

Фонд оценочных средств
по дисциплине «Онкология»

Уровень высшего образования

СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки

310501 - РФ, 560001 - КР

(код и наименование направления подготовки)

Лечебное дело

(наименование направленности (профиля) образовательной программы)

Квалификация

Врач-лечебник

Фонд оценочных средств предназначен для контроля знаний обучающихся по направлению подготовки (специальности) Лечебное дело по дисциплине «Онкология».

Фонд оценочных средств рассмотрен и утвержден на заседании кафедры


Онкологии, лучевой терапии и диагностики

протокол № 1 от 28 " 08 2025 г.

Заведующий кафедрой

Онкологии, лучевой терапии и диагностики  Макимбетов Э.К.

Исполнители:

Доцент кафедры  Юсуфова М.А.

Преподаватель  Абсаматова Б.К.

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ(МОДУЛЯ)**ОПК-7: Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности****Знать:**

Уровень 1	этиологию, патогенез, клинику основных заболеваний с различными нозологическими формами, методы ведения и лечения пациентов в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.
-----------	---

Уметь:

Уровень 1	провести сравнение различных видов и методов лечения больных с различными нозологическими формами, разработать план лечения заболеваний;
Уровень 2	вести и лечить пациентов в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара;
Уровень 3	осуществлять контроль эффективности и безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения.

Владеть:

Уровень 1	навыками анализа различных видов лечения больных с различными нозологическими формами;
Уровень 2	навыками ведения и лечения пациентов с различными заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

ПК-4: Готов к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания**Знать:**

Уровень 1	методы и средства сбора и анализа жалоб пациента, данные его анамнеза, показания и противопоказания к проведению дополнительных клинических и параклинических методов исследования;
Уровень 2	необходимость проведения сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза;
Уровень 3	этиопатогенез, клиническую картину и диагностику основных заболеваний;
Уровень 4	показания и противопоказания для выбора к проведению дополнительных клинических и параклинических методов исследования;
Уровень 5	показания и противопоказания к проведению дополнительных клинических и параклинических методов исследования.

Уметь:

Уровень 1	сбирать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза;
Уровень 2	назначать лабораторные, инструментальные, патологоанатомические и иные исследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания;
Уровень 3	провести опрос, собрать жалобы и анамнез у больного;
Уровень 4	оставить модель родословной для семей, имеющих наследственные заболевания;
Уровень 5	провести исследование клинического статуса;
Уровень 6	определить показания и противопоказания для выбора дополнительных клинических и параклинических методов исследования;
Уровень 7	использовать методы и средства врачебного осмотра, диагностических мероприятий.

Владеть:

Уровень 1	навыками сбора и анализа жалоб пациента, данные его анамнеза, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов функциональной диагностики, применяемых для выявления патологии крови, сердца и сосудов, легких, почек, печени и других органов и систем;
Уровень 2	навыками оформления истории болезни, навыками назначения необходимых лабораторных и инструментальных методов обследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания;
Уровень 3	навыками осмотра пациентов, проведения необходимых диагностических мероприятий;
Уровень 4	навыками построения клинического диагноза

ПК-5: Способен к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.

Знать:	
Уровень 1	методы и средства сбора и анализа жалоб пациента, данные его анамнеза, показания и противопоказания к проведению дополнительных клинических и параклинических методов исследования;
Уровень 2	необходимость проведения сбора и анализа жалоб пациента, данных его анамнеза;
Уровень 3	показания и противопоказания к проведению дополнительных клинических и параклинических методов исследования.
Уметь:	
Уровень 1	собирать и анализировать жалобы пациента, данные его анамнеза;
Уровень 2	назначать лабораторные, инструментальные, патологоанатомические и иные исследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания;
Уровень 3	использовать методы и средства врачебного осмотра, диагностических мероприятий.
Владеть:	
Уровень 1	навыками сбора и анализа жалоб пациента, данные его анамнеза, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов функциональной диагностики, применяемых для выявления патологии крови, сердца и сосудов, легких, почек, печени и других органов и систем;
Уровень 2	навыками оформления истории болезни, навыками назначения необходимых лабораторных и инструментальных методов обследования в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания;
Уровень 3	навыками построения клинического диагноза.

ПК-7: Способен к определению тактики ведения больных с различными нозологическими формами

Знать:	
Уровень 1	этиологию, патогенез, клинику заболеваний;
Уровень 2	основные виды и методы лечения больных с различными нозологическими формами;
Уровень 3	основные направления и проблематику в ведении больных с различными заболеваниями.
Уметь:	
Уровень 1	раскрыть смысл определения тактики ведения больных с различными заболеваниями;
Уровень 2	провести сравнение различных видов и методов лечения больных с различными нозологическими формами, разработать план лечения заболеваний;
Уровень 3	отметить практическую ценность индивидуальной тактики ведения больных с различными нозологическими формами.
Владеть:	
Уровень 1	навыками изложения и анализа этиологии, патогенеза различных клинических заболеваний для постановки диагноза;
Уровень 2	приемами поиска и сравнения разных методов лечения больных с различными нозологическими формами;
Уровень 3	владеть навыками определения тактики ведения больных с заболеваниями.

ПК-8: Готов к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

Знать:	
Уровень 1	этиологию, патогенез, клинику заболеваний;
Уровень 2	основные виды и методы лечения больных с различными нозологическими формами;
Уровень 3	основные направления и проблематику в ведении больных с различными заболеваниями.
Уметь:	
Уровень 1	раскрыть смысл определения тактики ведения больных с различными заболеваниями;
Уровень 2	провести сравнение различных видов и методов лечения больных с различными нозологическими формами, разработать план лечения заболеваний;
Уровень 3	отметить практическую ценность требующих экстренной медицинской помощи, индивидуальной тактики ведения больных с различными нозологическими формами.
Владеть:	
Уровень 1	навыками изложения и анализа этиологии, патогенеза различных клинических заболеваний для постановки диагноза;
Уровень 2	приемами поиска и сравнения разных методов лечения больных с различными нозологическими формами;
Уровень 3	владеть навыками определения тактики ведения больных с заболеваниями.

ПК-9: Готов к оказанию первичной медико-санитарной помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи	
Знать:	
Уровень 1	этиологию, патогенез, клинику основных заболеваний с различными нозологическими формами;
Уровень 2	основные виды и методы лечения больных с различными нозологическими формами;
Уровень 3	методы ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.
Уметь:	
Уровень 1	правильно определить данное заболевание;
Уровень 2	провести сравнение различных видов и методов лечения больных с различными нозологическими формами, разработать план лечения заболеваний;
Уровень 3	вести и лечить пациентов в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.
Владеть:	
Уровень 1	навыками анализа различных видов лечения больных с различными нозологическими формами;
Уровень 2	приемами поиска и сравнения разных методов лечения больных с различными нозологическими формами;
Уровень 3	навыками ведения и лечения пациентов с различными заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

ПК-11: Готов к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	
Знать:	
Уровень 1	алгоритм скорой неотложной медицинской помощи; основные врачебные диагностические и лечебные мероприятия по оказанию первой врачебной помощи при неотложных состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.
Уметь:	
Уровень 1	подобрать индивидуальный вид оказания помощи для лечения пациента в соответствии с ситуацией: первая помощь, скорая помощь, госпитализация.
Владеть:	
Уровень 1	комплексом реанимационных мероприятий при острых нарушениях дыхания и кровообращения, при клинической смерти; знать современные методы реанимации и интенсивной терапии при оказании помощи больным и пострадавшим в критических состояниях различной этиологии.

ПК-14: Способен к ведению медицинской документации.	
Знать:	
Уровень 1	перечень и характеристику учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях лечебного профиля;
Уровень 2	Нормативную документацию, принятую в здравоохранении, а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций.
Уметь:	
Уровень 1	проводить медико-статистический анализ показателей здоровья прикрепленного населения;
Уровень 2	вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде.
Владеть:	
Уровень 1	навыками работы и методами ведения учетно-отчетной документации различного характера в лечебных учреждениях;
Уровень 2	навыками сравнительной характеристики медицинской документацией различного характера в лечебных учреждениях.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	1. ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации, эпидемиологию онкологических заболеваний; клинические проявления всех опухолевых заболеваний, методы обследования, позволяющие их диагностировать или исключить;
3.1.2	2. алгоритм использования методов обследования;
3.1.3	3. принципы организации онкологической помощи в Российской Федерации и Кыргызской Республики, общие вопросы организации онкологической помощи населению, работы онкологических учреждений, знание принципов врачебной этики и деонтологии, ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации;
3.1.4	4. этиопатогенез злокачественных опухолей, клинические проявления всех опухолевых заболеваний, методы обследования, позволяющие их диагностировать или исключить.

3.1.5	5. алгоритм использования методов обследования, методы лечения всех разновидностей опухолевых заболеваний и лечебные учреждения, где больные могут и должны это лечение получать, прогноз (жизненный, трудовой, социальный) при каждом заболевании, возможности и методы профилактики опухолей;
3.1.6	6. этикой общения с онкологическими больными и их родственниками;
3.1.7	7. квалифицированным сбором анамнеза, методами физикального обследования;
3.1.8	8. общие вопросы организации лечебно-профилактической помощи и обеспечения лекарственными препаратами различных групп населения в соответствии с нозологическими формами заболеваний;
3.1.9	9. этические нормы применения лекарственных средств, как при апробации новых, так и зарегистрированных;
3.1.10	10. формы информации о новых лекарственных средствах с учетом эффективности, режима дозирования, взаимодействия и побочного действия;
3.1.11	11. основные клинико-фармакологические характеристики лекарственных препаратов, применяемых в широкой медицинской практике;
3.1.12	12. побочные действия лекарственных средств, прогнозируемые и непрогнозируемые, пути предупреждения и коррекции побочных действий лекарственных средств.
3.2	Уметь:
3.2.1	1. выбирать наиболее информативные методы физикального, инструментального и лабораторного обследования;
3.2.2	2. обобщать и правильно оценивать результаты обследования;
3.2.3	3. оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения больных из этого состояния;
3.2.4	4. оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения больных из этого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные реанимационные мероприятия;
3.2.5	5. выбирать наиболее эффективные методы лечения для каждого конкретного больного;
3.2.6	6. рационально планировать алгоритмы комбинированного и комплексного лечения;
3.2.7	7. рационализировать результаты лечебно-диагностической работы с онкологическими больными;
3.2.8	8. организовать в лечебном учреждении систему информации по выбору лекарственных средств, режиму их дозирования, взаимодействию, прогнозируемым побочным эффектам;
3.2.9	9. проводить контроль использования лекарственных средств в медицинском учреждении, сроков их годности, соблюдения совместимости, соблюдения правил хранения;
3.2.10	10. оказывать помощь при выборе комбинированной терапии с целью исключения нежелательного взаимодействия, усиления побочного действия, снижения эффективности базового лекарственного средства;
3.2.11	11. проводить фармакотерапию врачам стационара и поликлиники с учетом тяжести течения заболевания, состоянием функциональных систем, биоритма, генетического фона, возраста, физиологических состояний, особенностей фармакокинетики;
3.2.12	12. оказывать помощь при выборе комбинированной терапии с целью исключения нежелательного взаимодействия, усиления побочного действия, снижения эффективности базового лекарственного средства.
3.3	Владеть:
3.3.1	1. квалифицированным сбором анамнеза, методами физикального обследования;
3.3.2	2. методом дифференциальной диагностики злокачественных новообразований и неотложных состояний;
3.3.3	3. методами забора материала для морфологического исследования (мазки, соскобы, пункции);
3.3.4	4. методом проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы;
3.3.5	5. этикой общения с онкологическими больными и их родственниками;
3.3.6	6. квалифицированным сбором анамнеза, методами физикального обследования;
3.3.7	7. методами лечения (в зависимости от выбранного профиля специальности), оперативными или лекарственными, ведением и мониторингом на всех этапах лечения, способами коррекции развившихся осложнений;
3.3.8	8. основами рациональной фармакотерапии с учетом тяжести течения заболевания, состояния функциональных систем, генетических и возрастных особенностей, данных лекарственного фармакокинетического мониторинга;
3.3.9	9. методами коррекции фармакотерапии пациентов, у которых диагностированы неблагоприятные побочные реакции лекарственных препаратов или отмечена резистентность к проводимой фармакотерапии;
3.3.10	10. основами работы клинико-экспертной комиссии;
3.3.11	11. методами ведомственной экспертизы качества проведенной фармакотерапии.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр /Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Пр. подг.	Примечание
-------------	---	---------------	-------	-------------	------------	------------	-----------	------------

Раздел 1. Раздел 1. общая онкология								
1.1	Современные проблемы в онкологии. Организация онкологической службы в России и Кыргызстане /Лек/	12	2	ПК-5	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
1.2	Основные теории возникновения и развития рака. Патогенез клинических симптомов. Принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей. /Лек/	12	2		Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
1.3	Основные теории возникновения и развития рака. Патогенез клинических симптомов. Принципы диагностики злокачественных опухолей. /Пр/	12	3	ПК-5 ПК-8	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
1.4	Современные проблемы онкологии. Организация онкологической службы в России и Кыргызстане /Пр/	12	3	ПК-5	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
1.5	Вопросы этики и деонтологии в онкологии. Учетная и другая документация на онкологических больных /Ср/	12	3	ПК-8 ПК-9	Л1.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
1.6	патологические синдромы при онкологических заболеваниях /Ср/	12	3		Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
1.7	Новое в лечении рака. Иммуноterapia. реабилитация в онкологии. Полклиническая	12	3	ПК-8	Л1.1Л2.1Л2.2 Л2.3			
1.8	Изучение организации онкослужбы с статотделе НЦО	12	2	ПК-9	Л1.1Л2.1Л2.2 Л2.3			
1.9	Изучение учетно-отчетных форм документаций /Ср/	12	2		Л1.1Л2.1Л2.2 Л2.3			
1.10	Первичная и вторичная профилактика рака и предраковых заболеваний в условия поликлиники НЦО /Ср/	12	2	ПК-8 ПК-9	Л1.1Л2.1Л2.2 Л2.3			
Раздел 2. Раздел 2. частная онкология								
2.1	Рак легкого /Лек/	12	2	ПК-5 ПК-8	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
2.2	Предрак и рак кожи. Меланомы /Лек/	12	2	ПК-8	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
2.3	Мастопатии и рак молочной железы. /Лек/	12	2	ПК-9	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			

2.4	Рак толстой и прямой кишок. Рак желудка, поджелудочной железы и печени. /Лек/	12	2		Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
2.5	Предрак и рак кожи. Меланома. Саркомы костей и мягких тканей. /Пр/	12	3	ПК-5	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
2.6	Первично-множественные опухоли. Проблема метастазирования в онкологии. Метастазы рака при невыявленном первичном очаге. /Пр/	12	3	ПК-8	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
2.7	Опухоли головы и шеи. /Пр/	12	3	ПК-5	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4	2		
2.8	Мастопатии и рак молочной железы. /Пр/	12	3		Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
2.9	Рак легкого. /Пр/	12	3	ПК-5	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4	2		
2.10	Рак пищевода и желудка. /Пр/	12	3	ПК-8	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4 Э9			
2.11	Рак толстой и прямой кишок /Пр/	12	3	ПК-8	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4 Э10			
2.12	Рак печени и поджелудочной железы. /Пр/	12	3	ПК-9	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
2.13	Предрак и рак женских половых органов (шейка и тело матки, яичники, вульва) /Пр/	12	3	ПК-8	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
2.14	Гемобластозы. Лимфогранулематоз. Лимфосаркомы. /Пр/	12	3	ПК-8	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
2.15	Рак предстательной железы, яичка и полового члена. Рак почек и мочевого пузыря. /Пр/	12	3	ПК-8 ПК-9	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			

