</p>	
9.	<p>У пациентки 70 лет диффузная В-крупноклеточная лимфома с поражением шейных лимфоузлов слева без симптомов интоксикации. Общее состояние удовлетворительное, ЛДГ – 270 Ед/л.</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</p>
	<p><b>Вопрос 1: Какая стадия заболевания у представленной пациентки?</b></p> <p><b>Ответ 1:</b> Вовлечение одной зоны лимфатических узлов позволяет определить I стадию</p> <p><b>Вопрос 2: Каким символом отмечается отсутствие симптомов интоксикации?</b></p> <p><b>Ответ 2:</b> символом А</p> <p><b>Вопрос 3: К какой прогностической группе относится пациентка?</b></p> <p><b>Ответ 3:</b> Согласно международному прогностическому индексу у пациентки имеется лишь один неблагоприятный фактор, что позволяет отнести ее к группе низкого риска раннего прогрессирования</p> <p><b>Вопрос 4: Какую тактику лечения следует применить?</b></p> <p><b>Ответ 4:</b> Наиболее адекватной тактикой лечения является 6 курсов R-СНОР с двумя дополнительными введениями Ритуксимаба ежемесячно</p>	
10.	<p>При ФГДС н/з тела желудка по большой кривизне у больной 43 лет обнаружен участок инфильтрации слизистой. При гистологическом исследовании биопсийного материала выявлено умереннодифференцированная аденокарцинома. При Эндо-УЗИ опухоль инфильтрирует подслизистый слой стенки желудка. По данным ультразвукового исследования брюшной полости увеличенных парагастральных л/у не определяются.</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</p>
	<p><b>Вопрос 1: Какие дополнительные методы исследования показаны?</b></p> <p><b>Ответ 1:</b> Необходимо дообследование: КТ органов брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, диагностическая лапароскопия.</p> <p><b>Вопрос 2: Какой метод лечения следует рекомендовать больному?</b></p> <p><b>Ответ 2:</b> необходимо хирургическое лечение</p> <p><b>Вопрос 3: Какие критерии позволяют определить объем лечения?</b></p> <p><b>Ответ 3:</b> При отсутствии метастазов опухоли и размере первичной опухоли менее 2см возможно выполнение эндоскопической резекции слизистой оболочки желудка. Если опухоль более 2см, или имеются метастазы в регионарные лимфатические узлы,</p>	

	<p>показано выполнение гастрэктомии (с учетом локализации первичной опухоли) с лимфодиссекцией соответствующего уровня (стандарт D2-лимфодиссекция).</p> <p><b>Вопрос 4: С какой периодичностью следует наблюдать больного после радикального лечения?</b></p> <p><b>Ответ 4:</b> В 1-ый год – раз в три месяца, во второй год – раз в полгода, затем – раз в год.</p>	
11.	<p>У пациента 21 года лимфома Ходжкина с поражением лимфоузлов шейно-надключичных зон, средостения, забрюшинных лимфоузлов, пахово-подвздошных лимфоузлов справа, легких с симптомами интоксикации.</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</p>
	<p><b>Вопрос 1: Какая у пациента стадия заболевания?</b></p> <p><b>Ответ 1:</b> У пациента IVB стадия</p> <p><b>Вопрос 2: К какой прогностической группе следует отнести больного?</b></p> <p><b>Ответ 2:</b> Генерализованные стадии относятся к группе неблагоприятного прогноза, что определяет дальнейшую агрессивную тактику лечения.</p> <p><b>Вопрос 3: Какая схема химиотерапии показана?</b></p> <p><b>Ответ 3:</b> На первом этапе проводится 8 курсов ВЕАСОРР, возможны его модификации (эскалированный или 14-дневный).</p> <p><b>Вопрос 4: Какой метод позволяет оценить эффективность лечения и внести коррекцию в терапию?</b></p> <p><b>Ответ 4:</b> Во время лечения мониторинг при помощи ПЭТ с модификацией лечения в зависимости от результатов</p>	
12.	<p>У пациентки 82 лет генерализованная лимфаденопатия, лихорадка 38,5 С. В общем анализе крови лейкоцитоз – <math>50 \times 10^9/\text{л}</math>, лимфоцитоз – 70%.</p>	<p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2</p>
	<p><b>Вопрос 1: Какое заболевание можно подозревать?</b></p> <p><b>Ответ 1:</b> Наличие лейкоцитоза и абсолютного лимфоцитоза у пожилой пациентки позволяет заподозрить в первую очередь хронический лимфолейкоз.</p> <p><b>Вопрос 2: Какие методы необходимы для подтверждения или исключения диагноза?</b></p> <p><b>Ответ 2:</b> Цитологическое исследование костного мозга и иммунологическое исследование периферической крови.</p> <p><b>Вопрос 3: Какие методы необходимы для установления распространенности заболевания?</b></p> <p><b>Ответ 3:</b> визуальные методы исследования (предпочтительно КТ) органов грудной клетки и брюшной полости</p> <p><b>Вопрос 4: Какие локализации забора костного мозга оптимальны?</b></p> <p><b>Ответ 4:</b> грудина и гребень подвздошной кости.</p>	
13.	<p>Пациенту 46 лет по поводу неэпителиальной опухоли</p>	<p>УК-1, ОПК-4,</p>

