Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Шуматов Валентин Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 11.04.2025 11:32:06
Уникальный программный ключ:
1cef78fd73d75dc6ecf72fe1eb94fb4387a2985d2657b784ee019bf8e794cb4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института хирургии
Костив Е.П. /_____/
« 17 » мая 2024 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Б2.Б.01(П) Производственная (клиническая) практика основной образовательной программы высшего образования подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.57 Онкология

Направление подготовки (специальность)	**31.08.57 Онкология**
Уровень подготовки	**ординатура**
Направленность подготовки	**02 здравоохранение**
Форма обучения	**очная**
Срок освоения ООП	**2 года**
Институт/кафедра	**Институт хирургии**

Владивосток, 2024

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. Фонд оценочных средств регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по специальности 31.08.57 Онкология, направленности 02 Здравоохранение (в сфере онкологии) **универсальных (УК) компетенций и профессиональных (ПК) компетенций**

https://tgmu.ru/sveden/files/rip/31.08.57_Onkologiya(3).pdf

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства*
		Форма
1	**Текущий контроль****	**Тесты**
2	**Промежуточная аттестация****	**Тесты**
		Вопросы для собеседования
		Ситуационные задачи
		Чек-лист оценка практических навыков

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: оценочное средство 1, (тесты)

Оценочные средства для текущего контроля.

Оценочное средство 1

Что можно отнести к особенностям доброкачественных опухолей?
Склонность к метастазированию.
Способность к инвазивному росту.
Существенное отличие опухолевых клеток по структуре от нормальных.
*Медленный рост.

Как называют многоступенчатый процесс накопления мутаций и других генетических изменений, приводящих к нарушениям регуляции клеточного цикла, апоптоза, дифференцировки, морфогенетических реакций клетки, противоопухолевого иммунитета?
Облигатный предрак.
Факультативный предрак.
*Канцерогенез.
Дисплазия.

Что выступает двигателем неуклонной опухолевой прогрессии?
Потеря опухолевыми клетками способности к апоптозу.
Пролиферация опухолевых клеток.
* Генетическая нестабильность опухолевых клеток.

Нарушение дифференцировки опухолевых клеток.

Как называется лекарственное воздействие на определённые механизмы, существующие в опухолевых клетках?
Химиотерапия.
Гормонотерапия.
*Таргетная терапия.
Лучевая терапия.

Как называется применение различных методов лечения, имеющих как местное, так и системное действие?
Комбинированная терапия.
* Комплексная терапия.
Полихимиотерапия.
Сочетанная лучевая терапия.

Какое воздействие на человека в настоящее время не доказано как канцерогенное?
Курение.
Ультрафиолетовое излучение.
Ионизирующая радиация.
*Мобильные телефоны.

Что должно быть скрининговым методом диагностики рака молочной железы?
*Маммография.
Самобследование молочных желёз.
УЗИ молочных желёз.
Компьютерная томография молочных желёз.

8. Какое место занимает в структуре онкологической заболеваемости женщин РМЖ?
*1.
2.
3.
4.

При каком заболевании наиболее благоприятен прогноз?
*Рак Педжета.
Инфильтративный рак.
Инфильтративно-отёчный.
Рожеподобный рак.

Каков основной метод лечения доброкачественных опухолей?
*Хирургический.
Лучевой.
Гормональный.
Лекарственный.

Операция радикальной резекции молочной железы может быть проведена, если до операции установлена.
*I стадия РМЖ;
IIа стадия с мультицентричным ростом опухоли;
IIб стадия;
III стадия;

Каково основное показание к гормонотерапии при РМЖ?
Все стадии первичного РМЖ.
Первично-распространённый РМЖ.
*Наличие рецепторов стероидных гормонов в опухоли.
Связь опухоли с беременностью и лактацией.

В качестве защитного материала при гамма-излучении используется:
Алюминий (с маленьким атомным номером);
Различные пластмассы;
Парафин;
* Вольфрам;

В качестве защитного материала при нейтронном излучении используется:
Различные пластмассы;
*Парафин;
Свинец;
Вольфрам.

Первый этап дозиметрической подготовки больного к лучевому лечению заключается в следующем:
*Изготовление топографоанатомической карты;
Определение разовой очаговой дозы;
Определение суммарной очаговой дозы;
Выбор метода облучения;

Комплексное лечение онкологических больных заключается в следующем:
Операция + облучение;
Облучение;
*Облучение + химиотерапия + гормонотерапия + иммунотерапия;
Сочетание нескольких методов лучевой терапии.

Абсолютным противопоказанием к лучевой терапии является:
*Лейкопения;
Невозможность самостоятельного перемещения
Тяжелое общее состояние больного при генерализации опухолевого процесса и наличии раковой кахексии;
Наличие сопутствующей патологии в стадии субкомпенсации.

При радикальной программе лучевой терапии объем облучения следующий:
Облучается только первичная опухоль;
Облучаются только пути регионарного метастазирования;
Облучается только патологический очаг, вызывающий болевой синдром;
*Облучается первичная опухоль с окружающими нормальными тканями и пути регионарного метастазирования;

Укажите синоним термина «неходжкинские лимфомы».
Фиброаденомы.
*Лимфосаркомы.
Лимфаденопатии.
Лимфогранулематоз.

Наиболее часто при неходжкинских лимфомах встречают первичное экстранодальное поражение.
*ЖКТ;
Кожи;
Костей;
Молочной железы.

Каков основной метод лечения неходжкинской лимфомы IV стадии?
*Лекарственное лечение.
Лучевая терапия.
Хирургическое лечение.
Криотерапия.

Каков основной метод лечения неходжкинской лимфомы I-II стадии?
Лучевая терапия.
*Химиолучевое лечение.
Хирургическое лечение.
Криотерапия.

Какое происхождение наиболее часто имеют неходжкинские лимфомы?
*В-клеточное.
Т-клеточное.
0-клеточное.
Nk-клеточное.

Лиц, подвергающихся систематическому воздействию чего из нижеперечисленного, не относят к группе повышенного риска рака нижней губы?
*Губной помады.
Повышенной инсоляции.
Табака при курении.
Наса при закладывании за губу.

Какое заболевание из нижеперечисленных не относят к предраковым заболеваниям губы?
Лейкоплакию.
Папилломы.
Хроническую травму губы.
*Острую травму губы.

Какой из перечисленных методов лечения не используют для радикального лечения первичного очага при раке губы?
Хирургический.
Лучевой.
*Химиотерапевтический.
Лазерной хирургии.

Какое из перечисленных заболеваний не относят к предопухолевым заболеваниям слизистой оболочки полости рта?
Болезнь Боуэна.
Лейкоплакию.
Папилломатоз.
*Кандидозный стоматит.