2.16	Дифференциальная диагностика опухолей кожи, пигментных невусов и меланомы /Ср/	12	4	ПК-8	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4 Э1			
2.17	Поликлинический прием больных заболеванием щитовидной железы /Ср/	12	4	ПК-8	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4 Э2 Э3 Э4			
2.18	Дифференциальная диагностика мастопатий и рака молочной железы /Ср/	12	6	ПК-8 ПК-9	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4 Э5 Э6 Э7			
2.19	Дифференциальная диагностика раков легкого. Рентгенологические признаки рака легкого. /Ср/	12	6	ПК-5 ПК-8	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4 Э8			
2.20	ЭГДСкопия при раке пищевода и желудка. /Ср/	12	2	ПК-5 ПК-9	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4 Э9			
2.21	Ирригоскопия при раке толстой и прямой кишок. /Ср/	12	2	ПК-8	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4 Э10			
2.22	Рак печени и поджелудочной железы (пальпация и перкуссия). /Ср/	12	2	ПК-8 ПК-9	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4 Э11 Э12			
2.23	Предрак и рак женских половых органов (шейка и тело матки, яичники, вульва). /Ср/	12	2	ПК-8 ПК-9	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4 Э13 Э14			
2.24	Рентгенологические признаки опухолей костей /Ср/	12	2	ПК-9	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4 Э15			
2.25	Цистоскопия при раке мочевого пузыря, пальцевое исследование /Ср/	12	1,7	ПК-5	Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4 Э16			
2.26	Предрак и рак шейки матки. Рак тела матки. Рак яичников. /Лек/	12	2		Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			

2.27	Гемобластозы. Лимфомы и лейкозы. /Лек/	12	2		Л1.1Л2.1Л2.2Л2.3Л3.1Л3.2 Л3.3Л3.4			
	Раздел 3. Раздел 3. Лучевая терапия							
3.1	Лучевая терапия. Виды лучевой терапии. Показания и противопоказания к лучевой терапии /Пр/	12	3	ПК-5	Л1.1Л2.1Л2.2 Л2.3 Э17			
3.2	Вопросы частной лучевой терапии по локализациям ЗНО /Пр/	12	3	ПК-5 ПК-9	Л1.1Л2.1Л2.2 Л2.3 Э18			
3.3	/КрТО/	12	0,3					
3.4	/ЗачётСОц/	12						

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ:

1. Организация онкологической помощи в России и Кыргызстане.
2. Основные биологические особенности опухолевой ткани.
3. Скрининговые исследования, направленные на выявление ранних форм рака. Система диспансеризации.
4. Рак кожи, меланома.
5. Опухоли головы и шеи.
6. Рак щитовидной железы.
7. Предраковые заболевания и рак молочной железы.
8. Опухоли репродуктивной системы
9. Рак легкого.
10. Рак пищевода. Рак желудка. Рак ободочной кишки и прямой кишки.
11. Рак печени, поджелудочной железы.
12. Опухоли костей и мягких тканей.
13. Злокачественные лимфомы. Лимфогранулематоз.

Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ

1. Заполнить учетную документацию на онкологического больного:
 - извещение о впервые выявленном больном;
 - контрольную карту диспансерного наблюдения;
 - выписку из истории болезни онкологического больного;
 - протокол на запущенный случай злокачественного новообразования;
2. Интерпретировать рентгенограммы различных органов с типичными признаками новообразований; оценивать данные лабораторных и инструментальных исследований. Обнаружить патологическую тень на флюорограмме органов грудной клетки;
3. Определить кожные симптомы и симптомы со стороны соска при раке молочной железы;
4. Заподозрить по внешним признакам рак кожи, нижней губы. Отличить по внешнему виду меланому от пигментного невуса;
5. Сформулировать диагноз злокачественного новообразования с оценкой стадии, клинической группы;
6. Определить клиническую группу онкологического больного и наметить тактику его ведения;
7. Провести наблюдение за больным с контролем показателей крови и оказать лечебную помощь при осложнениях в процессе химиотерапии;
8. Анализировать полученные результаты обследования пациента с назначением адекватной тактики лечения и дальнейшего наблюдения;
9. Провести этапное лечение болевого синдрома у инкурабельного онкологического больного.

Задания для проверки уровня обученности ВЛАДЕТЬ:

1. По раздаточному материалу продемонстрировать владение техникой инцизионной и эксцизионной биопсии;
2. По раздаточному материалу продемонстрировать владение техникой проведения пункции молочной железы и лимфатического узла при подозрении на злокачественный процесс;
3. По раздаточному материалу продемонстрировать владение методикой проведения диагностической пункции, взятие мазков-отпечатков, соскобов при опухолях половых органов;
4. По раздаточному материалу продемонстрировать владение техникой проведения пальцевого исследования с интерпретацией обнаруженных изменений;
5. По раздаточному материалу продемонстрировать владение техникой оперативных вмешательств: иссечение опухолей мягких тканей, пункция плевральной и брюшной полости;
6. Продемонстрировать практические навыки проведения ассистенции при проведении типовых оперативных вмешательствах при опухолях различных локализаций на макете.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

курсовая работа не предусмотрена
5.3. Фонд оценочных средств
Тест (приложение 1) Ситуационные задачи (приложение 2) Доклад (приложение 3) Реферат (приложение 4)
5.4. Перечень видов оценочных средств
Тест Ситуационные задачи Доклад Реферат Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 5

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)			
6.1. Рекомендуемая литература			
6.1.1. Основная литература			
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	З.П.Камарли	Онкология	2013
6.1.2. Дополнительная литература			
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Ганцев Ш.Х.	Онкология: Учебник	М.: ООО "Медицинскоеинформационное агентство"2006
Л2.2	Черенков В.Г.	Клиническая онкология: Учебное	
Л2.3	Чиссов В.И., Дарьялова	Онкология: учебник с компакт-диском	М.: ГЭОТАР-Медиа 2007
6.1.3. Методические разработки			
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Сост.: Э.К.Макимбетов, И.Г.Бауэр, А.А. Усенова; Под общ. ред. З.П.Камарли	Курс лекций по гемобластозам	Бишкек.: Изд-во КРСУ 2009
Л3.2	Камарли З.П., Макимбетов	Курс лекций по онкоурологии: курс лекций	Бишкек: Изд-во КРСУ 2016
Л3.3	Макимбетов Э.К.	Курс лекций по раку молочной	Бишкек: Изд-во КРСУ 2006
Л3.4	Макимбетов Э.К., Цопова И.А., Усенова А.А., Раимжанов А.Р.	Острые лейкозы: методические рекомендации	Бишкек: Изд-во КРСУ 2006
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"			
Э1	Российский медицинский онкологический портал		https://oncology.ru/
Э2	Интернет-портал российского общества клинической онкологии		https://www.rosoncweb.ru/
Э3	Рак щитовидной железы		https://www.euroonco.ru/oncology
Э4	Рак щитовидной железы		www.docrates.com/ru/typyraka/rak-shchitovidnoj
Э5	Рак молочной железы		https://oncology-association.ru/docs/rak_mol
Э6	Рак молочной железы		http://omr.by/sites/default/files/struktura/22_Breast_Cancer.pdf
Э7	Рак молочной железы		http://www.rcrz.kz/docs/clinic_protocol/2015/%D0%ce.pdf
Э8	Рак легкого		http://omr.by/sites/default/files/struktura/17_Lung_Cancer.pdf
Э9	Гастроскопия		http://03book.ru/upload/iblock/aa5/236_Gastroskopijap.pdf
Э10	Профилактика рака толстого кишечника		http://www.okd.ru/patient/it_important/doc/73.pdf

Э11	Рак поджелудочной железы	http://www.polysalov.vipvrach.ru/download/Rak_podzhel
Э12	Рак поджелудочной железы	udochnoj_zhelezy.pdf http://www.esmo.org/content/download/94983/1713170/
Э13	Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных	http://oncologyassociation.ru/docs/recome
Э14	Таргентная терапия рака яичника	http://umedp.ru/upload/iblock/982/98294f7383efda6e3c
Э15	Первичные опухоли костей и костные метастазы. Диагностика и	http://window.edu.ru/resource/201/63201/files/m1.pdf
Э16	Рак мочевого пузыря	https://oncology-association.ru/docs/recome
Э17	Радиационная защита в лучевой терапии	5vz-rek.pdf http://omr.by/sites/default/files/radiacionnaya_zashchita
Э18	Лучевая терапия в лечении неоперабельного	http://03book.ru/upload/iblock/e99/409_Luchevaja_tera

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	6.3.1.1 Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Использование палат, учебных комнат для работы студентов.
6.3.1.2	6.3.1.2 Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышление и способность генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся электронные тексты лекций с презентациями. Мультимедийный комплекс ноутбук, персональный компьютер. Наборы слайдов, таблиц/мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины. Наглядные пособия, стенды.
6.3.1.3	6.3.1.3 Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы студенты готовят рефераты, доклады и презентации.

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	6.3.2.1 Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"
6.3.2.2	6.3.2.2 Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» (http://window.edu.ru/)
6.3.2.3	6.3.2.3 «Электронная библиотека» КРСУ (www.lib.krsu.kg)

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Клиническая база Национальный центр онкологии и Гематологии Министерства здравоохранения КР. Коечный фонд 400, более 13 клинических отделений, 2 диагностических отделения. 2 хирургических корпуса, 2 корпуса для лучевой терапии, 2 операционные, 1 реанимация. Национальный центр онкологии располагает аппаратурой и оборудованием для диагностики и лечения онкологических больных: рентгендиагностические комплексы – 3; маммографы – 2; эндоскопическая аппаратура – 5; аппараты для УЗИ – 5; аппараты для лучевой терапии – 3 с компьютерным томографом для топометрии. Студенты имеют доступ во все подразделения. Кафедра располагает помещением с отдельным входом, общая площадь 64 м ² , в том числе 3 учебные комнаты на 45 посадочных мест. Кроме того имеется 1 учебная комната в главном хирургическом корпусе на 1-м этаже, на 18 посадочных мест. Кафедра имеет технические средства: 1 компьютер, 1 персональный компьютер, мультимедийный проектор с ноутбуком и экраном. Имеются 4 стенда и 20 наглядных пособий, которые размещены в учебных комнатах; учебные фильмы – 3. Лекции проводятся в большом конференц-зале Национального центра онкологии на 400 мест.
-----	---

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

<p>Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 6</p> <p>Обучение складывается из аудиторных занятий (72 часа), включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы (108 часа). Основное учебное время выделяется на практическую работу по онкологии. При изучении учебной дисциплины необходимо использовать теоретические знания и освоить практические умения по онкологии.</p> <p>Практические занятия проводятся в виде опроса, демонстрации учебных слайдов и использования наглядных пособий, решения ситуационных задач, ответов на тестовые задания, разбора клинических больных.</p> <p>Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку к практическим занятиям, написание рефератов, выполнение творческих заданий и включает работу с учебной литературой, лекционным материалом, работу с электронными интернет-ресурсами по онкологии.</p> <p>Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине онкология и выполняется в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС).</p> <p>Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам Университета и кафедры.</p> <p>По частным разделам учебной дисциплины разработаны методические рекомендации для студентов и методические указания для преподавателей.</p>
--

Во время изучения учебной дисциплины студенты самостоятельно проводят обследование онкологического больного. Написание реферата, учебной истории болезни способствуют формированию компетенций теоретических и практических навыков (умений).

Работа студента в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

Обучение студентов способствует воспитанию у них навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию врачебного поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний студентов определяется тестированием, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе занятий, во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач и ответах на тестовые задания.

В конце изучения учебной дисциплины (модуля) проводится промежуточный контроль знаний с использованием тестового контроля, проверкой практических умений и решением ситуационных задач.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА.

Пример выполнения в ПРИЛОЖЕНИИ 7

ДОКЛАД.

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада:

- выбор темы;
- консультация преподавателя;
- подготовка плана доклада;
- работа с источниками и литературой, сбор материала;
- написание текста доклада;
- оформление рукописи и предоставление ее преподавателю до начала доклада, что определяет готовность студента к выступлению;
- выступление с докладом, ответы на вопросы.

Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.

РЕФЕРАТ

Рекомендации по написанию реферата.

1. Тема реферата выбирается в соответствии с Вашими интересами и должна соответствовать приведенному примерному перечню. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как естественно-научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как обще-теоретические положения, так и конкретные примеры. Особенно приветствуется использование собственных примеров из окружающей Вас жизни.
2. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы, а также газеты специализирующиеся на онкологической тематике.
3. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.
4. Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации. Например: ... Рак поджелудочной железы (РПЖ) входит в группу злокачественных опухолей ЖКТ, а именно билиопанкреатодуоденальной зоны, куда входят еще и опухоли большого дуоденального сосочка и внепеченочных желчных протоков (Арсангиреева Г.Ж., 1992; Грачева Н.А., 2006;) ...
5. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.
6. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А-4) шрифтом TimesNewRoman, 14. Начинается с титульного листа (оформляется по образцу ПРИЛОЖЕНИЕ 8), в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).
7. Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.
8. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "Наука", "Онкология", "Лучевая терапия", и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:
Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.
Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том __. № __. Страницы от __ до __.
Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от __ до __.

Примерное содержание работы:

Наименование: Объем: 13-15 стр.

Тест

1. <u>Укажите мероприятия, относящиеся к вторичной профилактике злокачественных новообразований:</u>
санитарно-просветительная работа,
лечение предраковых заболеваний
борьба с курением
пропаганда правильного образа жизни
2. <u>Синдром Савицкого является ранним симптомокомплексом:</u>
костных сарком
рака молочной железы
рака ободочной кишки
рака желудка
3. <u>Укажите наиболее ранние синдромы злокачественных опухолей полых органов:</u>
синдром патологических выделений, синдром "плюс ткани"
синдром обструкции
синдром деструкции
синдром сдавления окружающих тканей и органов
4. <u>Укажите мероприятия, не относящиеся к абластике:</u>
предоперационная лучевая терапия
предоперационная химиотерапия
интраоперационная лучевая терапия
обработка ложа опухоли спиртом, частая смена перчаток хирургом
5. <u>Укажите мероприятия, не относящиеся к антибластике:</u>
использование во время операции электроножа
удаление опухоли по принципам "фуэлярности и зональности", первоочередная перевязка магистральных сосудов
#
6. <u>Классификация TNM в настоящее время не разработана</u>
Для опухолей мягких тканей
Для гематосарком, лимфогранулематоза
Все ответы правильные
для сарком костей
#
7. <u>Как проводится инцизионная биопсия для гистологического исследования?</u>
Взятие соскоба с опухоли
Взятие "мазка-отпечатка" из опухоли
Иссечение части опухоли с прилежащей тканью
Полное иссечение опухоли с прилежащими тканями
#
8. <u>Как проводится эксфолиативное цитологическое исследование?</u>
исследование пунктата из опухоли
исследование "мазка-отпечатка" из опухоли
исследование соскоба с поверхности опухоли
исследование содержимого опухоли после центрифугирования
#
9. <u>К какой клинической группе онкологических больных относятся больные с предопухолевыми заболеваниями?</u>
Ia гр.
Iб гр.
II гр.
III гр.

