

ОНКОЛОГИЯ

1. Цель и задачи дисциплины

Цель – подготовка квалифицированного врача, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, владеющего современными методами диагностики и лечения и способного к самостоятельной профессиональной деятельности в лечебных или научно-исследовательских государственных, муниципальных, частных учреждениях здравоохранения для оказания высококвалифицированной помощи населению.

Задачи

- ознакомление с организацией специализированной медицинской помощи онкологическим больным и медицинской документацией
- освоение теоретических аспектов эпидемиологии и этиологии рака
- формирование обширного и глубокого объема базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих компетенции врача онколога, способного успешно решать свои профессиональные задачи
- совершенствование профессиональной подготовки врача онколога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин
- изучение особенностей клинической картины, освоение методов диагностики, дифференциальной диагностики, лечебной тактики и диспансеризации больных при злокачественных новообразованиях
- курация больных, овладение техникой основных методов диагностики, оценки степени распространения процесса и принципов хирургического, лучевого, лекарственного, комбинированного и комплексного лечения
- формирование и совершенствование системы общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу онкологу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии
- освоение методов формирования здорового образа жизни семьи, соблюдение личностного подхода, требований врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения оздоровительных, профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий
- формирование умений и навыков научно-исследовательской деятельности
- овладение знанием правовой базы деятельности врача и знанием норм медицинской этики и деонтологии

2. Планируемые результаты обучения по дисциплине:

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих универсальных и профессиональных компетенций

Универсальные компетенции:

- способность критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте (УК-1);

- способность руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению (УК-3).

Общепрофессиональные компетенции:

- способность проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты(ОПК-4);

- способность организовывать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, участвовать в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях (ОПК-5);

- способность участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства (ОПК-7).

3. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Онкология» входит в вариативную часть обязательных дисциплин Блока 1 основной образовательной программы послевузовского профессионального образования специалистов с высшим медицинским образованием.

4. Объем дисциплины в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся

Вид учебной работы	Всего часов/ зачетных единиц	Семестры
		II
Аудиторные занятия (всего)	48	48
В том числе:		
Лекции (Л)	40	40
Практические занятия (ПЗ)		
Семинары (С)	8	8
Лабораторные работы (ЛР)		
Самостоятельная работа (всего)	24	24
Вид промежуточной аттестации (зачет)		зачет
Общая трудоемкость (ед.)	72	72
	2 зач. ед.	2 зач. ед.

5 Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

1.1. Учебно-тематическое планирование дисциплины

Наименование разделов и тем дисциплины	Всего, часов	Аудиторная работа		Внеаудиторная СР
		Л	КПЗ	
Раздел 1. Общая онкология				
Тема 1. Организация онкологической службы, эпидемиология злокачественных опухолей	6	4		2

Тема 2. Методы диагностики в онкологии	6	4		2
Тема 3. Принципы лечения злокачественных опухолей	6	4		2
Раздел 2. Частная онкология				
Тема 4. Опухоли головы и шеи	6	4		2
Тема 5. Опухоли органов грудной клетки	6	4		2
Тема 6. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства	6	4		2
Тема 7. Опухоли женских половых органов	6	4		2
Тема 8. Опухоли мочеполовой системы	6	4		2
Тема 9. Опухоли кожи	6	4		2
Тема 10. Опухоли опорно-двигательного аппарата	6	4		2
Тема 11. Лимфопролиферативные заболевания	6	4		2
Тема 12. Опухоли молочной железы	6	4		2
ИТОГО:	72	48		24
Промежуточная аттестация	Зачет			

5.2 Содержание по темам (разделам) дисциплины

Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела	Формируемые компетенции	Индикаторы достижения формируемых компетенций
	Общая онкология		
Тема 1. Организация онкологической службы, эпидемиология злокачественных опухолей	<p>Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований. Возрастно-половые показатели. Региональные особенности распространения злокачественных новообразований. Факторы, способствующие возникновению опухолей. Значение питания, курения, алкоголя, эндокринных нарушений, вирусов, радиоактивного и ультразвукового излучения, наследственности. Характеристика химических канцерогенов, экологические аспекты циркуляции канцерогенов во внешней среде. Понятие о первичной и вторичной профилактике рака. Социально-гигиенические и индивидуальные меры профилактики злокачественных опухолей. Динамика показателей излечения онкологических больных. Современные достижения в онкологии. Структура онкологической службы. Общая характеристика состояния онкологической</p>	УК-1	ИД-1,3 УК-1.

	помощи. Клинические группы. Учетная документация. Анализ причин запущенности. Понятие о расхождениях с ЗАГСом. Хосписы.		
Тема 2. Методы диагностики в онкологии	Выявление рака в доклиническом периоде. Скрининг. Значение профилактических осмотров. Формирование групп повышенного риска. Оценка жалоб и анамнеза. Сигналы тревоги. Особенности объективного обследования при подозрении на злокачественную опухоль. Рентгенологические, эндоскопические, изотопные, ультразвуковые методы. Компьютерная, магнитно-резонансная и позитронно-эмиссионная томография. Изменения периферической крови, биохимические и иммунологические исследования. Опухолевые маркеры. Роль морфологического метода. Обязательный клинический минимум обследования в амбулаторных условиях.	УК-1, ОПК-4.	ИД-2 УК-1, ИД-2 ОПК-4.
Тема 3. Принципы лечения злокачественных опухолей	Классификация методов лечения. Принципы хирургического лечения. Понятия об операбельности и резектабельности. Радикальные и паллиативные операции. Методы лучевой терапии злокачественных опухолей. Радиочувствительные и радиорезистентные опухоли. Дозы и режимы облучения. Радикальная, паллиативная и симптоматическая лучевая терапия. Лучевые реакции и осложнения. Способы повышения радиочувствительности. Классификация противоопухолевых препаратов. Механизм действия. Чувствительность злокачественных опухолей к химиотерапевтическим препаратам. Методы введения. Побочные действия. Противопоказания к химиотерапии. Адьювантная и неоадьювантная химиотерапия. Комбинированное и комплексное лечение. Непосредственные и отдаленные результаты.	УК-3	ИД-2,3 УК-3.
	Частная онкология		
Тема 4. Опухоли головы и шеи	Рак нижней губы. Заболеваемость. Облигатный и факультативный предрак. Формы роста, гистологическое строение, пути метастазирования. Принципы диагностики и лечения. Результаты. Рак языка и слизистой полости рта. Заболеваемость. Способствующие факторы. Формы роста, пути метастазирования.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7.	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.

	<p>Стадии. Гистологическое строение. Особенности клинического течения. Принципы диагностики и лечения. Результаты.</p> <p>Рак щитовидной железы. Заболеваемость. Способствующие факторы. Профилактика рака. Патологоанатомическая характеристика, пути метастазирования. Клиническая картина, методы диагностики, принципы лечения, результаты. Диспансеризация больных.</p>		
<p>Тема 5. Опухоли органов грудной клетки</p>	<p>Рак легкого. Заболеваемость и смертность. Возрастно-половые особенности. Способствующие факторы. Профилактика. Патологоанатомическая характеристика. Формы роста. Понятие о центральном и периферическом раке. Гистологическое строение. Закономерности метастазирования. Стадии. Клинические варианты центрального и периферического рака. Оценка данных анамнеза и физикального обследования. Цитологическое исследование мокроты. Основные рентгенологические симптомы. Признаки ателектаза. Система дообследования при подозрении на рак легкого. Значение томографии и бронхоскопии. Трансторакальная пункция. Раннее выявление, значение флюорографии. Организация скрининга. Группы повышенного риска. Дифференциальная диагностика рака легкого. Общие принципы лечения. Выбор хирургического, лучевого или лекарственного лечения в зависимости от локализации, гистологического строения и степени распространения новообразования. Комбинированное и комплексное лечение. Непосредственные и отдаленные результаты.</p> <p>Рак пищевода. Эпидемиология. Способствующие факторы. Меры профилактики. Локализация, формы роста, гистологическое строение, метастазирование, стадии. Клиническая картина, патогенез клинических симптомов. Рентгенологическое и эндоскопическое исследования. Дифференциальная диагностика. Лечение. Роль отечественных ученых в развитии хирургии рака пищевода. Радикальное и паллиативное лечение. Лучевая терапия. Комбинированный метод. Симптоматическая</p>	<p>ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7.</p>	<p>ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.</p>

	терапия. Результаты лечения.		
Тема 6. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства	<p>Рак желудка. Заболеваемость и смертность. Эпидемиология. Экзо- и эндогенные канцерогены, роль нитрозаминов. Локализация, форма роста, гистологическое строение, особенности метастазирования. Деление на стадии. Предраковые заболевания и изменения. Ранний рак желудка, классификация. Клиническая картина в зависимости от локализации, формы роста и степени распространения опухоли. Особенности клиники на фоне хронических заболеваний желудка. Методы клинико-инструментальной диагностики. Комплексное гастронологическое обследование. Возможности ранней диагностики. Дифференциальная диагностика при синдромах желудочного дискомфорта, дисфагии и стенозе привратника. Методы лечения, виды радикальных хирургических вмешательств, уровень лимфодиссекции, отличия от операций при неопухолевых заболеваниях. Показания и техника формирования гастростомы, обходного анастомоза. Значение лучевой терапии и химиотерапии. Результаты лечения, реабилитация больных, экспертиза трудоспособности. Профилактика рака желудка. Доброкачественные и неэпителиальные опухоли.</p> <p>Рак поджелудочной железы. Локализация, формы роста, гистологическое строение, метастазирование. Клиническая картина в зависимости от локализации опухоли. Методы диагностики-значение анамнеза, объективных данных, лабораторных и инструментальных исследований. Дифференциальная диагностика желтух на почве гепатита, калькулезного холецистита и опухоли головки поджелудочной железы. Методы лечения, результаты.</p> <p>Рак печени. Заболеваемость. Классификация. Формы роста и гистологическое строение. Гепатоцеллюлярный и холангиоцеллюлярный рак. Метастатические опухоли печени. Клинические проявления. Современные методы диагностики, реакция Абелева-Татарина. Особенности</p>	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7.	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.

	дифференциальной диагностики. Принципы лечения-хирургическое, лекарственное, радиочастотная деструкция. Факторы прогноза. Меры профилактики.		
	<p>Рак ободочной кишки. Заболеваемость. Значение питания. Предраковые заболевания. Меры профилактики. Локализация, формы роста, гистологическое строение, закономерности метастазирования. Стадии. Симптомы рака правой и левой половины ободочной кишки. Клинические варианты. Диагностика. Значение рентгенологического и эндоскопического исследований. Раннее распознавание. Гемокульттест. Дифференциальный диагноз. Тактика лечения. Объем хирургического вмешательства в зависимости от локализации опухоли. Особенности лечения рака, осложненного кишечной непроходимостью. Паллиативные операции. Показания к лекарственному лечению Комбинированный метод. Результаты.</p> <p>Рак прямой кишки. Заболеваемость. Способствующие факторы. Формы роста, гистологическое строение, закономерности метастазирования, деление на стадии. Клиническая картина в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Диагностика. Клинический минимум обследования, пальцевое исследование, ректороманоскопия, ирригоскопия. Дифференциальный диагноз при кровотечении из прямой кишки (геморрой, полип, трещина, дизентерия). Лечение. Виды операции. Радикальные и паллиативные вмешательства. Ведение больных с противоестественным задним проходом. Значение лучевой и химиотерапии. Комбинированный метод. Результаты лечения. Реабилитация.</p> <p>Опухоли забрюшинного пространства. Классификация. Клинические проявления. Методы диагностики. Лечение. Особенности рецидивирования и метастазирования. Факторы прогноза.</p>		
Тема 7. Опухоли женских половых органов	Рак шейки матки. Эпителиальные дисплазии. Классификация. Клинические проявления. Методы лечения. Значение для профилактики рака. Динамика	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7.	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5,

	<p>заболеваемости рака шейки матки. Стадии, пути метастазирования. Симптоматология. Меры ликвидации запущенных форм. Скрининг, его значение. Организация работы смотрового кабинета. Кольпоскопическое и цитологическое исследования. Показания к лучевому, хирургическому и комбинированному лечению. Результаты лечения. Диспансерное наблюдение. Врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация.</p> <p>Рак тела матки. Динамика заболеваемости. Классификация. Закономерности метастазирования. Симптоматология в зависимости от патогенетических вариантов. Методы диагностики. Диагностическое выскабливание, гистероскопия и –графия, ультразвуковое исследование. Дифференциальная диагностика. Хирургическое, гормональное и лучевое лечение. Комбинированный метод. Результаты. Врачебно-трудовая экспертиза и реабилитация. Рак и беременность.</p> <p>Опухоли яичников. Классификация злокачественных опухолей. Группы риска. Особенности течения и закономерности метастазирования. Методы обследования. Дифференциальная диагностика. Хирургическое, лекарственное, лучевое и комплексное лечение. Выбор метода лечения. Лечение запущенных форм.</p> <p>Трофобластическая болезнь. Патогенетические формы. Клинические проявления. Методы диагностики. Тактика лечения. Результаты. Факторы прогноза. Реабилитация.</p> <p>Опухоли вульвы. Клиника, диагностика, лечение, результаты, факторы прогноза.</p>		ИД-1 ОПК-7.
Тема 8. Опухоли мочеполовых органов	<p>Рак почки. Классификация. Факторы генетической предрасположенности. Клинические проявления, ренальная и экстраренальная симптоматика. Диагностика и оценка степени распространения процесса. Пункционная биопсия. Дифференциальная диагностика. Радикальное и паллиативное лечение. Нефрэктомия, резекция почки, экстракорпоральная хирургия. Эмболизация сосудов почки, системная терапия.</p>	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7.	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.

	<p>Результаты.</p> <p>Рак мочевого пузыря. Роль профессиональных факторов. Классификация. Локализация, форма роста, гистологическое строение и особенности метастазирования опухолей. Клиника. Диагностика. Щипцовая биопсия. ТУ-резекция. Цистэктомия, способы деривации мочи. Внутрипузырная химио- и иммунотерапия.</p> <p>Рак предстательной железы. Заболеваемость. Аденома и рак предстательной железы. Патологоанатомическая характеристика, стадирование, особенности метастазирования. Клинические проявления. Скрининг мужского населения, роль ПСА. Диагностика – пальцевое исследование, эндоректальная эхография, пункционная биопсия. Лечение – хирургическое, лучевое. Методы лечения распространенных форм (антиандрогенная, симптоматическая терапия). Результаты.</p> <p>Опухоли яичка. Классификация. Герминогенные и негерминогенные опухоли. Клиника. Диагностика, значение сывороточных маркеров. Лечение – хирургическое, лекарственное. Результаты.</p>		
Тема 9. Опухоли кожи	<p>Рак кожи. Заболеваемость. Способствующие факторы. Факультативный и облигатный предрак. Меры профилактики. Базалиома, плоскоклеточный рак. Особенности распространения. Стадии. Клинические варианты. Методика обследования. Принципы лечения (лучевое, хирургическое, лекарственное, криогенное). Непосредственные и отдаленные результаты.</p> <p>Меланома. Эпидемиология. Факторы, способствующие озлокачествлению пигментных невусов. Меры профилактики. Особенности роста и метастазирования. Принципы стадирования. Клиническая характеристика. Методы обследования. Лечение. Результаты</p>	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7.	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.
Тема 10. Опухоли опорно-двигательного аппарата	<p>Саркомы мягких тканей. Заболеваемость. Патологоанатомическая характеристика. Локализация, метастазирование. Клиническая картина. Методы диагностики. Рентгенологическое исследование, УЗИ, компьютерная томография, магнитный</p>	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7.	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.

	резонанс, морфологический метод. Дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные результаты. Саркомы костей. Классификация. Заболеваемость. Патологоанатомическая характеристика. Остеогенная саркома, хондросаркома, саркома Юинга, метастатические изменения. Клиническая картина. Диагностика. Основные рентгенологические симптомы. Сцинтиграфия. Значение морфологического метода. Хирургическое, лучевое, комбинированное и комплексное лечение. Сохранные операции. Результаты лечения. Диспансеризация и реабилитация		
Тема 11. Лимфопролиферативные заболевания	Лимфогранулематоз. Заболеваемость. Современные представления об этиологии и патогенезе. Гистологическая классификация лимфогранулематоза. Стадии. Клиника. Признаки интоксикации. Прогностическое значение. Методы диагностики и лечения. Неходжкинскиелимфомы. Классификация. Клиническая картина при поражении лимфатических узлов и внутренних органов, дифференциальный диагноз. Значение морфологического исследования. Техника биопсий. Объем обследования для оценки степени распространения процесса. Выбор метода лечения. Результаты, прогноз. Экспертиза трудоспособности, реабилитация. Миеломная болезнь. Особенности клиники, диагностики и лечения. Принципы лекарственной терапии. Результаты.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7.	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.
Тема 12. Опухоли молочной железы	Рак молочной железы. Факторы риска, гормональные нарушения. Дисгормональные гиперплазии. Этиопатогенез. Классификация. Локализованные и диффузные формы. Клиническая картина. Лечение локализованных форм. Техника секторальной резекции молочной железы. Принципы негормональной и гормональной терапии диффузных форм. Диспансерное наблюдение. Профилактика рака молочной железы. Патологоанатомическая характеристика. Деление на стадии. Этиопатогенетические формы. Клиника типичной (узловой) формы. Дифференциальный диагноз с фиброаденомой. Отечно-инфильтративная, маститоподобная, рожеподобная, панцирная	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7.	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.