	тонкой кишки выполнена резекция тонкой кишки. При гистологическом исследовании у больного веретенноклеточная мезенхимальная опухоль размером 7,6 x 8,0 см, инфильтрирующая субсерозу с участками некроза и кровоизлияний. Митотический индекс 10-12 митозов в 50 ПЗ x 400. При иммуногистохимическом исследовании определяется экспрессия рецепторов: CD117 - ++, CD34 - +, гладкомышечный актин - +, десмин - +, Ki67 – 25%. Определите дальнейшую тактику ведения больного.	ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p><b>Вопрос 1: Определите стадию заболевания?</b>  <b>Ответ 1:</b> T3N0M0, II стадия.</p> <p><b>Вопрос 2: Как расценивать митотический индекс 10-12 митозов в 50 ПЗ x 400 и о чем он свидетельствует?</b>  <b>Ответ 2:</b> Митотический индекс высокий, свидетельствует о высокой пролиферативной активности опухоли.</p> <p><b>Вопрос 3: Необходимо ли проведение лучевой терапии в данном случае?</b>  <b>Ответ 3:</b> лучевая терапия не рекомендуется</p> <p><b>Вопрос 4: Какой дополнительные метод лечения следует использовать?</b>  <b>Ответ 4:</b> Учитывая наличие экспрессии указанных рецепторов, у больного ГИСО тонкой кишки с высоким индексом пролиферации необходимо назначение Гливека 400 мг в сутки</p>	
14.	Больная К. 35 лет при УЗИ в щитовидной железе выявлен опухолевый узел в правой доли, размерами до 12 мм. «с признаками усиленного периферического кровотока и кальцинатом». Кальцитонин 100 пг/мл.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p><b>Вопрос 1: Какое заболевание следует заподозрить?</b>  <b>Ответ 1:</b> Повышение уровня кальцитонина может свидетельствовать о медулярном раке щитовидной железы.</p> <p><b>Вопрос 2: Какие методы обследования следует рекомендовать пациенту?</b>  <b>Ответ 2:</b> Анализ крови на гормоны щитовидной железы, УЗИ щитовидной железы, л/узлов шеи и печени, рентгенография или КТ органов грудной клетки.</p> <p><b>Вопрос 3: Какое лечение показано на первом этапе?</b>  <b>Ответ 3:</b> Пациенту показано хирургическое лечение.</p> <p><b>Вопрос 4: Какой объем вмешательства должен быть выполнен?</b>  <b>Ответ 4:</b> Тиреоидэктомия.</p>	
15.	У пациента Р. 70 лет. жалобы на охриплость. При непрямой ларингоскопии выявлено экзофитная опухоль на правой голосовой складке, подвижность которой сохранена. Опухоль не доходит до передней комиссуры.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p><b>Вопрос 1: Какие методы обследования необходимо выполнить?</b>  <b>Ответ 1:</b> УЗИ шеи, рентгенография органов грудной</p>	

	<p>клетки, биопсия опухолевого образования</p> <p><b>Вопрос 2: Если будет верифицирован рак, какова распространенность первичной опухоли по системе TNM по критерию T?</b></p> <p><b>Ответ: T1a</b></p> <p><b>Вопрос 3: Если верифицирован рак гортани T1a, какой метод лечения следует использовать?</b></p> <p><b>Ответ 3:</b> Необходимо рассмотреть вопрос об операции в объеме хордэктомии</p> <p><b>Вопрос 4: С какими вирусными инфекциями может быть ассоциирована опухоль?</b></p> <p><b>Ответ 4:</b> С вирусом папилломы человека.</p>	
16.	<p>У больной 63 лет с дисфагией 2-3 ст. при обследовании выявлен рак проксимального отдела желудка с переходом на диафрагмальный сегмент пищевода. Проксимальная граница опухоли определяется на уровне 38 см. резцов, дистальная на уровне субкардии. Гистологически – низкодифференцированная аденокарцинома. Данных за отделенных метастазов нет.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p><b>Вопрос 1: Какой наиболее информативный метод оценки глубины инвазии и регионарных лимфоколлекторов следует использовать?</b></p> <p><b>Ответ 1:</b> Эндосонография</p> <p><b>Вопрос 2: Какое лечение показано пациентке?</b></p> <p><b>Ответ 2:</b> необходимо выполнение хирургического вмешательства в объеме гастрэктомии с резекцией нижнегрудного отдела пищевода с билатеральной двухзональной лимфодиссекции из комбинированного доступа по Льюису.</p> <p><b>Вопрос 3: Следует ли проводить химиотерапию?</b></p> <p><b>Ответ 3:</b> Рак нижнегрудного отдела пищевода является показанием к назначению послеоперационной химиотерапии.</p> <p><b>Вопрос 4: С какой периодичностью следует наблюдать больного после радикального лечения?</b></p> <p><b>Ответ 4:</b> В 1-ый год – раз в три месяца, во второй год – раз в полгода, затем – раз в год.</p>	
17.	<p>У пациентки А. 42 лет по данным УЗИ подозрение на метастаз в лимфатический узел в верхней трети шеи слева.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
	<p><b>Вопрос 1: Какой показан объем обследования?</b></p> <p><b>Ответ 1:</b> Необходимо выполнить осмотр + фиброскопию полости рта, рото-, носо, гортаноглотки, полости носа, гортани, кожных покровов головы и шеи, общий и биохимический анализ кров, выполнить УЗИ шеи, по показаниям КТ/МРТ верхних дыхательно-пищеварительных путей.</p> <p><b>Вопрос 2: Каковы наиболее вероятные локализации опухолевого процесса при наличии метастаза плоскоклеточного рака по данным морфологического исследования?</b></p> <p><b>Ответ 2:</b> Первичный очаг вероятнее всего локализуется</p>	