#
10. <u>Какая из перечисленных локализаций не относится к наружным?</u>
Рак прямой кишки
Рак шейки матки
Рак молочной железы
Рак щитовидной железы
#
11. <u>Укажите заболевания, не относящиеся к облигатным предраковым заболеваниям:</u>
Синдром Гарднера
Синдром Пейтц-Егерса
Аденоматозный полип желудка
Синдром Пламера-Вильсона
#
12. <u>К какой группе химиопрепаратов относится винкристин?</u>
Антиметаболиты
Алкалоиды
Противоопухолевые антибиотики
Алкилирующие агенты
#
13. <u>К какой группе химиопрепаратов относится 5-фторурацил?</u>
Антиметаболиты
Алкалоиды
Противоопухолевые антибиотики
Алкилирующие агенты
#
14. <u>Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить:</u>
морфологический диагноз
топический диагноз
клинический диагноз
все ответы правильные
#
15. <u>Уровень катехоламинов может быть определен при лабораторном анализе в:</u>
Моче
сыворотке крови
ткани опухоли
все ответы верные
#
16. <u>При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается:</u>
Гипокоагуляция
нормокоагуляция
гиперкоагуляция
все варианты встречаются с одинаковой частотой
#
17. <u>К непрямым методам диагностики увеличенных лимфоузлов относятся:</u>
лимфография
илиокаваграфия
рентгеновская компьютерная томография
ультразвуковая томография

#
18. <u>Радиоизотопные исследования в клинической онкологии используются:</u>
для выявления первичной опухоли
для определения распространенности злокачественного процесса
для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов
все ответы правильные
#
19. <u>Для диагностики злокачественных опухолей тела матки наиболее информативным является:</u>
лапароскопия
гистероскопия
кольпоскопия
лапаротомия
#
20. <u>Интраоперационная оценка распространенности опухолевого процесса должна основываться:</u>
только на визуальных данных
только на основании пальпаторных данных
на основании срочного цитологического исследования биопсийного материала
на основании сочетания перечисленных методов диагностики
#
21. <u>К дизонтогенетическим новообразованиям относятся</u>
рак желудка
рак легкого
бронхогенная киста средостения
#
22. <u>К опухолеподобным процессам относятся</u>
гиперпластический полип
аденоматозный полип
адено-папилломатозный полип
папилломатозный полип
#
23. <u>Плоскоклеточный рак преимущественно встречается</u>
в пищеводе и анальном канале прямой кишки
в желудке и тонкой кишке
в тонкой и ободочной кишке
в желудке и ободочной кишке
#
24. <u>Стадия заболевания во многом определяет</u>
выбор метода лечения
предполагаемый объем операции
прогноз
все ответы верные
#
25. <u>Факторами, которые могут влиять на объем операции у онкологических больных являются</u>
стадия заболевания
возраст больного
сопутствующие заболевания
все ответы верные
#
26. <u>Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является</u>

пожилой возраст
молодой возраст
активный туберкулез
все перечисленные факторы
#
27. <u>Для папилломы мочевого пузыря характерны</u>
наклонность к рецидивам
множественность поражений
частое озлокачествление
все ответы правильные
#
28. <u>Рецепторы стероидных гормонов выявляются в опухолях:</u>
молочной железы
матки
гортани
правильные ответы 1, 2
#
29. <u>Соблюдение принципов анатомической зональности и футлярности лежит в основе.</u>
понятия "антибластики" при операциях по поводу злокачественных опухолей
понятия "абластики" при операциях по поводу злокачественных опухолей
мер профилактики ортоградного лимфогенного метастазирования
мер профилактики гематогенного метастазирования
#
30. <u>Паренхиму новообразования составляют</u>
собственно опухолевые клетки
соединительная ткань
кровеносные и лимфатические сосуды
нервные и клеточные элементы стромы
#
31. В основе дифференциальной диагностики первичных опухолей костей лежит:
Ангиография
Рентгенологическое исследование
Морфологическое исследование
Ультразвуковое исследование
#
32. Первичные злокачественные опухоли костей необходимо дифференцировать:
С фиброзной дисплазией
С хроническим остеомиелитом
С костно-хрящевым экзостозом
Все ответы верные
#
33. Остеосаркомы чаще всего встречаются:
До 25 лет
От 30 до 40 лет
От 40 до 50 лет
Старше 50 лет
#
34. Для остеосаркомы характерны следующие рентгенологические признаки:
Наличие «треугольника»(козырька)Кодмана

Наличие спикул
Оссификация внекостного компонента
Все ответы верные
#
35. Остеосаркома как правило метастазирует:
В легкие
В кости
В лимфоузлы
Все ответы верные
#
36. Хондросаркома чаще возникает:
В любой кости
В длинных трубчатых костях
В плоских костях
В мелких костях стопы и кисти
#
37. Для хондросаркомы высокой степени морфологической зрелости свойственно:
Медленное развитие с малой выраженностью симптомов
Быстрый рост
Наличие сильных постоянных болей
Частые патологические переломы
#
38. Морфологическая верификация первичной саркомы костей необходима:
Для уточнения диагноза
Для выбора метода лечения
Для решения вопроса об объеме хирургического вмешательства
Все ответы верные
#
39. При лечении саркомы Юинга основным методом является:
Хирургический
Лучевой
Химиотерапевтический
Иммунотерапия
Правильные ответы 2 и 3
#
40. Симптом “гармошки” является характерным признаком:
Злокачественной фиброзной гистиоцитомы
Дифференцированной фибросаркомы
Посттравматической гематомы
Хронического воспалительного инфильтрата
#
41. При саркомах мягких тканей оптимальным является лечение:
Хирургическое
Лучевое
Хирургическое+лучевое
Хирургическое + полиохимиотерапия и (или) лучевая терапия
Лучевая терапия+химиотерапия
#
42. Боль при саркомах мягких тканей наблюдается

Редко
Всегда
Часто
Не наблюдается
#
43. Наиболее частым и злокачественно поражающим видом костным сарком является
Саркома Юинга
Остеогенна саркома
Хондросаркома
Ретикулосаркома
#
44. Боль при костных саркомах
Усиливается по ночам
Стихает по ночам
Стихает в покое
Усиливается при движении
#
45. При остеобластокластоме на рентгенограмме
Очаг уплотнения в метафизе без периостита
Очаг разряжения в метафизе без периостита
Секвестрация
Очаг разряжения в диафизе без периостита
#
46. При остеоме болевой синдром чаще
Ночью
Днем
К вечеру
Постоянно в течение дня
Отсутствует
#
47. Лечение остеом включает в себя
Лучевую терапию
Химиотерапию
Экзартикуляции
Краевые резекции кости
Антибиотикотерапию
#
48. Для остеогенной саркомы на рентгенограмме характерен
Симптом “козырька”
Луковичный периостит
Очаг разряжения в диафизе
секвестрация
#
49. К опухолям костей не относят
Фиброму
Остеому
Хондрому
Липому
синовиому

#
50. Клиническими симптомами остеогенной саркомы являются все перечисленные, кроме
Снижение массы тела
Ночные боли
Появление сначала отека, деформации, позже болей
Потеря аппетита
Общее недомогание
#
51. Для остеид-остеомы характерны боли
Ночью
Днем
К вечеру
Постоянно в течение дня
Отсутствие болей
#
52. Наиболее часто при оперативном лечении саркомы Юинга у детей применяется
Краевая резекция и аллопластика дефекта
Сегментарная резекция и аллопластика дефекта
Краевая пластика без аллопластики дефекта ампутации конечности
Сегментарная резекция с аутопластикой трансплантатом на сосудистой ножке
Ампутация конечности
#
53. В кости могут возникнуть все перечисленные опухоли, кроме
Хондромы
Эндотелиомы
Липомы
Фибромы
Остеид-остеомы
#
54. Наиболее типичной локализацией остеогенной саркомы является
метафиз
Диафиз
Эпифиз
Апофиз
физис
#
55. Наиболее типичной локализацией саркомы Юинга является
Метафиз
Диафиз
физис
апофиз
эпифиз
#
56. Этиологические факторы развития рака молочной железы
эндогенные
экзогенные
Факторы окружающей среды и образа жизни
Все вышеперечисленное

#
57. К эндогенным факторам развития рака молочной железы относится:
Заместительная гормональная терапия
радиация
Раннее менархе, поздние первые роды или их отсутствие
Образ жизни и питания
#
58. По гистологической структуре слизистый (медулярный) рак относится к:
инфильтрирующему
неинфильтрирующему
Является переходной формой
#
59
Наиболее часто рак молочной железы встречается в возрасте:
20-25 лет
45-50 лет
30-35 лет
60-65 лет
#
60
Наиболее часто встречающаяся форма рака молочной железы
Отечно-инфильтративная
Рак Педжета
Узловая
#
61
Симптом площадки – это
Втяжение кожи над опухолью
Распространенность опухоли на 1/3 молочной железы
Лимфатический отек кожи
Фиксация кожи над опухолью
#
62
К доброкачественным опухолям молочных желез относится:
Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
Узловая фиброзно-кистозная мастопатия
Фибroadенома
Все перечисленные
Ни одна из перечисленных
#
63
Особенностями роста фибroadеномы железы является:
Экспансивный рост
Инфильтрирующий с метастазами
Инфильтрирующий без метастазов
Все ответы правильные
#
64
Рак молочной железы метастазирует в яичники:

3
Лимфогенным путем
Ретроградным лимфогенным путем
Гематогенным путем
Имплантиционным путем
#
65
Рак молочной железы может метастазировать:
Лимфогенно
Гематогенно
Имплантиционно
Смешанно (лимфогенно+гематогенно)
Все ответы правильные
#
66
При локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах, первым этапом метастазирования будут:
Подмышечные лимфоузлы
Парастеральные лимфоузлы
Паховые лимфоузлы
Подлопаточные лимфоузлы
#
67
Срочное гистологическое исследование при операции по поводу новообразования молочной железы можно не выполнять, если диагноз подтвержден:
Клиническими данными
Маммографией
Термографией
Морфологическим цитологическим исследованием
#
68
При отечно-инфильтративной форме рака молочной железы лечение следует начинать с:
хирургического
лучевого
химиотерапевтического
гормонального
#
69
Для отечно-инфильтративной формы рака молочной железы характерна триада:
Отек кожи и ткани железы, гиперемия кожи, значительная местная распространенность и неблагоприятный прогноз
Отек кожи и ткани железы, гиперемия кожи, значительная местная распространенность и благоприятный прогноз
Отек кожи и ткани железы, похолодание кожи, значительная местная распространенность и благоприятный прогноз
Уплотнение ткани железы, гиперемия кожи, значительная местная распространенность и благоприятный прогноз
#
70
Симптом умбликации – это
Втяжение кожи над опухолью
Распространенность опухоли на 1/3 молочной железы
Лимфатический отек кожи

Фиксация кожи над опухолью
#
71
Лимфатический отек кожи – это симптом...
Лимонной корки
умбликации
площадки
#
72
Какая форма рака молочной железы имеет наиболее неблагоприятный прогноз?
узловая
Рак Педжета
Инфильтративно-отечная
#
73
Основным методом лечения доброкачественных опухолей является
хирургический
лучевой
гормональный
лекарственный
#
74
Основным видом лечения внутрипротоковых папиллом является
хирургическое
лучевое
гормональное
лекарственное
#
75
При метастазах рака молочной железы в печень показана х/ терапия препаратами
винкристином
таксотером
тиофосфамидом
випезидом
#
76
Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения
лучевой терапии
химиотерапии
гормонотерапии
иммунотерапии
#
77
Операция радикальной резекции молочной железы может быть произведена, если до операции установлен рак молочной железы, внутренней локализации
I стадии
Нб стадии
П1б стадии
Ша стадии

#
78
У больной 25 лет на фоне беременности появилось уплотнение и гиперемия правой молочной железы, кровянистые выделения из соска, увеличенный лимфоузел в правой подмышечной области. Наиболее целесообразным в данном случае является А) Б) В) Г) Д)
назначение физиотерапевтических процедур
пункция уплотнения правой молочной железы и увеличенного лимфоузла с последующим цитологическим исследованием пунктата
назначение антибиотиков
маммография
#
79
Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным является А) Б) В) Г)
анализ крови
анализ мочи
осмотр и пальпация
цитологическое исследование пунктата из опухоли
#
80
Для ранней диагностики рака молочной железы наиболее применима
Маммография, УЗИ
флюорография
пункционная биопсия
секторальная резекция
#
81
В левой молочной железе пальпируется безболезненное опухолевидное образование 2-3 см, положительный симптом «площадки», сосок деформирован, ареола отечна, выделений из соска нет. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Наиболее вероятный диагноз
фиброаденома
липома
узловая мастопатия
рак молочной железы
#
82
У первородящей молодой женщины в молочной железе пальпируется болезненное уплотнение с гиперемией кожи. Положительный симптом флюктуации, температура 39°C. Наиболее вероятный диагноз
рак Педжета
галактоцеле
острый гнойный мастит
фиброзная мастопатия
#
83
К осложнениям лучевой терапии относятся все перечисленные, кроме
слабости
тошноты, рвоты
лейкопении
образования метастазов
#
84
Точно диагностировать рак молочной железы можно на основании

клинической картины
морфологического исследования
маммографии
ультразвукового исследования
#
85
Рак молочной железы может метастазировать только А) гематогенно Б) лимфогенно В) имплантационно Г) гематогенно и лимфогенно Д) всеми перечисленными путями
Гематогенно
Лимфо/ гематогенно
Имплантационно
Всеми вышеперечисленными путями
#
86
Гормональный препарат, способствующий подавлению функции яичников?
Герцептин
Адриобластин
Тамоксифен
циклофосфан
#
87
Какая хирургическая тактика, если гормонально-активной форма опухоли молочной железы? Произвести операцию в объеме:
Экстирпация матки с придатками
Двусторонняя овариэктомия
Операция Вертгейма
Удаление придатков с пораженной стороны
#
88
Как называется операция, при которой удаляется молочная железа с п/м, п/кл, п/л клетчатками?
Ампутация молочной железы с п/м лимфоаденэктомией
РМЭ по Пейти
РМЭ по Холстеду
РМЭ по Маддену
#
89
Как называется операция, при которой удаляется молочная железа с п/м, п/кл, п/л клетчатками, большой и малой грудными мышцами?
РМЭ по Пейти
РМЭ по Холстеду
РМЭ по Маддену
Паллиативная МЭ
#
90
Подмышечная лимфодиссекция преследует следующие цели:
Лечебные
Дагностические
Профилактические
Лечебно-диагностические

#
91
Паллиативная мастэктомия показана при:
Раке молочной железы 1 стадии
Раке молочной железы 3-4 стадии с распадом/кровотечением
Раке молочной железы 2 стадии
Раке Педжета
#
92
Почему при паллиативной мастэктомии не выполняют п/м лимфодиссекцию?
Из-за снижения риска осложнений
Из-за повышения концентрации в крови онкомаркеров
Из-за повышения риска осложнений
Все верно
#
93
При помощи какого исследования можно дифференцировать узловую мастопатию от узловой формы рака молочной железы?
УЗИ
Маммографии
Объективных данных
Патогистологического исследования
#
94
Какой препарат наиболее эффективен при фиброзно-кистозной мастопатии?
Дорамидин
Мастодинон
Достинекс
Все верно
#
95
Что способствует развитию мастопатии?
Стрессы
Гормональные сбои
Нерегулярная половая жизнь
Все верно
#
96
Рентгенологический метод диагностики рака молочной железы...
Флюорография
УЗИ
Маммография
Урография
#
97
Комплекс дополнительных лечебных мероприятий, направленных на уничтожение скрытых метастазов после радикального удаления первичного очага опухоли . . .
Неадекватная химиотерапия
Адекватная химиотерапия
Комбинированная терапия

#
98
Комплекс дополнительных лечебных мероприятий, направленных на подавление или уничтожение микрометастазов и уменьшение размеров первичной опухоли . . .
Неадекватная химиотерапия
Адекватная химиотерапия
Комбинированная терапия
#
99
Противопоказания к химиотерапии:
Кахексия, интоксикация
Метастазы в головной мозг (при тяжелом состоянии больной)
Метастазы в печень при высоких значениях билирубина
Все верно
#
100
Наиболее часто при раке молочной железы метастазы поражают:
Легкие
Позвочник, яичники
Печень
желудок
#
101
Для ранней диагностики рака молочной железы необходимо проводить:
Самообследование
УЗИ – 1-2 раза/год
Профилактические осмотры
Все верно
#
102
Цель скрининга на рак молочной железы – это
Выявление групп риска
Выявление опухоли на ранних стадиях
Определение по стадиям рака молочной железы
Все верно
#
103
Фиброаденомы наиболее часто встречаются в возрасте:
40-45 лет
50-55 лет
20-35 лет
Во всех возрастных категориях
#
104
Могут ли фиброаденомы малигнизироваться?
Да
Нет
Не всегда