	<p>формы, рак Педжета. Дифференциальный диагноз. Обследование больных. Пальпация молочных желез и лимфатических узлов. Маммография, эхография, пункция, секторальная резекция. Скрининг рака молочной железы. Роль смотровых кабинетов. Принципы лечения рака молочной железы. Радикальные операции. Экономные и расширенные операции. Показания к комбинированному и комплексному лечению. Значения неоадьювантной и адьювантной лучевой и химиотерапии. Принципы лечения инфильтративных форм. Отдаленные результаты. Диспансеризация, реабилитация и экспертиза трудоспособности.</p>		
--	--	--	--

6 Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине

Основная литература:

1. Онкология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Чиссова В.И., Давыдова М.И. // М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-3982-1.
2. Онкология. Клинические рекомендации. / Под. ред. М.И.Давыдова, А.В.Петровского // М., 2018. - 976 с.
3. Клинические рекомендации Российского Общества Клинической Онкологии – RUSSCO – 2020-2021-2022гг.
4. Клинические рекомендации Ассоциации Онкологов России (АОР) – 2020-2021-2022гг.
5. Интервенционная радиология в онкологии. Национальное руководство. / Под руководством Долгушин Б.И. // ВИДАР, 2022. - 792 с
6. Лучевая терапия в онкологии : руководство/ Под ред. Г. Е. Труфанова. // М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 208 с.
7. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний// Под ред. Н.И. Переводчиковой // М.,Практ. мед., 2018-688 с.
8. Рациональная фармакотерапия в онкологии : руководство для практикующих врачей / Под ред. М. И. Давыдова, В. А. Горбуновой. // М: Литтерра, 2017. - 880 с. (Серия "Рациональная фармакотерапия"). - ISBN 978-5-4235-0244-7.
9. Стандарты лучевой терапии// Под ред. А.Д. Каприна, А.А. Костина, Е.В. Хмелевского // М: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 384 с.
10. Фармакотерапия опухолей / Под ред. А.Н.Стукова, М.А.Бланка, Т.Ю.Семиглазовой, А.М.Беляева // СПб.: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2017. - 512 с.
11. Нутритивная поддержка в онкологии / Шакирова Л. В. , Гайнуллин А. Х. // Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. (Серия "Онкология") - ISBN 978-5-9704-5645-3.
12. Тимербулатов, В. М. Симптомы и синдромы в онкологии / Тимербулатов В. М. , Ганцев Ш. Х. // М: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 224 с. (Серия "Симптомы и синдромы") - ISBN 978-5-9704-6067-2.

Дополнительная литература:

1. Сборник заданий в тестовой форме по онкологии : учебное пособие / Р. Н. Чирков, М. Ю. Рыков, И. В. Вакарчук ; под ред. М. Ю. Рыкова // М: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 112 с. (Серия "Дополнительное профессиональное образование") - ISBN 978-5-9704-6770-1.

Электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам:

«Консультант врача. Электронная медицинская библиотека»

База данных рефератов и цитирования SCOPUS

Электронный информационный ресурс ClinicalKey

<http://library.ru> eLibrary – Научная электронная библиотека

<http://library.lspbgmu.ru> – Фундаментальная библиотека ПСПбГМУ им. акад. И.П.

Павлова

www.medlinks.ru

www.consilium-medicum.com

www.cdc.go

Периодические издания:

Вопросы онкологии

Практическая онкология

Сибирский онкологический журнал

Опухоли органов репродуктивной системы

Современная онкология

Злокачественные опухоли

Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета

им. акад. И. П. Павлова.

Journal of Clinical Oncology

Annals of Oncology

Lancet Oncology

Интернет сайты:

<http://search.ebscohost.com>

<http://ovidsp.ovid.com>

<http://www.nrcresearchpress.com>

www.uptodate.com/online

<http://www.medline.ru>

<http://www.clinicalkey.com>

<http://ebooks.cambridge.org>

<http://www.metmir.ru>

<http://www.elsevier.ru>

<http://www.spb-gmu.ru>

<http://www.pubmed.com>

7 Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине

7.1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и количества академических часов для проведения занятий клинического практического типа по темам (разделам)

№№ п/п	Контролируемые темы (разделы) дисциплины	Код контролируемой компетенции (или ее часть) по этапам формирования в темах (разделах)	Индикаторы достижений контролируемой компетенции (или ее части) по этапам формирования в темах (разделах)	Наименование оценочных средств при проведении занятий (часы)
1	Тема 1 Организация онкологической помощи в РФ, эпидемиология злокачественных опухолей	УК-1	ИД-1,3 УК-1	Собеседование – 0,5 Модульный тест -0,5
2	Тема 2 Методы диагностики в онкологии	УК-1, ОПК-4.	ИД-2 УК-1, ИД-2 ОПК-4.	Собеседование – 0,5 Модульный тест -0,5
3	Тема 3 Общие принципы лечения злокачественных опухолей	УК-3	ИД-2,3 УК-3.	Собеседование – 0,5 Модульный тест -0,5
4	Тема 4 Опухоли головы и шеи	ОПК-4, ОПК-7. ОПК-5,	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.	Модульный тест -0,5
5	Тема 5 Опухоли органов грудной клетки	ОПК-4, ОПК-7. ОПК-5,	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.	Модульный тест -0,5
6	Тема 6 Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства	ОПК-4, ОПК-7. ОПК-5,	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.	Модульный тест -0,5
7	Тема 7 Опухоли женских половых органов	ОПК-4, ОПК-7. ОПК-5,	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.	Модульный тест -0,5
8	Тема 8 Опухоли мочеполовых органов	ОПК-4, ОПК-7. ОПК-5,	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.	Модульный тест -0,5
9	Тема 9 Опухоли кожи	ОПК-4, ОПК-7. ОПК-5,	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.	Модульный тест -0,5
10	Тема 10 Опухоли опорно-двигательного аппарата	ОПК-4, ОПК-7. ОПК-5,	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.	Модульный тест -0,5
11	Тема 11 Опухоли кроветворной	ОПК-4, ОПК-7. ОПК-5,	ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5,	Модульный тест -0,5

	системы		ИД-1 ОПК-7.	
12	Тема 12 Опухоли молочной железы	ОПК-4, ОПК-7.	ОПК-5, ИД-1 ОПК-4, ИД-1,2,3 ОПК-5, ИД-1 ОПК-7.	Модульный тест -0,5
Вид промежуточной аттестации			Зачет	

7.2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Формы проведения промежуточной аттестации, критерии шкалы оценивания

№ п/п	Наименование формы проведения промежуточной аттестации	Описание показателей оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Критерии и описание шкалы оценивания (шкалы: 0–100%, четырехбалльная, тахометрическая)
1	<i>Текущий контроль</i>	выполнение электронного тестирования по темам (<i>Текущий контроль</i> с использованием тестовых систем)	Система стандартизированных заданий (тестов) по темам	<i>Описание шкалы оценивания электронного тестирования:</i> – от 0 до 60 % выполненных заданий – не зачёт; — от 60 до 100% – зачет
		Собеседование, проводимое устно с использованием телекоммуникационных технологий	Теоретические вопросы	Критерии оценивания: – соответствие содержания ответа заданию, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию) – умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику – логичность, последовательность изложения ответа – наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию – аргументированность, доказательность излагаемого материала. Описание шкалы оценивания:

				<p>Оценка «зачет» выставляется за ответ, в котором содержание соответствует теме или заданию, обучающийся глубоко и прочно усвоил учебный материал, последовательно, четко и логически стройно излагает его, демонстрирует собственные суждения и размышления на заданную тему, делает соответствующие выводы, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, приводит материалы различных научных источников, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения задания, показывает должный уровень сформированности компетенций</p>
2	зачет	выполнение Зачетного электронного тестирования (аттестационное испытание с использованием тестовых систем)	Система стандартизированных заданий (тестов)	<p>Описание шкалы оценивания электронного тестирования:</p> <ul style="list-style-type: none"> – от 0 до 60 % выполненных заданий – незачёт; — от 60 до 100% – зачет

7.3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности, характеризующих этапы формирования знаний, умений, навыков и опыта деятельности

Оценочные средства по теме 1.

«Организация онкологической помощи в РФ, эпидемиология злокачественных опухолей»

Проверяемые компетенции:

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Индикаторы достижений:

ИД-1 УК-1. Анализирует проблемную ситуацию как систему, выявляя ее составляющие и связи между ними

ИД-2 УК-1. Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению

ИД-3 УК-1. Критически оценивает надежность источников информации, работает с противоречивой информацией из разных источников

Теоретические вопросы для собеседования:

- Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей. Динамика и структура заболеваемости. Возрастно-половые особенности.
- Особенности организации онкологической службы в России. Роль врача общей лечебной сети в профилактике и ранней диагностике злокачественных опухолей.
- Деонтология в онкологии.
- Факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей. Первичная профилактика рака.
- Злокачественные опухоли, как социальная проблема. Канцерогенные вещества во внешней среде, их основные источники.

Стандартизированные задания (тесты) по теме:

Что изучает онкология

- * причины возникновения опухолей
- * принципы развития опухолей
- * клинические проявления опухолей
- * диагностику опухолей
- * лечение опухолей
- * профилактика опухолей

Фундаментальная монография Н.Н. Петрова называется:

- "Принципы развития опухолей"
- * "Общее учение об опухолях"
- "Клинические основы онкогенеза"
- "Учение о развитии профессионального рака"
- "Основы онкологии"

Кто подарил первые препараты для контактной лучевой терапии институту им.Морозовых (позже - МНИОИ им.Герцена, г.Москва):

- * супруги Кюри

Альберт Эйнштейн
Макс Планк
Рольф Зиверт
Владимир Ленин
Николай II

Год создания государственной противораковой службы СССР:

1905
* 1945
1980
2004
1918
1937

Количество уровней оказания онкологической помощи в РФ:

1
2
* 3
4
5

Онкологическая заболеваемость в мире (Укажите число новых случаев в год):

около 1.200.000
около 570.000
* более 14.000.000
около 70.000
около 22.000.000
около 34.000.000

Онкологическая смертность в мире (Укажите число новых случаев в год):

около 1.000.000
* более 8.000.000
около 400.000
около 50.000
около 12.000.000
около 14.000.000

Самый распространенный онкологический диагноз:

* рак легких
рак печени
рак желудка
рак шейки матки
рак молочной железы
рак предстательной железы

Онкологическая заболеваемость в РФ:

* растет
снижается

держится на постоянном уровне
имеет выраженные пики каждые 5-7 лет

Виды профилактики онкологических заболеваний:

- * первичная
- * вторичная
- * третичная
- четвертичная
- основная
- дополнительная

Первичная профилактика онкологических заболеваний:

- * снижение воздействия канцерогенов
- выявление предраковых заболеваний
- предупреждение рецидива рака
- * коррекция канцерофобии
- * здоровый образ жизни
- * снижение воздействия профессиональных вредностей

Вторичная профилактика онкологических заболеваний:

- снижение воздействия канцерогенов
- * выявление предраковых заболеваний
- предупреждение рецидива рака
- коррекция канцерофобии
- здоровый образ жизни
- снижение воздействия профессиональных вредностей

Третичная профилактика онкологических заболеваний:

- снижение воздействия канцерогенов
- выявление предраковых заболеваний
- * предупреждение рецидива рака
- коррекция канцерофобии
- здоровый образ жизни
- снижение воздействия профессиональных вредностей

К факультативному предраку относят:

- пигментный меланоз кожи
- * хронический гипоацидный гастрит
- * полипы любых локализаций
- фиброзирующий альвеолит
- базалиома кожи
- каллезная язва желудка

Доказанные факторы риска развития рака легкого:

- * курение
- * пассивное курение
- сахарный диабет
- гипертоническая болезнь

ожирение

* контакт с радоном

Доказанные факторы риска рака молочной железы:

* наследственность

ранние первые роды

* поздние первые роды

* ожирение

курение

пассивное курение

Доказанные факторы риска рака толстой кишки:

курение

* ожирение

* язвенный колит

* наследственный семейный полипоз

сахарный диабет

гипертоническая болезнь

Доказанные факторы риска рака желудка:

* гипoaцидный гастрит

* полипы желудка

* хроническая язва желудка

* наследственность

курение

пассивное курение

Доказанные факторы риска рака тела матки:

курение

* ожирение

* гипертоническая болезнь

* сахарный диабет

ранние первые роды

поздние первые роды

Доказанные факторы риска рака шейки матки:

* много родов

мало родов

* много абортов

мало абортов

* раннее начало половой жизни

позднее начало половой жизни

Доказанные факторы риска опухолей кожи и меланомы:

* светлый тип кожи

темные типы кожи

* рыжие волосы

черные волосы

* интенсивная инсоляция
недостаточная инсоляция

Количество клинических групп онкологических больных:

2
3
* 4
5

Соответствует ли клиническая группа клинической стадии:

да
* нет
не всегда

Рак это

* злокачественная опухоль, исходящая из эпителиальных покровов
злокачественная опухоль, исходящая из соединительной ткани
злокачественные опухоли, исходящие из лимфатической ткани
злокачественные опухоли, исходящие из клеток кроветворной ткани
злокачественная опухоль, исходящая из клеток эндотелия

Саркома это

злокачественная опухоль, исходящая из эпителиальных покровов
* злокачественная опухоль, исходящая из соединительной ткани
злокачественные опухоли, исходящие из лимфатической ткани
злокачественные опухоли, исходящие из клеток кроветворной ткани
злокачественная опухоль, исходящая из клеток эндотелия

Доброкачественная метастазирующая лейомиома матки это

злокачественная опухоль
рак
* пограничное состояние между доброкачественными и злокачественными опухолями
доброкачественная опухоль
саркома

Какие классификации используются в современной онкологии

* классификация ЗНО - TNM
* МКБ 10
* МКБ-О (ICD-O)

AOP
RUSSCO

Основные принципы классификаций ЗНО

* Клинико-анатомическая
* Гистологическая классификация
* Клиническая классификация
* Прогностическая классификация
* Классификация TNM

Клинико-анатомическая классификация ЗНО включает в себя:

- * Тип роста опухоли
- * Форма роста опухоли
- * Локализация опухоли

Дифференцировка опухоли

Стадия опухолевого процесса

Международный противораковый союз (UICC) определил основные принципы классификации ЗНО по анатомическому распространению опухолей в

1925г.

* 1953г.

1967г.

1984г.

1977г.

Последнее 8 издание классификации ЗНО - TNM применяется во всем мире с

2020г.

* 2018г.

2010г.

1999г.

2013г.

Последнее 8 издание классификации ЗНО - TNM содержит абсолютно новые классификации для

- * карцином тимуса
 - * нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы
 - * сарком мягких тканей головы и шеи
- нейроэндокринных опухолей легких
опухолей головного мозга

Основные цели и принципы классификации ЗНО - TNM

- * определение прогноза заболевания (прогноз выживаемости)
 - * планирование наиболее эффективного курса лечения
 - * обмен информацией
- выбор объема операции
выбор режима противоопухолевой терапии

Основные требования к системе классификации ЗНО - TNM

- * любая анатомическая локализация
- избранные анатомические локализации
- * независимость от метода лечения
- зависит от метода лечения
- * допускает возможность дополнения
- не допускает возможность дополнения

Три основных компонента классификации ЗНО - TNM, 8 изд. TNM:

- * T

* N
* M
R
G
Pn

Клиническая (сTNM или TNM) классификация, 8 изд. TNM, установленная до начала лечения служит для

- * выбора и оценки лечебных мероприятий
- выбора и оценки исследований до начала лечения (физикальное обследование, анализы, лучевые методы, эндоскопия, биопсия, хирургия и др.)
- выбора и оценки противоопухолевой терапии
- выбора и оценки объема операции
- выбора и оценки неоадьювантной терапии
- выбора и оценки лучевой терапии

Патологоанатомическая (патогистологическая) классификация (8 изд. TNM - pTNM) - основана на

- * исследованиях до лечения
 - * интраоперационных данных
 - * исследовании операционного материала
- результатах неоадьювантного лечения
результатах биопсии

Патологоанатомическая (патогистологическая) классификация (8 изд. TNM - pTNM) используется для

- * выбора адьювантного лечения
 - * оценки прогноза и результатов
- выбора и оценки противоопухолевой терапии
выбора и оценки объема операции
выбора и оценки лечебных мероприятий
выбора и оценки лучевой терапии

Оценочные средства по теме 2. «Методы диагностики в онкологии»

Проверяемые компетенции:

ОПК-4 Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты

УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Индикаторы достижений:

ИД-1 ОПК-4 Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека для решения профессиональных задач

ИД-2 УК-1 Определяет пробелы в информации, необходимой для решения проблемной ситуации, и проектирует процессы по их устранению

Теоретические вопросы для собеседования:

- Принципы диагностики злокачественных опухолей. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактики рака.
- Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований.
- Значение эндоскопических, цитологических, рентгенологических и иммунологических методов исследования в онкологии.
- Роль морфологических методов исследования в онкологии. Способы взятия материала для цитологического и гистологического исследований.
- Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях.
- Закономерности и пути метастазирования злокачественных опухолей.
- Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.