Где отмечают наибольшую частоту рака слизистой оболочки полости рта?
В государствах Балтии.
В средней полосе России.
*В Узбекистане.
В Белоруссии.

Какая морфологическая форма злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта наиболее часто встречается?
*Плоскоклеточный рак.
Саркома.
Мукоэпидермоидная опухоль.
Цилиндрома.

Где наиболее часто локализован рак слизистой оболочки полости рта?
*Язык.
Дно полости рта.
Мягкое нёбо
Твердое нёбо

В каком возрасте чаще всего диагностируют рак слизистой оболочки полости рта?
18-39 лет.
40-65 лет.
66-75 лет.
*Старше 75 лет.

Какие лимфатические узлы не являются первичным лимфатическим барьером при раке слизистой оболочки полости рта?
Подчелюстные.
Околоушные.
Поверхностные и глубокие шейные.
*Подключичные.

Рак - это злокачественная опухоль из следующей ткани.
*Эпителиальной.
Нервной.
Хрящевой.
Костной.

Наиболее частой злокачественной опухолью у мужчин является.
Рак пищевода.
Рак желудка.
Рак поджелудочной железы.
*Рак легкого.

Ведущим методом получения материала для морфологической верификации диагноза центрального рака легкого является.
Получение мокроты.
*Фибробронхоскопия.
Трансторакальная пункция.
Медиастиноскопия.

Какой процент развития злокачественных опухолей связан с курением?

Менее 5%.
От 10-25%.
*Около 30%.
От 40-45%.

Ультрафиолетовое излучение повышает риск развития какой злокачественной опухоли.
Рак легкого.
*Рак и меланомы кожи.
Рак языка.
Рак губы.

К периферическому раку легкого относятся.
*Шаровидная форма.
Пневмониеподобная форма.
Рак Пенкоста.
Рак долевых бронхов.

Что характерно для эпидемиологии рака пищевода?
Женщины болеют чаще, чем мужчины.
Частота рака выше в возрастной группе 30-40 лет.
Частота рака выше среди жителей Западной Европы.
*Частота рака выше среди коренных жителей Севера.

Аденокарцинома дистальной части пищевода и кардии оптимально излечивается при помощи.
Лучевой терапии.
Полихимиотерапии.
Еюностомии для питания.
*Проксимальной субтотальной резекции желудка и нижней трети пищевода.

Каким путём лучше оценить распространённость процесса при стенозе рака пищевода?
Рентгенологическое исследование с жидким раствором бария.
Дыхательная полирентгенография пищевода.
Бронхоскопия.
*Эзофагоскопия с браш-биопсией.

Каким путём можно исключить трахеоэзофагеальный свищ?
Рентгенологическим исследованием с «густым» раствором бария.
Рентгенологическим исследованием с «жидким» раствором бария.
Дыхательной полирентгенографией пищевода.
*Бронхоскопией.

Каким путём может быть получена морфологическая верификация опухоли пищевода?
Рентгенологическим исследованием с «густым» раствором бария.
Рентгенологическим исследованием с «жидким» раствором бария.
Дыхательной полирентгенографией пищевода.
*Эзофагоскопией с браш-биопсией.

Какое лечение показано при клиническом диагнозе меланомы кожи туловища без морфологической верификации?
*Хирургическое.
Химиотерапевтическое.

Криовоздействие.
Иммунотерапия.

Предраковыми поражениями кожи являются все перечисленные кроме:
Пигментной ксеродермы
*Псориаза
Болезни Боуэна
Болезни Педжета

Какое из перечисленных пигментных образований может перерождаться в меланому?
Ювенильный невус.
«Монгольское пятно».
*Пограничный невус.
Голубой невус.

Какая опухоль наиболее радиорезистентна?
Базалиома.
Плоскоклеточный ороговевающий рак.
Плоскоклеточный неороговевающий рак.
*Меланома.

Какой метод наиболее эффективен при воздействии на зоны регионарного метастазирования при раке кожи?
*Хирургический.
Лучевой.
Комбинированный.
Химиотерапевтический.

При раке кожи лица I стадии целесообразны все перечисленные методы лечения кроме:
Короткодистанционной рентгенотерапии
Оперативного вмешательства;
*Полихимиотерапии;
Лазерной выпаризации

У больной 35 лет меланома кожи задней поверхности голени диаметром около 2 см без признаков поражения регионарных лимфатических узлов. Выберите наиболее целесообразное лечение на первом этапе.
Близкофокусная рентгенотерапия.
Внутритканевое облучение.
Иммунотерапия.
*Хирургическое иссечение.

По каким признакам можно клинически заподозрить наличие меланомы кожи?
*Кровоточивости пигментного образования
Морщинистость кожи на поверхности образования
Размеры опухоли менее 6 мм
Регулярные, четкие симметричные края

Развитие профилактического направления в медицине предполагает все перечисленное, кроме
улучшения санитарно-гигиенического воспитания населения
повышения уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта

искоренения вредных привычек
*расширения массовых профосмотров, диспансеризации, повышения их качества и эффективности

Оптимальная мощность специализированного онкологического отделения стационара составляет
от 20 до 40 коек
*от 40 до 60 коек
от 60 до 90 коек
от 90 до 120 коек

В структуре заболеваемости населения наибольший удельный вес составляет
гипертоническая болезнь
профессиональные заболевания
*острые респираторные заболевания и грипп
злокачественные новообразования
сердечно-сосудистые заболевания

Среди неэпидемических заболеваний первое место среди причин инвалидности занимают
профессиональные заболевания
гипертоническая болезнь
злокачественные новообразования
*сердечно-сосудистые заболевания

На МСЭ онкологического больного направляют в следующих случаях:
*для установления группы инвалидности
для санкционирования долечивания после трех недель лечения
месяцев нетрудоспособности
для направления на санаторно-курортное лечение
для назначения пособия по временной нетрудоспособности

Наиболее распространенная злокачественная опухоль у женщин в развитых странах:
рак легких
*рак молочной железы
рак шейки матки
рак яичников

Основным первичным учетным документом онкологического диспансера является
извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака
выписка из медицинской карты
*контрольная карта диспансерного наблюдения
история болезни

Основным структурным звеном онкологической службы является
РОНЦ Российской АМН
НИИ онкологии
*онкологический диспансер
онкологический кабинет

Самой частой злокачественной опухолью у мужчин в нашей стране является
*рак легких
рак желудка

рак предстательной железы
рак прямой кишки

Заболеваемость раком желудка в России
*имеет тенденцию к снижению
имеет тенденции к повышению
стабильна
в различных регионах имеет разную тенденцию

Курение оказывает влияние на частоту
рака легкого, яичников, мочевого пузыря
*рака легкого, гортани, мочевого пузыря
рака легкого, почки, щитовидной железы
рака легкого, желудка, толстой кишки