#
105
Какое исследование позволяет 100% верифицировать диагноз рака молочной железы?
УЗИ
Маммография
Патогистологическое исследование
ОАК
#
106
Предраковые состояния слизистой оболочки желудка при гистологическом исследовании характеризуются
Наличием атипических клеток, кишечной метаплазии очагового характера
Степенью дисплазии клеток
Наличием хронического атрофического гастрита
Болезнь Менетрие
#
107
Эндоскопическая полипэктомия без предварительного морфологического исследования биопсийного материала допустима
При множественных мелких полипах
При одиночном полипе на ножке независимо от его размеров
При одиночном полипе на широком основании независимо от его размеров
При одиночном мелком полипе на ножке
#
108
Какая локализация рака желудка наиболее сложна в диагностике?
Кардиальный отдел
Дно желудка
Тело желудка
Антральный отдела желудка
#
109
При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана:
Эндоскопическая полипэктомия
Хирургическое иссечение полипа
Клиновидная резекция желудка
Субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов
#
110
Укажите эндоскопические признаки малигнизации полипа желудка:
умеренный рост полипа
изъязвление поверхности полипа
гиперемия слизистой вокруг полипа
фиброзный налет на поверхности полипа
#
111
Наиболее эффективным химиопрепаратом при раке желудка относится:
5-фторурацил

адриамицин
CCNU, BCNU
Циклофосфан
#
112
На уровень заболеваемости раком желудка влияют:
Пищевой фактор и режим питания, почвенно-климатические особенности
Местные изменения слизистой оболочки желудка
Фоновые заболевания, наследственный фактор
Все перечисленные
#
113
У больного 48 лет неоперабельный рак желудка, метастазы по брюшине, в печень, кости, асцит. Состояние средней тяжести. Противоопухолевое лечение не проводилось. Ваша тактика лечения.
системная химиотерапия с использованием антрациклинов
иммунотерапия
лучевая терапия
симптоматическая терапия
#
114
Укажите местные симптомы рака пищевода:
боли за грудиной, похудание
дисфагия и боли при прохождении пищи по пищеводу, дисфагия, боли за грудиной
осиплость голоса, общая слабость
дисфагия, икота, общая слабость
#
115
Какая группа лимфоузлов не является регионарной для рака пищевода?
Шейные
Надключичные
Параэзофагеальные
Бронхопульмональные
#
116
Какой критерий оценки «Т» используется в Международной классификации TNM при раке пищевода?
протяженность опухоли
размеры опухоли
глубина инвазии стенки пищевода
характер роста опухоли
#
117
Укажите ранний симптом рака пищевода
дисфагия
отраженные боли в другие органы
расстройства глотания
нет симптомов
#
118
Пищевод в виде «бус», «четкообразный», «штопорообразный», псевдодивертикулярный пищевод - эти названия отражают одни и те же изменения в пищеводе, а именно:

Множественные дивертикулы
Гипермоторную дискинезию (сегментарный спазм)
Вторичные изменения в результате склерозирующего медиастинита
Варикозное расширение вен
#
119
У больного имеются боли за грудиной при приеме пищи, периодическая дисфагия. Рентгенологически в наддиафрагмальном отделе пищевода определяется «ниша» на контуре и на рельефе диаметром 0,3 см. Просвет пищевода на этом уровне циркулярно сужен, проходимость для бария сохранена. Ваше заключение:
Эндофитный рак с изъязвлением
Блюдцеобразный рак
Язва пищевода
Эзофагит
#
120
Наиболее часто встречающаяся гистологическая форма рака желудка:
Железистый рак
Плоскоклеточный рак
Смешанный железисто-плоскоклеточный рак
Все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой
#
121
Заподозрить малигнизацию язвы желудка позволяют следующие признаки:
Размеры язвенной ниши более 2,0 см в диаметре
Длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
Снижение кислотности желудочного сока
Все перечисленное
#
122
Раком пищевода
чаще болеют мужчины
чаще болеют женщины
частота поражения не связана с полом
чаще болеют дети
#
123
Рак пищевода чаще всего поражает
1 верхнюю треть
среднюю треть
нижнюю треть
одинаково часто развивается в любом отделе пищевода
#
124
Плоскоклеточный рак среди заболевших раком пищевода встречается примерно
у 20% больных
у 40% больных
у 60% больных
у 90% больных

#
125
При раке пищевода возможны следующие анатомические типы роста опухоли
язвенный
узловой (бородавчато-папилломатозный)
инфильтрирующий (скиррозный)
все ответы верные
#
126
Стенокардитическая и гастритическая клинические маски рака пищевода наиболее часто наблюдаются при локализации раковой опухоли
в шейном отделе пищевода
в верхнегрудном отделе пищевода
в среднегрудном отделе пищевода
в нижнегрудном и абдоминальном отделах пищевода
#
127
К рентгеноморфологическим признакам рака пищевода относятся
изменение эластичности стенки пищевода
неровность контура пищевода
деформация рельефа слизистой
правильные ответы №2 и №3
#
128
К хирургическим вмешательствам по поводу рака пищевода с одномоментной пластикой перемещенным желудком относятся все перечисленные методы, кроме
операции Жиано - Гальперна - Гаврилиу
операции Осавы - Герлока
операции типа Льюиса
операции Киршнера - Накаямы
#
129
Химиотерапия при раке пищевода
обладает высокой эффективностью
может использоваться с таким же успехом, как и лучевая терапия
малозффективна
не применяется
#
130
Какая клиническая форма относится к периферическому раку легкого:
Перибронхиальный узловой рак
Миллиарный карциноматоз
Перибронхиальный разветвленный рак
Круглый рак
#
131
Какая гистологическая форма рака легкого относится к недифференцированным?
Солидный рак
Плоскоклеточный рак
Ацинарная аденокарцинома

Крупноклеточный рак
#
132
Основными видами радикального хирургического вмешательства при раке легкого являются:
Лобэктомия (билобэктомия), пневмонэктомия
Сегментэктомия
Клиновидная или краевая резекция легкого
Правильные ответы №1 и №2
#
133
Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить:
С опухолями плевры
С опухолями диафрагмы
С опухолями грудной клетки
Все ответы верны
#
134
Какие факторы риска при раке легкого относятся к Эндогенным?
отягощенная наследственность
курение
загрязнение окружающей среды
возраст старше 50 лет, предопухолевые заболевания легких
#
135
Укажите ранние симптомы периферического рака легкого:
боли в грудной клетке
кровохарканье
сухой кашель
нет симптомов
#
136
Укажите ранние симптомы центрального рака легкого:
одышка, кровохарканье
кровохарканье, сухой кашель и кровохарканье
кровохарканье, одышка
одышка, сухой кашель
#
137
Укажите симптомы рака Пенкоста:
кровохарканье, похудание
боли в верхней конечности на стороне поражения, ограничение движений
отек верхней конечности на стороне поражения
кровохарканье, ограничение подвижности верхней конечности на стороне поражения
#
138
Для какой атипичной формы рака легкого характерны цианоз и отек лица, шеи и верхне-плечевого пояса:
костная форма
мозговая
медиастинальная

опухоль Пенкоста
#
139
Понятие - "централизация" обозначает, что периферический рак легкого прорастает в стенку:
Главного бронха
Долевого или сегментарного бронха
Субсегментарного бронха и бронха V порядка
Правильные ответы №1 и №2
#
140
Из стенки бронха в его просвет в виде папиллом, полипов или дольчатых узлов растут опухоли из группы:
Эндобронхиального экзофитного рака легкого
Перибронхиального узлового рака
Разветвленного рака
Пневмониеподобного рака
#
141
Наиболее частой локализацией рака легкого является:
Верхняя доля правого легкого
Верхняя доля левого легкого
Средняя доля
Язычковые сегменты левого легкого
#
142
Опухолевидное тенеобразование с плавными четкими контурами, средней интенсивности, небольших размеров характерно для:
Периферического рака
Туберкуломы
Доброкачественной опухоли
Солитарного метастаза
#
143
Какие методы не являются обязательными в диагностике периферического рака легкого:
обзорная рентгенография
трансторакальная пункция
цитологическое исследование мокроты
бронхография, бронхоскопия
#
144
Солитарные метастазы в паренхиме легких наиболее часто встречаются у больных
остеогенной саркомой
яичка
раком молочной железы
раком толстой кишки
#
145
Раком легкого чаще болеют
мужчины
женщины

одинаково часто и мужчины, и женщины
#
146
Определяющая роль в увеличении заболеваемости населения раком легких принадлежит
генетическому фактору
профессиональным вредностям
курению
загрязнению атмосферы
#
147
У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает
плоскоклеточный рак
железистый рак
мелкоклеточный рак
крупноклеточный рак
#
148
Периферический рак у женщин чаще бывает
плоскоклеточным
железистым
мелкоклеточным
крупноклеточным
#
149
При раке легкого наиболее часто метастазами поражаются следующие группы лимфатических узлов
внутригрудные
подмышечные
забрюшинные
паховые
#
150
При периферическом раке легкого, в отличие от центрального, заболевание: 1) длительное время протекает бессимптомно, 2) сопровождается выраженной клинической симптоматикой уже на начальной стадии, 3) симптомы кашля и кровохаркания являются ранними, 4) кашель и кровохаркание появляются поздно
правильно 1 и 3
правильно 2 и 3
правильно 1 и 4
правильно 2 и 4
#
151
Дифференциальный диагноз центрального рака легкого следует проводить
с хронической пневмонией и очаговым пневмосклерозом, туберкулезом
с бронхоэктатической болезнью
с доброкачественными опухолями легких
все ответы верные
#
152
Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить
с доброкачественными опухолями легких
с метастазами

с эхинококковой кистой
все ответы верные
#
153
Наиболее эффективным методом лечения немелкоклеточного рака легкого является
хирургический
лучевой
химиотерапия
иммунотерапия
#
154
К комбинированным операциям по поводу рака легкого относятся операции
с удалением паратрахеальных и медиастинальных лимфатических узлов
с резекцией перикарда
с резекцией трахеи
с резекцией грудной стенки
#
155
Основными условиями радикализма операции при раке легкого являются
удаление регионарных лимфатических узлов окружающей жировой клетчаткой
отстояние линии пересечения бронха от видимого края опухоли на 1.5-2 см
отсутствие опухолевых клеток в крае пересеченного бронха, сосудов, органов при микроскопическом исследовании
все ответы верные
#
156
К раку тела матки не относятся:
Аденокарцинома
лейомиома
аденоакантома
Недифференцированный рак
Светлоклеточный рак
#
157
Кольпоскопия как метод диагностики используется при:
Рак шейки матки
Рак тела матки
Рак вульвы
Рак яичников
Все верно
#
158
Какая гистологическая форма РТМ обладает наименьшей злокачественностью:
Плоскоклеточный рак
Умереннодифференцированный рак
Недифференцированный рак
Высокодифференцированный рак
Верно все
#
159

Укажите правильную поэтапную схему лечения при АГЭ в пременопаузальном периоде:
ОПК + СПП + андрогены
Эстрогены + гестагены
ОПК + андрогены
ОПК + СПП + хориогонин
Только ОПК
#
160
Женщина после излечения АГЭ наступила беременность. Что может вызвать данная беременность :
Рецидив АГЭ
Предотвращение рецидива АГЭ
Беременность может явиться причиной перехода раннее излеченного АГЭ в РЭ
Гиперплазия эндометрия
#
161
Укажите правильную поэтапную схему лечения АГЭ у женщин репродуктивного периода:
ОПК + СПП + кломифен
ОПК + СПП + андрогены
ОПК + андрогены
эстрогены
Все ответы правильные
#
162
При ЖГЭ в постменопаузе более 1 года назначают:
Эстрогены + гестагены
СПП
ОПК
эстрогены
андрогены
#
163
Для стимуляции овуляции в репродуктивном периоде после излечения АГЭ назначают :
ОПК
Кломифен
эстрогены
Эстрогены + гестагены
Ничего не верно
#
164
При ЖГЭ или полипах эндометрия в репродуктивном периоде назначают:
эстрогены
ОПК
Эстрогены + гестагены
СПП
#
165
Послеоперационное облучение при РТМ показано при:
I стадии
II стадии

III стадии
Верно 2 и 3
Верно все
#
166
Операция Вертгейма показана при распространении РТМ в:
Яичники
Прямую кишку
Шейку матки
Мочевой пузырь
Все верно
#
167
К прелраку шейки матки относятся:
Эндоцервикоз
Эндометриоз
Эктропион
Дисплазии
Карцинома in situ
#
168
Для уточненной диагностики предрака шейки матки целесообразно проводить:
Осмотр в зеркалах
Кольпоскопию
Цитологическое исследование
Гистологическое исследование
Все перечисленное
#
169
Для лечения предрака шейки матки целесообразно использовать:
Диатермокоагуляцию
Криодеструкцию
Конизацию шейки матки
Правильные ответы 2 и 3
Правильные ответы 1 и 2.
#
170
Классификации РТМ могут быть все, кроме:
По FIGO
По TNM
По Кларку
Все верно
#
171
Укажите поэтапное лечение РТМ III стадии по FIGO (T3N0M0 или T3N1M0)
Гормональная терапия + расширенная экстирпация матки с придатками и лимфотическими узлами таза или операция Вертгейма (при переходе опухоли на цервикальный канал) + лучевая терапия
Гормональная терапия + лучевая терапия
Простая экстирпация матки + гормональная терапия

Расширенная экстирпация матки с придатками и лимфотическими узлами таза + лучевая терапия
#
172
Прогестагены при РТМ до операции или лучевой терапии не назначают при следующей гистологической форме:
G1
G3
G2
Все верно
Правильные ответы 1 и 2
#
173
Укажите поэтапное лечение РТМ II стадии по FIGO (T2N0M0)
Лучевая терапия + гормональная терапия
Гормональная терапия + расширенная экстирпация матки с придатками, верхней третью влагалища и лимфотическими узлами таза по методу Вертгейма + лучевая терапия
Лучевая терапия + экстирпация матки с придатками + гормональная терапия
Все ответы верные
Правильные ответы 1 и 2.
#
174
При РТМ первыми поражаются лимфотические узлы:
подздошные
подключичные
подмышечные
поясничные
парастеральные
#
175
РТМ I стадии T1bN0M0
Полость матки до 8 см
Полость матки более 8 см
Полость матки более 8 см с поражением верхней трети шейки матки
Все верно
#
176
Регионарными лимфоузлами первого этапа метастазирования при раке шейки матки являются: 1) запирательные, 2) наружные и внутренние подвздошные, 3) общие подвздошные, 4) парааортальные, 5) паховые
Все ответы правильные
Правильные все, кроме 5)
Правильные все, кроме 4) и 5)
Правильные все, кроме 1) и 3)
Правильные все, кроме 1) и 2)
#
176
Чаще РЭ локализуется:
В трубных углах матки
В области дна
На теле
Верно 1 и 3

#
177
Гормональная терапия противопоказана при РЭ, если имеются:
Миома матки, превышающая размеры 12недельной беременности и/или с субмукозными узлами
Острое воспалительное заболевание внутренних половых органов
Увеличение придатков матки неясного генеза
Все верно
#
178
К РЭ относится:
Аденоакантома эндометрия
Железистая гиперплазия эндометрия
Атипичическая гиперплазия эндометрия
Все верно
#
179
Рак шейки матки чаще всего возникает:
У внутреннего зева
У границы плоского и цилиндрического эпителиев
На влажной порции шейки матки
В железах шейки матки
Правильные ответы 1 и 4.
#
180
Распространение РШМ происходит чаще:
Лимфогенным путем
Гематогенным путем
Все верно
#
181
К ранним формам рака шейки матки относятся:
Дисплазия
Интраэпителиальный рак
1а стадия
1б стадия
Правильные ответы 2 и 3
#
182
Основным методом лечения при РВ является:
Хирургическое лечение
Хирургическое лечение + лучевая терапия
Лучевая терапия
Гормональная терапия
Все перечисленное
#
183
Простую "кожную" вульвактомию применяют при следующих поражениях. кроме:
Болезнь Педжета вульвы