	<p>в верхних дыхательно-пищеварительных путях</p> <p><b>Вопрос 3: Какова тактика лечения при невыявлении первичного очага?</b></p> <p><b>Ответ 3:</b> Комбинированное лечение: фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи с последующей лучевой терапией.</p> <p><b>Вопрос 4: Целесообразно ли проведение дальнейшей химиотерапии?</b></p> <p><b>Ответ 4:</b> Химиотерапия в адьювантном режиме не показана.</p>	
18.	<p>На приеме пациент 55 лет, предъявляющий жалобы на безболезненное узловое образование на шее справа. При осмотре контуры шеи деформированы за счет узлового образования в верхней трети шеи справа диаметром до 4,5 см. При пальпации плотно-эластической консистенции, плохо смещаемое. Лимфатические узлы других анатомических зон пальпаторно не увеличены. Размеры печени и селезенки соответствуют возрастным нормам.</p> <p>Слизистая оболочка полости рта, носа, носоглотки, ротоглотки, гортаноглотки, гортани в доступных осмотрах отделах визуально не изменена.</p> <p>Из анамнеза считает себя больным около 4 месяцев, когда отметил боли в горле, повышение температуры до 37,6 0С, двустороннее увеличение лимфатических узлов шеи. К врачам не обращался, расценив состояние как простуду. Самостоятельно полоскал полость рта и глотки мирамистином, принимал жаропонижающие средства. На этом фоне отметил положительную динамику в виде исчезновения болей в горле, нормализации температуры, некоторого уменьшения шейных лимфоузлов. Однако затем обратил внимание на существенное увеличение лимфатического узла справа, в связи с чем обратился к врачу по месту жительства. Инфекционная этиология заболевания исключена. Направлен к онкологу.</p> <p><b>Дополнительные данные лабораторного и инструментального исследования:</b></p> <p>Лейкоциты 7,5x10<sup>9</sup>/мм<sup>3</sup>. Эритроциты 4,94x10<sup>12</sup>/мм<sup>3</sup>. Гемоглобин 14,00 г/дл. Гематокрит 41,70 %. Тромбоциты 296x10<sup>9</sup>/мм<sup>3</sup>. Нейтрофилы 3,2x10<sup>9</sup>/мм<sup>3</sup>. Лимфоциты 2,65x10<sup>9</sup>/мм<sup>3</sup>. Моноциты 0,75x10<sup>9</sup>/мм<sup>3</sup>. Базофилы 0,01x10<sup>9</sup>/мм<sup>3</sup>.</p> <p>Рентгенография ОГК: в легких без очаговых и инфильтративных изменений, патологических изменений легочного рисунка не выявлено. Корни легких структурны, не расширены. Тень средостения расположена центрально, не расширена, ретростернальное пространство свободно. Выпота в плевральных полостях не выявлено.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	<p><b>Вопрос 1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз.</b>          Ответ: Метастазы в лимфатических узлах шеи справа из невыявленного первичного очага.</p> <p><b>Вопрос 2. Где, вероятнее всего, может располагаться первичный опухолевый очаг?</b>          Ответ: Наиболее вероятным расположением первичного очага с учетом локализации узла в верхней трети шеи являются носоглотка, ротоглотка, гортаноглотка.</p> <p><b>Вопрос 3: Составьте алгоритм обследования больного.</b>          Ответ: 1) Пункция узла шеи с цитологическим исследованием;          2) Ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, периферических лимфатических узлов, щитовидной железы          3) Фиброскопия верхних дыхательно-пищеварительных путей, ФГДС          4) КТ области головы и шеи, грудной клетки          5) ПЭТ/КТ всего тела при отсутствии данных за наличие первичной опухоли по результатам вышеуказанных обследований</p> <p><b>Вопрос 4: Насколько целесообразно проведение ПЭТ/КТ всего тела?</b>          Ответ: Применение ПЭТ-КТ при множественных метастазах иногда не дает желаемого результата, так как трудно отличить первичную опухоль от метастазов. Низкая метаболическая активность для 18F-ФДГ характерна также для бронхоальвеолярного рака, гепатоцеллюлярной карциномы, рака почки, карциноида, низкодифференцированных и некоторых других опухолей. По рекомендациям NCCN от 2016 года ПЭТ-КТ не рекомендуется в качестве первичного диагностического теста. Однако существуют благоприятные подгруппы для данного вида исследования: это немногочисленные или единичные метастазы, а также метастазы плоскоклеточного рака в шейных лимфатических узлах. У таких пациентов ПЭТ-КТ может изменить тактику лечения в 30-35% случаев.</p>	