Стандартизированные задания (тесты) по теме:

Назовите число видов профилактики онкологических заболеваний:

- 1
- 2
- * 3
- 4
- 5
- 6

Раннее выявление бессимптомного рака обеспечивает:

- * скрининг
- * диспансеризация
- * профосмотры

Онкологический скрининг - это массовое обследование населения с целью

- * выявления бессимптомного рака
- выявления любых форм рака на всех стадиях
- выявление малосимптомных форм рака
- выявление предраковых состояний

Основной целью онкологического скрининга является

- улучшение результатов лечения
- увеличение количества выявленных случаев рака
- уменьшение койко-дня при лечении онкологических заболеваний
- * уменьшение смертности от онкозаболевания

Непосредственный результат скрининга

- * обнаружение рака до его клинического проявления
- подбор персонализированного лечения
- формирование мультимодального подхода к лечению

обнаружение малосимптомных форм рака

Отдаленный результат онкологического скрининга

* снижение смертности

увеличение частоты объективного ответа на лечение

снижение койко-дня

снижение затрат для бюджета здравоохранения

Методология онкологического скрининга

обследование пациентов в соответствии с возрастом

* выявление групп риска и их тщательное обследование

обследование в соответствии с хроническими заболеваниями

обследование пациентов с проф. вредностью

Скрининг в онкологии:

доказал пользу для опухолей всех локализаций

* не все методы доказали эффективность

доказал неэффективность

не отличается по эффективности от диспансеризации

Проведение скрининга и затраты здравоохранения:

скрининг снижает затраты на здравоохранение с возможным последующим их повышением на лечение

скрининг не влияет на затраты здравоохранения

* скрининг увеличивает затраты на здравоохранение

* скрининг увеличивает затраты с возможным последующим их снижением на лечение

скрининг снижает затраты на здравоохранение

Что из утверждений верно:

скрининг может быть проведен однократно

* скрининг должен проводиться непрерывно

* скрининг проводится для заболеваний со скрытым периодом течения

скрининг проводится для любых заболеваний

* скрининг проводится для заболеваний с необходимостью лечения

скрининг проводится вне зависимости от необходимости проведения лечения

Недостатки скрининга

выявление больных лиц

выявление здоровых лиц

* ложно-положительные результаты

* ложно-отрицательные результаты

создание ложного чувства уверенности в отсутствии болезни

Большинство обследованных лиц при онкологическом скрининге оказываются

* здоровыми

больными

ложно здоровыми

ложно больными

условно больными

Нежелательные эффекты скрининга

- * стресс, тревога
 - * воздействие ионизирующего излучения
 - * воздействие химических факторов
- ухудшение прогноза заболевания
увеличение частоты выявления неизлечимых больных

Скрининг рака легкого (РЛ) с помощью рентгенографии и флюорографии:

- уменьшил смертность от РЛ
- * не изменил показатели смертности от РЛ
- ухудшил показатели смертности от РЛ
- * улучшил резектабельность РЛ
- не повлиял на резектабельность РЛ
уменьшил количество резектабельных форм РЛ

Итеративная реконструкция КТ-изображений:

- улучшает качество за счет незначительного увеличения лучевой нагрузки
снижает лучевую нагрузку за счет незначительной потери качества
- * позволяет убрать "цифровой шум" с увеличением качества снимка при низкодозовой КТ
- увеличивает лучевую нагрузку
- * увеличивает качество изображения

Согласно исследованию NELSON уровень обнаружения рака легкого составил:

- 80%
11%
4%
* менее 1%
15%

Какой метод диагностики показал свою эффективность для скрининга рака легкого:

- флюорография
бронхоскопия с цитологическим исследованием мокроты
цифровая рентгенография
МРТ
- * низкодозовая КТ
- цифровая флюорография

Низкодозовая КТ при скрининге рака легкого показана следующим группам риска

- * группа 1 высокого риска (курящая)
 - * группа 2 высокого риска (с доп. факторами риска)
- группа промежуточного риска
группа низкого риска
всем курильщикам
мужчинам старше 60 лет

Возможные типы очагов при первичном скрининге рака легкого:

- * солидный
- * субсолидный (частично солидный)
- * несолидный
- инфильтративный
- матовое стекло

Проблемы организации скрининга рака легкого

- * необходимость дополнительной диагностики (в том числе инвазивной)
- * необходимость цифрового хранения КТ
- * большое количество обученного персонала
- * низкая специфичность (большинство очагов - доброкачественные)
- * формирование и активный вызов групп риска

В качестве скрининга рака легкого были попытки использовать:

- * флюорографию
- * бронхоскопию с цитологическим исследованием промывных вод
- * рентгенографию
- * КТ
- * низкодозовую КТ
- * цитология мокроты

Повлиял ли скрининг путем выполнения ФЛГ на уровень выявления рака легкого

- * да, повысил выявление
- да, снизил выявление
- не повлиял

Повлиял ли скрининг путем выполнения ФЛГ на выживаемость больных раком легкого

- * да, повысил выживаемость
- да, снизил выживаемость
- не повлиял на выживаемость
- да, повысил смертность

Повлиял ли скрининг путем выполнения ФЛГ на стадию заболевания на этапе первичного выявления у больных раком легкого

- да, повысил стадию
- * да, снизил стадию
- не повлиял
- повлиял

Повлиял ли скрининг путем выполнения ФЛГ на резектабельность опухоли у больных раком легкого

- * да, улучшил резектабельность
- да, снизил снизил резектабельность
- не повлиял
- повлиял

Повлиял ли скрининг путем выполнения ФЛГ на смертность у больных раком легкого

да, повысил смертность
да, снизил смертность
* не повлиял
повлиял

Результаты исследования NELSON, посвященного скринингу рака легкого
низкодозное КТ снижает риск смерти в общей популяции
* низкодозная КТ снижает риск смерти в группе высокого риска
рентгенография снижает риск смерти в общей популяции
рентгенография снижает риск смерти в группе высокого риска
ни один из методов исследования не показал эффективность в снижении смертности

Какое исследование посвящено исследованию эффективности скрининга рака легкого
путем выполнения рентгенографии легких
NELSON
* PLCO
ELCAP
CHECKMATE
LUNGANCER

Выводы исследования PLCO, посвященного скринингу рака легкого:
рентгенография может быть использована в качестве метода скрининга рака легкого для
общей популяции
* рентгенография не может быть использована в качестве метода скрининга рака легкого
рентгенография может быть использована в качестве метода скрининга рака легкого в
группах высокого риска
рентгенография снижает риск смерти в группе высокого риска
ни один из известных методов лучевой диагностики не показал эффективность в
снижении смертности при проведении скрининга рака легкого

Результаты исследования National Lung Screening Trial (NLST), посвященного скринингу
рака легкого:
* скрининг путем выполнения низкодозной КТ помог снизить смертность от рака легкого
на 20%
скрининг путем выполнения низкодозной КТ помог снизить смертность от рака легкого
на 2%
скрининг путем выполнения низкодозной КТ не показал достоверного снижения
смертности от рака легкого
скрининг путем выполнения низкодозной КТ не оказал влияния на смертность от рака
легкого

Результаты исследования National Lung Screening Trial (NLST), посвященного скринингу
рака легкого - сравнение эффективности низкодозной КТ (НДКТ) и рентгенографии
(Rg):
НДКТ не дает прироста в выявляемости рака легкого по сравнению с Rg
* в группе НДКТ выявляемость рака легкого была выше
в группе Rg выявляемость рака легкого была выше
в группах НДКТ и Rg выявляемость рака легкого была сопоставима

Какой из диагностических методов является наиболее чувствительным при опухолях мягких тканей?:

рентгенография

УЗИ

* МРТ

эластография

сцинтиграфия

Как доказать поражение костного мозга при саркоме кости?

бласты в крови, анемия

"пустой" внутрикостный канал на рентгенографии

* цитологически

инвазия на МРТ

накопление препарата на ПЭТ КТ

Оценочные средства по теме 3.

«Общие принципы лечения злокачественных опухолей»

Проверяемые компетенции:

УК-3 Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

Индикаторы достижений:

ИД-1 УК-3 Выработывает стратегию командной работы для достижения поставленной цели

ИД-2 УК-3 Организует и корректирует работу команды, в том числе на основе коллегиальных решений

Теоретические вопросы для собеседования:

- Паранеопластические синдромы. Классификация и значение.
- Методы и принципы лечения злокачественных опухолей. Успехи в онкологии.
- Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение онкологических больных.
- Современные принципы и возможности лекарственной терапии онкологических больных.

Стандартизированные задания (тесты) по теме:

Группы препаратов для лекарственной терапии опухолей:

* химиопрепараты

* таргетные препараты

* биопрепараты

* иммунопрепараты

* гормональные препараты

* цитостатики

Группа препаратов для лекарственной терапии опухолей, которая направлена на ингибирование клеточного деления:

* химиопрепараты

таргетные препараты
биопрепараты
иммунопрепараты
гормональные препараты
* цитостатики

Группа препаратов для лекарственной терапии опухолей, которая направлена на воздействие на определенный белок-мишень опухолевой клетки:

химиопрепараты
* таргетные препараты
биопрепараты
иммунопрепараты
гормональные препараты
цитостатики

Группа препаратов для лекарственной терапии опухолей, которая направлена на активацию собственных иммунных клеток:

химиопрепараты
таргетные препараты
биопрепараты
* иммунопрепараты
гормональные препараты
Цитостатики

Какое количество онкологических больных (согласно данным ВОЗ) нуждаются в проведении лучевой терапии:

5%
40%
* 80%
100%

Перечислите виды ионизирующего излучения:

* квантовые
высокоэнергетические
* корпускулярные
низкоэнергетические

Основная точка воздействия лучевой терапии:

* повреждение ДНК клеток
активация локального иммунного ответа
локальная вазоконстрикция
гиперактивация фибробластов

In vitro облучение культуры клеток в 1 Гр задерживает деление на:

10 минут
* 1 час
12 часов
1 месяц

Поражение клеток, наступающее после облучения других клеток, находящихся в составе одной ткани, называется:

- абскопальный эффект
- эффект Кетлера
- * коммунальный эффект
- паллиативный эффект

Коммунальный эффект происходит благодаря:

- * выбросу биологически активных факторов в межклеточное пространство
- локальной активации натуральных киллеров
- вазоконстрикции
- отеку тканей

Виды лучевых повреждений:

- * летальные
- * нелетальные
- * потенциально летальные
- резорбтивные

Принцип лучевой терапии:

- минимум дозы при максимальной экспозиции
- * максимум дозы в опухоль и минимум в окружающие здоровые ткани
- максимум дозы в опухоль с максимальным захватом окружающих тканей
- минимальная продолжительность излучения, даже если потребуется уменьшить дозу

Согласно закону Бергонье-Требандо, большей радиочувствительностью обладают:

- крупные опухоли
- маленькие опухоли
- высокодифференцированные опухоли
- * низкодифференцированные опухоли

Радиочувствительность опухоли зависит от:

- * гистологического типа опухоли
- * размера опухоли
- * кровоснабжения опухоли
- * дифференцировки

Определение радиочувствительных опухолей:

- на фоне лучевой терапии они способны к уменьшению более, чем на 50%
- на фоне лучевой терапии они способны к полному регрессу вне зависимости от наличия повреждения окружающих здоровых тканей
- * на фоне лучевой терапии они способны к полному регрессу при минимальных изменениях окружающих тканей
- на фоне лучевой терапии они способны к уменьшению более, чем на 20%

Опухоли каких тканей наиболее радиочувствительны:

- кости
- * головной мозг

- * лимфоидная ткань
- * гонады
- мягкие ткани

Опухоли каких тканей наиболее резистентны к лучевой терапии:

- * кости
- головной мозг
- лимфоидная ткань
- гонады
- * мягкие ткани

Величина, используемая для оценки степени воздействия ионизирующего излучения на организм, это:

- количество излучения
- объем излучения
- * доза излучения
- фракция излучения

Суммарная очаговая доза:

- доза, которую получает облучаемый очаг за одну фракцию облучения
- доза, которую получает облучаемый очаг за один час облучения
- доза, которую получает окружающая опухоль здоровая ткань
- * доза, которую получает облучаемый очаг за весь курс облучения

Разовая очаговая доза:

- * доза, которую получает облучаемый очаг за одну фракцию облучения
- доза, которую получает облучаемый очаг за один час облучения
- доза, которую получает окружающая опухоль здоровая ткань
- доза, которую получает облучаемый очаг за весь курс облучения

Средняя суммарная очаговая доза для большинства опухолей, при которой можно рассчитывать на тотальное разрушение опухоли:

- 1-2 Гр
- 100-200 Гр
- 6-8 Гр
- * 60-80 Гр

Виды лучевого лечения в онкологии:

- * радикальное
- * паллиативное
- * симптоматическое
- сопроводительное

Как лучевая терапия может выполняться по отношению к хирургическому лечению при комбинированном лечении:

- * только предоперационно
- * только интраоперационно
- * только послеоперационно

Радикальная лучевая терапия:

* целью является полное излечение

целью является максимальное замедление опухолевого роста

целью является устранение симптомов опухолевого процесса

Паллиативная лучевая терапия:

целью является полное излечение

* целью является максимальное замедление опухолевого роста

целью является устранение симптомов опухолевого процесса

Симптоматическая лучевая терапия:

целью является полное излечение

целью является максимальное замедление опухолевого роста

* целью является устранение симптомов опухолевого процесса

На полное излечение направлена:

* радикальная лучевая терапия

паллиативная лучевая терапия

симптоматическая лучевая терапия

сопроводительная лучевая терапия

На торможение роста опухоли направлена:

радикальная лучевая терапия

* паллиативная лучевая терапия

симптоматическая лучевая терапия

сопроводительная лучевая терапия

194

На устранение симптомов, вызванных опухолью, направлена:

радикальная лучевая терапия

паллиативная лучевая терапия

* симптоматическая лучевая терапия

сопроводительная лучевая терапия

Через какое время после окончания предоперационной лучевой терапии обычно проводится хирургическое лечение?

1-3 дня

7-10 дней

* 3-4 недели

2-3 месяца

Отличаются ли суммарные очаговые дозы при радикальном и паллиативном лучевом лечении?

нет, дозы идентичны

радикальная доза меньше за счет уменьшения числа фракций, но при увеличении разовой очаговой дозы

* паллиативная доза меньше

Через какое время после окончания хирургического лечения проводится послеоперационная лучевая терапия?

1-3 дня

7-10 дней

* 3-4 недели

2-3 месяца

Отличаются ли суммарные очаговые дозы при интраоперационной лучевой терапии и радикальной дистантной лучевой терапии:

нет, дозы идентичны

* доза интраоперационной лучевой терапии меньше за счет уменьшения числа фракций, но разовая доза выше

суммарная очаговая доза дистантной лучевой терапии меньше

Цель проведения пред- и послеоперационной лучевой терапии:

* профилактика локорегионарного рецидива

стимуляция иммунного ответа зоны облучения

торможение ангиогенеза

активация фибробластов

Какому лечению следует отдавать предпочтение при локализованных формах сарком мягких тканей

физиотерапия

экономное иссечение опухоли

* комбинированное лечение

химиотерапия

лучевая терапия

Наиболее частым симптомом злокачественной опухоли кости является

патологический перелом

наличие опухолевидного образования

* локальная боль

ограничение подвижности в суставе

покраснение кожи над опухолью

Для злокачественной опухоли кости наиболее характерны

боли, усиливающиеся при ходьбе

* боли, усиливающиеся по ночам

боли, усиливающиеся под влиянием физиотерапии

боли, усиливающиеся при иммобилизации

ноющие боли в течение всего дня

Достаточным для установления диагноза злокачественной опухоли кости является

наличие патологического перелома

наличие опухолевого образования

нарушение функции сустава

наличие 2 и более симптомов

* только морфологическое подтверждение

Характерные рентгенологические симптомы для злокачественной опухоли кости
литический очаг деструкции с четкими границами
патологический перелом кости
* козырек Кодмена
* луковичный периостит

Наиболее частой локализацией злокачественной опухоли кости является
* метаэпифизы длинных трубчатых костей
плоские кости
диафизы длинных трубчатых костей
позвоночник
одинаково часты все локализации

При злокачественной опухоли кости адекватной сохранной операцией является
краевая резекция кости
околосуставная резекция кости
* резекция суставного конца кости
экскохлеация опухоли
продольная резекция

При остеогенной саркоме лечебной тактикой выбора является
предоперационная лучевая терапия с отсроченной ампутацией
предоперационная лучевая терапия с ампутацией и адьювантной химиотерапией
предоперационная химио-лучевая терапия с последующей операцией и
послеоперационной химиотерапией
* 2-4 курса неадьювантной химиотерапией с последующей операцией и
послеоперационной химиотерапией

Показателем адекватности при удалении саркомы мягких тканей является
удаление опухоли с окружающей ее капсулой
иссечение опухоли с окружающими ее мышцами, отступя на 1 см краев новообразования
* удаление опухоли с мышечно-фасциальным футляром, в котором она расположена
удаление опухоли отступя 3 см от ее краев
"вылушивание" опухоли из капсулы

Оценочные средства по теме 4. «Опухоли головы и шеи»

Проверяемые компетенции:

ОПК-4 Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты

ОПК-5 Способен организовывать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, участвовать в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях

ОПК-7 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Индикаторы достижений:

ИД-1 ОПК-4 Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека для решения профессиональных задач

ИД-1 ОПК-5. Назначает лечебно-охранительный режим, выбирает место и вид лечения с учетом тяжести состояния пациента

ИД-2 ОПК-5. Осуществляет подбор лекарственных средств, выбор определенной лекарственной формы, пути введения и рациональную замену препаратов с учетом состояния пациента

ИД-3 ОПК-5. Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения

ИД-1 ОПК-7 Умеет оказывать паллиативную медицинскую помощь

Стандартизированные задания (тесты) по теме:

Вирус-ассоциированный Са задней поверхности глотки может быть вызван:

НСV

HBV

* HPV

EBV

KSHV

Наиболее часто в области головы и шеи встречаются опухоли:

* эпителиального происхождения

мезенхимального происхождения

нейроэктодермального происхождения

лимфоидного происхождения

Для HPV-положительного рака характерно поражение слизистой оболочки:

* Корня языка

* Небной миндалины

Дна полости рта

Гортаноглотки

Основным фактором риска развития HPV-негативного рака органов головы и шеи является:

Злоупотребление алкоголем

Поражение вирусом Эпштейна-Барр

механическая травма слизистой оболочки полости рта

* Табакокурение

Алгоритм лечения локализованного (раннего) рака слизистой оболочки полости рта?

* Хирургическое лечение

Лучевая терапия

Конкурентная химио-лучевая терапия

Индукционная химиотерапия с последующим хирургическим лечением

Какие методы диагностики наиболее эффективны для постановки диагноза:
Злокачественное новообразования органов головы и шеи?

Ультразвуковое исследование

- * Позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией
- * Магнитно-резонансная томография
- * Компьютерная томография

Какая версия классификации злокачественных опухолей по системе TNMG, учитывает ассоциацию с вирусом папилломы человека?

- 7.1
- * 8.0
- 6.0
- 6.5
- 7.0

Наличие ассоциации злокачественных новообразований органов головы и шеи с вирусом папилломы человека следует определять с помощью:

- Морфологическое исследование
- ПЦР
- * ИГХ
- Иммуноцитохимическое исследование
- Секвенирование нового поколения

К современным методам лучевой терапии, применяемым для лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, относится:

- * 3D-конформная лучевая терапия на линейном ускорителе
- * Протонная терапия
- * Модулируемая по интенсивности лучевая терапия (IMRT)
- * Модулируемая по объему лучевая терапия (VMRT)

Злокачественное поражение слюнных желез встречается?

- в 1-5% случаев от злокачественных опухолей всех локализаций
- * в 1-5% случаев от злокачественных опухолей челюстно-лицевой области
- в 85% случаев от злокачественных опухолей челюстно-лицевой области
- в 15% случаев от злокачественных опухолей органов головы и шеи

Опухоль слюнной железы до 2 см в наибольшем измерении без экстрапаренхимального распространения, проявляющегося инвазией кожи, мягких тканей, костной ткани или нерва по системе TNM (версия 8.0) относится к категории?

- T1a
- * T1
- T1b
- T3
- T2

Опухоль слюнной железы до 2 см в наибольшем измерении с экстрапаренхиматозным распространением по системе TNM (версия 8.0) относится к категории?