Лейкоплакия Кейра
Злокачественная меланома вульвы
Все верно
Правильные ответы 1 и 2
#
184
HPV-16 И HPV-18 вызывает преимущественно рак :
Рак шейки
Рак влагалища
Рак вульвы
Рак матки
#
185
Что является показателем чувствительности РЭ к лечению прогестагенами:
Высокий уровень содержания рецепторов прогестерона
Низкий уровень содержания рецепторов прогестерона
Высокий уровень содержания рецепторов эстрогена
Отсутствие в крови прогестерона
#
186
Истинным предраком вульвы является:
Лейкоплакия
Дисплазия
Крауроз
Все верно
#
187
Больная Н., 40 лет жалуется на болезненные язвы , гнойные выделения, опухоль, раздражение вульвы, дискомфорт, зуд и кровянистые выделения. Для рака какой локализации характерны данные симптомы.
РВл
РВ
РШМ
#
188
У женщины 39 лет выявлен интраэпителиальный рак шейки матки и беременность 8 недель. Тактика предусматривает:
Наблюдение
Выскабливание матки + конизацию шейки матки через 1-1,5 мес.
Экстирпацию матки с придатками
Выскабливание матки + операцию - экстирпацию матки с придатками.
#
189
При классификации рака шейки матки по системе TNM группировка символов T1aN1Mo обозначает стадию:
Ia стадию
Iб стадию
II стадию

III стадию
#
190
У больной 48 лет выявлен интраэпителиальный рак шейки матки и беременность 8 недель. Наиболее целесообразно применить у данной больной:
Конизацию шейки матки
Криодеструкцию
Экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками
#
191
У больной 50 лет выявлен интраэпителиальный рак шейки матки. Ей наиболее целесообразно применить:
Конизацию шейки матки
Криодеструкцию
Экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками
#
192
У больной 55 лет выявлен интраэпителиальный рак цервикального канала. Из сопутствующих заболеваний у больной выявлены ИБС и ожирение 3 степени. Наиболее целесообразно выполнить:
Конизацию шейки матки
Криодеструкцию
Экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками
#
193
При выборе тактики лечения больной раком шейки матки следует учитывать:
Возраст больной
Локализацию опухоли и степень распространенности процесса
Гистологическую структуру опухоли
Сопутствующие заболевания
Все перечисленное
#
194
При расширенной экстирпации матки с придатками удаляются все перечисленные лимфоузлы, кроме:
Параметральных
Запирательных
С наружной и внутренней подвздошных артерий
С общей подвздошной
Парааортальных
#
195
У больной 35 лет выявлен микроинвазивный рак шейки матки с инвазией опухоли до 3 мм и диаметр опухоли до 2 см. Тактика предусматривает:
Конизацию шейки матки
Криодеструкцию

Экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки без придатков
#
196
У больной 40 лет выявлен микроинвазивный рак шейки матки до 3 мм и беременность 8 недель. Тактика лечения включает:
Ампутацию шейки матки после прерывания беременности
Прерывание беременности +экстирпацию матки в придатками
Экстирпацию матки без придатков
Расширенную экстирпацию матки без придатков
#
197
У больной 32 лет выявлен микроинвазивный рак шейки матки (инвазия 3 мм) и беременность 37 недель. Оптимальная тактика:
Кесарево сечение + расширенная экстирпация матки с придатками
Кесарево сечение + экстирпация матки с придатками
Кесарево сечение + экстирпация матки без придатков
Кесарево сечение + конизация шейки матки
#
198
У больной 48 лет выявлена аденокарцинома цервикального канала 1б стадии. Соматически не отягощена. Тактика лечения сводится:
К расширенной экстирпации матки с придатками
К сочетанному лучевому лечению
К комбинированному лечению с предоперационным облучением
К комбинированному лечению с послеоперационным облучением.
#
199
У больной 50 лет выявлен микроинвазивный рак шейки матки инвазия 3 мм. Тактика лечения включает:
Экстирпацию матки без придатков
Экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками
Ампутацию шейки матки
#
200
У больной 42 лет выявлен рак шейки матки 1 б стадии. Из сопутствующих заболеваний - хронический воспалительный процесс матки с частыми обострениями. Тактика лечения включает:
Расширенную экстирпацию матки с придатками
Облучение + расширенную экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками + облучение
Сочетанное лучевое лечение
#
201
У больной 38 лет выявлен рак шейки матки 2а стадии (поражение только сводов влагалища). Тактика лечения включает:

Расширенную экстирпацию матки с придатками
Облучение + расширенную экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками + облучение
Сочетанное лучевое лечение
#
202
У больной 56 лет выявлен рак шейки матки 2 а стадии с поражением только сводов влагалища. Соматически отягощена - ожирение. Тактика лечения включает:
Расширенную экстирпацию матки с придатками
Расширенную экстирпацию матки с придатками + облучение
Облучение + расширенную экстирпацию матки с придатками
Сочетанное лучевое лечение
#
203
У больной 45 лет выявлен рак шейки матки 2-ая стадия (с поражением сводов влагалища и параметральными инфильтратами). Ей следует выполнить:
Расширенную экстирпацию матки с придатками
Облучение + операция (расширенную экстирпацию матки с придатками)
Операция + облучение
Сочетанное лучевое лечение
#
204
У женщины 30 лет выявлен рак шейки матки 3б стадии и беременность 6 недель. Тактика лечения предусматривает:
Расширенную экстирпацию матки с придатками с предоперационным облучением
Расширенную экстирпацию матки с придатками с послеоперационным облучением
Сочетанное лучевое лечение (при наружном облучении происходит выкидыш, ревизия матки и продолжение облучения)
Прерывание беременности + сочетанное лучевое лечение.
Операция Вертгейма с последующей лучевой терапией
Удаление придатков матки с последующей сочетанной лучевой терапией
Сочетанную лучевую терапию
Любой из перечисленных методов
#
205
К предракам нижней губы относятся: 1) очаговый и диффузный гиперкератоз, 2) абразивный хейлит Манганноти, 3) лейкоплакия, 4) кожный рог, 5) кератоакантома, 6) эритроплакия, 7) папиллома:
Правильно все перечисленное
Правильно все перечисленное, кроме 5), 6)
Правильно все перечисленное, кроме 1), 2), 6)
Правильно все перечисленное, кроме 3), 5), 6)
Правильно все перечисленное, кроме 2), 3), 4)
#
206
Частота рака нижней губы имеет:
Тенденцию к увеличению
Остается на том же уровне
Тенденцию к уменьшению

#
207
К факторам, оказывающим влияние на возникновение рака нижней губы, относятся: 1) Курение, 2) Травма, 3) Контакт с мышьяковистыми соединениями, 4) Лучистая энергия, 5) Климатические условия, 6) Эндогенные факторы:
Правильно все, кроме 2), 3)
Правильно все, кроме 5), 6)
Правильно все, кроме 2). 4)
Правильно все, кроме 2),4). 6)
Правильно все
#
208
Криодеструкция первичной опухоли нижней губы может применяться:
При I стадии
При IIa стадии
При IIб стадии
При рецидиве опухоли
При всех перечисленных стадиях
#
209
Операцию Ванаса превентивно целесообразно выполнять при раке нижней губы:
IIб стадии
IIIб стадии
IVa стадии
IVб стадии
Все ответы правильные
#
210
У больного 70 лет рак нижней губы IIa стадии. Наиболее целесообразный метод лечения:
Близкофокусная рентгенотерапия
Внутритканевая гамматерапия
Облучение электронами 4-6 МЭВ
Контактная аппликационная гамматерапия на шланговом аппарате
Все ответы правильные
#
211
Близкофокусная рентгенотерапия может быть применена как самостоятельный радикальный метод лечения при раке нижней губы:
I стадии
IIa стадии
IIIa стадии
При всех стадиях
Правильные ответы 1 и 2
#
212
Радикальная лучевая терапия рака нижней губы IIIa стадии возможна с помощью:
Близкофокусной рентгенотерапии
Дистанционной гамматерапии
Облучение электронами

Все ответы правильные
Правильные ответы 2 и 3
#
213
Лучевая терапия регионарных метастазов рака нижней губы используется:
Как самостоятельный радикальный метод
Как этап комбинированного лечения
Как паллиативный метод лечения
Правильно 1 и 2
Правильные ответы 2 и 3
#
214
Показаниями к химиотерапии у больных злокачественными опухолями головы и шеи являются:
Местные неоперабельные рецидивы
Отдаленные метастазы
Низкодифференцированные опухоли
Все перечисленное
Только 1 и 2
#
215
Адьювантная химиотерапия применяется:
При раке щитовидной железы
При плоскоклеточных опухолях головы и шеи
При раке гортани
Показания для адьювантной химиотерапии не разработаны
#
216
При опухолях головы и шеи в настоящее время считается наиболее эффективной:
Системная химиотерапия
Регионарная внутриаартериальная инфузия
Эндолимфатическое введение
Все методы одинаково эффективны
#
217
Одной из наиболее эффективных схем применения химиопрепаратов при опухолях головы и шеи является:
Платидиам+5-фторурацил (инфузия)
Оливомицин + циклофосфан
Винбластин + блеомицин
Циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил
#
218
Химиотерапия при опухолях головы и шеи может применяться:
До лучевой терапии
Одновременно с лучевой терапией
После лучевой терапии
Верно 1 и 2

Все ответы верные
#
219
Эффективность наиболее активных цитостатиков при плоскоклеточном раке головы и шеи (метотрексат, платидиам, 5-фторурацил) в монокимиотерапии составляет:
4-5%
15-30%
50-60%
80-90%
Более 90%
#
220
Сочетание платидиама с лучевой терапией при опухолях головы и шеи:
Не улучшает результата
Улучшает результат лечения
Улучшения незначительные
Отмечается значительное улучшение (70% излеченных)
#
221
Заболеваемость раком слизистой полости рта в РФ:
Снижается
Стабильная
Повышается
#
222
Наибольшая частота рака слизистой полости рта отмечается:
В государствах Балтии
В средней полосе России
В Узбекистане
В Сибири
#
223
Наиболее частой морфологической формой злокачественных опухолей слизистой полости рта является:
Плоскоклеточный рак
Саркома
Мукоэпидермоидная опухоль
Цилиндрома
Недифференцированный рак
#
224
Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является:
Язык
Дно полости рта
Слизистая щеки
Слизистая мягкого неба

Слизистая альвеолярного отростка челюсти
#
225
Наиболее часто рак слизистой оболочки полости рта метастазирует в регионарные лимфатические узлы при локализации:
В подвижной части языка
В корне языка
В мягком и твердом небе
#
226
Превентивное фасциально-фузлярное иссечение клетчатки шеи оправдано:
При раке подвижной части языка Ia стадии
При раке подвижной части языка IIa стадии
При раке корня языка IIa стадии
При раке слизистой дна полости рта IIa стадии
#
227
При наличии у больного меланомы слизистой мягкого неба предпочтительнее проводить:
Хирургическое лечение
Лучевое лечение
Химиотерапию
Химиолучевое лечение
Комбинированное лечение (операция и лучевая терапия)
#
228
Лучевая терапия в лечении рака слизистой полости рта может быть применена:
Как самостоятельный радикальный метод лечения
Как паллиативный метод
Как этап комбинированного лечения
Правильные ответы 2 и 3
Все ответы правильные
#
229
У больного 55 лет рак IIa стадии боковой поверхности языка в средней трети. Среди вариантов лучевой терапии наиболее предпочтительна:
Дистанционная гамма терапия
Внутриканевая лучевая терапия
Сочетанная лучевая терапия
Правильные ответы 2 и 3
Правильные ответы 1 и 2
#
230
Превентивное облучение регионарных зон (лимфоузлов шеи) при раке языка требует подведения суммарных доз:
30 Гр
45-50 Гр
60 Гр
Правильного ответа нет
#
231

Среди злокачественных опухолей слюнных желез наиболее часто встречается:
Аденокарцинома
Плоскоклеточный рак
Рак из смешанных опухолей
Мелкоэпидермоидная опухоль
Цистаденокарцинома
#
232
Для установления диагноза злокачественной опухоли слюнной железы необходимо выполнить:
Сиалографию
Биопсию с морфологическим исследованием
Компьютерную томографию
Ангиографию
#
233
У больного 60 лет рак околоушной слюнной железы IIa стадии. Наиболее целесообразным методом лечения является:
Комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
Комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией
Сочетанная лучевая терапия
Только хирургическое лечение
#
234
При метастазах в легкие цилиндры околоушной слюнной железы наиболее эффективна следующая схема химиотерапевтического лечения:
САР (циклофосфан + адриамицин + платинидин)
СМФ (циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил)
Блеомицин + винбластин
Оливомицин + циклофосфан
#
235
К одонтогенным образованиям нижней челюсти относятся: 1) Амелобластома, 2) Одонтома, 3) Адамантинома, 4) Хондрома, 5) Одонтогенная фиброма, 6) Остеома, 7) Остеокластобластома, 8) Остеоид-остеома, 9) Рак челюсти
Правильно 1,3,5,8
Правильно 1,2,4,7,9
Правильно 1,2,3,4,9
Правильно 1,4,9
Все ответы правильные.
#
236
В полости носа из перечисленных злокачественных опухолей встречаются: 1) Аденокарцинома, 2) Плоскоклеточный рак, 3) Мякотканная саркома, 4) Меланома, 5) Цилиндрома, 6) Эстезионробластома
Все перечисленное.
Все перечисленное кроме 1,5
Все перечисленное кроме 1,3,5
Все перечисленное кроме 3,4,6
Все перечисленное кроме 4,5,6
#

237
У больного 65 лет плоскоклеточный рак нижней носовой раковины 1 стадии. Из методов лучевой терапии ему наиболее целесообразна:
Дистанционная У-терапия.
Внутритканевая лучевая терапия.
Внутриполостная лучевая терапия.
Сочетанная лучевая терапия (дистанционная У-терапия + внутриполостная лучевая терапия).
#
238
Среди новообразований носоглотки встречаются следующие опухоли эпителиальной природы: 1) Аденома, 2) Ангиома, 3) Краниофарингиома, 4) Папиллома, 5) Кератома, 6) Невринома
Все перечисленное.
Все перечисленное кроме 6
Все перечисленное кроме 1,2
Все перечисленное кроме 1,4,6
Все перечисленное кроме 2,3,5,6
#
239
К новообразованиям носоглотки неэпителиальной природы относится: 1) Аденома, 2) Ангиома, 3) Краниофарингиома, 4) Папиллома, 5) Кератома, 6) Невринома
Правильно 1,4,6
Правильно 2,3,4,5
Правильно 3,4,5,6
Правильно 2,3,5,6
#
240
Лучевая терапия при опухолях носоглотки используется:
Как радикальный метод лечения
Как паллиативный метод лечения
В комбинации с хирургическим лечением
Правильно 1 и 2
Правильно 2 и 3
#
241
Облучение регионарных зон при лучевой терапии рака носоглотки:
Обязательно во всех случаях
Проводится только при верификации метастазов в лимфатических узлах шеи
Проводится только при подозрении на наличие метастазов в лимфатических узлах шеи
Облучение регионарных зон нецелесообразно
Правильные ответы 2 и 3
#
242
Наиболее радиочувствительной среди опухолей носоглотки является:
Плоскоклеточный ороговевающий рак
Плоскоклеточный рак с высокой степенью лимфатической инфильтрации
Лимфосаркома
Правильные ответы 1 и 2
Правильные ответы 2 и 3