19.	<p>На прием обратился мужчина 25 лет. Из анамнеза известно, что хирургом по месту жительства произведено иссечение пигментного образования кожи левой голени. По данным морфологического исследования: в коже пигментосодержащая меланома без изъязвления толщиной 1 мм, уровень инвазии по Кларк IV. В крае резекции группы опухолевых клеток.</p> <p><b>Дополнительные данные лабораторного и</b></p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	<p><b>инструментального исследования:</b> Рентгенография ОГК: без особенностей. УЗИ периферических лимфатических узлов: без особенностей. УЗИ органов брюшной полости и малого таза: без особенностей.</p> <p><b>Вопрос 1: Сформулируйте клинический диагноз с указанием стадии по системе TNM.</b> Ответ: Меланома кожи левой голени pT1bN0M0, стадия IV, состояние после нерадикального хирургического лечения.</p> <p><b>Вопрос 2: К какой клинической группе онкологических больных относится пациент?</b> Ответ: Пациент относится ко 2-ой клинической группе, то есть нуждается в радикальном лечении.</p> <p><b>Вопрос 3: Какое лечение и в каком объеме показано пациенту?</b> Ответ: Больному необходимо хирургическое лечение, которое должно заключаться в иссечении рубца с отступом от его краев не менее 1 см.</p> <p><b>Вопрос 4: Необходима ли в данном случае биопсия сторожевого лимфатического узла?</b> Учитывая низкую вероятность наличия регионарных метастазов в данном примере (5-10%), а также отсутствие влияния биопсии сторожевого лимфатического узла на выживаемость больных, показания к данной манипуляции отсутствуют.</p>	
20	<p>На прием обратилась пациентка О. 30 лет, предъявляет жалобы на периодический кашель, преходящее ощущение комка в горле. Из анамнеза: около 7 мес назад в связи с кишечными коликами по месту жительства проведено комплексное обследование, по данным УЗИ выявлен узел по задней поверхности левой доли щитовидной железы. Выполнена пункция узла щитовидной железы - скудный материал, элементы папиллярных структур.</p> <p>Физикальное обследование: Контуры лица и шеи симметричные, не деформированы. Кожа не изменена, физиологичной окраски. Остов гортани не расширен. Симптом крепитации положительный. При пальпации в левой доле щитовидной узел плотно-эластической консистенции до 2 см в диаметре, смещаемый. На шее в надключичной области и средней трети шеи слева л/узлы безболезненные, эластической консистенции, смещаемые до 1,2 см в диаметре. Другие узловые образования и л/у на шее справа не определяются.</p> <p><b>Дополнительные данные лабораторного и инструментального исследования:</b> По данным УЗИ: Периферические лимфоузлы: справа подчелюстные, подбородочные, шейные, над-, подключичные - не увеличены, структура не изменена. Слева: - в средней , нижней третях шеи, а также в</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	<p>надключичной области определяются лимфатические узлы с нечеткими неровными контурами, неоднородной структуры, с кальцинацией - до 2,0x1,5 см; увеличенные подключичные лимфатические узлы не выявлены. Щитовидная железа: - правая доля несколько увеличена, структура без узловых образований - левая доля неоднородной структуры за счет конгломерата узлов с нечеткими неровными контурами 2,0x1,1 см и отдельного узла 0,5x0,6 см, структура узлов с признаками кальцинации; кровоток в узлах умеренный.</p> <p>Печень не увеличена, без узловых образований.</p> <p>Рентгенография ОГК: без метастазов.</p> <p>Цитологическое исследование пунктатов из узла щитовидной железы и узла надключичной области шеи слева -: папиллярный рак.</p> <p><b>Вопрос 1. Сформулируйте клинический диагноз.</b></p> <p>Ответ: Рак щитовидной железы, метастазы в лимфатических узлах шеи слева T2N1bM0, I стадия.</p> <p><b>Вопрос 2: Предложите тактику лечения данной больной.</b></p> <p>На первом этапе пациентке показано хирургическое лечение в объеме тиреоидэктомии с ревизией пре- и паратрахеальной клетчатки и шейной лимфодиссекцией со II по IV уровень. На втором этапе рекомендована радиойодтерапия.</p> <p><b>Вопрос 3: Какой маркер необходимо отслеживать при динамическом наблюдении данной больной для исключения рецидива заболевания?</b></p> <p>Данным маркером является тиреоглобулин, который вырабатывается исключительно фолликулярными клетками щитовидной железы. Повышение этого гормона после радикального лечения будет свидетельствовать о рецидиве болезни.</p> <p><b>Вопрос 4: С какой периодичностью необходимо пациентке проходить диспансерное наблюдение в первый год после завершения радикального лечения?</b></p> <p>Ответ: в первый год после лечения показана диспансеризация с интервалом в три месяца.</p>	
21	<p>На прием обратилась пациентка Ж. 65 лет с жалобами на длительно не заживающую язву правой боковой поверхности языка. Из анамнеза известно, что считает себя больной около 6 месяцев, когда после травмы зубным протезом отметила появление язвенного образования в области правой боковой поверхности языка, полоскания антисептиками без положительной динамики. В связи с увеличением размеров язвы и появлением болей обратилась к врачу по месту жительства, где на основании гистологического исследования биоптата ткани из язвы верифицирован диагноз - плоскоклеточный ороговевающий рак G1.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2