- T1a
- T1
- T1b
- * T3

T2

Основным методом лечения злокачественных новообразований слюнных желез I и II стадии является:

- * Хирургическое лечение с последующим послеоперационным курсом лучевой терапии при наличии гистологических неблагоприятных признаков
- Неoadьювантная химиотерапия с последующим радикальным хирургическим лечением и послеоперационным курсом лучевой терапии
- Хирургическое лечение
- Конкурентная химио-лучевая терапия

Основным методом лечения злокачественных новообразований слюнных желез III и IVA стадии является:

- Хирургическое лечение с последующим послеоперационным курсом лучевой терапии при наличии гистологических неблагоприятных признаков
- Неoadьювантная химиотерапия с последующим радикальным хирургическим лечением и послеоперационным курсом лучевой терапии
- * Хирургическое лечение с последующим послеоперационным курсом лучевой терапии (ХЛТ при наличии гистологических неблагоприятных признаков)
- Конкурентная химио-лучевая терапия

Основным методом лечения злокачественных новообразований слюнных желез IVB и IVС стадии является:

- * Лучевая терапия
- * Идукционная химиотерапия + лучевая терапия
- Хирургическое лечение с последующей ДЛТ/ХЛТ терапией.
- Конкурентная химио-лучевая терапия с последующим хирургическим лечением

К ранним стадиям злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта относятся:

- T1N1M0
- * T2N0M0
- * T1N0M0
- T2N1M0
- T3N0M0

К местнораспространенным операбельным стадиям злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта, гортани и гортаноглотки относятся:

- * T1N1M0
- T2N0M0
- T1N0M0
- * T4aN2bM0
- * T3N0M0

Злокачественные образования органов головы и шеи мезенхимального происхождения - это?

Меланома

- * остеосаркома
- * лейомисаркома

плазмоцитома
атерома

К местнораспространенным (неоперабельным) стадиям злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта, гортани и гортаноглотки относятся:

- * T4bN0M0
- * T2N3M0
- * T1N2M1
- * T3N0M1

T4aN0M0

Основным методом лечения мягкотканых сарком челюстно-лицевой области является: Неоадьювантная химиотерапия с последующим радикальным хирургическим лечением и послеоперационным курсом лучевой терапии

- * Хирургическое лечение

Хирургическое лечение с последующим послеоперационным курсом лучевой терапии

Конкурентная химиолучевая терапия

Основным методом лечения локализованного орофарингеального рака является:

Хирургическое лечение

- * Лучевая терапия

Конкурентная химиолучевая терапия

- * Хирургическое лечение с последующим курсом ЛТ (при наличии неблагоприятных морфологических признаков)

Стандартом индукционной химиотерапии при лечении опухолей головы и шеи является комбинация препаратов:

Цисплатин + 5-фторурацил

Доцетаксел + цисплатин

- * Доцетаксел + цисплатин + 5-фторурацил

Паклитаксел + карбоплатин

Таргетный препарат, использующийся в сочетании с ДЛТ при наличии противопоказаний к введению цисплатина:

Афатиниб

- * Цетуксимаб

Панитумумаб

Бевацизумаб

Ингибитор контрольной точки иммунного ответа, блокирующий PD-1, зарегистрированный во 2-й линии лечения метастатического/рецидивирующего ПРГШ:

Авелумаб

- * Пембролизумаб

Дурвалумаб

* Ниволумаб

Есть ли необходимость определения экспрессии HER2/neu в опухолях головы и шеи?

Только при плоскоклеточном раке

Только при подозрении на метастатический процесс

Только у больных, имеющих в анамнезе рак желудка или рак молочной железы

* Только при аденогенных раках слюнных желез

Ингибитор контрольной точки иммунного ответа, блокирующий PD-1, зарегистрированный 1-й линии лечения метастатического/рецидивирующего ПРГШ:

Авелумаб

* Пембролизумаб

Дурвалумаб

Ниволумаб

Таргетный препарат «Цетуксимаб блокирует рецептор:

Эпидермального фактора роста 2 типа (HER2/neu)

* Эпидермального фактора роста 1 типа (EGFR)

Рецептор сосудистого эндотелиального фактора роста (VEGFR)

Тромбоцитарного фактора роста (PDGFR)

При опухолях какой локализации в области головы и шеи органосохранная тактика лечения должна быть превалирующей:

полость рта

* ротоглотка

* гортань

Кожа головы и шеи

Какие морфологические признаки необходимо оценивать у больных с I и II стадиями заболевания после радикального хирургического лечения:

* Состояние края резекции

* Эндолимфатическая инвазия

* Периневральная инвазия

Экстранодальное распространение

* Эндоваскулярная инвазия

Какие морфологические признаки необходимо оценивать у больных с III и IVA стадиями заболевания после радикального хирургического лечения:

* Состояние края резекции

* Эндолимфатическая инвазия

* Периневральная инвазия

* Экстранодальное распространение

* Эндоваскулярная инвазия

Какое лечение проводится при раннем раке ободочной кишки:

Химиолучевая терапия

Резекция сегмента ободочной кишки без лимфодиссекции

* Эндоскопическое иссечение опухоли
Резекция ободочной кишки с лимфодиссекцией по D2

Самым радикальным методом шейной лимфодиссекции следует считать:
Радикальную модифицированную шейную лимфодиссекцию

- * Радикальную шейную лимфодиссекцию
- * Операцию Крайля
- Операцию Ванаха

Оценочные средства по теме 5.

«Опухоли органов грудной клетки»

Проверяемые компетенции:

ОПК-4 Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты

ОПК-5 Способен организовывать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, участвовать в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях

ОПК-7 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Индикаторы достижений:

ИД-1 ОПК-4 Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека для решения профессиональных задач

ИД-1 ОПК-5. Назначает лечебно-охранительный режим, выбирает место и вид лечения с учетом тяжести состояния пациента

ИД-2 ОПК-5. Осуществляет подбор лекарственных средств, выбор определенной лекарственной формы, пути введения и рациональную замену препаратов с учетом состояния пациента

ИД-3 ОПК-5. Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения

ИД-1 ОПК-7 Умеет оказывать паллиативную медицинскую помощь

Стандартизированные задания (тесты) по теме:

Какое место занимает рак легкого среди впервые выявленных злокачественных образований в России в 2020 г ? (оба пола)

Первое

Второе

* Третье

Четвертое

Пятое

Какое место занимает рак легкого у мужчин среди впервые выявленных злокачественных образований в России в 2020 г ?

* Первое

Второе

Третье

Четвертое

Пятое

Какую роль играет курение в возникновении рака легкого?

* Одну из ведущих

Не имеет влияния на возникновение рака легкого

Влияет на возникновение рака только у мужчин

Влияет на возникновение рака только у женщин

Нет правильного ответа

Какие факторы имеют значение в возникновении рака легкого:

Повышенный уровень хрома и марганца в воздухе

Курение

Повышенный уровень бензпирена в воздухе

* Все ответы правильные

Нет правильного ответа

Какие факторы не имеют значения в возникновении рака легкого:

Повышенный уровень хрома и марганца в воздухе

* Повышенная инсоляция

Повышенный уровень бензпирена в воздухе

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

Какую опухоль можно отнести к центральному раку легкого ?

Рак главного бронха

Рак долевого бронха

Рак сегментарного бронха

* Все ответы правильные

Нет правильного ответа

Какую опухоль нельзя отнести к центральному раку легкого ?

Рак главного бронха

* Пневмониоподобный рак

Рак сегментарного бронха

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

Какую опухоль нельзя отнести к периферическому раку легкого ?

Рак главного бронха

Рак долевого бронха

Рак сегментарного бронха

* Все ответы правильные

Нет правильного ответа

Какую опухоль можно отнести к периферическому раку легкого ?

Рак главного бронха

* Пневмониоподобный рак

Рак сегментарного бронха
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

Как часто при профилактической флюорографии выявляется центральный рак легкого ?
В 100% случаев
В ~ 60% случаев
* В ~ 11% случаев
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

Как часто при профилактической флюорографии выявляется периферический рак легкого ?
В 100% случаев
* В ~ 86% случаев
В ~ 11% случаев
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

Какая клинико-анатомическая форма рака легкого встречается чаще?
Периферический рак
Атипичные формы
* Центральный рак
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

Какие формы роста встречаются при центральном раке легкого?
Экзофитная форма роста
Узловато-перибронхиальная форма роста
Разветвленный (стелющийся) рак
* Все ответы правильные
Нет правильного ответа

Какие формы роста не встречаются при центральном раке легкого?
Экзофитная форма роста
Узловато-перибронхиальная форма роста
* Пневмониеподобный рак
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

При каком раке легкого встречается экзофитная форма роста ?
Периферический рак
* Центральный рак
Атипичная форма рака легкого
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

При каком раке легкого встречается узловато-перибронхиальная форма роста ?

Периферический рак
* Центральный рак
Атипичная форма рака легкого
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

При каком раке легкого встречается разветвленная (стелющаяся) форма роста ?
Периферический рак
* Центральный рак
Атипичная форма рака легкого
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

Из какого элемента стенки бронха развивается экзофитная опухоль ?
* Эпителий слизистой бронха
Клетки фиброзно-мышечно-хрящевой ткани
Клетки адвентиции
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

Из какого элемента стенки бронха развивается узловато-перибронхиальная опухоль ?
* Эпителий слизистой бронха
Клетки фиброзно-мышечно-хрящевой ткани
Клетки адвентиции
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

Из какого элемента стенки бронха развивается разветвленная (стелющаяся) опухоль ?
* Эпителий слизистой бронха
Клетки фиброзно-мышечно-хрящевой ткани
Клетки адвентиции
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

Укажите анатомические варианты периферического рака легкого ?
Узловой (шаровидный) рак
Опухоль Панкоста
Пневмониеподобный рак
* Все ответы правильные
Нет правильного ответа

Какой рак называется «опухоль верхней борозды» ?
Узловой (шаровидный) рак
* Опухоль Панкоста
Пневмониеподобный рак
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

С какими образованиями в легких следует дифференцировать узловой периферический рак ?

Шаровидная пневмония

Туберкулома

Доброкачественная опухоль

Аспергиллома

* Все ответы правильные

С какими образованиями в легких следует дифференцировать пневмониеподобный рак?

Пневмония

Туберкулез

Инфаркт-пневмония

Нет правильного ответа

* Все ответы правильные

Какое исследование следует назначить при подозрении на пневмониеподобный рак?

* Цитологическое исследование мокроты

Клинический анализ крови и мочи

Определение BRCA -1 и BRCA-2 мутации в крови

Нет правильного ответа

Все ответы правильные

При какой опухоли может наблюдаться синдром Горнера?

Пневмониеподобный рак

* Опухоль верхней борозды

Периферический рак средней доли

Нет правильного ответа

Все ответы правильные

Какое исследование следует назначить при подозрении на пневмониеподобный рак?

* Цитологическое исследование мокроты

Клинический анализ крови и мочи

Определение BRCA -1 и BRCA-2 мутации в крови

Нет правильного ответа

Все ответы правильные

Сколько раз рекомендована сдача мокроты на наличие опухолевых клеток при подозрении на рак легкого?

* 5 раз

4 раза

3 раза

Нет правильного ответа

Все ответы правильные

Кем был доктор Генри К. Панкост (H. K. Pancoast, 1875—1939), описавший синдром при опухоли верхушки легкого ?

* рентгенолог

хирург

терапевт

патологоанатом
Эндокринолог

Какие симптомы могут быть при опухоли Панкоста?

Боли в надключичной области

Синдром Горнера

Атрофия мышц на стороне поражения

* Все ответы правильные

Нет правильных ответов

Какую опухоль можно отнести к атипичным формам рака легкого ?

Пневмониеподобный рак

Опухоль верхней борозды

* Медиастинальная форма рака легкого

патологоанатом

Эндокринолог

Какая опухоль не относится к атипичным формам рака легкого?

Медиастинальная форма

Сердечная форма

Печеночная форма

* Пневмониеподобный рак

Нет правильного ответа

У больного выявлена медиастинальная форма рака легкого. К какому виду согласно клинико-анатомической классификации рака легкого можно отнести эту форму опухоли ?

* Атипичная форма

Центральный рак

Периферический рак

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного выявлен рак сегментарного бронха. К какому виду согласно клинико-анатомической классификации рака легкого можно отнести эту форму опухоли ?

Атипичная форма

* Центральный рак

Периферический рак

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

Больному поставлен диагноз сердечной формы рака легкого. Что у больного ?

Рак промежуточного бронха с распространением на перикард

* Экссудативный канцероматозный сдавливающий перикардит

Периферический рак с распространением по сосудам на предсердие

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

Какое издание классификации TNM рекомендовано в настоящее время ??

7

* 8

5

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного выявлен рак периферического бронха менее 1 см (без инвазии в плевру)
Какой символ T опухоли у больного?

* T1a

T1b

T1c

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного выявлен рак периферического бронха 1,8 см (без инвазии в плевру) Какой символ T опухоли у больного?

T1a

* T1b

T1c

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного выявлен рак периферического бронха 2,5 см (без инвазии в плевру) Какой символ T опухоли у больного?

T1a

T1b

* T1c

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного выявлен рак периферического бронха менее 1 см с прорастанием висцеральной плевры Какой символ T опухоли у больного?

T1

* T2

T3

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного выявлен метастаз рака легкого в левой надключичной области Какой символ N у больного?

* N3

N2

N1

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного выявлен метастаз рака легкого в бифуркационном лимфатическом узле Какой символ N у больного?

N3

* N2

N1

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного выявлен метастаз рака легкого в контрлатеральном лимфатическом узле средостения Какой символ N у больного?

* N3

N2

N1

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного выявлен одиночный метастаз рака легкого в печени Какой символ M у больного?

M0

* M1b

M1c

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного выявлены множественные метастазы рака легкого в печени Какой символ M у больного?

M0

M1b

* M1c

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного рак периферического рака верхней доли правого легкого. Какой код опухоли по МКБ-10?

* C34 1

C34 2

C34 3

C34 0

Нет правильного ответа

У больного рак периферического рака средней доли правого легкого. Какой код опухоли по МКБ-10?

C34 1

* C34 2

C34 3

C34 0

Нет правильного ответа

У больного рак периферического рака нижней доли правого легкого. Какой код опухоли по МКБ-10?

C34 1

C34 2

* C34 3

C34 0

Нет правильного ответа

У больного рак главного бронха правого легкого. Какой код опухоли по МКБ-10?

C34 1

C34 2

C34 3

* C34 0

Нет правильного ответа

С какими заболеваниями следует дифференцировать медиастинальную форму рака легкого?

Лимфопролиферативное заболевание

Саркоидоз с поражением лимфоузлов средостения

Метастазы в лимфоузлах средостения при опухоли внелегочной локализации

* Все ответы правильные

Нет правильного ответа

Какую условную единицу принято использовать при определении скорости роста опухолей?

* Время удвоения объема (ВУО) в днях

Миллиметр в день

Сантиметр в день

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного рак периферического бронха с ВУО 70 дней Какой темп роста опухоли у больного?

* Быстрый темп роста

Средний темп роста

Медленный темп роста

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного рак периферического бронха с ВУО 100 дней Какой темп роста опухоли у больного?

Быстрый темп роста

* Средний темп роста

Медленный темп роста

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного рак периферического бронха с ВУО 210 дней Какой темп роста опухоли у больного?

Быстрый темп роста

Средний темп роста

* Медленный темп роста

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

Что является определяющим в развитии клиники рака легкого?

Гистологическое строение опухоли

* Клинико-анатомическая форма роста опухоли

Наличие мутаций в опухоли

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного рецидивирующая пневмония (2 раза в течение 2-х месяцев) в верхней доле левого легкого Что необходимо выполнить для исключения рака легкого?

Исследование функции внешнего дыхания

* Бронхоскопия

Клинический и биохимический анализы крови

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного в течение 2-х недель прожилки крови в мокроте (при флюорографии патологии в легких не выявлено) Что необходимо выполнить для исключения рака легкого?

Исследование функции внешнего дыхания

* Бронхоскопия

Клинический и биохимический анализы крови

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больной в течение недели прожилки крови в мокроте (при флюорографии патологии в легких не выявлено) Больной назначена бронхоскопия, что можно выявить при бронхоскопии?

Экзофитную опухоль центрального рака легкого

Экзоорганный эндометриоз бронха

Хронический бронхит (на фоне приема антикоагулянтов)

* Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного рецидивирующая пневмония (2 раза в течение 2-х месяцев) в верхней доле левого легкого Больному назначена бронхоскопия, что можно выявить при бронхоскопии?

Экзофитную форму центрального рака легкого

Доброкачественную опухоль бронха

Иностранное тело

* Все ответы правильные

Нет правильного ответа

В чем состоит особенность пневмониеподобного периферического рака?

Распространяется только гематогенно

Распространяется только лимфогенно

* Помимо гематогенного и лимфогенного метастазирования может распространяться по межальвеолярным перегородкам

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

Ранее гистологическое строение пневмониеподобного рака относили к бронхиолоальвеолярному раку. Какое гистологическое заключение в настоящее время характеризует этот вид рака?

Микропапиллярная аденокарцинома G3

Крупноклеточная карцинома

* аденокарцинома со стелющимся типом роста (lepidic) G1

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

Как часто развивается паранеопластический синдром при раке?

У каждого второго пациента

У каждого 100 пациента

* У каждого 10 пациента

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

Какие паранеопластические синдромы могут развиваться при раке легкого?

Дерматит

Дермато-миозит

Синдром Мари-Бамберга

* Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного внезапно появилась выраженная мышечная слабость, при обследовании по данным компьютерной томографии выявлен рак левого нижнедолевого бронха cT2N1M0. Какой паранеопластический синдром у больного? ?

Синдром Иценко-Кушинга

* Синдром Ламберта-Итона

Синдром Мари-Бамберга

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

В неврологическом отделении у больного выявлен синдром Ламберта-Итона, при обследовании по данным компьютерной томографии диагностирован рак левого нижнедолевого бронха cT2N1M0. Какое гистологическое строение опухоли, скорее всего, у больного?