#
243
Для лечения рака носоглотки наиболее целесообразен:
Хирургический метод
Лучевой метод
Химиотерапия
Комбинированный (хирургический + лучевая терапия)
#
244
У больного 65 лет плоскоклеточный низкодифференцированный рак корня языка T3N2M0. Наиболее целесообразным методом лечения является:
Резекция языка в сочетании с операцией Крайля
Сочетанная лучевая терапия
Дистанционное облучение языка и регионарных зон в сочетании с локальной гипертермией
Внутриклеточная лучевая терапия
#
245
При раке гортани эффективны следующие химиопрепараты:
Метотрексат
Проспидин
Блеомицин
Верные ответы 1 и 2
Все перечисленное
#
246
Профилактическая химиотерапия применяется:
При раке гортани
При раке щитовидной железы
При злокачественной цилиндроме
Правильного ответа нет
#
247
У больного 43 лет плоскоклеточный неороговевающий рак гортани 1а стадии с поражением левой гортанной складки. Ему следует:
Провести самостоятельную дистанционную лучевую терапию
Провести боковую резекцию гортани с предоперационной лучевой терапией
Провести боковую резекцию гортани с послеоперационной лучевой терапией
Выполнить ларингэктомию
#
248
У больного 60 лет плоскоклеточный неороговевающий рак гортани IIIa стадии, инфильтративная форма с явлениями перихондрита. Ему необходимо:
Ларингэктомию
Комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
Комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией
Самостоятельный полный курс лучевой терапии по радикальной программе

#
249
Больному 45 лет по поводу плоскоклеточного рака гортани IIIa стадии с преимущественно экзофитной формой роста проведено предоперационное облучение в дозе 40 Гр. Через 2 недели отмечено клинически практически полное исчезновение опухоли. Ему следует:
Выполнить резекцию гортани
Выполнить ларингэктомию
Продолжить лучевую терапию по радикальной программе
Наблюдать
#
250
Заболеваемость раком щитовидной железы в СНГ за последние годы:
Снижается
Остается на том же уровне
Растет
#
251
К наиболее часто встречающимся морфологическим формам рака щитовидной железы относятся:
Папиллярная аденокарцинома
Фолликулярная аденокарцинома
Медуллярный рак
Недифференцированный рак
#
252
Медуллярный рак щитовидной железы развивается:
Из А-клеток
Из В-клеток
Из С-клеток
Из любой вышеуказанной
#
253
Частота высокодифференцированных аденокарцином щитовидной железы составляет:
10%
20%
50%
70%
#
254
Частота медуллярного рака щитовидной железы составляет:
10%
20%
50%
70%
#
255

Под понятием "скрытый" рак щитовидной железы подразумевают:
Наличие малых размеров опухоли щитовидной железы без клинических ее проявлений
Наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи без клинических признаков первичной опухоли
Наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи
Все ответы правильные
#
256
Частота регионарного метастазирования рака щитовидной железы составляет:
От 10 до 20 %
От 25 до 35 %
От 40 до 50 %
От 60 до 80 %
#
257
Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются:
Лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены
Надключичные
Паратрахеальные
Претрахеальные
Загрудинные
#
258
Для медуллярного рака щитовидной железы характерно:
Наличие плотных "каменистых" узлов в щитовидной железе
Диарея
Синдром Уиппла
Все вышеперечисленные
#
259
Этиологическими моментами в развитии рака щитовидной железы следует считать:
Наличие неопластических процессов в ткани щитовидной железы
Ионизирующее излучение
Длительную стимуляцию организма повышенным содержанием тиреотропного гормона
Все вышеперечисленное
#
260
Минимальным объемом хирургического вмешательства при раке щитовидной железы следует считать:
Энуклеацию узла
Резекцию доли
Гемитиреоидэктомию
Гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка
Субтотальную резекцию щитовидной железы
#
261
У больного 55 лет медуллярный рак щитовидной железы T3N1 M0. Ему наиболее целесообразно:

Выполнить тиреоидэктомию с фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи
Провести комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией на 1 этапе с последующей тиреоидэктомией и фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи
Провести комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией с последующим лечением радиоактивным йодом
Провести самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе
#
262
У больного 50 лет папиллярный рак щитовидной железы T2N0M0 с локализацией в правой доле. Ей следует:
Выполнять субтотальную резекцию
Провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
Провести комбинированное лечение с послеоперационной терапией
Провести самостоятельную лучевую терапию
#
263
Больному 55 лет, произведена гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка по поводу аденоматоза щитовидной железы. В двух узлах - фолликулярная аденома. В 1-м (размером в 1 см) -папиллярный рак. Ему следует назначить:
Повторную операцию - в объеме тиреоидэктомии
Профилактическую лучевую терапию
Профилактическую химиотерапию
Лечение радиоактивным йодом
Наблюдение
#
264
Показаниями для химиотерапии рака щитовидной железы могут быть:
Неоперабельная недифференцированная форма рака
Быстрорастущая рецидивная опухоль
Метастазы в отдаленные органы
Все перечисленное
Только 2 и 5
#
265
Наиболее эффективным химиотерапевтическим препаратом при раке щитовидной железы является:
Адриаомицин
Циклофосфан
Блеомицин
Метотрексат
Тио-ГЭФ
#
266
Эффективность адриамицина при раке щитовидной железы составляет:
5-10%
25-30%
55-60%
70-75%
90-95%
#
267

Химиотерапия наиболее эффективна:
При папиллярном раке щитовидной железы
При фолликулярном раке щитовидной железы
При низкодифференцированном раке щитовидной железы
Эффективность не зависит от морфологической структуры
#
268
У больного 47 лет неоперабельная хемодектома шеи. Ему следует:
Провести дистанционную лучевую терапию по радикальной программе
Провести дистанционную лучевую терапию с паллиативной целью
Провести сочетанную лучевую терапию
Симптоматическое лечение
#
269
Частота внеорганных опухолей среди всех новообразований шеи составляет:
От 3 до 5%
От 20 до 25%
От 30 до 40%
От 50 до 60%
#
270
Частота злокачественных опухолей среди внеорганных новообразований шеи составляет:
От 10 до 15%
От 30 до 35%
От 40 до 50%
Свыше 50%
#
271
Условиями для постановки диагноза "бронхиогенный рак" следует считать:
Локализацию опухоли в верхней трети шеи, боковой ее поверхности
Наличие клеток плоскоклеточного рака при морфологическом исследовании
Отсутствие другого первичного рака в течение трех лет после удаления опухоли на шеи
Все выше перечисленное
#
272
К дисэмбриональным опухолям шеи следует отнести:
Хемодектому
Хордому
Бронхиогенный рак
Менингиому
Правильные ответы 2 и 3
#
273
К внеорганным опухолям, представителям APUD-системы, относятся:
Бронхиогенный рак

Хемодектома
Медуллярный рак щитовидной железы
Хордома
#
274
При локализации опухоли в переднебоковом парафарингеальном пространстве в первую очередь следует исключить новообразования:
Эпителиальной природы
Нейрогенной природы
Метастазы рака
Все перечисленные
#
275
При локализации опухоли в заднебоковом парафарингеальном пространстве в первую очередь следует исключить новообразования:
Эпителиальной природы
Нейрогенной природы
Мезенхимальной природы
Метастазы рака
#
276
Ведущим методом лечения внеорганных опухолей шеи является:
Хирургический
Лучевой
Химиотерапия
Комбинированный
#
277
Типичным хирургическим доступом к парафарингеальным новообразованиям является:
Наружный шейный доступ
Чрезротовой
Комбинированный
#
278
Ведущим методом в диагностике хемодектом шеи является:
Компьютерная томография
Ультразвуковая томография
Ангиография
#
279
Наиболее часто злокачественные опухоли слюнной железы представлены:
Аденокарциномой
Плоскоклеточным раком
Раком из смешанных опухолей
Мелкоэпидермоидной опухолью
Цистаденокарциномой

#
280
Для установления диагноза злокачественной опухоли слюнных желез необходимо выполнить:
Сиалографию
Пункцию опухоли с последующим цитологическим исследованием
Компьютерную томографию
Ангиографию
#
281
У больного 60 лет рак околоушной слюнной железы IIa стадии. Какой вариант лечения предпочтителен:
Комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией
Комбинированное лечение с послеоперационной дистанционной лучевой терапией
Сочетанная лучевая терапия
Только хирургическое лечение
#
282
При метастазах в легкие цилиндрами околоушной слюнной железы наиболее эффективна следующая схема:
САР (циклофосфан, адриамицин, платинидин)
СМФ (циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил)
Блеомицин + винбластин
Оливомицин + циклофосфан
#
283
Уточняющим методом распространенности опухолей уха является:
Рентгенотомография
Компьютерная томография
Ангиография
#
284
Рак желудка наиболее часто развивается в возрасте?
От 21 года до 50 лет
От 51 года до 70 лет
Старше 70 лет
#
285
Рак, развивающийся на фоне гастрита, чаще всего локализуется?
В кардиальном отделе
В теле желудка
В выходном отделе желудка
В области привратника
#
286

Для возникновения рака желудка не имеет значения?
Избыточное потребление поваренной соли
Количество потребляемой клетчатки
Инфицирование желудка бактериальной флорой
Особенности кулинарной обработки продуктов
#
287
Наиболее поздно проявляется клинически рак?
Тела желудка
Субкардиального отдела
Кардиального отдела
Пилорического канала
#
288
Дисплазию эпителия желудка обнаруживают?
При рентгенологическом исследовании
При осмотре слизистой через гастроскоп
При цитологическом или гистологическом исследовании
#
289
Какое из перечисленных заболеваний не является предраком желудка?
Хронический атрофический гастрит
Язвенная болезнь желудка
Гиперпластические полипы желудка
Аденоматозные полипы желудка
#
290
Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка?
Рентгенологический
Эндоскопический с биопсией
Исследование кала на скрытую кровь
Исследование желудочного сока с гистамином
#
291
Какая форма рака желудка наиболее медленнее растет, реже и позже метастазирует?
Экзофитный
Инфильтративный
Блюдцеобразный
Язвенно-инфильтративный
#
292
По гистологическому строению рак желудка чаще всего является?
Аденокарциномой
Плоскоклеточным раком
Смешанным железисто-плоскоклеточным раком

Все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой
#
293
Рак желудка чаще метастазирует в ?
Легкие
Печень
Надключичные лимфатические узлы
Кости
#
294
Признаками неоперабельности рака желудка являются?
Размер опухоли более 10 см
Прорастание всех слоев стенки желудка
Множественные уплотненные лимфоузлы с большого и малого сальника
Множественные метастазы в печень
#
295
Выберите основные методы верификации рака желудка
УЗИ
Лапароскопия
Термография
Фиброгастроскопия с биопсией
#
296
Наибольшая вероятность малигнизации полипа желудка при диаметре?
0,5 см
1 см
2 см
3 см
#
297
Метастаз Крукенберга при раке желудка локализуется?
В пупок
В Дугласово пространство
В надключичный лимфоузел
В яичники
#
298
Метастаз Вирхова при раке желудка это?
В пупок
В Дугласово пространство
В надключичный лимфоузел
В яичники

#
299
Метастаз Шницлера при раке желудка это?
В пупок
В Дугласово пространство
В надключичный лимфоузел
В яичники
#
300
Толстокишечная непроходимость чаще всего бывает обусловлена?
Каловыми камнями
Раком
Паховой грыжей
#
301
Основной гистологической формой рака толстой кишки является?
перстневидноклеточный (слизистый)
плоскоклеточный
аденокарцинома
недифференцированный
#
302
Дифференциальная диагностика рака ободочной кишки?
с полипозом ободочной кишки
с неспецифическим язвенным колитом
с инвагинацией
со всеми перечисленными заболеваниями
#
303
Большую склонность к малигнизации и имеют полипы прямой кишки?
гиперпластические
ворсинчатые
аденоматозные
множественные аденоматозные
#
304
К облигатным предракам ободочной кишки относятся?
ювенильные полипы
одиночный полип прямой кишки
регионарный энтерит
диффузный семейный полипоз

#
305
Симптомами энтероколитической формы рака толстой кишки являются?
неустойчивый стул
распирание, вздутие и урчание в кишечнике
расстройство акта дефекации
все перечисленное
#
306
Осложнением рака ободочной кишки может быть все, кроме?
перфорации опухоли
острой кишечной непроходимости
кровотечения
токсического панкреатита
#
307
Излюбленной локализацией гематогенных метастазов рака толстой кишки являются?
легкие
кости
печень
надпочечники
#
308
Основным путем метастазирования рака толстого кишечника является?
лимфогенный
гематогенный
имплантационный
все перечисленные варианты метастазирования встречаются примерно с одинаковой частотой
#
309
Рак ободочной кишки наиболее часто локализуется?
в слепой кишке
в восходящем отделе
в поперечно - ободочной кишке
в сигмовидной кишке
#
310
Появление вдавления на поверхности плотного калового столбика наиболее характерно для?
спастического колита
геморроя
рака прямой кишки
полипа

#
311
Наиболее характерным симптомом рака прямой кишки является?
запор
слизь в каловых массах
кровь в каловых массах
слабость, похудание, снижение аппетита
#
312
Выбор метода хирургического вмешательства при раке ободочной кишки не зависит?
от гистологического строения
от наличия осложнений
от общего состояния больного
от наличия метастазов
#
313
Наличие анемии в пожилом возрасте наиболее характерно для рака?
восходящей половины ободочной кишки
нисходящей половины ободочной кишки
слепой кишки
сигмовидной кишки
#
314
К группам риска развития первичного рака печени из перечисленных следует относить?
носителей вируса гепатита В
наличие цирроза печени
употребление в пищу продуктов, поражённых афлатоксином
поражение описторхозом
всё вышеперечисленное
#
315
Первичный рак печени метастазирует?
гематогенно
лимфогенно
внутриорганно
встречают все перечисленные виды метастазирования
#
316
При первичном раке печени отдалённые метастазы чаще встречаются?
в костях
в забрюшинных лимфатических узлах
в лёгких
в головном мозге
#

317
Наиболее достоверным методом, позволяющим диагностировать опухоли печени, является?
ультразвуковое исследование
компьютерная томография
ангиография
лапароскопия
все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью
#
318
Метастатическое поражение печени часто наблюдают при локализации первичной опухоли?
в органах желудочно-кишечного тракта
в лёгких
в молочной железе
в женских половых органах
при всех перечисленных локализациях первичной опухоли
#
319
Среди злокачественных новообразований печени преобладают?
первичный рак
метастазы
саркомы
все перечисленные встречаются примерно с одинаковой частотой
первичный рак
#
320
Основным фактором, способствующим возникновению гепатоцеллюлярного рака печени, является?
носительство вируса гепатита А
носительство вируса гепатита В
хронический описторхоз
загрязнение пищи афлатоксинами
носительство вируса гепатита А
#
321
Наиболее частая жалоба больных первичным раком печени?
похудание
общая слабость
боль в правом подреберье
желтуха
повышение температуры
#
322
Наиболее частый объективный признак при раке печени?
лихорадка
желтушность кожи
симптомы портальной гипертензии
гепатомегалия
симптом Курвуазье
#
323

Лучевая терапия у больных первичным раком печени?
является одним из ведущих методов радикального лечения
применяется с паллиативной целью
применяется с симптоматической целью
применяется в исключительных случаях
#
324
Рак поджелудочной железы встречаются чаще у?
мужчин
женщин
с одинаковой частотой у лиц того и другого пола
#
325
Рак поджелудочной железы чаще поражает?
головку
тело
хвост
с одинаковой частотой поражает все отделы
#
326
Типичны для рака поджелудочной железы?
аденокарцинома
плоскоклеточный рак
анапластический рак
#
327
Каловые массы при желтухе на почве рака поджелудочной железы?
обычного цвета
тёмно-коричневого цвета
обесцвечены
закономерности не существует
#
328
Цвет мочи при желтухе на почве рака поджелудочной железы?
светло-жёлтый
тёмно-коричневый
моча обесцвечена
закономерности не существует
#
329
Симптом Курвуазье характерен для?
хронического гепатита
калькулёзного холецистита
рака головки поджелудочной железы
хронического гепатита
рака жёлчного пузыря

#
330
Радикальным методом лечения рака поджелудочной железы является?
хирургическое вмешательство
лучевая терапия
химиотерапия
гормонотерапия
радикального лечения этой опухоли не существует
#
331
В каком лечении нуждается больной желтухой на почве запущенного рака головки поджелудочной железы?
симптоматическом
лучевой терапии
химиотерапии
наложении желчеотводящего анастомоза
паллиативной панкреатодуоденальной резекции
#
332
К поражениям хвоста поджелудочной железы относят опухоли, возникающие в зоне?
ограниченной левым краем аорты и воротами селезёнки;*
расположенной справа от левого края верхней мезентериальной вены;
ограниченной левым краем верхней мезентериальной вены и левым краем аорты
#
333
В каком лечении нуждается больной желтухой на почве запущенного рака головки поджелудочной железы?
симптоматическом
лучевой терапии
химиотерапии
наложении желчеотводящего анастомоза
паллиативной панкреатодуоденальной резекции
#

Ситуационные задачи по детской онкологии

Задача №1

Больной Т., 11 лет, болен с января 2008 года. Когда после травмы появились боли в левом коленном суставе; температура тела повысилась до 39,9 град. Консервативное противовоспалительное лечение, проведенное в поликлинике по месту жительства, эффекта не дало. Ребенок направлен в специализированное детское онкологическое отделение. При поступлении состояние удовлетворительное. Отмечаются некоторое увеличение объема левого коленного сустава, ограничение объема движений в нем. При рентгенологическом исследовании, проведенном 26.02.08 года в средней и нижней третях диафиза левого бедра выявлены мелкоочаговая деструкция кости, фрагментация коркового слоя, линейные и бахромчатые периостальные наслоения. Рентгенологическое заключение: подострый остеомиелит левой бедренной кости.