Направлена на консультацию онколога.

**Сопутствующие заболевания:**

ИБС: атеросклероз аорты и коронарных артерий.

Нарушение ритма: единичные экстрасистолы. НК 0.

Гипертоническая болезнь 1 ст, 2 ст. Риск ССО 2.

**Местный статус:** При осмотре контуры лица и шеи симметричны. Остов гортани не расширен. Симптом крепитации положительный. При осмотре полости рта на правой боковой поверхности языка опухоль язвенно-инфильтративной формы роста до 4 см в диаметре, не распространяющаяся за срединную линию и на ткани дна полости рта. При пальпации шеи с двух сторон увеличенных л/узлов не определяется.

**Дополнительные данные лабораторного и инструментального исследования:**

УЗИ - на шее в в/3 с обеих сторон определяются единичные лимфоузлы с ободком и признаками гиперплазии: справа до 1,7х 0,7 см, слева - до 1,6х0,7 см. Из подчелюстного доступа на правой боковой стенке языка опухоль до 3,7х2,0 см (толщина). При трансоральном доступе опухоль 3,7х2,0х4,0 см располагается в 5 мм от срединной линии.

Печень не увеличена, без очаговых поражений, без особенностей.

Рентгенография ОГК: без признаков метастазов.

**Вопрос 1. Сформулируйте диагноз основного заболевания со стадированием по системе TNM.**

Ответ: Рак языка T2N0M0, II ст.

**Вопрос 2. Какой объем хирургического лечения необходим?**

Хирургическое лечение при раке полости рта ввиду высокого риска субклинических регионарных метастазов, которые обнаруживаются в 40-60% случаев и снижающих вдвое 5-летнюю выживаемость, должно включать в себя удаление первичной опухоли и шейную лимфодиссекцию. Ввиду размеров первичной опухоли показана половинная резекция языка справа. Шейная лимфодиссекция при отсутствии клинических признаков поражения лимфатических узлов может быть выполнена в профилактическом варианте с I по IV уровень лимфатических узлов шеи.

**Вопрос 3: Насколько необходима данной пациентке адьювантная лучевая терапия? Обоснуйте выбор за или против?**

Одним из основных параметров, влияющих на риск скрытого регионарного метастазирования при раке полости рта является толщина и/или глубина инвазии первичной опухоли. Критической глубиной, достоверно увеличивающей риск скрытого метастазирования, является значение от 4 до 6 мм. При этом лучевая терапия в адьювантном режиме показана при глубине опухоли, превышающей 4 мм. В связи с этим, в данном

	<p>случае имеется непосредственное показание к проведению адьювантной лучевой терапии.</p> <p><b>Вопрос 4: Чем будет обусловлен выбор в пользу адьювантной химиолучевой терапии?</b></p> <p>Ответ: Химиолучевая терапия показана при наличии 3-х неблагоприятных прогностических признаков, к которым относятся глубина инвазии опухоли более 4-х мм, наличие периневральной инвазии, наличие перивазальной инвазии и опухолевых эмболов в сосудах, наличие регионарных метастазов, выход опухоли за пределы капсулы лимфатического узла.</p>	
22	<p>На прием обратился пациент 69 лет с жалобами на наличие объемного опухолевого образования в области крыла носа справа. Отметил появление опухоли около года назад, нигде не лечился. В связи с ростом и подкраиванием опухоли обратился в Одинцовскую центральную районную больницу, где цитологически установлен диагноз – базальноклеточный рак. Направлен на консультацию к онкологу.</p> <p>При осмотре на коже правого крыла носа определяется узловое экзофитное образование, плотно-эластической консистенции с участками кровоточивости и корочками до 1,8 см в диаметре. При пальпации лимфатические узлы шеи с двух сторон не определяются.</p> <p>Сопутствующие заболевания: ИБС: атеросклероз аорты, гипертоническая болезнь 2 стадии, риск 4. Нарушение толерантности к глюкозе.</p> <p><b>Дополнительные данные лабораторного и инструментального исследования:</b> По данным УЗИ от 06.10.2017 – на шее справа в средней трети л/узлы до 1,1x0,85 см, структура неоднородна, кровоток слабый.</p> <p><b>Вопрос 1: Какие дополнительные методы обследования необходимы для оценки распространенности заболевания?</b></p> <p>Ответ: Базальноклеточный рак характеризуется крайне редкой частотой метастазирования, не превышающей 3,5% случаев. Тем не менее, для исключения регионарных метастазов пациенту необходима тонкоигольная пункционная биопсия лимфатического узла шеи справа с цитологическим исследованием.</p> <p><b>Вопрос 2: Назовите форму роста опухоли у данного больного и сформулируйте клинический диагноз по классификации TNM.</b></p> <p>Ответ: Экзофитная форма роста. Базальноклеточный рак кожи крыла носа справа cT1N0M0, I ст.</p> <p><b>Вопрос 3: Какие наиболее часто применяемые методы лечения базальноклеточного рака вы знаете?</b></p> <p>К основным методам лечения базальноклеточного рака являются: хирургическое лечение, криодеструкция, лучевая терапия, химиотерапия препаратами местного действия (5-фторурациловая, проспиридиновая мазь,</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	<p>курадерм, глицифон).</p> <p><b>Вопрос 4: Какой метод лечения показан в данном случае?</b></p> <p>Ответ: Наиболее предпочтительным методом лечения базальноклеточного рака кожи является хирургический. Однако выбор метода определяется локализацией опухоли, ожидаемыми эстетическими результатами, сопутствующими заболеваниями. В представленном клиническом случае прямые противопоказания к хирургическому методу отсутствуют. Однако локализация опухоли в области крыла носа, необходимость проведения пластической операции могут быть аргументами к выбору местного химиотерапевтического лечения.</p> <p><b>Вопрос 5: Какие методы профилактики возникновения злокачественных опухолей кожи следует предложить больному?</b></p> <p>Ответ: Одним из основных факторов развития ЗНО кожи является избыточная инсоляция. В связи с чем, следует рекомендовать пациенту избегать длительного нахождения на солнце, использование средств защиты, включая механические (шляпы, зонты, одежда, прикрывающая кожные покровы) и химические (солнцезащитные средства с SPF).</p>	
23	<p>Пациент, 28 лет, поступил в стационар с жалобами на выраженную общую слабость, кожный зуд, увеличение размеров лимфоузлов в левой надключичной области. Из анамнеза известно, что месяц назад заболел ОРВИ, лечился самостоятельно. После болезни сохранялась общая слабость, и обратил внимание на появление опухолевого образования на шее слева.</p> <p>Объективно – состояние относительно удовлетворительное. В надключичной области слева пальпируются увеличенные лимфоузлы 2 см в диаметре. Кожные покровы и видимые слизистые сухие. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.</p> <p><b>2. Дополнительные данные лабораторного и инструментального обследования</b></p> <p>Данные лабораторного обследования:</p> <p>В общем и биохимических анализах крови без клинически значимых отклонений. По данным КТ органов грудной клетки и брюшной полости выявлено увеличение лимфоузлов средостения, максимальным размером до 3 см в диаметре.</p> <p>Выполнена биопсия лимфоузла на шее слева: лимфома Ходжкина, вариант нодулярный склероз.</p> <p>По данным трепанобиопсии поражение костного мозга не выявлено.</p> <p><b>Вопрос 1. Сформулируйте предположительный</b></p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2