Клиническая группа диспансерного учета больных с предраковыми заболеваниями:
Iа
*Iб
II
III

Архивный срок хранения контрольной карты составляет не менее
1 года
3 лет
*5 лет
10 лет

К Iб клинической группе больных относятся
больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественное образование
*больные с предопухолевыми заболеваниями
лица, излеченные от злокачественных новообразований
правильного ответа нет

У больной 35 лет рак молочной железы IIIб стадии. Закончена послеоперационная лучевая терапия. Срок пребывания на больничном листе - 4 месяца. Профессия больной - маляр. Следует рекомендовать
*медико-социальную экспертизу (МСЭ)
выписать больную
предложить сменить профессию
предложить больничный лист

Должности врачей-онкологов в стационаре устанавливаются из расчета одна должность
на 30 коек
на 20 коек
на 15 коек
*на 10 коек

Минимальное количество коек онкологического стационара, в котором устанавливается должность заведующего
50 коек
*40 коек
30 коек

25 коек

Должности врача-онколога для оказания амбулаторной помощи населению устанавливаются из расчета
1 должность на 100 больных диспансерного учета
1 должность на 300 больных диспансерного учета
*1 должность на 500 больных диспансерного учета
1 должность на 700 больных диспансерного учета

Злокачественные новообразования среди причин смерти населения занимают
1-е место
*2-е место
7-8-е место
10-е место

Прирост числа мужчин, умерших от злокачественных новообразований за последние два десятилетия в индустриально развитых странах, обусловлен в основном увеличением заболеваемости
раком желудка
*раком легкого
опухолями яичка
лейкозом

В индустриальных странах главной причиной увеличения смертности от злокачественных новообразований является
*старение населения
резкое ухудшение экологической обстановки
увеличение влияния профессиональных вредностей
нет правильного ответа

Клиническая группа диспансерного учета больных со злокачественными новообразованиями, которые в результате применения современных схем лечения могут быть полностью излечены, а также больные, у которых может быть достигнута длительная ремиссия
Iа
Iб
*II
III

Клиническая группа диспансерного учета больных с проведенным радикальным лечением, при отсутствии рецидивов и метастазов
Iа
II
*III
IV

В онкологической статистике целесообразно использовать
только стандартизованные показатели
только обычные (грубые показатели)
*и стандартизованные показатели, и обычные (грубые) показатели заболеваемости и смертности
только процентные показатели

Хирургическая анатомия - это
раздел хирургии, изучающий и разрабатывающий отдельные хирургические доступы и оперативные приемы
*раздел анатомии, изучающий строение тела человека применительно к запросам хирургии, главным образом, с целью обоснования оперативных доступов и приемов
анатомия, изучающая строение, форму и взаимоотношение органов по областям тела
раздел анатомии, изучающий пространственное расположение органов и анатомических образований

Основной путь лимфооттока в нормальных условиях
*ортоградный
ретроградный
коллатеральный
смешанный

Связь лимфатической и кровеносной систем осуществляется, главным образом, на уровне лимфатических капилляров
внутриорганных сплетений мелких лимфатических сосудов
крупных экстраорганных отводящих лимфатических сосудов
*правого и левого (грудного) лимфатических протоков, впадающих в крупные вены шеи

Соблюдение принципов анатомической зональности и футлярности лежит в основе понятия "антибластики" при операциях по поводу злокачественных опухолей
*понятия "абластики" при операциях по поводу злокачественных опухолей
мер профилактики ортоградного лимфогенного метастазирования
мер профилактики гематогенного метастазирования

Внутренняя артерия молочной железы (внутренняя грудная артерия) начинается
*из подключичной артерии
из общей сонной артерии
из верхней щитовидной артерии
из позвоночной артерии

При радикальной мастэктомии по Холстеду - Майеру большая и малая грудные мышцы сохраняются
*удаляются
большая грудная мышца сохраняется, малая грудная мышца удаляется
малая грудная мышца сохраняется, большая грудная мышца удаляется

При операции радикальной мастэктомии по Пейти
обе грудные мышцы удаляются
*большая грудная мышца сохраняется
малая грудная мышца сохраняется, большая грудная мышца удаляется
удаляются парастернальные лимфоузлы

Кровоснабжение абдоминального сегмента пищевода осуществляется в основном за счет чревного ствола
*ветвей нижней левой диафрагмальной артерии
пищеводных артерий грудного отдела аорты
ветвей верхней левой диафрагмальной артерии

Из абдоминального сегмента пищевода лимфа оттекает преимущественно в группы лимфатических узлов все, кроме
*нижние трахеобронхиальные
околокардиальные
верхние желудочные лимфатические узлы по малой кривизне
лимфатические узлы желудочно-поджелудочной связки

Верхняя доля правого легкого образована
двумя сегментами
*тремя сегментами
четырьмя сегментами
пятью сегментами

Методом выбора при лейомиоме пищевода является
эндоскопическая лазерная деструкция опухоли
сегментарная резекция пищевода
*энуклеация опухоли с сохранением целости слизистой оболочки
резекция грудного отдела пищевода с одномоментной эзофагопластикой

Приток крови к печени осуществляется из системы
печеночной артерии
*печеночной артерии и портальной вены
печеночной артерии и печеночной вены
печеночной артерии и пупочной вены

В печени выделяется (по портальной системе)
10 сегментов
*8 сегментов
6 сегментов
4 сегментов

Короткие сосуды желудка проходят в составе
желудочно-ободочной связки
*желудочно-селезенчатой связки
печеночно-диафрагмальной связки
печеночно-желудочной связки

Левая желудочная артерия чаще всего отходит
от собственно печеночной артерии
от печеночной артерии
от аорты
*от чревного ствола

Правая желудочная артерия чаще всего отходит
*от собственно печеночной артерии
от общей печеночной артерии
от желудочно-двенадцатиперстной артерии
от аорты

Левая желудочная артерия проходит в составе
желудочно-селезеночной связки
печеночно-диафрагмальной связки

печеночно-желудочной связки
*желудочно-поджелудочной связки

Селезеночная артерия чаще всего отходит
*от чревного ствола
от аорты
от верхней брыжеечной артерии

Паренхиму новообразования составляют
*собственно опухолевые клетки
соединительная ткань
кровеносные и лимфатические сосуды
нервные и клеточные элементы стромы

Хемодектомы шеи по гистологической принадлежности относятся
*к нейрогенным
к мезенхимальным
к дисэмбриональным
к неклассифицируемым опухолям

В группу потенциально злокачественных опухолей, которые при морфологических признаках доброкачественности могут метастазировать, включены :
*Остеобластокластома (гигантоклеточная опухоль кости)
рак желудка
рак молочной железы
хондосаркома