Задания

1. Предположительный диагноз.
 2. Необходимые методы исследования.
 3. Дифференциальный диагноз.
 4. Лечение и прогноз.
-

Задача №2

К врачу обратилась больная 18 лет, у которой на стопе имелся пигментный невус до 1 см, в виде узелка черно-серого цвета, эластической консистенции, с гладкой сухой поверхностью, без волос, не увеличивался, не тревожил.

Задания

1. Предположительный диагноз.
 2. Необходимые методы исследования.
 3. Дифференциальный диагноз.
 4. Лечение и прогноз.
-

Задача №3

Мальчик 4 лет поступил в детское отделение в связи с периодически возникавшей микро- и макрогематурией. Явления микрогематурии случайно обнаружены 2 месяца назад при исследовании мочи по поводу поступления в детский сад. В дальнейшем установлен стойкий характер микрогематурии и отмечены случаи макрогематурии. В отделении диагностирован нефрит (выявлено также повышенное артериальное давление) и начато активное лечение, включавшее физиотерапевтические процедуры на поясничную область. Однако состояние ребенка продолжало ухудшаться. При рентгенографии грудной клетки в правом легком обнаружена патологическая тень.

Задания

1. Предположительный диагноз.
2. Необходимые методы исследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение и прогноз.

Задача №4

Юноша 18 лет при падении с лестницы получил сильный ушиб бедра. В течение 3 недель держался кровоподтек. Через 3 месяца появилась тупая постоянная боль в бедре. Позднее стало прощупываться уплотнение. Врач сделал заключение: осумковавшаяся гематома, назначил физиопроцедуры. Эффекта не последовало. Выполнено рентгенологическое исследование: одиночный очаг поражения, секвестров нет, козырек Кодмана.

Задания

1. Предположительный диагноз.
 2. Необходимые методы исследования.
 3. Дифференциальный диагноз.
 4. Лечение и прогноз.
-

Задача №5

У мальчика 13 лет в детской поликлинике обнаружена опухоль Вильмса с одиночным метастазом в легкие.

Задания

1. Какой ведущий опорный симптом?
 2. Оцените стадию заболевания?
 3. Какую учетную документацию должен оформить педиатр?
 4. Какое лечение?
-

Задача № 6

Ребенок 14 лет, поступил с жалобами на увеличение шейных лимфатических узлов. Анамнез заболевания: 1 месяц назад у ребенка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Участковым педиатром поставлен диагноз: шейный лимфаденит. Больной получал антибактериальную терапию без эффекта, затем получил курс УВЧ-терапии, после чего отмечался прогрессивный рост лимфатических узлов, самочувствие ребенка ухудшилось. Периодически отмечаются подъемы температуры до 38,5С, сопровождающиеся ознобом, ребенка беспокоят обильные ночные поты, появился кашель, боли за грудиной, ребенок похудел.

При осмотре: обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером 5,0×7,0 см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером до 1,0-1,5 см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, безболезненные при пальпации. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Границы сердца расширены в поперечнике. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Нб 132 г/л, эр. $4,5 \times 10^{12}/л$, тромб. $495 \times 10^9/л$, лейкоц. $8,4 \times 10^9/л$, п/я 4%, с/я 72%, лимф. 20%, эоз. 1%, мон. 3%. СОЭ 37 мм/ч.
2. Пунктат шейного лимфатического узла: обнаружены клетки Березовского-Штернберга.
3. Рентгенограмма органов грудной клетки: расширение срединной тени за счет увеличенных внутригрудных лимфатических узлов.
4. УЗИ органов брюшной полости: печень, селезенка, поджелудочная железа однородной структуры. Увеличения лимфатических узлов в брюшной полости не обнаружено.
5. Миелограмма: костный мозг клеточный, бласты 0,2%, нейтрофильный росток 65%, эритроидный росток 21%, лимфоциты 8%, эозинофилы 6%, мегакариоциты 1 на 200 миелокариоцитов.

Задание:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
 2. Какие исследования необходимо провести для уточнения стадии и гистологического варианта заболевания?
 3. Какую стадию заболевания можно поставить на основании приведенных данных?
 4. Что включает в себя лечение данной патологии и от чего зависит его объем?
 5. Консультация какого специалиста и почему необходима на госпитальном этапе?
-

Задача № 7

Девочка 11 лет, поступила в отделение с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, повышение температуры, боли в ногах.

Анамнез заболевания: в течение последних 3-х месяцев девочка стала быстрее уставать, снизился аппетит. 2 недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Настоящее ухудшение состояния началось 10 дней назад, когда повысилась температура до 39,3 С, увеличились подчелюстные лимфатические узлы. В амбулаторном анализе крови выявлен гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$, девочка была госпитализирована.

При поступлении: состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации.

Кожа и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 1,5 см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,0 см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень +4,0 см, селезенка +2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига.

Данные обследования:

1. Анализ крови: Нб 62 г/л, эр. $1,9 \times 10^{12}/\text{л}$, тромб. единичные, лейкоц. $208 \times 10^9/\text{л}$, бласты 76%, п/я 1%, с/я 4%, лимф. 19%. СОЭ 64 мм/ч.
2. Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты 96%, нейтрофильный росток 3%, эритроидный росток 1%, мегакариоциты не найдены.
3. Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан – отрицательная.
4. Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.
5. В ликворе: цитоз $200/3$, белок 960 ммоль/л, Панди+++ , бласты 100%.

Задание:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
 2. Что явилось решающим в постановке Вашего диагноза?
 3. Какие методы исследования необходимо еще провести этому ребенку?
 4. Назовите основные этапы лечения данного заболевания.
 5. В какой экстренной терапии нуждается пациент?
-

Задача №8

К участковому педиатру обратилась мать ребёнка 10 лет с жалобами на слабость, утомляемость, плохой аппетит, выраженную потливость, кожный зуд, увеличение шейных, подмышечных лимфоузлов, периодические боли в животе. Данные симптомы появились примерно 1,5 месяца назад. Температура $37,2-37,5^{\circ}\text{C}$ в течение 2-х недель. За последние месяцы ребёнок заметно похудел.

При осмотре состояние удовлетворительное, в контакт вступает охотно. Кожа чистая, нормальной окраски. Увеличение шейных лимфатических узлов справа до 2-2,5 см, один узел – 3 см в диаметре. Подмышечные лимфатические узлы – 1,5-2 см. Лимфатические узлы плотно-эластичной консистенции, безболезненные, неспаяны между собой и с окружающими тканями.

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 94 в мин. АД – 110/60. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка выступает из под края рёберной дуги на 1 см, эластичная. Стул оформленный, ежедневно.

Клинический анализ крови : Hb - 120 г/л, RBC - $4,4 \times 10^{12}$, MCH – 27,3 пг, Ht – 40%, MCV – 90,9 фл, MCHC – 30,0 г/л, WBC – $8,9 \times 10^9$ /л, СОЭ 22 мм/ч, лейкоцитарная формула: л – 23%, п – 5%, с- 58%, э – 9%, м- 5%, PLT - 230×10^9 /л

Задание:

1. О каком заболевании можно думать?
 2. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
 3. Что делать с лимфатическими узлами?
 4. Какие заболевания следует включить в круг дифференциальной диагностики?
 5. Тактика лечения и дальнейшее наблюдение.
-

Задача №9

Мать ребенка 11 лет вызвала на дом участкового педиатра. Жалобы на слабость, повышенную утомляемость, головокружения в течение нескольких недель, повышение температуры до $37,4 - 38,5^{\circ}\text{C}$, нарастающую бледность кожных покровов. В последнее время ребёнок заметно похудел. В течение последних трёх дней появились обильные носовые кровотечения, множественные синяки на коже, мелкоточечные геморрагии. Семейный "геморрагический" анамнез не отягощен. У родственников по материнской линии – опухоли различной локализации. Ребёнок рос и развивался соответственно возрасту.

При осмотре обращает внимание множество дисэмбриогенетических стигм, дефицит массы тела. Кожа бледная, множественные экхимозы по всему телу, мелкоточечная геморрагическая сыпь. В носу геморрагические корочки. Зев гиперемирован, некротическая ангина. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 110 уд/мин. АД – 80/50 мм рт.ст.

Живот мягкий, живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка у края рёберной дуги. Срочно сделан анализ периферической крови.

Клинический анализ крови: Hb - 76 г/л, RBC - $2,49 \times 10^{12}$ /л, MCH – 30,5 пг, Ht – 24%, MCV – 96,4 фл, MCHC – 31,7 г/л, WBC – $3,1 \times 10^9$ /л, ретикулоциты -1%, СОЭ -35 мм/ч, лейкоцитарная формула: л - 71%, п/я - 1%, с/я - 15%, э - 1%, мон - 6%; тромбоциты 22×10^9 /л. Длительность кровотечения по Дюке – 12 мин.

Задания:

1. Обоснуйте ваш диагноз.
 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
 3. Нужно ли проводить дополнительные исследования на догоспитальном этапе?
 4. Тактика ведения больного.
-

Задача 10

У ребенка 2 лет, жалобы на увеличение живота в объеме, слабость, похудание, плохой аппетит. Объективно при УЗИ органов брюшной полости имеется огромная опухоль забрюшинного пространства справа размерами до 12-15 см. в диаметре, предположительно исходящая из правого надпочечника.

Задания:

1. Обоснуйте ваш диагноз.
 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
 3. Нужно ли проводить дополнительные исследования на догоспитальном этапе?
 4. Тактика ведения больного.
-

Задача 11

Ребенок 1 г. 9 мес. Жалобы матери на появление белого пятнышка в области левого глаза. Отмечает свечение на этом глазу в темноте.

Задания:

1. Обоснуйте ваш диагноз.
 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
 3. Какие исследования на догоспитальном этапе?
 4. Тактика ведения больного.
-

Задача 12

Ребенок 3 года. Мать отмечает жалобы на задержку мочи, мало мочи, болезненность при мочеиспускании. При УЗИ по месту жительства обнаружена опухоль в области дна мочевого пузыря со сдавлением устья правого мочеточника.

Задания:

1. Обоснуйте ваш диагноз.
 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
 3. Какие исследования на догоспитальном этапе?
 4. Тактика ведения больного.
-

Задача 13

Ребенок 8 лет. Жалуется на шаткость походки, рвоту и тошноту по утрам. Болен около 2 недель.

Задания:

1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации.
 2. Какие методы исследования необходимо еще провести этому ребенку?
 3. Назовите основные этапы лечения данного заболевания.
 4. Прогноз заболевания?
-

Задача 14

Ребенок, 4 года. Клинически выставлен диагноз опухоль Вильмса 3 стадия.

Задания

1. Какова дальнейшая тактика лечения?
 2. Какие химиопрепараты можно использовать?
 3. Нужна ли лучевая терапия?
 4. Прогноз болезни?
-

Задача 15.

Ребенок 3 года. Клинический диагноз: нейробластома с поражением шейных лимфоузлов. Гистологически верифицирован. Стадия 2-я.

1. Какова дальнейшая тактика лечения?
 2. Какие химиопрепараты можно использовать?
 3. Нужна ли лучевая терапия?
 4. Прогноз болезни?
-

Задача 16

Ребенок с огромной опухолью в животе, в правом подреберье. Опухолевый маркер – АФП уровень увеличен. Незначительная желтушность кожи.

1. Предположительный диагноз?
 2. Дифференциальный диагноз?
 3. Тактика обследования и лечения.
 4. Прогноз
-

Задача 17

Ребенок с гистологически верифицированной нейробластомой забрюшинного пространства 11 мес. В миелограмме – без патологии. Отдаленных метастазов нет.

Задания:

1. Стадия опухоли.
 2. Тактика обследования и лечения.
 3. Прогноз заболевания.
 4. Необходимость в сцинтиграфии костей?
-

Задача 18

Ребенок 14 лет. Гистологически – остеогенная саркома нижней трети правого бедра. В легких – солитарный метастаз в левом легком.

Задания

1. Тактика ведения первичной опухоли.
 2. Тактика ведения метастазов.
 3. Тактика хирургического вмешательства.
 4. Прогноз.
-

Задача 19

Ребенок 4 года. Жалобы на периодические носовые кровотечения, повышение температуры тела, увеличение шейных лимфоузлов, печени и селезенки. В периферической крови – анемия, тромбоцитопения и бласты 17%.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Методы исследования.
 3. Лечение
 4. Прогноз.
-

Задача 20

Девочка 12 лет. Жалобы на наличие опухолевидного образования в области живота. В анализе крови – умеренная анемия, ХГЧ высокий уровень, превышает в 3-4 раза.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Методы исследования.
 3. Лечение
 4. Прогноз.
-

Задача 21

Мальчик 3 года. Жалобы на наличие опухолевидного образования в области правого яичка. Опухоль плотной консистенции, безболезненная. АФП увеличен. Регионарные паховые лимфоузлы не увеличены.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Методы исследования.
 3. Лечение
 4. Прогноз.
-

Задача 22

Ребенок 9 лет. Жалобы на наличие опухоли в области шеи справа. Шейные лимфоузлы увеличены с обеих сторон. В анализах крови умеренный лейкоцитоз, ускоренное СОЭ. При пункции опухоли – злокачественные клетки.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Методы исследования.
 3. Лечение
 4. Прогноз.
-

Задача 23

Ребенок 11 лет, жалобы на припухлость в области коленного сустава, гиперемию, повышение температуры тела до 39-38 град., боли при сгибании разгибании. В крови – лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Методы исследования.
 3. Лечение
 4. Прогноз.
-

Задача 24.

Ребенок 15 лет, клинико-гематологически выставлен диагноз острого лимфобластного лейкоза. Находится в ремиссии.

Задания:

1. Дальнейшая тактика.
 2. Необходимость в трансплантации костного мозга?
 3. Может ребенок продолжать учебу в школе?
 4. Какие отдаленные последствия лечения могут быть?
-

Задача 25

Ребенок 2 года. Жалобы на наличие пигментного образования в области кожи волосистой части головы.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Тактика обследования.
 3. Лечение.
 4. Прогноз.
-

Задача 26

Ребенок 2 мес. Жалобы на наличие опухолевидного образования в области спины, больших размеров, до 8 см., темно-багрового цвета, несколько выступает над уровнем кожи, при плаче ребенка изменяет цвет.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Тактика обследования.
 3. Лечение.
 4. Прогноз.
-

Задача 27

Ребенок 2 года, мама жалуется на наличие опухоли в правой подмышечной области, отмечает появление опухоли после БЦЖ вакцины.

Задания:

1. Предположительный диагноз
 2. Тактика обследования.
 3. Лечение.
 4. Прогноз.
-

Задача 28

Ребенок 1 год 10 мес. Жалобы на наличие опухолевидного образования в области шеи, в подчелюстной области справа. Опухоль мягко-эластичной консистенции, размерами 3-4 см в диаметре, подвижное, безболезненное. На УЗИ – данные за новообразование кистозного характера, с нечеткими границами, в капсуле.