Плоскоклеточный рак

Аденокарцинома

* Мелкоклеточный рак
Саркома легкого
Нет правильного ответа

Укажите клинические признаки синдрома Мари -Бамберга ?
Ногти в виде часовых стекол
Концевые фаланги пальцев кистей рук в виде барабанных палочек
Периоститы
* Все ответы правильные
Нет правильного ответа

Что не характерно для синдрома синдрома Мари -Бамберга ?
Ногти в виде часовых стекол
Периоститы
* Переломы трубчатых костей
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

Укажите клинические признаки синдрома Ламберта-Итона ?
Ногти в виде часовых стекол
* Мышечная слабость
Периоститы
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

Укажите механизм развития синдрома Ламберта-Итона ?
Повышение уровня кортизола в крови
* Нарушение передачи сигнала с пресинаптической на постсинаптическую мембрану
Повышение уровня соматотропного гормона в крови
Все ответы правильные
Нет правильного ответа

У больного по данным компьютерной томографии имеется подозрение на опухоль левого нижнедолевого бронха с метастазами в лимфоузлы средостения. Какие методы исследования Вы назначите? ?
Бронхоскопия
Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства
МРТ головы
* Все ответы правильные
Нет правильного ответа

У больного по данным компьютерной томографии имеется подозрение на опухоль периферического бронха в нижней доле правого легкого диаметром 4 см с метастазами в лимфоузлы средостения. Что Вы можете предложить для морфологической верификации заболевания ?
Трансторакальная биопсия опухоли
Видеоторакоскопия, биопсия лимфоузлов средостения
Медиастиноскопия, биопсия лимфоузлов средостения

* Все ответы правильные

Нет правильного ответа

У больного мелкоклеточный рак правого верхнедолевого бронха. Какие методы исследования Вы назначите?

Сцинтиграфия костей скелета

Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства

МРТ головы

* Все ответы правильные

Нет правильного ответа

Почему при обследовании больного раком легкого следует выполнять гастроскопию?

* У больных раком легкого более высокий риск язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, чем в общей популяции

У больных раком легкого более высокий риск рака желудка, чем в общей популяции

Не следует выполнять гастроскопию

Все ответы правильные

Нет правильного ответа

Какие исследования необходимо выполнить при аденокарциноме легкого 1У ст?

Иммуногистохимическое исследование

Определение мутации EGFR

Определение ALK - транслокации

Определение ROS1

* Все ответы правильные

У больного выявлена аденокарцинома легкого 1У ст, какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

Определение PD-L1 экспрессии

Определение мутации EGFR

Определение ALK - транслокации

Определение ROS1

* Все ответы правильные

У некурящей женщины выявлен плоскоклеточный рак легкого 1У ст, какие дополнительные исследования можно не выполнять?

Определение PD-L1 экспрессии

Определение BRAF - мутации

* Иммуногистохимическое исследование опухоли

Определение EGFR - мутации

Все ответы правильные

Оценочные средства по теме 6.

«Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства»

Проверяемые компетенции:

ОПК-4 Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты

ОПК-5 Способен организовывать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, участвовать в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях

ОПК-7 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Индикаторы достижений:

ИД-1 ОПК-4 Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека для решения профессиональных задач

ИД-1 ОПК-5. Назначает лечебно-охранительный режим, выбирает место и вид лечения с учетом тяжести состояния пациента

ИД-2 ОПК-5. Осуществляет подбор лекарственных средств, выбор определенной лекарственной формы, пути введения и рациональную замену препаратов с учетом состояния пациента

ИД-3 ОПК-5. Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения

ИД-1 ОПК-7 Умеет оказывать паллиативную медицинскую помощь

Стандартизированные задания (тесты) по теме:

Какие из представленных заболеваний относятся к первичным ЗНО печени?

- * Гепатоцеллюлярная карцинома
- * Внутрипеченочная холангиокарцинома
- Ангиолипома печени

Фокальная нодулярная гиперплазия

Факторы риска развития гепатоцеллюлярной карциномы?

- * Хронический вирусный гепатит В
- * Хронический вирусный гепатит С
- * Алкоголизм
- * Биллиарный цирроз

Какие методики инструментальной диагностики используются для выявления гепатоцеллюлярной карциномы?

- * УЗИ брюшной полости
- ФГДС
- * МРТ брюшной полости
- Рентгенография брюшной полости
- * МСКТ брюшной полости

Какой из методов инструментальной диагностики наиболее удобен для скрининга гепатоцеллюлярной карциномы у больных с факторами риска?

- * УЗИ
- МСКТ с в/в контрастированием
- МРТ с в/в введением препаратов гадоксетовой кислоты
- ПЭТ/КТ
- Ангиография

Какие общепринятые критерии используются для диагностики ГЦР различными методиками визуализации (УЗИ, КТ, МРТ)?

RESICT

*LI-RADS

PI-RADS

CTCAE

Clavien-Dindo

Какой наиболее часто встречающийся гистологический тип рака желчного пузыря?

* Аденокарцинома

Папиллярный рак

Плоскоклеточный рак

Саркома

Лимфома

Какой онкомаркер наиболее часто повышается при гепатоцеллюлярной карциноме?

* АФП

ПСА

Хромагринин А

СА-125

ХГЧ

Какой онкомаркер наиболее часто повышается при раке поджелудочной железы?

АФП

ПСА

СА 72.4

* СА-19.9

СА 125

Какой онкомаркер наиболее часто повышается при раке толстой кишки?

АФП

* РЭА

Хромагринин А

СА-125

СА 19.9

Какие онкомаркеры наиболее часто повышается при раке желудка?

АФП

* РЭА

Хромагринин А

СА-125

* СА 72.4

Препарат выбора при распространенном гепатоцеллюлярном раке (BCLC C):

Гептрал

Капецитабин

Цисплатин

* Сорафениб

Оксалиплатин

Возможные методики увеличение объема паренхимы печени для последующего выполнения резекции и снижения рисков развития печеночной недостаточности в послеоперационном периоде:

* ALLPS

* Эмболизация ветвей воротной вены

Прием гепатопротекторов

Прием соматотропина (гормона роста)

Физические упражнения

Тактика при выявлении рака желчного пузыря T1a после холецистэктомии?

Полихимиотерапия

Адьювантная монокимиотерапия

Резекция печени

* Наблюдение

Тактика при выявлении рака желчного пузыря T1b и более?

* Резекция печени

* Адьювантная химиотерапия

Трансплантация печени

Наблюдение

Какое из перечисленных клинических проявлений чаще встречается при опухоли головки поджелудочной железы?

Запоры

Диарея

* Желтуха

Утомляемость

Кровотечения из верхних отделов ЖКТ

Какое из перечисленных клинических проявлений чаще встречается при опухоли хвоста и тела поджелудочной железы?

* Боль

Диарея

Желтуха

Утомляемость

Кровотечения из верхних отделов ЖКТ

Какие методы чаще используют для лечения механической желтухи при опухоли головки поджелудочной железы?

Резекция желудка

Инфузионная терапия

* Чрескожно-чреспечённое холангио-дренирование

* Эндоскопическое стентирование

Кровотечения из верхних отделов ЖКТ

Первичные МСКТ признаки опухоли головки поджелудочной железы?

* Гипо- изоденсное образование поджелудочной железы

- * Увеличение размеров соответствующей части поджелудочной железы
- * Неровность контуров, признаки инвазии окружающих структур уже при небольших размерах поджелудочной железы
- * Слабое накопление КС – больше в отсроченную фазу

Какая операция чаще используется при опухоли головки поджелудочной железы?

Резекция желудка

- * Панкреато-дуоденальная резекция

Гастрэктомия

Гепатэктомия

Дистальная субтотальная резекция желудка возможна при следующей локализации опухоли:

Верхняя треть желудка

Кардиальный отдел

Средняя треть желудка

- * Пилорический отдел

Стандартным объемом лимфодиссекции при гастрэктомии по поводу рака желудка следует считать:

D1

- * D2

D0

D3

В какой стране наибольшая заболеваемость раком желудка:

США

- * Япония

Франция

Россия

Метастаз медсестры Марии Джозеф это:

Метастаз в ворота печени

- * Метастаз в пупок

Метастаз в надключичный лимфоузел

Метастаз в яичник

Есть ли необходимость определения HER 2 в опухоли?

Только при диффузно-инфильтративных опухолях

Только при перстневидно-клеточном раке

Только у женщин

- * Необходимо всегда

Показания к проксимальной резекции желудка :

Опухоли верхней трети желудка.

- * Небольшие высокодифференцированные опухоли субкардии у пожилых.

Кардио-эзофагеальный рак.

Каков «золотой стандарт» скрининга толстой кишки:

Ирригоскопия 1 раз в 5 лет в группе риска

Компьютерная томография в группе риска ежегодно

Колоноскопия 1 раз в 3 года в группе риска

* Колоноскопия 1 раз в 5 лет и анализ кала на скрытую кровь 1 раз в год лицам старше 45 лет

Какой симптом характерен для рака правой 1\2 ободочной кишки:

Подъемы температуры

Кровь и слизь, видимые при дефекации

* Снижение гемоглобина в крови

Сосудистые «звездочки» на коже

Какие симптомы характерны для рака левой 1\2 ободочной кишки:

Подъемы температуры

* Кровь и слизь, видимые при дефекации

Снижение гемоглобина в крови

* Запоры

Что следует отнести к категории «ранний рак ободочной кишки»:

Рак T2 с одним метастазом в лимфоузлах

* Рак T1N0M0

Рак с первичной опухолью до 1 см в диаметре

Рак ободочной кишки у пациентов до 30 лет

Какое лечение проводится при раннем раке ободочной кишки:

Химиолучевая терапия

Резекция сегмента ободочной кишки без лимфодиссекции

* Эндоскопическое иссечение опухоли

Резекция ободочной кишки с лимфодиссекцией по D2

Какое лечение проводится при наличии рака прямой кишки T2-3 N+M0

Хирургическое лечение

* Предоперационная химио-лучевая терапия с последующим оперативным лечением

Химиолучевая терапия

Трансанальное иссечение опухоли с последующей лучевой терапией

Оценочные средства по теме 7.

«Опухоли женских половых органов»

Проверяемые компетенции:

ОПК-4 Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты

ОПК-5 Способен организовывать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, участвовать в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях

ОПК-7 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Индикаторы достижений:

ИД-1 ОПК-4 Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека для решения профессиональных задач

ИД-1 ОПК-5. Назначает лечебно-охранительный режим, выбирает место и вид лечения с учетом тяжести состояния пациента

ИД-2 ОПК-5. Осуществляет подбор лекарственных средств, выбор определенной лекарственной формы, пути введения и рациональную замену препаратов с учетом состояния пациента

ИД-3 ОПК-5. Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения

ИД-1 ОПК-7 Умеет оказывать паллиативную медицинскую помощь

Стандартизированные задания (тесты) по теме:

Как часто рак возникает во время беременности?

2 случая на 1000 беременностей в год

* 1 случай на 1000 беременностей в год

1 случай на 10000 беременностей в год

3 случая на 1000 беременностей в год

Частота ЗНО во время беременности?

0,07-0,1%

* 0,05-0,1%

0,03-0,01%

0,05-1%

Наиболее безопасный метод лечения рака во время беременности?

Лучевая терапия

* Хирургический метод

Цитотоксическая терапия

Эндокринная терапия

Бисфосфонаты

Наиболее частый рак, диагностируемый во время беременности?

Рак яичников

* Рак молочной железы

Колоректальный рак

Меланома

Рак щитовидной железы

Какой оперативный доступ является предпочтительным во время беременности?

Лапаротомия

Робот-ассистированная операция

Открытая хирургия

* Лапароскопия

Какие методы лечения противопоказаны во время беременности?

Хирургический метод

- * Лучевая терапия
- * Эндокринная терапия
- * Гормональная терапия

В каком триместре беременности можно применять химиотерапию с наименьшим риском для плода?

Первый триместр беременности

- * Второй триместр беременности
- * Третий триместр беременности
- * Второй и третий триместры беременности

Каких специалистов должен включать врачебный консилиум для выбора тактики лечения рака во время беременности?

- * Акушер-гинеколог
- * Неонатолог
- * Врач-онколог
- * Врач-радиотерапевт
- * Психолог
- * Хирург

Какие методы визуализации можно применять с целью диагностики ЗНО во время беременности?

КТ

- * МРТ

МРТ с контрастированием

- * УЗИ

- * Рентген (голова, грудь, конечности)

ПЭТ-КТ

Какими воздействиями на плод обладает применение химиотерапии во время первого триместра беременности?

Задержка роста

- * Самопроизвольный аборт
- * Тератогенное воздействие

Низкие показатели крови

Мертворождение

Какое значение имеет статус беременной при направлении биопсийного (операционного) материала для проведения патоморфологического исследования

Не важно

Актуально

- * Важно

Несущественно

Полезно

При каких условиях применение лучевой терапии во время беременности возможно?

ЗНО брюшной полости

- * Наддиафрагмальные ЗНО

- * Второй и третий триместр беременности
 - * Использование экранирования
- ЗНО малого таза

Как часто встречаются злокачественные неэпителиальные опухоли яичника среди всех случаев рака яичника?

- 90%
- 10-20%
- 20-25%
- * 10%

В каком возрасте герминогенные опухоли яичника встречаются наиболее часто?

- * 10-20
- 20-40
- 40-50
- 50-70

Уровни каких опухолевых маркеров следует определять при подозрении на эпителиальный рак яичника?

- * СА-125
- * СА-19.9
- * СА-72.4
- СА-15.3

Уровни каких опухолевых маркеров следует определять при подозрении на герминогенные опухоли яичника?

- * АФП
- СА-125
- * ЛДГ
- * β -ХГЧ
- РЭА

Уровни каких опухолевых маркеров следует определять при подозрении на опухоли стромы полового тяжа яичника?

- СА-19.9
- СА-125
- * Ингибин-В
- β -ХГЧ
- РЭА

Какие опухоли яичника по морфологической классификации относятся к эпителиальным опухолям?

- * Серозные
- * Опухоли Бреннера
- Андробластома
- * Муцинозные
- Сертоли-Лейдига

Какие опухоли яичника по морфологической классификации относятся к неэпителиальным опухолям?

- * Сертоли-Лейдига
 - * Текома
- Мезонефроидные
- * Андробластома
 - * Гинандобластома

Какие опухоли яичника по морфологической классификации относятся к стромально-клеточным опухолям?

- * Гранулезоклеточные
- Тератома
- * Текома
 - * Хорионкарцинома
 - * Гинандробластома

Какие опухоли яичника по морфологической классификации относятся к герминогенным опухолям?

- * Дисгерминома
 - * Недисгерминомы
- Гранулезоклеточная опухоль
- * Хорионкарцинома

При каких ЗНО наиболее часто диагностируется метастатическое поражение яичников?

- * Рак молочной железы
- Рак легкого
Рак шейки матки
- * Рак желудка
- Рак поджелудочной железы

Какие дополнительные лабораторные диагностические исследования рекомендовано выполнить всем пациентам с подозрением на неэпителиальные опухоли яичников?

- * Уровень общего кальция
 - * Уровень общего тестостерона
 - * Уровень общего эстрадиола
- Уровень пролактина
Уровень кортизола

Какие опухоли относятся к редким опухолям яичника?

- * Нейроэндокринные опухоли
 - * Карциносаркома яичника
- Параовариальная киста
Эндометриоз

Какая схема химиотерапии является стандартным режимом лечения герминогенных опухолей яичника?

- * Блеомицин/Этопозид/Цисплатин
- Карбоплатин/Паклитаксел

Циклофосфамид/Цисплатин
Доцетаксел/ Циклофосфамид

Какой объем хирургического вмешательства рекомендован пациентам с герминогенными опухолями яичника вне зависимости от распространенности процесса, желающих сохранить фертильность?

- * Односторонняя сальпингоовариоэктомия
- Экстирпация матки с придатками
- Операция Вертгейма
- Двусторонняя сальпингоовариоэктомия

Оценочные средства по теме 8.

«Опухоли мочеполовых органов»

Проверяемые компетенции:

- ОПК-4** Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты
- ОПК-5** Способен организовывать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, участвовать в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях
- ОПК-7** Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Индикаторы достижений:

- ИД-1 ОПК-4 Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека для решения профессиональных задач
- ИД-1 ОПК-5. Назначает лечебно-охранительный режим, выбирает место и вид лечения с учетом тяжести состояния пациента
- ИД-2 ОПК-5. Осуществляет подбор лекарственных средств, выбор определенной лекарственной формы, пути введения и рациональную замену препаратов с учетом состояния пациента
- ИД-3 ОПК-5. Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения
- ИД-1 ОПК-7 Умеет оказывать паллиативную медицинскую помощь

Стандартизированные задания (тесты) по теме:

Какое место занимает рак простаты среди впервые выявленных злокачественных образований в России в 2019 г ?