Рак in situ отличается от микроинвазивного тем, что
инфильтрирует и разрушает базальную мембрану
инфильтрирует ткани в пределах слизистой оболочки
инфильтрирует и слизистую и подслизистую оболочки органа
*не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее

К опухолям с местнодеструирующим ростом относятся
*десмоид
фиброаденома
миома
липома

Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта обладают преимущественно
*инфильтративным ростом
экзофитным ростом
смешанным ростом
все перечисленные типы встречается с одинаковой частотой

К доброкачественным опухолям молочных желез относятся
диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
узловая фиброзно-кистозная мастопатия
*фиброаденома
саркома

Особенностями роста фиброаденомы молочной железы являются
*экспансивный рост
инфильтрирующий с метастазами
инфильтрирующий без метастазов

Рак почки наиболее часто метастазирует
в плевру и печень
*в кости и легкие
в печень и головной мозг
в мягкие ткани и забрюшинные лимфоузлы

При локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах, первым этапом метастазирования будут
подмышечные лимфоузлы
*парастернальные лимфоузлы
паховые лимфоузлы
подлопаточные лимфоузлы

К факультативному предраку относят :
Болезнь Боуэна
*кератоакантому
неспецифический язвенный колит
пигментная ксеродерма

Наиболее часто встречающаяся морфологическая форма рака шейки матки
*плоскоклеточный рак
аденокарцинома
саркома
светлоклеточный рак

Плоскоклеточный рак преимущественно встречается
*в пищеводе и анальном канале прямой кишки
в желудке и тонкой кишке
в тонкой и ободочной кишке
в желудке и ободочной кишке

Аденокарцинома чаще встречается при опухолях
шейки матки
*тела матки
влагалища
вульвы

Срочное гистологическое исследование при операции по поводу новообразования молочной железы можно не выполнять, если диагноз подтвержден
клиническими данными
маммографией
термографией
*морфологическим цитологическим исследованием

Полное прорастание опухолью всех слоев полого органа желудочно-кишечного тракта, как правило, соответствует
I стадии

IIа стадии
IIб стадии
*III стадии

Локализация опухоли желудочно-кишечного тракта в пределах слизистого и подслизистого слоев органа при отсутствии метастазов соответствует
*I стадии
II стадии
II стадии
IV стадии

Стадия заболевания может быть изменена после
*хирургического вмешательства
лучевого лечения
химиотерапии
не изменяется никогда

К облигатному предраку относят :
*семейный полипоз толстой кишки
папиллому
фиброаденому
аденому предстательной железы

Наиболее объективные сведения о местной распространенности опухолевого процесса (стадии заболевания) могут быть получены
при клиническом осмотре больного
при рентгенологическом исследовании
при использовании эндоскопических методов
*при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарным лимфатическим аппаратом

Основной целью международной классификации злокачественных опухолей является
*разработка методики единообразного представления клинических данных
унификация подходов к лечению злокачественных опухолей
попытка определить дальнейшие пути развития клинической онкологии

Символ "N" применим для обозначения состояния
*только регионарных лимфатических узлов
всех групп лимфатических узлов выше или ниже диафрагмы
любых групп лимфатических узлов
шейных лимфоузлов

Наибольшей канцерогенной активностью обладают
жиры
углеводы
*полициклические ароматические углеводороды
белки

Необходимым элементом вирусного канцерогенеза является
размножение вируса в клетке
гибель клетки
*внедрение генома вируса в геном клетки

изменение иммунологического статуса

С воздействием вируса связывают возникновение рака все, кроме
рака шейки матки
рака печени
*рака желудка
лейкозов

Для доброкачественных опухолей характерно все, кроме :
наличие капсулы
*отсутствие капсулы
экспансивный рост
медленный рост

Обязательным свойством только злокачественных опухолей является все, кроме
инфильтративный рост
метастазирование
*экспансивный рост
много митозов

Определение гормональных рецепторов важно для всего, кроме
для типирования гистологической природы опухоли
для определения уровня гормонов в организме
для определения целесообразности гормонотерапии
*для определения стадии опухоли

Для злокачественных опухолей характерно все, кроме :
быстрый рост
недифференцированные структуры
инфильтративный рост
*мало митозов

Частота возникновения рака на фоне состояний, относимых к облигатному предраку, составляет
6-10%
20-30%
50%
*80% и более

Опухоли могут вызываться всеми агентами, кроме
химических агентов
физических агентов
биологических агентов
*простейших

К химическим канцерогенным веществам относятся следующие классы соединений все, кроме
полициклические ароматические углеводороды и гетероциклические соединения
ароматические азотсоединения и аминосоединения
нитрозосоединения
*монооксигеназы

Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению
*рака кожи
рака легкого
рака желудка
рака молочной железы

Носителем генетической информации клетки человека в основном является
РНК
АТФ
*ДНК
митохондрии

Носитель генетической информации находится
в клеточной мембране
в цитоплазме
*в ядре
во всех структурах клетки

Гормональная регуляция роста опухоли в организме чаще всего осуществляется
непосредственным воздействием на генетический аппарат
непосредственным воздействием на цитоплазму
*воздействием на гормональные рецепторы в клеточной мембране
воздействием гормонов непосредственно на ДНК

В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток
*не нарушена
нарушена умеренно
нарушена выраженно
возможны все варианты

Основным свойством клеток злокачественных новообразований является
*неконтролируемый рост
контролируемый рост
обязательное укорочение клеточного цикла
обязательное удлинение клеточного цикла

К достоинствам метода ультразвуковой томографии относятся все, кроме
неинвазивный характер исследования
безвредность
практически отсутствие противопоказаний
*возможность выявления мелких (до 1 см в диаметре) новообразований в легких

К эндоскопическим исследованиям с применением фиброволоконной оптики, используемым в настоящее время в клинике, относятся все, кроме
лапароскопия
торакоскопия
цистоскопия
*ирригоскопия

Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить
морфологический диагноз
*топический диагноз

клинический диагноз
все ответы правильные

При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается
гипокоагуляция
нормокоагуляция
*гиперкоагуляция
все варианты встречаются с одинаковой частотой

Для механической желтухи в первую очередь характерно резкое повышение активности
АСТ (аспарагиновой трансаминазы)
АЛТ (аланиновой трансаминазы)
*щелочной фосфатазы
ЛДГ (лактатдегидрогеназы)

Для рака желудка характерна
повышенная кислотность желудочного сока
*сниженная кислотность желудочного сока
повышение ранее сниженной кислотности желудочного сока

Ретроградная панкреатохолангиография наиболее информативна при локализации опухоли
*в головке поджелудочной железы
в теле железы
в хвосте железы

Чрескожная чреспеченочная холангиография может быть использована
только в диагностических целях
с целью радикального лечения
*с диагностической целью и паллиативного лечения
с диагностической целью и радикального лечения