Задания

1. Предположительный диагноз
 2. Тактика обследования.
 3. Лечение.
 4. Прогноз.
-

Задача 29

Ребенок 10 лет. Жалобы на увеличение шейных лимфоузлов с одной стороны, позади кивательной мышцы, справа. Другие периферические лимфоузлы не увеличены. Пункция – клетки Березовского Штернберга. В легких – патологии нет. УЗИ брюшной полости – патологии нет.

Задания

1. Предположительный диагноз и стадия.
 2. Тактика обследования.
 3. Лечение.
 4. Прогноз.
-

Задача 30

Ребенок 2 года с верифицированной опухолью мягких тканей плеча в области верхней трети – рабдомиосаркома. Стадия 2.

Задания.

1. Тактика ведения и обследования.
 2. Тактика лечения.
 3. Необходимость в операции
 4. Препараты необходимые при рабдомиосаркоме.
-

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

ТЕМЫ ДОКЛАДОВ С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ:

1	Общие принципы диагностики и классификации злокачественных опухолей у детей. Основные принципы лечения рака.
2	Метастазирование в детской онкологии. Механизмы лимфогенного и гематогенного метастазирования. Частота метастазирования отдельных локализаций рака в различные органы
3	Особенности распространения рака кожи в Кыргызской Республике и Российской Федерации.
4	Опухоли кожи. Доброкачественные опухоли и предопухолевые заболевания.
5	Факторы риска возникновения и развития опухолей кожи.
6	Клинические проявления и диагностика. Классификация рака кожи. Методы лечения.
7	Саркома Капоши, ее связь с ВИЧ-инфекцией.
8	Опухоли головы и шеи у детей.
9	Ретинобластома, нейробластома орбиты, назофарингеальный рак.
10	Распространенность опухолей головного мозга у детей в мире, Кыргызской Республике и Российской Федерации.
11	Клинические проявления опухолей головного мозга у детей.
12	Факторы риска опухолей головного мозга у детей.
13	Различные схемы химиотерапии.
14	Таргетная терапия.
15	Острый лимфобластный лейкоз.
16	Острый миелобластный лейкоз.
17	Лимфома Ходжкина.
18	Неходжкинская лимфома.
19	Астроцитомы, глиомы головного мозга. Лечение. Роль и значение лучевой, химио- и иммунотерапии. Отдаленные результаты лечения. Факторы, влияющие на прогноз.
20	Рабдомиосаркома. Типичные локализации рабдомиосаркомы. Диагностика и лечение.
21	Саркомы костей. Остеогенная саркома. Метастазирование остеосаркомы. Лечение больных по протоколу.
22	Саркома Юинга. Варианты органосохранного лечения. Роль химиотерапии и лучевой терапии.
23	Рак яичка, тератобластома яичка у мальчиков. Опухолевые маркеры в диагностике рака яичка. Клиника, диагностика и лечение.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ:

1	Факторы, влияющие на возникновение и развитие опухолей у детей.
2	Механизмы канцерогенеза. Патогенез клинических симптомов при опухолях у детей.
3	Современные теории возникновения и развития рака.
4	Пигментные новообразования и меланома кожи у детей.
5	Эпидемиология, клинические проявления, диагностика и лечение. Морфологическая классификация меланом. Стадии меланоме.
6	Рак щитовидной железы.
7	Классификация опухолей головного мозга.
8	Острые лейкозы у детей: распространенность, факторы риска, клиника, диагностика, лечение (лекарственное)
9	Острый лимфобластный лейкоз.
10	Острый миелобластный лейкоз.
11	Лимфома Ходжкина.
12	Неходжкинская лимфома.
13	Медуллобластома. Клинические проявления болезни. Возможности ранней диагностики. Классификация по системе TNM и стадиям.
14	Нейробластома орбиты, шеи и средостения. Клинические проявления болезни. Возможности ранней диагностики. Иммуногистохимические методы. Классификация по системе TNM и стадиям.
15	Нейробластома забрюшинного пространства. Тактика ведения. Протоколы СИОП при лечении нейробластомы.
16	Опухоль Вильмса. Диагностика и лечение. Тактика хирургического лечения.
17	Нефробластома и нефробластоматоз. Двухсторонние опухоли почек у детей. Лечение, прогноз и выживаемость.
18	Рак печени. Гепатобластома у детей. Клиника, диагностика и лечение. Роль опухолевых маркеров. Химиотерапия, трансплантация печени.
19	Хондросаркома костей конечностей. Диагностика и лечение. Роль компьютерной томографии, МРТ, рентгенологического исследования в диагностике.
20	Опухоли яичников у девочек. Симптомы, клиника, диагностика и лечение (неoadьювантная химиотерапия, вторичные циторедуктивные операции). Прогноз и выживаемость.
21	Рак яичка, тератобластома яичка у мальчиков. Опухолевые маркеры в диагностике рака яичка. Клиника, диагностика и лечение.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	№ семестра	Виды контроля	Наименование раздела учебной дисциплины	Оценочные средства		
				Форма	Кол-во вопросов в задании	К-во независимых вариантов
1	2	3	4	5	6	7
1.	11	ВК, ТК, ПК	Общая онкология	Тест	30	1
2.	11	ВК, ТК, ПК	Частная онкология	Тест	50	1

Шкала оценивания тестов:

«Отлично» - 85-100 % правильных ответов

«Хорошо» - 70-79 % правильных ответов

«Удовлетворительно» - 50-69 % правильных ответов

«Неудовлетворительно» - менее 50 % правильных ответов

Ситуационные задачи

Задача №1

Больной Т., 11 лет, болен с января 2008 года. Когда после травмы появились боли в левом коленном суставе; температура тела повысилась до 39,9 град. Консервативное противовоспалительное лечение, проведенное в поликлинике по месту жительства, эффекта не дало. Ребенок направлен в специализированное детское онкологическое отделение. При поступлении состояние удовлетворительное. Отмечаются некоторое увеличение объема левого коленного сустава, ограничение объема движений в нем. При рентгенологическом исследовании, проведенном 26.02.08 года в средней и нижней третях диафиза левого бедра выявлены мелкоочаговая деструкция кости, фрагментация коркового слоя, линейные и бахромчатые периостальные наслоения. Рентгенологическое заключение: подострый остеомиелит левой бедренной кости.

Задания

1. Предположительный диагноз.
2. Необходимые методы исследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение и прогноз.

Ответы к задаче 1.

1. Саркома Юинга или остеомиелит (быстрый темп развития заболевания отличает от остеомиелита). Плановое динамическое наблюдение за больными с остеомиелитом, среди которых могут быть больные с атипично протекающей саркомой Юинга.
2. КТ, открытая биопсия из опухоли.
3. Туберкулез кости, остеомиелит.
4. Сохранное оперативное вмешательство (широкая резекция пораженного участка). Полихимиотерапия (доксорубицин, ифосфамид), лучевая терапия.

УКАЗАНИЯ К ОЦЕНИВАНИЮ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ / БАЛЛЫ

- Решение правильное и полное, включающее все приведенные выше элементы /85-100 баллов
- Решение включает четыре из приведенных выше элементов / 70-84 балла
- Решение неполное, включает три из приведенных выше элементов / 60-69 баллов
- Все элементы записаны неверно или записан правильно только один элемент / менее 60 баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (рубежный контроль)

	<i>Нет ответа -0 баллов</i>	<i>Минимальный ответ - 31-60 баллов</i>	<i>Изложенный, раскрытый ответ - 60-69 баллов</i>	<i>Законченный полный ответ - 70-84 балла</i>	<i>Образцовый, примерный, достойный подрожания ответ - 85-100 баллов</i>	<i>оценка</i>
<i>Раскрытие проблемы</i>	-	<i>Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы</i>	<i>Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы</i>	<i>Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.</i>	<i>Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.</i>	
<i>Представление</i>	-	<i>Представляемая информация логически не связана.</i>	<i>Представляемая информация не систематизирован а и не последовательна.</i>	<i>Представляемая информация систематизирован а и последовательна.</i>	<i>Представляемая информация систематизирован а, последовательна и логически связана.</i>	
<i>Оформление</i>	-	<i>Не соблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представляемой информации</i>	<i>3-4 ошибки в представляемой информации</i>	<i>Не более 2-х ошибок в представляемой информации</i>	<i>Отсутствуют ошибки в представленной информации</i>	
<i>Ответы на вопросы</i>	-	<i>Нет ответов на вопросы</i>	<i>Только ответы на элементарные вопросы</i>	<i>Ответы на вопросы полные или частично полные.</i>	<i>Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений</i>	
Итоговая оценка						

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		20
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-10
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-10
СОДЕРЖАНИЕ		60
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-20
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-20
ДОКЛАД		20
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных разделов общей и частной онкологии.
2. Глубина и полнота раскрытия вопроса.
3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
4. Умение объяснить сущность канцерогенеза, этиологии опухолей, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
5. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

Отметкой **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который изложен логически правильно доступной форме соответственно терминологии применяемый в детской онкологии, а также в целом в медицине; отличные знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований у детей; глубоко разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований у детей.

Отметкой **(10-15 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания в вопросах общей и частной детской онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, не достаточно глубокие знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований у детей; средне разбирается в статистике основных форм рака у детей (заболеваемость и смертность); свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностях

клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований у детей.

Отметкой **(5-10 баллов)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах общей и частной детской онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, средние знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; не глубоко разбирается в статистике основных форм рака у детей (заболеваемость и смертность); относительно свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований у детей.

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, который показывает очень слабые знания в вопросах общей и частной детской онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований; плохо знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; не разбирается в статистике основных форм рака у детей (заболеваемость и смертность); относительно свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент ставит постановку диагноза злокачественной опухоли самостоятельно; оценивает альтернативные решения для диагностики и лечения рака у детей; профессионально выражает и обосновывает свою позицию по основным формам злокачественных новообразований, по организации и структуре онкологической службы, по современным подходам в комплексном лечении рака у детей (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение); глубоко выявляет степень и характер поражения органов и систем при злокачественных новообразованиях; отлично выявляет причинно-следственные связи в этиологии и патогенезе развития рака у детей; умеет анализировать и аналитически мыслить при постановке диагноза, дифференциальной диагностике и назначении терапии при раке у детей.

Отметкой **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент ставит постановку диагноза злокачественной опухоли самостоятельно, но не оценивает альтернативные решения диагностики у детей; недостаточно профессионально выражает и обосновывает свою позицию по основным формам злокачественных новообразований, по организации и структуре онкологической службы, по современным подходам в комплексном лечении рака у детей (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение); достаточно глубоко выявляет степень и характер поражения органов и систем при злокачественных новообразованиях; не совсем грамотно выявляет причинно-следственные связи в этиологии и патогенезе развития рака у детей. Демонстрирует достаточное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент не ставит постановку диагноза злокачественной опухоли самостоятельно, и не оценивает альтернативные решения диагностики у детей; слабо выражает и обосновывает свою позицию по основным формам злокачественных новообразований, по организации и структуре онкологической службы, по современным подходам в комплексном лечении рака у детей (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение); плохо выявляет степень и характер поражения органов и систем при злокачественных новообразованиях; не может выявить причинно-следственные связи в этиологии и патогенезе развития рака у детей. Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Отметкой (**0 баллов**) оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу.

Технологическая карта дисциплины

Название модулей дисциплины согласно РПД (по количеству ЗЕ в семестре за минусом на КР (КП))	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя, семестра)
Модуль 1					
1. Общая онкология и лучевая терапия	Текущий контроль	Фронтальный опрос, посещаемость, самостоятельная работа студента – доклад, реферат <i>(1. За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла. 2. За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 баллов)</i>	10	15	7
	Рубежный контроль	ситуационные задачи, тест	5	10	
Модуль 2					
2. Частная онкология	Текущий контроль	Фронтальный опрос, посещаемость, самостоятельная работа студента – доклад, реферат <i>(1. За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла. 2. За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 баллов)</i>	10	15	12
	Рубежный контроль	ситуационные задачи, тест	5	10	
Модуль 3					
3. Частная онкология	Текущий контроль	Фронтальный опрос, посещаемость, самостоятельная работа студента – доклад, реферат <i>(1. За каждое пропущенное и не отработанное лекционное и практическое занятие снимается 0,5 балла. 2. За активное участие на практическом занятии добавляется 0,5 баллов)</i>	5	10	18
	Рубежный контроль	ситуационные задачи, тест	5	10	
Всего за семестр:			40	70	
Промежуточный контроль (зачет с оценкой). Форма контроля: устный опрос, оценка аналитических и практических заданий.			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

Ситуационные задачи**Задача №1**

Больной Г., 11 лет, болен с января 2008 года. Когда после травмы появились боли в левом коленном суставе; температура тела повысилась до 39,9 град. Консервативное противовоспалительное лечение, проведенное в поликлинике по месту жительства, эффекта не дало. Ребенок направлен в специализированное детское онкологическое отделение. При поступлении состояние удовлетворительное. Отмечаются некоторое увеличение объема левого коленного сустава, ограничение объема движений в нем. При рентгенологическом исследовании, проведенном 26.02.08 года в средней и нижней третях диафиза левого бедра выявлены мелкоочаговая деструкция кости, фрагментация коркового слоя, линейные и бахромчатые периостальные наслоения. Рентгенологическое заключение: подострый остеомиелит левой бедренной кости.

Задания

1. Предположительный диагноз.
2. Необходимые методы исследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение и прогноз.

Ответы к задаче 1.

1. Саркома Юинга или остеомиелит (быстрый темп развития заболевания отличает от остеомиелита). Плановое динамическое наблюдение за больными с остеомиелитом, среди которых могут быть больные с атипично протекающей саркомой Юинга.
2. КТ, открытая биопсия из опухоли.
3. Туберкулез кости, остеомиелит.
4. Сохранное оперативное вмешательство (широкая резекция пораженного участка). Полихимиотерапия (доксорубицин, ифосфамид), лучевая терапия.

УКАЗАНИЯ К ОЦЕНИВАНИЮ / БАЛЛЫ

- Решение правильное и полное, включающее все приведенные выше элементы /85-100 баллов
- Решение включает четыре из приведенных выше элементов / 70-84 балла
- Решение неполное, включает три из приведенных выше элементов / 60-69 баллов
- Все элементы записаны неверно или записан правильно только один элемент / менее 60 баллов

КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им. Б.Н. Ельцина

Медицинский факультет
Кафедра онкологии и лучевой терапии

Реферат

на тему:

«Колоректальный рак»

Выполнил(а) студент
6 курса, гр. ПД-3-11: Иванов А.К.

Проверил(а): Петров С.К.

Бишкек 2018 г.

Шкала оценивания реферата

	Нет ответа -0 баллов	Минимальный ответ - 31-60 баллов	Изложенный, раскрытый ответ - 60-69 баллов	Законченный полный ответ - 70-84 балла	Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 85-100 баллов	оценка
<i>Раскрытие проблемы</i>	-	<i>Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы</i>	<i>Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы</i>	<i>Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.</i>	<i>Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.</i>	
<i>Представление</i>	-	<i>Представляемая информация логически не связана.</i>	<i>Представляемая информация не систематизирован а и не последовательна.</i>	<i>Представляемая информация систематизирован а и последовательна.</i>	<i>Представляемая информация систематизирован а, последовательна и логически связана.</i>	
<i>Оформление</i>	-	<i>Не соблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представляемой информации</i>	<i>3-4 ошибки в представляемой информации</i>	<i>Не более 2-х ошибок в представляемой информации</i>	<i>Отсутствуют ошибки в представленной информации</i>	
<i>Ответы на вопросы</i>	-	<i>Нет ответов на вопросы</i>	<i>Только ответы на элементарные вопросы</i>	<i>Ответы на вопросы полные или частично полные.</i>	<i>Ответы на вопросы полные с приведением примеров и пояснений</i>	
<i>Итоговая оценка</i>						