- Первое
- * Второе
- Третье
- Четвертое
- Пятое

Согласно современных рекомендаций Европейской ассоциации урологов, мужчинам без наследственного анамнеза (европеоидной расы) первое определение ПСА в качестве скрининга рака простаты рекомендуется проводить в

35 лет
40 лет
45 лет
* 50 лет
Не проводить определение

По результату исследования ERSPC, скрининг приводит к уменьшению риска смерти от рака простаты на
10%
* 20%
30%
40%
Не приводит к уменьшению риска смерти

Какое стандартное количество вколов выполняется при системной биопсии простаты?
1-2 из таргетного очага
6
* 10-12
20 и больше

Стадирование рака простаты (кроме локализованного процесса низкого риска) включает в себя следующий объём обследования
МРТ таза
Остеосцинтиграфия
КТ брюшной полости, грудной клетки
* Всё вышеперечисленное

Согласно современных рекомендаций Европейской ассоциации урологов, основным методом локального стадирования является
Трансректальное УЗИ
* Пальцевое ректальное исследование
Компьютерная томография
Магнитно-резонансная томография

К радикальным вариантам лечения неметастатического рака простаты относятся:
Активное наблюдение
Гормональная терапия
* Радикальная простатэктомия
* Дистанционная лучевая терапия
* Брахитерапия

По рекомендациям NCCN, больной раком простаты T2b, суммой Глисона 7 и ПСА 18 нг/мл относится к:
Очень низкому риску прогрессирования
Низкому риску прогрессирования
* Промежуточному риску прогрессирования
Высокому риску прогрессирования
Очень высокому риску прогрессирования

В объём радикальной простатэктомии входит удаление:

- * Простаты
- Мочевого пузыря
- * Семенных пузырьков
- * Лимфатических узлов
- Дистальных отделов мочеточников

Нежелательными явлениями при проведении лучевой терапии по поводу рака простаты могут быть:

- Цистит
- Ректит
- Стриктура уретры
- * Всё вышеперечисленное

Исследования, сравнивающие робот-ассистированную и открытую радикальную простатэктомию показали:

Меньшую частоту положительного хирургического края при открытой простатэктомии

Меньшую частоту биохимических рецидивов при робот-ассистированной простатэктомии

* Отсутствие разницы в онкологических результатах при выполнении робот-ассистированной и открытой простатэктомии

* Отсутствие разницы в удержании мочи при выполнении робот-ассистированной и открытой простатэктомии

Преимущество открытой простатэктомии в отношении сохранения эректильной функции

Наиболее часто отдаленные метастазы рака простаты развиваются в

- * Костях
- Печени
- Лимфоузлах
- Лёгких
- Головном мозге

При метастатическом раке простаты на фоне гормональной терапии среднее время до развития кастрационной резистентности составляет

- 3-6 месяцев
- 6-12 месяцев
- * 12-24 месяца
- 36-48 месяцев

К препаратам выбора в первой линии терапии метастатического гормоночувствительного рака простаты относятся

- * Апалутамид
- * Энзалутамид
- * Доцетаксел
- Кабазитаксел
- Радий-223

Кастрационный уровень тестостерона составляет

10 нг/дл

20 нг/дл

35 нг/дл

* 50 нг/дл

75 нг/дл

К одобренным к применению при кастрационно-резистентном раке простаты таксанами относятся:

Паклитаксел

Абраксан

* Доцетаксел

* Кабазитаксел

Распространенность рака мочевого пузыря среди всей онкопатологии (оба пола) составляет

* 5-7%

10-12%

15-17%

17-20%

Немышечноинвазивные формы рака мочевого пузыря включают в себя все стадии, кроме

Так

T1

Tis (карцинома in situ)

* T2

Стандартный объем обследования при раке мочевого пузыря включает в себя

* МРТ таза

* КТ брюшной полости

* Цитологическое исследование мочи

* Цистоскопия

Остеосцинтиграфия

К какому риску прогрессирования относится неммышечноинвазивный рак при наличии в гистологическом препарате карциномы in situ?

Низкий

Промежуточный

* Высокий

* Очень высокий

Инструмент для выполнения трансуретральной резекции называется

Цистоскоп

* Резектоскоп

Лапароскоп

Эндоскоп

Показаниями для выполнения повторной трансуретральной резекции являются

* Отсутствие мышечного слоя в препарате первичной ТУР

* Сомнение в полноте выполнения первичной ТУР

Гематурия

Опухоль T2

* Опухоль T1

Стандартные сроки выполнения повторной трансуретральной резекции это

5-7 дней

1-2 недели

* 2-6 недель

1-3 месяца

3-6 месяцев

При каком риске немышечноинвазивного рака мочевого пузыря после трансуретральной резекции достаточно однократной инстилляцией химиопрепарата?

* Низкого

Промежуточного

Высокого

Очень высокого

Количество еженедельных инстилляций при проведении инициального курса внутрипузырной БЦЖ-терапии составляет

3

* 6

12

36

Длительность поддерживающего курса внутрипузырной БЦЖ-терапии составляет

1-3 месяца

3-6 месяцев

6-12 месяцев

* 12-36 месяцев

Методом, показавшим эффективность в лечении БЦЖ-рефрактерного немышечноинвазивного рака мочевого пузыря, является

Внутрипузырная химиотерапия

Продолжение внутрипузырной БЦЖ-терапии

* Системная иммунотерапия

Активное наблюдение

Таргетная терапия

Стандартным подходом в лечении мышечноинвазивного рака мочевого пузыря является

* Радикальная цистэктомия

Лучевая терапия

Трансуретральная резекция

Внутрипузырная БЦЖ-терапия

В объём радикальной цистэктомии у женщин входит удаление:

- * Мочевого пузыря
- * Матки
- * Придатков
- * Передней стенки влагалища
- Передней стенки прямой кишки

Отделом кишечника, наиболее часто используемым для отведения мочи после цистэктомии является

- Желудок
- Тощая кишка
- * Подвздошная кишка
- Илеоцекальный угол
- Толстая кишка

Стандартная длина сегмента кишки для формирования илеокондуита

- 5 см
- * 15 см
- 50 см
- 70 см

Сколько процентов больных с впервые выявленным раком мочевого пузыря имеют метастазы?

- 2%
- 5%
- 10%
- * 15%
- 25%

Стандартом проведения химиотерапии первой линии при метастатическом раке мочевого пузыря являются схемы

- ВЕР (Блеомицин, этопозид, цисплатин)
- FOLFOX (Фторурацил, оксалиплатин, фолиниевая кислота)
- * GC (Гемцитабин, цисплатин)
- * MVAC (Метотрексат, винбластин, доксорубицин, цисплатин)

Неблагоприятными прогностическими факторами второй линии терапии являются:,,

- * Метастазы в печень
- * ECOG>1
- * Гемоглобин < 100 г/л
- Нейтропения
- Метастазы в кости

Распространенность рака почки среди всей онкопатологии (оба пола) составляет

- * 3-5%
- 6-8%
- 8-10%

10-15%

Среди вариантов рака почки наиболее распространенным является

Хромофобный

Папиллярный

Плоскоклеточный

Переходноклеточный

* Светлоклеточный

Факторами риска развития рака почки являются

Курение

Ожирение

Наследственность

Поликистоз, гемодиализ

* Все перечисленные варианты

Распространенность хромофобного варианта среди форм почечно-клеточного рака составляет

1-2%

* 5-10%

15-20%

30-50%

По классификации Bosniak, низкий риск малигнизации (не более 5%) имеют категории

* 1

* 2

* 2F

3

4

Рак почки с инвазией в надпочечник относится к стадии

T1

T2

T3a

T3b

* T4

Показаниями для выполнения биопсии почки при выявлении (подозрении) онкозаболевания являются

* Планирование наблюдательной тактики

Планирование резекции почки

* Планирование абляции опухоли почки

* Верификация при метастатическом процессе

Средняя скорость роста маленьких (менее 4см) опухолей почки составляет в год в среднем

1 мм

* 3 мм

10 мм

15 мм

Рекомендуемая максимальная продолжительность тепловой ишемии при резекции почки составляет

10 минут

15 минут

* 20 минут

30 минут

40 минут

Абсолютным показанием для органосохраняющего лечения является

Опухоль почки меньше 7 см

Хромобланный вариант почечно-клеточного рака

Множественные опухоли

* Опухоль единственной (единственной функционирующей) почки

Лечение опухоли почки воздействием электрического тока с индукцией температуры нагревания тканей 60 градусов называется

* Радиочастотная абляция

Криоабляция

Электроабляция

Ультразвуковая абляция

* Резекция почки

Стандартным методом лечения местнораспространенного рака почки является

Резекция почки

Криоабляция

* Нефрэктомия

Системная терапия

Активное наблюдение

Частота метастатического почечно-клеточного рака при первичной диагностике составляет

1-3%

5-10%

10-15%

* 20-30%

40-50%

Среди перечисленных факторов риска к неблагоприятным прогностическим признакам по критериям MSKCC/IMDC НЕ относится

Анемия (гемоглобин ниже нижней границы нормы)

Низкий общий статус по Karnofsky (<80%)

Высокий уровень ЛДГ (>1,5 x ВГН)

* Высокий уровень щелочной фосфатазы (>ВГН)

Согласно рекомендациям Европейской ассоциации урологов, стандартными режимами системной терапии метастатического почечно-клеточного рака группы благоприятного прогноза являются

- * Пембролизумаб/акситиниб
- * Пембролизумаб/ленватиниб
- * Ниволумаб/кабозантиниб

Эверолимус

Сорафениб

Доля опухолей яичка в структуре всех ЗНО у мужчин составляет

* 1%

3%

5%

8%

К герминогенным опухолям яичка относятся

Лейдигома

* Семинома

* Тератома

* Эмбриональный рак

Частота встречаемости эмбрионального рака среди всех герминогенных опухолей составляет

10%

* 20%

30%

40%

50%

Самой распространённой герминогенной опухолью у детей является

Тератома

Семинома

Эмбриональный рак

* Опухоль желточного мешка

Хориокарцинома

Самым частым симптомом опухоли яичка является

* Увеличение яичка

Повышение температуры тела

Боль в пояснице

Гинекомастия

К маркерам опухолей яичка относятся

СА 19-9

* АФП

* Бета-ХГЧ

* ЛДГ

ПСА

Первым этапом лечения герминогенных опухолей яичка является

* Радикальная орхифуникулэктомия

Забрюшинная лимфаденэктомия

Химиотерапия

Лучевая терапия

Препаратами химиотерапии первой линии при герминогенных опухолях являются

* Цисплатин

* Блеомицин

Доксициклин

* Этопозид

Доцетаксел

Региональными лимфоузлами при герминогенных опухолях являются

Паховые лимфоузлы

Тазовые лимфоузлы

Внутригрудные лимфоузлы

* Забрюшинные лимфоузлы

Вероятность после химиотерапии по поводу несеминомной герминогенной опухоли выявить жизнеспособный рак в забрюшинных лимфоузлах составляет

* 10-15%

20-25%

30-40%

50-70%

Наиболее частым отдаленным нежелательным явлением после забрюшинной лимфаденэктомии является

Пневмония

* Ретроградная эякуляция

Нарушение функции кишечника

Кардиваскулярные нарушения

Оценочные средства по теме 9.

«Опухоли кожи»

Проверяемые компетенции:

ОПК-4 Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты

ОПК-5 Способен организовывать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, участвовать в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях

ОПК-7 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Индикаторы достижений:

ИД-1 ОПК-4 Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека для решения профессиональных задач

ИД-1 ОПК-5. Назначает лечебно-охранительный режим, выбирает место и вид лечения с учетом тяжести состояния пациента

ИД-2 ОПК-5. Осуществляет подбор лекарственных средств, выбор определенной лекарственной формы, пути введения и рациональную замену препаратов с учетом состояния пациента

ИД-3 ОПК-5. Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения

ИД-1 ОПК-7 Умеет оказывать паллиативную медицинскую помощь

Стандартизированные задания (тесты) по теме:

Какая форма рака кожи не метастазирует ?

Плоскоклеточный рак

Рак из придатков кожи

* Базальноклеточный рак

Дерматосаркома

Метатипический рак

Из каких клеток развивается меланома кожи ?

Из фибробластов

* Из меланоцитов

Из эпителиальных клеток

Из макрофагов

Из гистиоцитов

Сколько уровней инвазии по Кларку различают при меланоме кожи ?

Один уровень

Два уровня

* Три уровня

Четыре уровня

Пять уровней

При III уровне инвазии кожи по Кларку меланома располагается:

Над базальной мембраной

Под базальной мембраной до папиллярного слоя дермы

* Инфильтрирует папиллярно-ретикулярный слой дермы

Инфильтрирует глубокий ретикулярный слой дермы

Инфильтрирует подкожную клетчатку

Для радикального иссечения меланомы кожи конечностей и туловища следует отступать от ее наружного края:

Не менее 0,5 см

Не менее 1 см

* Не менее 2 см

Не менее 3 см

Не менее 5 см

К облигатным предракам кожи относят

- * болезнь Боуэна
 - * болезнь Педжета
- кератоакантому

Канцерогенным действием на кожу обладают

- * лучистые энергии
- * вещества, содержащие мышьяк
- * производные каменноугольного дегтя и нефти
- * эндогенные факторы

Базальноклеточный рак наиболее часто локализуется на коже волосистой части головы

- * лица
- верхних конечностей
нижних конечностей
туловища

Пятилетняя выживаемость больных плоскоклеточным раком кожи I-II стадий составляет

- 50-60%
 - 75-80%
 - 85-90%
 - * 95-100%
- менее 50%

К меланомоопасным невусам следует отнести

- веррукозный невус
- на Ло-невус
- простой невус
- фиброэпителиальный невус
- * невус Ота

Меланома кожи относится к опухолям

- * нейроэктодермальной природы
- эктодермальной природы
мезенхимальной природы
дисэмбриональной природы
эпителиальной природы

Ведущим методом диагностики меланомы кожи является

- радиофосфорная проба
 - лучевая меланурия (реакция Якша)
 - термография
 - * морфологический метод
- дерматоскопия

Клинически заподозрить наличие меланомы кожи можно по следующим признакам
гиперпигментации
асимметрии невоидного образования
бурному темпу роста опухоли
выпадению волос при волосатом невусе
* всем перечисленным

Поражение сосочкового слоя кожи при меланоме соответствует степени инвазии по Clark
I
* II
III
I(+)
(+)

Ведущим методом лечения меланомы кожи является
* хирургический
лучевая терапия
комбинированный
электрокоагуляция
химиотерапия

При хирургическом лечении базалиомы следует отступать от краев опухоли
на 0.1 см
* на 0.5 см
на 1.0 см
на 1.5 см
на 2 см

Профилактика злокачественных опухолей кожи включает
* лечение предрака
* исключение повторного лечения лучами Рентгена
* ограничение применения мышьяка
* диспансерное наблюдение за работающими с углеводородом и продуктами перегонки нефти

Первичные злокачественные меланомы слизистой оболочки рта чаще всего локализуются
на губах
на языке
* на слизистой верхней челюсти
на слизистой нижней челюсти
на миндалинах

Люпус-карцинома - это
одновременное появление у больного туберкулезной волчанки и рака кожи
одновременное появление у больного красной волчанки и рака кожи
одновременное появление у больного туберкулезной и красной волчанки
наличие двух самостоятельных очагов туберкулеза и рака кожи
* появление в старом очаге туберкулезной волчанки рака кожи

Излюбленная локализация базалиомы на коже
дистальных отделов конечностей
туловища
волосистой части головы
* периорбитальной зоны
места перехода кожи в слизистую

Наиболее радиорезистентной опухолью является:
базалиома
плоскоклеточный ороговевающий рак
плоскоклеточный неороговевающий рак
* меланома
невус

Ранними макроскопическими признаками малигнизации пигментного невуса являются следующие, за исключением:
увеличения невуса в размерах
потери кожного рисунка
* роста волос на поверхности невуса
изменения окраски невуса
появление неровных краев по росту невуса

Риск развития меланомы наименьший при:
меланозе Дюбрея
* голубом невусе
гигантском невусе
диспластическом невусе
ювенильной меланоме

Меланома может расти:
в высоту, возвышаясь над кожей
в глубину кожных покровов
по поверхности кожи
* возможны все направления роста
одновременно в нескольких направлениях

При меланоме кожи I-II-a стадии, при инвазии по Кларку 1-2 степени применяется следующий метод лечения:
* радикальное хирургическое
лучевая терапия
иммунотерапия
химио-лучевая терапия
комбинированное лечение

При метастазах меланомы кожи нижней конечности в паховые лимфатические узлы показана следующая операция на регионарных лимфоузлах:
операция Ванаха

операция Крайля
операция Микулича
* операция Дюкена
вмешательство на л/у не является стандартной процедурой

В структуре онкологической заболеваемости РФ по данным 2005 года рак кожи занимает:
первое место
второе место
третье место
* четвертое место
пятое место

Наиболее эффективным методом лечения предраковых заболеваний кожи является:
противовоспалительная терапия
физиотерапия
* криодеструкция или хирургическое иссечение
мазевые повязки
наблюдение

При лучевой терапии базалиомы наиболее целесообразно использовать:
* близкофокусную рентгенотерапию
быстрые электроны
гамма-излучение
интраоперационную лучевую терапию
сочетанную лучевую терапию

К пятому уровню инвазии меланомы по Кларку относят опухоль, которая:
неинвазивная опухоль, ограниченная эпидермисом
клетки опухоли находятся между сосочковым и сетчатым слоем
* опухолевые клетки прорастают подкожно-жировую клетчатку
опухолевые клетки располагаются в сосочковом слое дермы
опухолевые клетки находятся в сетчатом слое дермы

При иссечении меланомы кожи лица показано отступать от ее краев не менее:
* 1 см
2 см
5 см
3 см
4 см

Клиническое течение базалиомы:
* длительное
быстрое
региональными метастазами
с отдаленными метастазами

Для базалиомы характерно:
лимфогенное метастазирование

гематогенное метастазирование
* местно-деструктивный рост
преимущественная локализация на коже конечностей
вертикальный рост

Стадию M1 при меланоме ставят при:

* появлении дочерних пигментных включений (сателлитов) в окружности невуса
меланурии
при IY уровне инвазии по Кларку
при изъязвлении опухоли
повышении ЛДГ

Высокая смертность от меланомы связана с быстрым её:

местным ростом
лимфогенным метастазированием
нарастанием интоксикации в организме
* гематогенным метастазированием

К мерам вторичной профилактики при меланоме относят:

разумное планирование зон отдыха
применение средств защиты от УФО
* выявление и лечение предмеланозов
раннее выявление и лечение меланомы
диспансеризация

Мутация, ассоциированная с меланомой и используемая при определении тактики
лечение

* BRAF
BRCA
NRAS
KRAS
PD

Наиболее эффективная лекарственная терапия при лечении метастатической меланомы:

использование ИФН
антигормональная терапия
местные средства
химиотерапия
* PD-1 ингибиторы

Начиная с какой стадии назначается адъювантная (послеоперационная) лекарственная
терапия при лечении меланомы:

I
II
* III
IV
in situ

Дифференциальный диагноз рака кожи необходимо проводить со следующими заболеваниями:

- * Системная красная волчанка
- * Туберкулез кожи
- * грибковым поражением кожи
- * псориаз

Оценочные средства по теме 10.