	<p><b>клинический диагноз.</b>  <b>Ответ:</b> Лимфома Ходжкина с поражением шейных и медиастинальных лимфатических узлов, ПА стадия</p> <p><b>Вопрос 2.К какой группе риска относится данный пациент?</b>  <b>Ответ:</b> Благоприятная прогностическая группа (ранняя стадия без неблагоприятных факторов прогноза).</p> <p><b>Вопрос 3.Какова будет Ваша терапевтическая тактика?</b>  <b>Ответ:</b> Перед началом лечения данному пациенту по современным данным показана позитронно-эмиссионная терапия для проведения дальнейшей риск-адаптированной терапии.Далее на первом этапе проводится химиотерапия по схеме ABVD. Эффект лечения оценивается после каждых 2 курсов химиотерапии. После констатации полной ремиссии и подтверждения ее методом ПЭТ, рекомендуется проведение еще двух консолидирующих курсов (обычно суммарно проводится 6 курсов) с дальнейшим динамическим наблюдением.</p> <p><b>Вопрос 4: С какой периодичностью необходимо пациенту проходить диспансерное наблюдение в первый год после завершенного лечения?</b>  <b>Ответ:</b> В первый год после лечения показана диспансеризация с интервалом 1 раз в три месяца.</p>	
24	<p>Пациент, 21 года, поступил в стационар с жалобами на выраженную общую слабость, профузную ночную потливость, повышение температуры тела до 39 °С, одышку, кашель, похудание.</p> <p>Из анамнеза известно, что в течение двух месяцев беспокоит повышение температуры, наличие отека шеи и лица, антибиотикотерапия без эффекта, похудел более чем на 10 кг за 3 мес.</p> <p>Объективно – состояние средней тяжести. На шее с обеих сторон, в подмышечных и паховых зонах пальпируются увеличенные лимфоузлы, сливающиеся в конгломераты до 4 см в диаметре. Кожные покровы влажные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.</p> <p><b>2. Дополнительные данные лабораторного и инструментального обследования</b>  Данные лабораторного обследования:  В общем и биохимических анализах крови без клинически значимых отклонений. По данным КТ органов грудной клетки и брюшной полости выявлено массивное увеличение лимфоузлов средостения, очаговое поражение легочной ткани с обеих сторон, сливающиеся в конгломераты лимфатические узлы в</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2