Ангиография является наиболее информативным методом в диагностике
*хемодектомы шеи
метастазов в лимфоузлы шеи
рака слюнных желез
Рака желудка

Внутрипротоковые папилломы молочной железы могут быть выявлены
при бесконтрастной маммографии
*при дуктографии
при крупнокадровой флюорографии
выявлены рентгенологически не могут

К инвазивным методам рентгенологического исследования относятся
компьютерная томография
ирригоскопия
*ангиография
флюорография

Радиоизотопные исследования в клинической онкологии используются во всех случаях, кроме

для выявления первичной опухоли
для определения распространенности злокачественного процесса
*для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов
для мониторинга эффективности лечения

Для радиоизотопного исследования костей и костного мозга чаще используются изотопы:
* Tc-99
I-111
Au-98
Ga-67

I-131 применяют с целью диагностики опухолей
поджелудочной железы
желудка
*щитовидной железы
головного мозга

Наиболее информативный онкомаркер рака молочной железы:
*СА 15-3
АФП
СА 19-9
Са 125

Для диагностики метастатического поражения костей чаще всего используются
радиоактивный 32P
радиоактивный 99Sr
радиоактивный I-131
*тетрафосфамин меченый Tc-99

Определение уровня РЭА (раково-эмбрионального антигена) может быть использовано
при раке ободочной кишки
для установления диагноза рака
для уточнения степени распространенности опухоли
*для динамического наблюдения
для определения потребности в химиотерапии

Повышение уровня кальцитонина характерно
для папиллярного рака щитовидной железы
для фолликулярного рака щитовидной железы
для недифференцированного рака щитовидной железы
*для медуллярного рака щитовидной железы

Для диагностики злокачественных опухолей тела матки наиболее информативной
является
лапароскопия
*гистероскопия
кольпоскопия
кульдоскопия

Абсолютным противопоказанием к выполнению медиастиноскопии является
увеличение щитовидной железы (I-II степени)
*выраженный синдром сдавления верхней полой вены

синусовая тахикардия до 100 в минуту
недостаточность легочной вентиляции II степени

Аспирационный (пункционный) метод исследования наиболее информативен в цитологической диагностике
*эпителиальных опухолей
мезенхимальных опухолей
нейрогенных опухолей
дисэмбриональных опухолей

Наиболее информативный онкомаркер рака печени:
СА 15-3
* АФП
СА 19-9
Са 125

Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено
на обеспечение антибластики
*на обеспечение абластики
на снижение риска хирургических вмешательств
на максимальное сохранение функции органа

Главной целью симптоматической операции является
удаление пораженного опухолью органа
удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли
*устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти
удаление метастатических очагов

Факторами, предрасполагающими к тромбоэмболии легочной артерии, является все, кроме
длительная катетеризация крупных вен
операции на органах малого таза и нижних конечностях
длительное неподвижное положение в постели,
*гипергликемия

Тромбоэмболия легочной артерии может проявляться следующими синдромами (синдромом) все, кроме
легочно-плевральным
кардиальным
абдоминальным
*церебральным

Паллиативное лечение направлено на
полное удаление первичного очага с надеждой на ремиссию
* частичное удаление опухоли, после которого остается первичный очаг или метастазы
повышение качества и длительности жизни, ликвидацию осложнений заболевания
на максимальное сохранение функции органа

Оптимальным уровнем разрежения при вакуум-дренировании плевральной полости после хирургического вмешательства следует считать разрежение в пределах
от +5 до +10 см вод. ст.

*от -10 до -12 см вод. ст.
от -30 до -40 см вод. ст.
от -70 до -100 см вод. ст.

Наиболее важными мероприятиями, направленными на профилактику послеоперационных ателектазов, является все, кроме
тщательная и бережная санация трахеобронхиального дерева во время и в конце операции
поддержание отрицательного давления в плевральной полости после операции
*полноценное обезболивание после операции
ранняя активизация больных и комплекс дыхательных упражнений

Профилактика послеоперационной пневмонии включает следующие мероприятия все, кроме:
санацию полости рта, зева, верхних дыхательных путей
раннюю активизацию больного
комплекс дыхательных упражнений
*длительное применение наркотических анальгетиков (больших доз)

К расширенной операции следует относить
удаление опухоли в пределах здоровых тканей
удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером
*удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс

К комбинированной операции следует относить
удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером
удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
*удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого заболевания

Термин "операбельность" определяют
*состояние больного, позволяющее выполнить операцию
состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию
выявленная во время хирургического вмешательства возможность выполнить радикальную операцию
стадия процесса

На отдаленные результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний оказывают влияние все, кроме
тип роста опухоли
наличие метастазов в регионарных лимфоузлах
наличие отдаленных метастазов
*возраст больного

К радиочувствительным могут быть отнесены все перечисленные ниже опухоли, кроме

лимфогранулематоза
лимфосаркомы
*аденокарциномы желудка
мелкоклеточного рака легкого

К факторам модификации радиочувствительности опухоли и нормальных тканей, применяющимся в лучевой терапии относят все, кроме
локальную гипертермию
гипербарическую оксигенацию
химиопрепараты
*гипергликемию

Расщепленный курс лучевой терапии применяют
для повышения радиочувствительности опухоли
*для защиты нормальных тканей
для снижения числа рецидивов
для повышения дозы облучения

Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является
пожилой возраст
молодой возраст
*активный туберкулез
ни один из перечисленных факторов

Единицей измерения активности источника является
Грей
Рад
*Кюри
Рентген

К лучевым реакциям относится
фиброз
лучевая язва
*эритема кожи
лучевой рак

Оценочное средство 2 (вопросы к собеседованию)

1. Злокачественные опухоли полости носа, придаточных пазух и верхней челюсти.
Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов.
Основные ошибки в диагностике и лечении. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
2. Злокачественные опухоли носоглотки.
Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации.
Особенности клинических проявлений в зависимости от локализации и распространения.
Оптимальные методы диагностики и дифференциальной диагностики и порядок их использования.
Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов.
Основные ошибки в диагностике и лечении.

Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
3. Рак гортани и гортаноглотки.
Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации.
Особенности клинических проявлений в зависимости от локализации и распространения.
Оптимальные методы диагностики и дифференциальной диагностики и порядок их использования.
Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов.
Основные ошибки в диагностике и лечении.
Осложненные формы течения.
Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
4. Злокачественные опухоли щитовидной железы. Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации.
Частота и связь с доброкачественными изменениями данного органа и различными факторами риска.
Оптимальные методы диагностики и дифференциальной диагностики и порядок их использования.
Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов.
Основные ошибки в диагностике и лечении.
Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
5. Опухоли слюнных желез.
Заболеваемость, смертность, запущенность.
Особенности локализации и частота поражения.
Современные классификации и факторы прогноза.
Особенности клинических проявлений на ранних стадиях развития и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями слюнных желез.
Оптимальные методы ранней и уточняющей диагностики и порядок их использования.
Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов.
Основные ошибки в диагностике и лечении.
Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
6. Внеорганные опухоли шеи. Заболеваемость, смертность, запущенность. Современные классификации. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики. Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования. Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Основные ошибки в диагностике и лечении. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
7. Рак легкого. Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации.
Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и от клинико-анатомической формы роста опухоли, особенности дифференциальной диагностики. Паранеопластические синдромы.
Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
Основные ошибки в диагностике и лечении.
8. Опухоли плевры.
Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации.
Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.

Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
9. Опухоли средостения.
Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации опухолей и кист средостения.
Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики, компрессионный синдром, паранеопластические синдромы
10. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Рак желудка. Рак ободочной кишки. Рак прямой кишки. Рак анального канала. Опухоли поджелудочной железы. Злокачественные опухоли двенадцатиперстной кишки. Опухоли печени и желчного пузыря. Забрюшинные неорганные опухоли
11. Опухоли мочеполовой сферы. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей различных органов мочеполовой сферы. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
12 Опухоли почек
Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации.
Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования. Основные ошибки в диагностике и лечении
Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
13. Опухоли мочевого пузыря.
14. Рак предстательной железы. Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации.
Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
Основные ошибки в диагностике и лечении.
Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
15 Опухоли яичка.
Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации.
Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
Основные ошибки в диагностике и лечении.
Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
16. Опухоли полового члена.
Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации.
Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
17 Рак кожи.
Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации.

Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
Основные ошибки в диагностике и лечении.
Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
18 Опухоли опорно-двигательного аппарата.
Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации.
Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
Основные ошибки в диагностике и лечении.
Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
19. Опухоли мягких тканей
Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации.
Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
Основные ошибки в диагностике и лечении.
Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
20. Рак молочной железы. Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации.
Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
Основные ошибки в диагностике и лечении.
Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения
21 Опухоли кроветворной и лимфоидной системы.
Клиника и диагностика ЛГМ. Основные клинические проявления
Особенности клинического течения в зависимости от морфологического варианта, стадии, наличия симптомов интоксикации;
Морфологические методы диагностики.
Лабораторные методы диагностики
22. Опухоли кроветворной и лимфоидной системы. Гематосаркомы (ГС)
Заболеваемость, смертность, запущенность.
Современные классификации.
Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
Основные ошибки в диагностике и лечении.
Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.

Оценочное средство 3

Ситуационные задачи

Ситуационная задача № 1

Текст задачи

В поликлинику обратился пациент с жалобами на наличие опухолевидного образования в надключичной области справа, существующего в течение 3 лет. В последнее время отметил увеличение этого образования в размерах, боли в области этого образования отсутствуют.

При осмотре: в правой надключичной области опухолевидное образование 5×6 см, мягко-эластической консистенции, подвижное, не спаянное с кожей, безболезненное. Кожа над ним не изменена. Надключичные, шейные лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,7%. Hb 126 г/л, L-8,0.

Ваш диагноз?

Липома правой надключичной области.

Какие методы обследования необходимы?

Рентгенография грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, пункционная биопсия.

С каким заболеванием необходимо дифференцировать данную патологию?

Метастатическое поражение, лимфома, туберкулез лимфоузлов, киста надключичной области.

Присутствует ли при данной патологии симптом малых признаков Савицкого?

Нет, синдром Савицкого: слабость, утомляемость, нарушение сна, потеря аппетита, похудание.

Методы лечения?

Лечение хирургическое: под местной инфильтрационной анестезией 0,5% новокаином или внутривенным наркозом удаление липомы.

Ситуационная задача № 2

В стационар поступила больная К. 70 лет, с жалобами на запоры, слабость, похудание на 8 кг за последние 3 месяца. При осмотре: кожные покровы бледные, язык влажный умеренно вздут, мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где пальпируется опухолевидное образование 7×6 см, плотное, болезненное, бугристое, легко смещаемое. Перитонеальных симптомов нет. При пальцевом ректальном исследовании стенки прямой кишки безболезненные. Hb 90 г/л, Эритроциты – 2,6 ×10.

Ваш предварительный диагноз?

Рак восходящего отдела ободочной кишки, токсико-анемическая форма.

Какие диагностические методы исследования необходимы?

Общеклинический осмотр, пальцевое исследование анального канала, прямой кишки и перианальной области, пальпация периферических лимфатических узлов, ЭКГ стандартная, определение уровня раково-эмбрионального антигена, рентгенография органов грудной полости, фиброколоноскопия с биопсией, ультразвуковое исследование печени и забрюшинного пространства (КТ ОБП), трансректальное ультразвуковое исследование, консилиум хирурга, радиолога, химиотерапевта, консультация анестезиолога, УЗИ сосудов нижних конечностей

Требуется ли генетические исследования?

Необходимо выявить наличие мутации в опухоли RAS, BRAF

Возможные осложнения этого заболевания?

Кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость, метастазирование, прорастание в окружающие органы
Назовите операцию, которая будет радикальной у данного больного.
Радикальная операция – правосторонняя гемиколонэктомия.

Ситуационная задача № 3

Больной М. 47 лет взят на операцию в экстренном порядке по поводу острой кишечной непроходимости. Причиной ее является злокачественная опухоль нисходящего отдела ободочной кишки, суживающая просвет последней. Кроме того, опухоль прорастает в забрюшинное пространство, неподвижная. Лимфатические узлы в брыжейке увеличены до 2-3 см в диаметре, плотные.

Сформулируйте диагноз?

Рак нисходящего отдела ободочной кишки T4N1M0

Откуда брать биопсию?
Лимфатический узел из брыжейки

Объем оперативного пособия?
Наложение противоестественного двуствольного ануса

Принципы послеоперационного введения больного?
Антибактериальная и инфузионная терапия
Есть необходимость в химиотерапии?
Да, химиотерапия показана

Ситуационная задача № 4

Больная М., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре в верхнее - наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корочки», и пальпируется узловое образование 4 ×5 см слабо подвижное, в правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области - единичный плотный лимфатический узел.

Рак молочной железы

Укажите стадию процесса.
T4 N3 M 0 IIIC
Укажите методы обследования больной.
Маммография, УЗИ молочных желез, зон регионарного лимфооттока, печени, органов малого таза, пункционная биопсия молочной железы и лимфоузлов с цитологическим исследованием, core – биопсия, сцинтиграфия костного скелета, ПЭТ-КТ.

Перечислите необходимые иммуногистохимические маркёры
RE, RP, Ki-67, Her-2 neo, P-53.
При иммуногистохимическом исследовании выявлен «люминальный А» тип опухоли.
Расшифруйте.
RE +, RP+, Ki-67<14%, Her-2 neo ---.