«Опухоли опорно-двигательного аппарата»

Проверяемые компетенции:

ОПК-4 Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты

ОПК-5 Способен организовывать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, участвовать в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях

ОПК-7 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Индикаторы достижений:

ИД-1 ОПК-4 Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека для решения профессиональных задач

ИД-1 ОПК-5. Назначает лечебно-охранительный режим, выбирает место и вид лечения с учетом тяжести состояния пациента

ИД-2 ОПК-5. Осуществляет подбор лекарственных средств, выбор определенной лекарственной формы, пути введения и рациональную замену препаратов с учетом состояния пациента

ИД-3 ОПК-5. Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения

ИД-1 ОПК-7 Умеет оказывать паллиативную медицинскую помощь

Стандартизированные задания (тесты) по теме:

Какому лечению следует отдавать предпочтение при локализованных формах сарком мягких тканей

физиотерапия

экономное иссечение опухоли

* комбинированное лечение

химиотерапия

лучевая терапия

Наиболее частым симптомом злокачественной опухоли кости является патологический перелом

наличие опухолевидного образования

* локальная боль

ограничение подвижности в суставе

покраснение кожи над опухолью

Для злокачественной опухоли кости наиболее характерны боли, усиливающиеся при ходьбе
* боли, усиливающиеся по ночам
боли, усиливающиеся под влиянием физиотерапии
боли, усиливающиеся при иммобилизации
ноющие боли в течение всего дня

Достаточным для установления диагноза злокачественной опухоли кости является наличие патологического перелома
наличие опухолевого образования
нарушение функции сустава
наличие 2 и более симптомов
* только морфологическое подтверждение

Характерные рентгенологические симптомы для злокачественной опухоли кости
литический очаг деструкции с четкими границами
патологический перелом кости
* козырек Кодмена
* луковичный периостит

Наиболее частой локализацией злокачественной опухоли кости является
* метаэпифизы длинных трубчатых костей
плоские кости
диафизы длинных трубчатых костей
позвоночник
одинаково часты все локализации

При злокачественной опухоли кости адекватной сохранной операцией является краевая резекция кости
околосуставная резекция кости
* резекция суставного конца кости
экскохлеация опухоли
продольная резекция

При остеогенной саркоме лечебной тактикой выбора является
предоперационная лучевая терапия с отсроченной ампутацией
предоперационная лучевая терапия с ампутацией и адьювантной химиотерапией
предоперационная химио-лучевая терапия с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией
* 2-4 курса неоадьювантной химиотерапией с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией

Показателем адекватности при удалении саркомы мягких тканей является
удаление опухоли с окружающей ее капсулой
иссечение опухоли с окружающими ее мышцами, отступя на 1 см краев новообразования
* удаление опухоли с мышечно-фасциальным футляром, в котором она расположена
удаление опухоли отступя 3 см от ее краев
"вылушивание" опухоли из капсулы

Какому символу “Т” соответствует опухоль мягких тканей менее 5 см в наибольшем измерении

T0

* T1

T2

T3

T4

Первичные злокачественные опухоли костей необходимо дифференцировать

* с фиброзной дисплазией

* с хроническим остеомиелитом

* с костно-хрящевым экзостозом

* с артрозами

Остеогенные саркомы чаще всего встречаются в возрасте

* до 25 лет

от 30 до 40 лет

от 40 до 50 лет

от 50 до 60 лет

старше 60 лет

К костно-мозговым саркомам относятся

остеогенная саркома

* саркома Юинга

хондросаркома

паростальная саркома

гигантоклеточная саркома

Лучшие отдаленные результаты после хирургического лечения первичной хондросаркомы получены

* при I степени злокачественности

при II степени злокачественности

при III степени злокачественности

при IV степени злокачественности

степень злокачественности значения не имеет

При лечении злокачественных опухолей мягких тканей применение лучевой терапии наиболее целесообразно

как самостоятельный метод лечения

* в предоперационном периоде

* в послеоперационном периоде

Злокачественные опухоли мягких тканей могут развиваться из следующих исходных тканей

* мезенхимы

* фиброзной ткани

* жировой ткани

* мышечной ткани

Постоянным признаком, который наблюдается у больных саркомаами мягкими тканей, является

- * ограничение подвижности опухоли
- медленный рост
- боли
- нарушение функции конечности
- потеря веса

Какая форма остеогенной саркомы встречается наиболее часто:

- * остеолитическая
- * остеопластическая
- * смешанная
- * остеобластическая
- * регенеративная

При биохимическом исследовании сыворотки крови у больных со злокачественными опухольями костей часто выявляется повышение показателей:

- * кислой фосфатазы
- щелочной фосфатазы
- лактатдегидрогеназы
- кальция
- лактат

Какова наиболее частая локализация сарком мягких тканей?:

- верхние конечности
- * нижние конечности
- спина
- брюшная и грудная стенка
- голова и шея

Десмоидные опухоли передней брюшной стенки относятся к:

- доброкачественным
- злокачественным
- * промежуточным между доброкачественными и злокачественными
- не относятся к опухолям мягких тканей

Какой из диагностических методов является наиболее чувствительным при опухолях мягких тканей?:

- рентгенография
- УЗИ
- * МРТ
- эластография
- сцинтиграфия

Как доказать поражение костного мозга при саркоме кости?

- бласты в крови, анемия
- "пустой" внутрикостный канал на рентгенографии

* цитологически
инвазия на МРТ
накопление препарата на ПЭТ КТ

Какие операции не используются при лечении сарком костей

резекция кости
экзартикуляция
ампутация
* внутрисуставная резекция
резекция с эндопротезированием

Цель выполнения МРТ при саркомах костей

* оценка кровоснабжения конечности
* оценка распространения опухоли на костный мозг
* оценка наличия инвазии окружающих тканей
* планирование операции

Определение стадии при саркомах базируется на:

критериях T и N
критериях TNM
* критериях TNM и степени дифференцировки опухоли
наличие рецидива
критериях TNM, повышении ЛДГ

Прогноз при хондросаркоме зависит

* от формы опухоли (первичной или вторичной)
* от степени морфологической зрелости
* от возраста больного
* от адекватного объема хирургического вмешательства
от дозы лучевой терапии
от методики послеоперационной химиотерапии:

При лечении метастазов остеогенной саркомы в легкие лучевая терапия

целесообразна
целесообразна только в комбинации с химиотерапией
* нецелесообразна
лучевая терапия не используется в лечении сарком

Применение комплексного лечения при остеогенной саркоме нижних конечностей
позволяют получить 5-летнюю выживаемость

12%
20%
30%
* 50%
менее 5%

***Оценочные средства по теме 11.
«Опухоли кровеносной системы»***

Проверяемые компетенции:

ОПК-4 Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты

ОПК-5 Способен организовывать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, участвовать в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях

ОПК-7 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Индикаторы достижений:

ИД-1 ОПК-4 Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека для решения профессиональных задач

ИД-1 ОПК-5. Назначает лечебно-охранительный режим, выбирает место и вид лечения с учетом тяжести состояния пациента

ИД-2 ОПК-5. Осуществляет подбор лекарственных средств, выбор определенной лекарственной формы, пути введения и рациональную замену препаратов с учетом состояния пациента

ИД-3 ОПК-5. Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения

ИД-1 ОПК-7 Умеет оказывать паллиативную медицинскую помощь

Стандартизированные задания (тесты) по теме:

Заболеваемость лимфогранулематозом в РФ?

- * 2 на 100000 населения
- 10 на 100000 населения
- 20 на 100000 населения

Кто чаще болеет лимфогранулематозом?

- * мужчины
- женщины
- одинаково часто

Какое исследование обязательно для диагностики лимфогранулематоза?

- эзофагогастродуоденоскопия
- * биопсия и гистологическое исследование лимфатического узла
- рентгенография органов грудной клетки
- радиоизотопная сцинтиграфия

Какой гистологический тип лимфогранулематоза характеризуется лучшим прогнозом?

- лимфогистиоцитарный вариант (лимфоидное преобладание)
- смешано-клеточный вариант
- * нодулярный склероз
- лимфоидное истощение

У больного лимфогранулематозом II б стадии при обострении появились одышка в покое, одутловатость и синюшность лица, набухание вен шеи, тахикардия до 120 ударов в минуту, политопная экстрасистолия. С чем это связано?

сдавление грудного лимфатического протока

медиастинит

сдавление верхней полой вены

инфаркт миокарда

перикардит

Клинически не выделяют вариант Лимфомы Беркитта:

Эндемический

Спорадический

ВИЧ-ассоциированный

Классический

* Южно-Уральский

Лечение EBV-положительных лимфом Ходжкина и неходжкинских лимфом у больных старше 45 лет :

* имеют неблагоприятный прогноз и диктуют назначение более агрессивного лечения

имеют благоприятный прогноз, но диктуют назначение более агрессивного лечения

имеют неблагоприятный прогноз, но не диктуют назначение более агрессивного лечения

не имеют неблагоприятный прогноз и не диктуют назначение более агрессивного лечения

не имеют благоприятный прогноз, но диктуют назначение более агрессивного лечения

Саркома Капоши не подразделяется на патогенетический подтип:

Классический,

Ятрогенный

Эндемический (или Африканский)

Связанный с ВИЧ

* Итальянский

Для классического подтипа СК не характерно:

Встречается у пожилых (более 60 лет) мужчин итальянского, еврейского или восточноевропейского происхождения

Заболевание развивается медленно,

Процесс обычно ограничивается несколькими очагами поражения на коже нижних конечностей

Поражение внутренних органов встречается менее чем у 10% больных

* Поражает преимущественно детей

Для СК, ассоциированной с ВИЧ не характерно

Саркома Капоши является одним из первых заболеваний, которое было отнесено к оппортунистическим заболеваниям при ВИЧ инфекции

В группах ВИЧ инфицированных людей выше, однако наиболее часто СК болеют ВИЧ инфицированные мужчины, вступающие в сексуальные контакты с мужчинами

Эта форма является наиболее распространенным видом рака, ассоциированного со СПИДом, и протекает более агрессивно, чем классическая СК

На фоне АРВТ частота заболеваемости СК заметно снизилась

* Может появляться у ВИЧ инфицированных без СПИДа

Т-лимфотропные вирусы человека типа I (HTLV-I) относятся к семейству:

* Ретровирус

Коронавирус

Энтеровирус

Герпесвирус

Т-лимфотропные вирусы человека типа I (HTLV-I) в основном ассоциированы с заболеваниями:

* лейкемией/лимфомой (ATL) взрослых Т-клетки ассоциированной с HTLV-Иммулопатией / тропическим спастическим парезом

Саркомой Рауса

Саркома Капоши

Рак желудка

Лимфомой Беркитта

Локализация опухоли в средостении и тимусе наиболее часто присуща

* Т лимфобластным лимфомам;

лимфоме Беркитта;

периферической Т-клеточной лимфоме;

фолликулярная лимфоме педиатрической.

Развитие неходжкинских лимфом происходит в течение

1 года;

6 месяцев;

нескольких лет;

* от нескольких дней до нескольких месяцев

Тонкоигольная биопсия пациентов с неходжкинскими лимфомами возможна при наличии

* асцита;

* лейкоцитарного поражения костного мозга с обнаружением опухолевых клеток;

острой почечной недостаточности;

периферической лимфаденопатии;

* плеврита.

При локализации опухоли в средостении и тимусе наиболее часто характерны жалобы на

* затруднение дыхания и глотания;

навязчивый кашель;

нарушение дыхания;

рвота;

* тошнота.

У больных с лимфомой Беркитта основной причиной летального исхода на догоспитальном этапе и в первые дни лечения является

острая надпочечниковая недостаточность;

острая печеночная недостаточность;

* острая почечная недостаточность;

тромбоэмболия легочных артерий.

Для IV стадии неходжкинской лимфомы согласно стадированию по St.Jude характерно
 * любая локализация первичной опухоли с наличием поражения ЦНС, костного мозга и/или мультифокального поражения скелета;
 одиночный лимфоузел или экстранодальная опухоль без локального распространения;
 одна экстранодальная опухоль с поражением региональных лимфоузлов;
 опухолевые образования по обе стороны диафрагмы, внутригрудная, параспинальная и эпидуральная локализации опухоли.

Что характерно для III стадии неходжкинских лимфом?

две одиночные экстранодальные опухоли с/без поражения региональных лимфоузлов по одну сторону диафрагмы;
 * обширная нерезектабельная внутрибрюшная опухоль;
 одна экстранодальная опухоль с поражением региональных лимфоузлов;
 * опухолевые образования по обе стороны диафрагмы;
 первичная опухоль желудочно-кишечного тракта, локализованная в илеоцекальной области с/без поражения мезентериальных лимфоузлов

Что характерно для II стадии неходжкинских лимфом?

* две и более групп лимфоузлов по одну сторону диафрагмы;
 любая локализация первичной опухоли с наличием поражения ЦНС, костного мозга и/или мультифокального поражения скелета;
 * одна экстранодальная опухоль с поражением региональных лимфоузлов;
 * первичная опухоль желудочно-кишечного тракта, локализованная в илеоцекальной области с/без поражения мезентериальных лимфоузлов.

Для II стадии неходжкинской лимфомы согласно стадированию по St.Jude характерно

любая локализация первичной опухоли с наличием поражения ЦНС, костного мозга и/или мультифокального поражения скелета;
 одиночный лимфоузел или экстранодальная опухоль без локального распространения;
 * одна экстранодальная опухоль с поражением региональных лимфоузлов;
 опухолевые образования по обе стороны диафрагмы, внутригрудная, параспинальная и эпидуральная локализации опухоли.

Опухолевые образования по обе стороны диафрагмы, внутригрудная, параспинальная и эпидуральная локализации опухоли, обширная нерезектабельная внутрибрюшная опухоль характерны для

I стадии;
 II стадии;
 * III стадии;
 IV стадии.

Одиночный лимфоузел или экстранодальная опухоль без локального распространения характерна для

* I стадии;
 II стадии;

III
IV стадии. стадии;

Заболевание определяется как острый лейкоз при выявлении в костном мозге
более 15% опухолевых клеток;
* более 25% опухолевых клеток;
более 35% опухолевых клеток;
более 5% опухолевых клеток.

Для оценки вовлеченности костного мозга при всех вариантах неходжкинских лимфом
показано проведение пункций
из бедренных костей;
из большеберцовых костей;
из грудины;
* из передних и задних остей подвздошных костей.

Оценочные средства по теме 12.
«Опухоли молочной железы»

Проверяемые компетенции:

ОПК-4 Способен проводить рентгенологические исследования (в том числе компьютерные томографические) и магнитно-резонансно-томографические исследования и интерпретировать результаты

ОПК-5 Способен организовывать и проводить профилактические (скрининговые) исследования, участвовать в медицинских осмотрах, диспансеризации, диспансерных наблюдениях

ОПК-7 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Индикаторы достижений:

ИД-1 ОПК-4 Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека для решения профессиональных задач

ИД-1 ОПК-5. Назначает лечебно-охранительный режим, выбирает место и вид лечения с учетом тяжести состояния пациента

ИД-2 ОПК-5. Осуществляет подбор лекарственных средств, выбор определенной лекарственной формы, пути введения и рациональную замену препаратов с учетом состояния пациента

ИД-3 ОПК-5. Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначенного лечения на всех этапах его выполнения

ИД-1 ОПК-7 Умеет оказывать паллиативную медицинскую помощь

Стандартизированные задания (тесты) по теме:

Что НЕ влияет на выбор тактики лечения рака молочной железы?

Возраст пациентки

Расположение опухоли в молочной железе

* Наличие андрогеновых рецепторов

Наличие BRCA мутации
Менопаузальный статус

Какой критерий T по классификации TNM нужно поставить пациентке с опухолью 2,1 см, растущей в большую грудную мышцу?

T1
* T2
T3
T4a

Наиболее частый гистологический вариант при раке молочной железы?

Инвазивный дольковый
Муцинозный
* Инвазивный протоковый
Метапластический

В чем может состоять отличие Люминального A и Люминального B рака молочной железы?

в уровне Ki67
в экспрессии Her2neu
в уровне экспрессии PR
* верны все варианты ответов

Куда не вводится радиофармпрепарат при проведении процедуры БСЛУ?

* в аксиллярную область
интратуморально
перитуморально
субареолярно

Какой краситель используется и когда вводится при проведении БСЛУ?

Индоцианин зеленый, за час до процедуры
* Индоцианин зеленый, непосредственно перед проведением БСЛУ
Метиленовый синий, за час до процедуры
Метиленовый синий, непосредственно перед проведением БСЛУ

Недостатки проведения онкопластических резекций молочной железы?

* Частая необходимость проведения симметризирующих операций
* Трудность точного подведения лучевой терапии на ложе опухоли ввиду транспозиции лоскутов

Повышенная длительность операции

Худшие отдаленные результаты по локорегиональному контролю над заболеванием

Чем отличается кожесохраняющая и подкожная мастэктомия?

При подкожной мастэктомии всегда сразу ставится постоянный имплант
* При подкожной мастэктомии сохраняется сосково-ареолярный комплекс
Отличается доступ (разрез)

Ничем не отличается, это различные названия одной операции

Почему чаще всего не выполняются операции при метастатическом раке молочной железы?

Исчезает основной “таргетный” очаг для оценки эффекта от лечения

* Это не приводит к увеличению общей выживаемости пациента

Хирургическое вмешательство провоцирует дальнейшую диссеминацию опухолевых клеток

Все вышеуказанное

Что не является показанием к проведению ДЛТ?

Отечно-инфильтративная форма рака молочной железы на момент постановки диагноза

* Молодой возраст пациентки

Метастатическое поражение аксиллярных лимфоузлов

“положительные” края резекции после операции

* Полный регресс опухоли после НАХТ и проведение органосохраняющей операции

Начиная с какой стадии назначается адъювантная гормонотерапия при Люминальных подтипах?

* Назначается всегда

начиная с pT1b

начиная с pT1c

всегда, кроме рака in situ

В какой ситуации после полного курса НАХТ в адъювантном режиме назначается Капецитабин при триждынегативном раке молочной железы?

Назначается всегда

При остаточной опухоли больше 2 см

* При наличии остаточной опухоли, соответствующей RCB II-III или при резидуальной опухоли в региональных лимфоузлах

При наличии остаточной опухоли, соответствующей RCB I или при резидуальной опухоли в региональных лимфоузлах

В какой последовательности назначается адъювантная лекарственная терапия при Люминальном В Her2neu позитивном раке молочной железы IIВ стадии?

Таргетная терапия химиотерапия, далее после завершения таргетной терапии гормонотерапия

* Химиотерапия антрациклинами, затем ХТ таксанами с таргетной терапией, затем таргетная терапия с гормонотерапией

Полный курс химиотерапии, далее таргетная терапия и гормонотерапия

Химиотерапия с последующей таргетной терапии, гормонотерапия с самого начала лечения

В каких случаях показано назначение химиотерапии при Люминальном А раке молочной железы?