	<p>брюшной полости.  Выполнена биопсия лимфоузла на шее слева: лимфома Ходжкина, лимфоидное истощение.  По данным трепанобиопсии поражение костного мозга не выявлено.  Выполнена позитронно-эмиссионная томография: выявлена активная опухолевая ткань на шее, в подмышечных и паховых зонах с обеих сторон, в средостении, легких, брюшной полости и забрюшинном пространстве.</p> <p><b>Вопрос 1.Сформулируйте предположительный клинический диагноз.</b>  <b>Ответ:</b> Лимфома Ходжкина с поражением периферических, медиастинальных, внутрибрюшных, забрюшинных лимфатических узлов, легких. IVB стадия</p> <p><b>Вопрос 2.К какой группе риска относится данный пациент?</b>  <b>Ответ:</b> Неблагоприятная прогностическая группа (распространенные стадии).</p> <p><b>Вопрос 3Какова будет Ваша терапевтическая тактика?</b>  На первом этапе проводится агрессивная химиотерапия по схеме BEACOPP (предпочтителен эскалированный или 14-дневный вариант).</p> <p><b>Вопрос 4. Каким образом следует оценивать эффективность проводимого лечения? Какова дальнейшая тактика при отсутствии полного эффекта на проводимое лечение?</b>  <b>Ответ:</b> Эффект лечения оценивается после каждых 2 курсов химиотерапии. После констатации полной ремиссии и подтверждения ее методом ПЭТ, рекомендуется проведение еще двух консолидирующих курсов с дальнейшим динамическим наблюдением. В случае наличия остаточной опухоли на месте ранее выявляемых больших опухолевых масс показана консультация радиотерапевта на предмет проведения лучевой терапии на остаточный объем. При сохранении больших активных опухолевых масс необходимо проведение второй линии химиотерапии с дальнейшей аутологичной трансплантацией костного мозга.</p>	
25	<p>Пациентке, 82 года, поступила в стационар с жалобами на выраженную общую слабость, повышение температуры тела до 39 гр, наличие увеличенных лимфоузлов на шее, в подмышечных и паховых областях.  Из анамнеза известно, что в течение двух лет беспокоит общая слабость, похудела за 6 мес на 12 кг, в течение 3</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1,ПК-2

месяцев отмечает наличие отека на шее и в паху. Объективно – состояние средней тяжести. На шее с обеих сторон, в подмышечных и паховых зонах пальпируются увеличенные лимфоузлы, сливающиеся в конгломераты до 3-4 см в диаметре. Кожные покровы влажные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка увеличены.

## **2. Дополнительные данные лабораторного и инструментального обследования**

Данные лабораторного обследования:

В общем анализе крови лейкоцитоз –  $50 \times 10^9/\text{л}$ , лимфоцитоз – 70%, в биохимическом анализе крови без клинически значимых отклонений. По данным КТ органов грудной клетки и брюшной полости выявлена генерализованная лимфаденопатия, спленомегалия.

**Вопрос 1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз.**

**Ответ:** Предположительно: Хронический лимфолейкоз.

**Вопрос 2. Составьте план дальнейшего обследования.**

**Ответ:** Для подтверждения диагноза необходимо выполнить пункцию костного мозга с дальнейшим иммунологическим исследованием костного мозга и лимфоцитов периферической крови. Для выбора адекватной тактики показано также цитогенетическое исследование костного мозга. Обязательным является расширенное обследование пациентки на предмет сопутствующей патологии с привлечением смежных специалистов.

**Вопрос 3. Какова будет Ваша терапевтическая тактика?**

**Ответ:** Стандартом первой линии терапии хронического лимфолейкоза является химиотерапия по схеме FRC. Однако, учитывая возраст пациентки, данное лечение сопряжено с повышенным риском. Поэтому выбор лечения будет зависеть от наличия сопутствующей патологии и выявленных цитогенетических нарушений (возможными вариантами будет режим BR, использование таргетной терапии ибрутинибом, либо лечение по схеме обинутузумаб+хлорамбуцил).

**Вопрос 4: Какие осложнения являются наиболее частыми у пациентов с хроническим лимфолейкозом?**

**Ответ:** На первом месте по частоте у данной категории пациентов – инфекционные осложнения, связанные как с особенностями течения заболевания, так и с проводимой химиотерапией.

26	<p>Пациентка, 70 лет, поступила в стационар с жалобами на выраженную общую слабость, увеличение размеров лимфоузлов на шее справа.</p> <p>Из анамнеза известно, что месяц назад обратила внимание на отек на шее справа. Антибактериальная терапия без эффекта.</p> <p>Объективно – состояние удовлетворительное. В нижней трети шеи справа пальпируются увеличенные лимфоузлы 2-2,5 см в диаметре. Кожные покровы и видимые слизистые сухие. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.</p> <p><b>2. Дополнительные данные лабораторного и инструментального обследования</b></p> <p>Данные лабораторного обследования:</p> <p>В общем и биохимических анализах крови без клинически значимых отклонений (ЛДГ в норме). По данным КТ шеи, органов грудной клетки и брюшной полости выявлено увеличение шейных лимфатических узлов справа, расположены цепочкой, максимальными размерами 2 x 3 см.</p> <p>Выполнена биопсия лимфоузла на шее справа: Диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома.</p> <p>По данным трепанобиопсии поражение костного мозга не выявлено.</p> <p><b>Вопрос 1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз.</b></p> <p><b>Ответ:</b> Диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома, IA стадия</p> <p><b>Вопрос 2. К какой группе риска относится данный пациент согласно международному прогностическому индексу?</b></p> <p><b>Ответ:</b> Группа низкого риска раннего прогрессирования (один неблагоприятный фактор – возраст 70 лет).</p> <p><b>Вопрос 3. Какова будет Ваша терапевтическая тактика?</b></p> <p><b>Ответ:</b> Пациентке, согласно рекомендациям, показана химиотерапия по схеме R-CHOP (6-8 курсов), с оценкой эффекта после каждых 2 курсов и дальнейшим динамическим наблюдением.</p> <p><b>Вопрос 4: С какой периодичностью следует осуществлять динамическое наблюдение после проведенного лечения?</b></p> <p><b>Ответ:</b> В первый год – раз в 3 месяца, второй год – раз в полгода, далее – один раз в год, пожизненно.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-1, ПК-2
27	Пациент, 62 лет, поступил в стационар с жалобами на выраженную общую слабость, увеличение размеров	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ПК-