Ситуационная задача № 5

Больной С.,51 года, обратился к хирургу с жалобами на задержку прохождения твердой пищи по пищеводу в течение 2 месяцев, боли за грудиной, изжогу, тошноту. В последний месяц отмечает снижение веса на 8 кг. слабость, утомляемость. Объективно - кожные покровы бледные, тургор кожи снижен, определяются увеличенные надключичные лимфоузлы, плотноэластической консистенции. В лабораторных анализах - повышение СОЭ до 56мм/час.

Ваш предположительный диагноз?

Рак пищевода
Перечислите методы обследования, показанные больному для уточнения диагноза

Рентгенография органов грудной клетки, рентгенография пищевода и желудка, эзофагогастродуоденоскопия с биопсией, хромоэзофагоскопия с 3% раствором Люголя, эндосонография пищевода и параэзофагеальных структур, фибробронхоскопияс биопсией, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, ультразвуковое исследование шеи,ультразвуковое исследование средостения, ультразвуковое исследование надключичных зон, спиральная компьютерная томография органов грудной клетки.

Предложите план лечения при I стадии заболевания и отсутствии тяжелой сопутствующей патологии
Эндоскопическая резекция слизистой (хирургическое)
Предложите план лечения при III стадии заболевания и наличии тяжелой сопутствующей патологии
Химиолучевое лечение
Является ли наличие стента противопоказанием к лучевой терапии?
Не является

Ситуационная задача № 6

Больной 52 лет обратился с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко и с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 2 мес. За это время нарастают упадок сил и слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания, затем нормализовалась. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле правого легкого.

Назовите предположительный диагноз.

Центральный рак правого лёгкого.

Составьте план обследования больного
Врачебный осмотр, ЭКГ стандартная, исследование функции внешнего дыхания

(спирометрия), рентгенография легких в двух проекциях, рентгенологическое контрастное исследование пищевода, компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости, магнитнорезонансная томография головного мозга, фибробронхоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, сцинтиграфия скелета, цитологическое исследование мокроты
При наличии гистологически подтвержденного мелкоклеточного характера заболевания какие препараты используются в первой линии химиотерапии
Этопозид, цисплатин.

Есть ли необходимость облучения головного мозга при полном исчезновении первичного очага и мелкоклеточном характере заболевания после 4 курсов полихимитерапии?

Возможно облучение головного мозга

Требуется ли лучевая терапия на первичный очаг при мелкоклеточном характере заболевания и неоперабельности
Да, требуется

Ситуационная задача № 7
Больная 32 лет, Жалобы на наличие округлого образования в правой молочной железе. При маммографии –аденоз. По системе BIRADS оценка не производилась. УЗИ и цитологическое исследование не проводилось. Хирургом ЦРБ выполнена секторальная резекция правой молочной железы по поводу «фиброаденомы молочной железы». Через 10 дней после операции получен результат гистологического исследования: инвазивный протоковый рак молочной железы, диаметр опухоли 1,2 см. Пациентка направлена на консультацию в онкологический диспансер. При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Местно: молочные железы мягкие, в верхненаружном квадранте правой молочной железы послеоперационный рубец - без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Сформулируйте диагноз.

Рак правой молочной железы T1N0M0 после нерадикального лечения.
Перечислите ошибки в лечении больной.
A. Больная взята на оперативное лечение в учреждении без лицензии на оказание онкологической помощи. B. Не установлен характер заболевания до начала лечения (пункционная биопсия, УЗИ). C. Не произведена должным образом фиксация и исследование операционного материала, что не позволяет определить тип опухоли. D. В возрасте до 35 лет маммография малоинформативна. E. Не произведена оценка снимков по системе BIRADS.

Определите лечебную тактику.
Полное клиническое обследование, Радикальная резекция правой молочной железы с последующей лучевой терапией
Где должна осуществляться диспанеризация этой больной?

В поликлинике онкологического диспансера или у онколога по месту жительства.

Кто должен заполнить извещение о впервые выявленном злокачественном

новообразовании?
Хирург, выполнявший операцию.

Ситуационная задача № 8
У больной 58 лет 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре: больная резко истощена. Над левой ключицей пальпируется конгломерат плотных лимфатических узлов. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД - 140/80 мм.рт.ст.. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. При рентгенографии пищевода выявлено его резкое сужение в абдоминальном отделе, супрастенотическое расширение. Тугого наполнения желудка получить не удалось, но создаётся впечатление наличия дефекта наполнения в верхней трети тела по малой кривизне. При эзофагоскопии выявлено резкое сужение пищевода на 34 см от резцов. Эндоскоп за опухоль проходит с трудом. При гистологическом исследовании биоптата получена картина плоскоклеточного рака.

Ваш диагноз?

Рак средней трети пищевода
Назовите стадию заболевания.
IV стадия.

Составьте план обследования для верификации диагноза.
Рентгенография органов грудной клетки, рентгенография пищевода и желудка, эзофагогастродуоденоскопия с биопсией, хромоэзофагоскопия с 3% раствором Люголя, эндосонография пищевода и параэзофагеальных структур, фибробронхоскопияс биопсией, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, ультразвуковое исследование шеи,ультразвуковое исследование средостения, ультразвуковое исследование надключичных зон, спиральная компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости.

Определите лечебную тактику.
Стентирование пищевода или наложение гастростомы, паллиативный курс дистанционной гамма-терапии, химиотерапия.

Является ли стент препятствием для лучевого лечения?
Не является.

Ситуационная задача № 9
Больная К., 31 год , 2 месяца назад самостоятельно обнаружила у себя узел в щитовидной железе, обратилась к онкологу. При осмотре: область щитовидной железы визуально не изменена, при пальпации в правой доле обнаруживается узловое образование округлой формы, эластической консистенции, подвижное 2,5 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. В пунктате – фолликулярный рак щитовидной железы.

Ваш диагноз?

Рак щитовидной железы T1N0M0, I стадия
Уточните план обследования больной?
Непрямая ларингоскопия, рентгенологическое исследование органов грудной клетки,

трахеи, пищевода, ультразвуковое исследование щитовидной железы, шеи, передневерхнего средостения, печени, фиброскопия гортани, трахеи, консультация эндокринолога

Составьте план лечения больной.
Тиреоидэктомия, /внутренняя лучевая терапия с I -131
Определить продолжительность гормонотерапии
Пожизненно
Необходима ли дистанционная лучевая терапия у этой больной?
Необходимости в дистанционной лучевой терапии у данной больной нет, так как проведена внутритканевя терапия с I-131.