При N1

* При N2

При наличии BRCA мутации

* При T3 и T4

При каких подтипах опухолей стоит начать лечение с неoadъювантной химиотерапии при стадии cT2N0M0?

Люминальный А

* Триждынегативный

Люминальный В her2neu-негативный

* Люминальный В her2neu-позитивный

* Her2neu-позитивный рак

Метод выбора 1 линии лечения метастатического гормон-зависимого рака молочной железы?

Монорежимы химиотерапии

* Комбинированная гормонотерапия

Полихимиотерапия

Гормонотерапия

Когда необходимо назначение овариальной супрессии?

* При назначении ингибиторов ароматазы в пременопаузе

В качестве самостоятельного вида лечения при наличии противопоказаний к ингибиторам ароматазы

* При назначении Тамоксифена при наличии факторов риска развития рецидива

При наличии гинекологических заболеваний яичников и гормонотерапии по поводу рака молочной железы

К какой группе препаратов относится Тамоксифен?

* Антиэстроген

Нестероидные ингибиторы ароматазы

Стероидные ингибиторы ароматазы

Агонисты рецепторов эстрогена

Агонисты ГнРГ

Что необходимо назначать с профилактической целью пациенткам на фоне ингибиторов ароматазы?

Антикоагулянты

Омепразол

* Препараты кальция и витамина D

Магний, Калий

Длительность адъювантной таргетной терапии при her-позитивном раке молочной железы?

* В течение года

8 введений

10 введений

1,5 года

Что входит в состав двойной таргетной блокады?

Трастузумаб TD-M1

Пертузумаб TD-M1

Трастузумаб Лапатиниб

* Трастузумаб Пертузумаб

Пертузумаб Лапатиниб

Для какого подтипа рака молочной железы существует опция лечения в виде иммунотерапии?

Люминальный А

Люминальный В

*Триждынегативный

Her2neu-позитивный

Основные мутации, значимые для определения лечения рака молочной железы?

* PIK3CA

* BRCA

PD-L1

CNEK2

Определение мультицентричной опухоли молочной железы

Наличие более 3 опухолевых узлов

Расположение нескольких узлов на расстоянии более 3 см друг от друга

* Опухоли на расстоянии более 5 см друг от друга либо в разных квадрантах молочной железы

Синхронные опухоли в разных молочных железах

Какие лабораторные параметры используются для определения менопаузального статуса пациентки?

Эстроген и прогестерон

ЛГ и соотношение ЛГ и ФСГ

* ФСГ и эстрадиол

Пролактин и эстрадиол

Какое специфическое название имеет неинвазивный рак, поражающий сосок?

Рак Пэнкоста

* Рак Педжета

Рак Пейти

Рак Горнера

Цель выполнения операций на молочной железе при наличии отдаленных метастазов?

Увеличение общей продолжительности жизни

* Улучшение качества жизни в случае наличия распада/кровотечения

Снижение опухолевой нагрузки на организм

Получения материала для проведения ИГХ и молекулярно-генетических исследований

Отдаленными метастазами при РМЖ считается поражение лимфоузлов:

* Шейных

Надключичных

* Аксилярных контрлатеральных

* Внутригрудные

Интрамаммарные

Какой объем операции возможен у пациентки 35 лет после проведения неoadъювантной химиотерапии, у которой на момент постановки диагноза имелся локализованный отек кожи в центральной зоне и N1 ?

Мастэктомия с БСЛУ

* РМЭ

* Кожесохранный мастэктомия с одномоментной реконструкцией экспандером ПЛАЭ

Подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией имплантом

Что относится к критерию T4 при раке молочной железы согласно классификации TNM?

Втяжение кожи над опухолью

* Отек кожи молочной железы

Прорастание опухолью большой грудной мышцы

* Прорастание зубчатой мышцы опухолью

Зачетное занятие включает в себя выполнение Зачетного электронного тестирования (аттестационное испытание с использованием тестовых систем) в объеме вышеуказанных тем и примеров тестовых заданий.

7.4 Методические материалы и методика, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Специфика формирования компетенций и их измерение определяется структурированием информации о состоянии уровня подготовки обучающихся.

Алгоритмы отбора и конструирования заданий для оценки достижений в предметной области, техника конструирования заданий, способы организации и проведения стандартизированных оценочных процедур, методика шкалирования и методы обработки и интерпретации результатов оценивания позволяют обучающимся освоить компетентностно-ориентированные программы дисциплин.

В результате изучения дисциплины врач-ординатор должен знать:

- основы первичной и вторичной профилактики рака
- организацию специализированной онкологической помощи взрослому и детскому населению в условиях бюджетного финансирования и страховой медицины
- организацию работы онкологических учреждений, взаимодействие в работе отдельных подразделений
- документацию деятельности онкологических учреждений
- права и обязанности, медицинскую этику и деонтологию
- этиологию возникновения опухолей, теории канцерогенеза
- клинические проявления факультативного и облигатного предрака
- клинику доброкачественных и злокачественных опухолей основных локализаций
- морфологические классификации опухолей
- методы исследования в онкологии-лабораторные, рентгенологические, эндоскопические, радиоизотопные, ультразвуковые, иммунологические, роль морфологического исследования
- клинику неотложных состояний, их диагностику и лечение, хронический болевой синдром
- принципы лечения доброкачественных и злокачественных опухолей

- неoadьювантную и адьювантную терапию, показания к иммунотерапии
- симптоматическую терапию
- принципы диспансерного наблюдения, реабилитационные мероприятия, организацию экспертизы трудоспособности
- формы и методы санитарно-просветительной работы

Врач-ординатор должен уметь

- получить информацию о заболевании и оценить состояние больного
- составить план клиничко-инструментального обследования
- обосновать показания к госпитализации
- сформулировать клинический диагноз, провести дифференциальную диагностику
- заполнять медицинскую документацию, амбулаторную карту, историю болезни
- анализировать причины поздней диагностики

Врач-ординатор должен владеть

Организационно-методическими навыками

- оформлять медицинскую документацию
- участвовать в обходах, клинических разборах, врачебных конференциях, экспертизе трудоспособности
- посещать заседания научных медицинских обществ
- проводить лекции и беседы с родственниками больных и населением с учетом требований деонтологии и медицинской этики

Тактическими навыками

- наметить схемы обследования для выявления злокачественных опухолей основных локализаций и оценки степени распространения процесса
- сформулировать диагноз с учетом клиничко-анатомических особенностей злокачественного новообразования и определить тактику ведения больного

Диагностическими навыками

- собрать анамнез и провести физикальное обследование при подозрении на злокачественную опухоль
- участвовать в скрининговых программах, диспансеризации больных
- провести обследование больного, излеченного от злокачественной опухоли, с целью выявления рецидива или метастазов
- интерпретировать специальные методы исследования органов грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, опорно-двигательного аппарата
- оценить результаты исследования крови, мочи, плеврального экссудата, асцитического содержимого, спинномозговой жидкости, специфических опухолевых маркеров
- выявлять по внешним признакам рак нижней губы, кожи, отличать меланому от пигментного невуса
- определять кожные и ареоло-сосочковые симптомы рака молочной железы
- отличать узловую форму рака молочной железы от фиброаденомы
- выполнять пальцевое исследование органов малого таза, ректороманоскопию
- производить мазки-отпечатки, соскобы, пункционные, трепан- и ножевые биопсии, диагностические пункции

Лечебными навыками (в приобретении лечебных навыков ординаторы участвуют под контролем преподавателя после добровольного согласия больного)

-назначать симптоматическое лечение больным с распространенным опухолевым процессом, освоить фиксацию калоприемника

-оказывать экстренную помощь-наружное кровотечение из распадающейся опухоли, патологический перелом

-осуществлять врачебный контроль в процессе лучевого и лекарственного лечения

-участвовать в осуществлении биопсий, плевральной и брюшной пункций, надлобковой пункции мочевого пузыря

-освоить методику типичных хирургических вмешательств при злокачественных новообразованиях

Форма промежуточной аттестации –

текущий контроль: выполнение тестирования (аттестационное испытание промежуточной аттестации с использованием информационных тестовых систем);

собеседование, проводимое устно

зачет: выполнение Зачетного электронного тестирования (аттестационное испытание с использованием тестовых систем)

1.Описание шкалы оценивания тестирования

– от 0 до 60% – неудовлетворительно;

– от 61 до 73% – удовлетворительно;

– от 74 до 84% – хорошо;

– от 85 до 100% – отлично

2. Критерии оценивания собеседования

- соответствие содержания ответа заданию, полнота раскрытия темы/задания (оценка соответствия содержания ответа теме/заданию);

- умение проводить аналитический анализ прочитанной учебной и научной литературы, сопоставлять теорию и практику;

- логичность, последовательность изложения ответа;

- наличие собственного отношения обучающегося к теме/заданию;

- аргументированность, доказательность излагаемого материала.

Описание шкалы оценивания собеседования

Оценка «зачет» выставляется обучающемуся, если ответ в полной мере раскрывает тему/задание, обучающийся имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении учебного материала по заданию, его собственные суждения и размышления на заданную тему носят поверхностный характер.

Оценка «незачет» выставляется обучающемуся, если не раскрыта тема, содержание ответа не соответствует теме, обучающийся не обладает знаниями по значительной части учебного материала и не может грамотно изложить ответ на поставленное задание, не высказывает своего мнения по теме, допускает существенные ошибки, ответ выстроен непоследовательно, неаргументированно.

Итоговая оценка за зачет выставляется преподавателем в совокупности на основе оценивания результатов тестирования обучающихся и собеседования.

7.4.1. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

1. Порядок применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ высшего образования.
2. Положение о порядке формирования Фонда оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации высшего профессионального образования.
3. Положение об организации и проведении текущего контроля знаний и промежуточной аттестации ординаторов факультета последипломного образования в ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.
4. Положение об итоговой государственной аттестации выпускников ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России.
5. Положение о балльно-рейтинговой системе для обучающихся по образовательным программам интернатуры и ординатуры.

8. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины

Основная литература:

1. Онкология. Национальное руководство. Краткое издание / Под ред. Чиссова В.И., Давыдова М.И. // М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-3982-1.
2. Онкология. Клинические рекомендации. / Под. ред. М.И.Давыдова, А.В.Петровского // М., 2018. - 976 с.
3. Клинические рекомендации Российского Общества Клинической Онкологии – RUSSCO – 2020-2021-2022гг.
4. Клинические рекомендации Ассоциации Онкологов России (АОР) – 2020-2021-2022гг.
5. Интервенционная радиология в онкологии. Национальное руководство. / Под руководством Долгушин Б.И. // ВИДАР, 2022. - 792 с
6. Лучевая терапия в онкологии : руководство/ Под ред. Г. Е. Труфанова. // М: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 208 с.
7. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний// Под ред. Н.И. Переводчиковой // М.,Практ. мед., 2018-688 с.
8. Рациональная фармакотерапия в онкологии : руководство для практикующих врачей / Под ред. М. И. Давыдова, В. А. Горбуновой. // М: Литтерра, 2017. - 880 с. (Серия "Рациональная фармакотерапия"). - ISBN 978-5-4235-0244-7.
9. Стандарты лучевой терапии// Под ред. А.Д. Каприна, А.А. Костина, Е.В. Хмелевского // М: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 384 с.
10. Фармакотерапия опухолей / Под ред. А.Н.Стукова, М.А.Бланка, Т.Ю.Семиглазовой, А.М.Беляева // СПб.: Издательство АНО «Вопросы онкологии», 2017. - 512 с.
11. Нутритивная поддержка в онкологии / Шакирова Л. В. , Гайнуллин А. Х. // Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 144 с. (Серия "Онкология") - ISBN 978-5-9704-5645-3.
12. Тимербулатов, В. М. Симптомы и синдромы в онкологии / Тимербулатов В. М. , Ганцев Ш. Х. // М: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 224 с. (Серия "Симптомы и синдромы") - ISBN 978-5-9704-6067-2.

Дополнительная литература:

2. Сборник заданий в тестовой форме по онкологии : учебное пособие / Р. Н. Чирков, М. Ю. Рыков, И. В. Вакарчук ; под ред. М. Ю. Рыкова // М: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 112

с. (Серия "Дополнительное профессиональное образование") - ISBN 978-5-9704-6770-1.

9. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети Интернет, необходимых для освоения дисциплины

Электронные библиотеки, обеспечивающие доступ к профессиональным базам данных, информационным, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам:

«Консультант врача. Электронная медицинская библиотека»

База данных рефератов и цитирования SCOPUS

Электронный информационный ресурс ClinicalKey

<http://library.ru> eLibrary – Научная электронная библиотека

<http://library.lspbgmu.ru> – Фундаментальная библиотека ПСПбГМУ им. акад. И.П.

Павлова

www.medlinks.ru

www.consilium-medicum.com

www.cdc.go

Периодические издания:

Вопросы онкологии

Практическая онкология

Сибирский онкологический журнал

Опухоли органов репродуктивной системы

Современная онкология

Злокачественные опухоли

Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета

им. акад. И. П. Павлова.

Journal of Clinical Oncology

Annals of Oncology

Lancet Oncology

Интернет сайты:

<http://search.ebscohost.com>

<http://ovidsp.ovid.com>

<http://www.nrcresearchpress.com>

www.uptodate.com/online

<http://www.medline.ru>

<http://www.clinicalkey.com>

<http://ebooks.cambridge.org>

<http://www.metmir.ru>

<http://www.elsevier.ru>

<http://www.spb-gmu.ru>

<http://www.pubmed.com>

10. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

10.1. Характеристика особенностей технологий обучения в Университете

В ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова освоение образовательных программ проводится с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий. Для этого создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся.

10.2 Особенности работы обучающегося по освоению дисциплины «Онкология»

Обучающиеся при изучении учебной дисциплины используют образовательный контент, а также методические указания по проведению определенных видов занятий, рекомендации и пособия по данной дисциплине по работе с ним, разработанные профессорско-преподавательским составом (ППС) кафедры.

Успешное усвоение учебной дисциплины «Онкология» предполагает активное, творческое участие обучающегося на всех этапах ее освоения путем планомерной работы. Обучающийся должен активно участвовать в выполнении видов практических работ, определенных для данной дисциплины. Проводимые на клинических практических занятиях различных модульных тестирования дают возможность непосредственно понять алгоритм применения теоретических знаний, излагаемых на лекциях и в учебниках.

В этой связи при проработке лекционного материала обучающиеся должны иметь в виду, что в лекциях раскрываются наиболее значимые вопросы учебного материала. Остальные осваиваются обучающимися в ходе других видов занятий и самостоятельной работы над учебным материалом.

Следует иметь в виду, что все разделы и темы дисциплины «Онкология» представлены в дидактически проработанной последовательности, что предусматривает логическую стройность курса и продуманную систему усвоения обучающимися учебного материала, поэтому нельзя приступать к изучению последующих тем (разделов), не усвоив предыдущих.

10.3 Методические указания для обучающихся по организации самостоятельной работы в процессе освоения дисциплины

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Тестирование, собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Тестирование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Тестирование, собеседование
Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом	Тестирование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Тестирование
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование, собеседование

Подготовка ко всем видам контрольных испытаний

Тестирование

10.4. Методические указания для обучающихся по подготовке к занятиям

Занятия практического типа предназначены для расширения и углубления знаний обучающихся по учебной дисциплине, формирования умений и компетенций, предусмотренных стандартом. В их ходе обучающимися реализуется верификационная функция степени усвоения учебного материала, они приобретают умения вести научную дискуссию. Кроме того, целью занятий является: проверка уровня понимания обучающимися вопросов, рассмотренных на лекциях и в учебной литературе, степени и качества усвоения обучающимися программного материала; формирование и развитие умений, навыков применения теоретических знаний в реальной практике решения задач, анализа профессионально-прикладных ситуаций; восполнение пробелов в пройденной теоретической части курса и оказания помощи в его освоении.

Обучающийся должен изучить основную литературу по теме занятия, и, желательно, источники из списка дополнительной литературы, используемые для расширения объема знаний по теме (разделу), интернет-ресурсы.

11. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине, включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем

Программное обеспечение ФГБОУ ВО ПСПБГМУ им. И.П. Павлова, являющееся частью электронной информационно-образовательной среды и базирующееся на телекоммуникационных технологиях:

компьютерные обучающие программы;

тренинговые и тестирующие программы;

электронные базы данных

12. Материально-техническая база, необходимая для осуществления образовательного процесса по дисциплине

Наименование специализированных аудиторий и лабораторий	Перечень оборудования
Санкт-Петербург, пр. Ветеранов, 56	
Учебный кабинет №1 (ПИБ 2264, площадью 35,6м2):	Стол – 13 шт., стулья – 30 шт., Парты – 10 шт., стулья – 20 шт., Ноутбук ACER ASPIR, Проектор мультимедийный NEC VT 66, Экран настенный DRAPER STAR 178*178 MW, Интернет -2.
Операционная (ПИБ 544, площадью 42,07м2)	Противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, облучатель бактерицидный, аппарат наркозно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузomat, отсасыватель операционный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга

	<p>основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации и расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.</p> <p>Видеоэндоскопический комплекс, видеогастоскоп, видеоколоноскоп, электрохирургический блок, аппарат для радиочастотной внутритканевой термоабляции, аппарат для плазменной хирургии.</p>
<p>Перевязочная (ПИБ 2023,2024, 2025, площадью 36,2 м2):</p>	<p>Тонометр, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, стол перевязочный, стол для инструментария и материала, шкаф для инструментария, микрохирургический инструментарий и расходные материалы в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, негатоскоп, стойка для капельниц, каталка.</p>
<p>Палата № 1 (ПИБ 2021, 4 койки, площадью 25,3м2), Палата № 2 (ПИБ 2017, 4 койки, площадью 25,2 м2):</p>	<p>Медицинская мебель, кислородная подводка, тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, облучатель бактерицидный</p>

Разработчики: Полежаев Д.А., к.м.н., доцент

Рецензент: Беляев А.М., д.м.н., проф., директор ФГБУ НИИ онкологии им.Н.Н.Петрова МЗ РФ.

Эксперт:

Гранов Д.А., д.м.н., проф., член.корр. РАН, руководитель отдела интервенционной радиологии и оперативной хирургии ФГБУ РНЦ РХТ МЗ РФ