<p>левого яичка. Из анамнеза известно, что в течении 2 месяцев отмечает увеличение размеров левого яичка и общую слабость. Объективно – состояние относительно удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не пальпируются, левое яичко увеличено до 9 см. Кожные покровы и видимые слизистые сухие. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Рост - 176 см, вес - 80 кг.</p> <p><b>2. Дополнительные данные лабораторного и инструментального обследования</b> Данные лабораторного обследования: В общем и биохимических анализах крови без клинически значимых отклонений. По данным КТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза увеличенные лимфатические узлы не определяются. Пациенту выполнена орхфуникулэктомия, при морфоиммуногистохимическом исследовании – диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома.</p> <p><b>Вопрос 1.Сформулируйте предположительный клинический диагноз.</b> <b>Ответ:</b> Диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома яичка, IAE стадия</p> <p><b>Вопрос 2.Какие дополнительные обследования необходимо провести пациенту?</b> <b>Ответ:</b> Учитывая такую особенность лимфом яичка, как ранняя диссеминация в ЦНС, необходимо проведение МРТ головного мозга и исследование ликвора. Также необходимо проведение трепанобиопсии подвздошной кости для исключения поражения костного мозга.</p> <p><b>Вопрос 3.Какова будет Ваша терапевтическая тактика при условии отсутствия поражения ЦНС?</b> <b>Ответ:</b> На первом этапе с целью локального контроля за опухолью таким пациентам выполняется орхфуникулэктомия, которая уже выполнена с диагностической целью. Далее показана химиотерапия по схеме R-СНОР (обычно 6 курсов) с внутрилумбальным введением химиопрепаратов (метотрексат, цитозар, преднизолон) для профилактики поражения ЦНС. Кроме того, при отсутствии противопоказаний в течение этих 6 курсов химиотерапии рекомендуется два введения высокодозного метотрексата (3г/м<sup>2</sup> суммарно), в любые сроки в зависимости от состояния пациента.</p> <p><b>Вопрос 4: Насколько целесообразна лучевая терапия на область яичка?</b></p>	<p>1,ПК-2</p>
---	---------------



	<b>Ответ:</b> На заключительном этапе показана лучевая терапия на область второго яичка, для профилактики диссеминации в случае возможного билатерального поражения, с дальнейшим динамическим наблюдением.	
--	---	--

## 6. КРИТЕРИИ И ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ, ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

### 6.1. Критерии оценки ответа обучающихся при тестировании

Оценка	Критерии оценки (% от тахколичества баллов)
Отлично	90-100%
Хорошо	80-89%
Удовлетворительно	70-79%
Неудовлетворительно	69% и менее

### 6.2. Показатели критериев и оценка при контроле теоретической и практической подготовки обучающегося (собеседовании)

Показатели критериев	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося.</p> <p><i>Демонстрируется способность выявлять проблему, формулировать гипотезу, обосновывать свою точку зрения, предсказывать последствия, отличать факты от мнений (суждений), гипотез, выводы от положений, анализировать информацию, находить ошибку, высказывать суждения о соответствии выводов и фактов, о точности (измерений), о качестве (точности, эффективности, экономичности) проделанной работы, выбранном способе решения или используемых методах, строить модель, составить план эксперимента, решения, изменить план.</i></p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание программы освоено полностью, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.</p> <p>Демонстрируется способность в решении учебно-профессиональных и профессиональных задач.</p>	Отлично (зачтено)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая</p>	Хорошо (зачтено)

Показатели критериев	Оценка
<p>сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, но проявляется затруднение в демонстрации авторской позиции обучающегося.</p> <p>Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.</p> <p><b>Демонстрируется способность объяснять, соотносить, характеризовать (приводить характеристики), сравнивать, устанавливать (различие, зависимость, причины), выделять существенные признаки, определять по алгоритму, составлять по готовой схеме, выполнять в соответствии с правилами.</b></p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание программы освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному.</p> <p>Демонстрируется способность в решении учебно-профессиональных, но затрудняется в решении сложных задач, обосновании трудовых действий.</p>	
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов.</p> <p><b>Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</b></p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки.</p> <p>Демонстрируются большие затруднения в способности решать учебно-профессиональные задачи.</p>	Удовлетворительно (зачтено)
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения.</p> <p><b>Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</b></p>	Неудовлетворительно (не зачтено)

Показатели критериев	Оценка
Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено, либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя возможно повышение качества выполнения учебных заданий.	

### 6.3. Шкала оценивания уровня сформированности компетенции

Уровень	Характеристика сформированности компетенции
Высокий	Деятельность осуществляется на уровне обоснованной аргументации с опорой на знания современных достижений медико-биологических и медицинских наук, демонстрируется понимание перспективности выполняемых действий во взаимосвязи с другими компетенциями.
Достаточный	Деятельность осуществляется на уровне обоснованной аргументации с использованием знаний не только специальных дисциплин, но и междисциплинарных научных областей. Затрудняется в прогнозировании своих действий при решении нетипичной профессиональной задачи.
Недостаточный	Деятельность осуществляется по правилу или алгоритму (типичная профессиональная задача) без способности выпускника аргументировать его выбор и обосновывать научные основы выполняемого действия.