Ситуационная задача № 10
Больной К. ,50 лет обратился с жалобами в эпигастральной области. Из анамнеза: болен в течение 4 месяцев, похудел за это время на 6 килограмм. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Питание умеренное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхательная, сердечно - сосудистая системы без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. При ФГДС в средней трети желудка отмечено наличие опухоли 4×5 см по малой кривизне экзофитного характера. Гистологическое заключение умеренно-дифференцированная аденокарцинома. Тяжелой сопутствующей патологии не выявлено.

Ваш диагноз?

Рак желудка T2NXM0.

Составьте план обследования для верификации диагноза.
Врачебный осмотр, ректальное пальцевое исследование, рентгенография органов грудной клетки, рентгенография пищевода и желудка с двойным контрастированием,, хромогастроскопия с 0,5% раствором индигокармина, эндосонография желудка (радиальное сканирование), ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, ультразвуковое исследование органов малого таза у женщин, ультразвуковое исследование шейно-надключичных зон

Определите лечебную тактику.
Гастрэктомия, в дальнейшем наблюдение
Есть ли необходимость в иммуногистохимическом исследовании.
Да необходимо ИГХ исследование опухоли на HER-2neo,MSH|MSI
Определите тактику после гастрэктомии и R1 при гистологическом исследовании краев препарата.
Химиотерапия, дистанционная лучевая терапия

5. Критерии оценивания результатов обучения

Для экзамена

Оценка «***отлично***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями предмета в полном объеме учебной программы, достаточно глубоко осмысливает дисциплину; самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечает на все вопросы, подчеркивает при этом самое существенное, умеет анализировать,

сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нем главное: устанавливать причинно-следственные связи; четко формирует ответы.

Оценка «***хорошо***» выставляется обучающемуся, если он владеет знаниями дисциплины почти в полном объеме программы (имеются пробелы знаний только в некоторых, особенно сложных разделах); самостоятельно и отчасти при наводящих вопросах дает полноценные ответы на вопросы; не всегда выделяет наиболее существенное, не допускает вместе с тем серьезных ошибок в ответах.

Оценка «***удовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он владеет основным объемом знаний по дисциплине; проявляет затруднения в самостоятельных ответах, оперирует неточными формулировками; в процессе ответов допускает ошибки по существу вопросов.

Оценка «***неудовлетворительно***» выставляется обучающемуся, если он не освоил обязательного минимума знаний предмета, не способен ответить на вопросы даже при дополнительных наводящих вопросах экзаменатора.

Оценочное средство 4

Чек-лист оценки практических навыков
по дисциплине **Б1.Б.01 Онкология**

Название практического навыка__Физикальное обследование пациента (молочная железа)

С	31.08.57 Онкология		
К	ПК-5-готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем; ПК-6-готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи		
Ф	Проект профессионального стандарта «Врач-онколог», 2018 г.: А/02.8		
ТД	Назначение и проведение обследования пациентов в целях выявления онкологического заболевания и его прогрессирования		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Предложил пациентке раздеться выше пояса, повернуться лицом к свету, поставить руки на пояс или опустить вниз (сам перевел манекен в нужное положение)	1 балл	-1 балл
2.	Обработал руки, надел одноразовые перчатки	1 балл	-1 балла
3.	Оценил окраску кожных покровов и структуру кожи молочных желез, наличие отделяемого из сосков, прокомментировал	1 балл	-1 балл
4.	Оценил наличие следов выделений на молочных железах, прокомментировал	1 балл	-1 балл
5.	Сравнил правую и левую железы по размеру, форме и симметричности, прокомментировал	1 балл	-1 балл
6.	Оценил сосудистый рисунок, его характер, прокомментировал	1 балл	-1 балл
7.	Сравнил правый и левый соски молочных желез, прокомментировал .Произвел осмотр инфрамаммарной области, прокомментировал	1 балл	-1 балл
8.	Предложил пациентке поднять руки, скрестить их за головой, повторно осмотрел молочные железы, сформулировал результат осмотра	1 балл	-1 балл
9.	Произвел в положении стоя с поднятыми за голову руками непрерывную поверхностную пальпацию всей ткани молочных желез подушечками указательного, среднего и безымянного пальцев, сформулировал результат	1 балл	-1 балл
10.	Произвел в положении стоя с поднятыми за голову руками непрерывную глубокую пальпацию молочных желѐз, сформулировал результат	1 балл	-1 балл
11.	Поддерживал при пальпации ладонью не ведущей	1 балл	-1 балл

	руки молочную железу снизу или с противоположной от пальпации стороны		
12.	Попросил женщину опустить руки вдоль туловища	1 балл	-1 балл
13.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности правой молочной железы от центра к периферии (можно в обратном направлении), начиная с верхних квадрантов, сформулировал результат	1 балл	-1 балл
14.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности левой молочной железы от центра к периферии (можно в обратном направлении, начиная с верхних квадрантов), сформулировал результат	1 балл	-1 балл
15.	Для оценки отделяемого из соска сжал пальцами ткань молочной железы у основания соска последовательно с обеих сторон	1 балл	-1 балл
16.	Пропальпировал периферические лимфоузлы с обеих. Описал результаты пальпации регионарных лимфоузлов	1 балл	-1 балл
17.	Предложил пациентке лечь на кушетку для продолжения осмотра (перевел манекен в горизонтальное положение, постелив простынь или пеленку)	1 балл	-1 балл
18.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности правой молочной железы от центра к периферии, начиная с верхних квадрантов, сформулировал результат	1 балл	-1 балл
19.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности левой молочной железы от периферии к центру, начиная с верхних квадрантов, сформулировал результат	1 балл	-1 балл
20.	Предложил пациентке встать, одеться и сесть к столу (надел одежду на манекен и отнес его к столу)	1 балл	-1 балл
21.	Утилизировал перчатки, простынь или пеленку, расходные материалы в контейнер класса А или Б в зависимости от ситуации. Обработал руки гигиеническим способом	1 балл	-1 балл
22.	Сообщил пациентке результаты осмотра и план дальнейшего обследования.	1 балл	-1 балл
23.	Написал правильное заключение в амбулаторной карте	1 балл	-1 балл
	Итого		

Общая оценка:

«Зачтено» не менее 75% выполнения
«Не зачтено» 74 и менее% выполнения

Приложение 1.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тихоокеанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Дневник производственной практики
ординатора

Б2. Практика Б2.Б01. Производственная практика

Фамилия, имя, отчество

Кафедра\Институт **Институт хирургии**
Специальность **31.08.57 Онкология**

Год поступления:**2024 г.**

Год окончания: **2026 г.**

Руководитель практики **д.м.н., профессор Невожай Владимир Иванович**

Заведующий кафедрой\Директор института _____
д.м.н., профессор Костив Евгений Петрович

Владивосток – 2024