федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**Онкология, лучевая терапия**

по направлению подготовки

по специальности

31.05.01 Лечебное дело

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования – по направлению подготовки (специальности) *31.05.01 Лечебное дело*, утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 8 от «25» марта 2016 года

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ОК - 1 способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ОК-8 готовностью к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия.

ОПК-6 готовностью к ведению медицинской документации.

ПК-5 готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

ПК-17 способностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Модуль 1.** Общие вопросы онкологии.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** *устный опрос, тестирование.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

Вопросы для рассмотрения:

1. Принципы онкологической помощи
2. Структура организации онкологической помощи
3. Биологические свойства злокачественных новообразований.
4. Понятие о визуализируемых локализациях злокачественных новообразований.
5. Группы онкологических больных, диспансеризация, скрининг.

***Тестовые задания:***

U3 Общие принципы и методы диагностики злокачественных новообразований

#Методом проведения морфологической верификации злокачественного новообразования является:

рентгеноскопия

+биопсия опухоли

УЗИ

компьютерное обследование

# Паренхиму новообразования составляют:

+собственно опухолевые клетки

соединительная ткань

кровеносные и лимфатические сосуды

нервы и клеточные элементы стромы

# Символ М применяют для обозначения:

метастазов в отдаленных органах

метастазов в отдаленные группы лимфатических узлов

+ метастазов в отдаленных органах и в нерегионарные группы лимфатических узлов

характеристики местной распространённости опухоли

# К строме новообразования не относят:

+собственно опухолевые клетки

соединительную ткань

кровеносные и лимфатические сосуды

клеточные элементы стромы

# Карцинома in situ в классификации по ТNМ соответствует:

I стадии

II стадии

III стадии

+0 стадии

# Злокачественные опухоли могут быть вызваны воздействием:

полициклических ароматических углеводородов:

ионизирующего излучения

ретровирусов

+все эти факторы могут быть этиологическими

# В доброкачественных опухолях морфологически дифференцировка клеток:

+не нарушена

нарушена умеренно

нарушена выраженно

возможны все варианты

# Наиболее угрожающей для развития рака является:

диффузная неравномерная гиперплазия

+очаговые пролифераты, нодозные (узловые) пролифераты

эрозии слизистой

викарная гипертрофия

# Символ «Мх» в клинической классификации по TNM обозначает:

+недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

нет признаков отдаленных метастазов

имеются отдаленные метастазы

# К химическим канцерогенным веществам относят следующие классы соединений:

полициклические ароматические углеводороды и гетероциклические соединения

ароматические азотосоединения и аминосоединения

нитрозосоединения

металлы, металлоиды, неорганические соли

+все перечисленные

# Наиболее объективные сведения о местной распространенности опухолевого процесса могут быть получены:

при клиническом осмотре больного

при рентгенологическом исследовании

при использовании эндоскопических методов

+при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарными лимфатическими структурами

# Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей:

поджелудочной железы

желудка

+щитовидной железы

предстательной железы

# Сочетание «No» обозначает:

недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов

+нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов

одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

наличие метастазов в нерегиональных лимфатических узлах

# Эпидемиология злокачественных новообразований изучает:

+причины возникновения и закономерности массового распространения опухолевых заболеваний, возможности профилактики онкологических заболеваний

изучение эффективности лекарственной терапии опухолей

новые схемы комплексного лечения злокачественных новообразований

эффективность лучевой терапии опухолей

#Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта обладают преимущественно:

+инфильтративным ростом

экзофитным ростом

смешанным ростом

поздним метастазированием

#Международную классификацию новообразований по системе TNM применяют для характеристики:

предопухолевых состояний

доброкачественных опухолей

+злокачественных опухолей

осложнений злокачественных новообразований

# Символ «Мо» в клинической классификации обозначает:

недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

+нет признаков отдаленных метастазов

имеются отдаленные метастазы

гематогенных метастазов

# Носитель генетической информации ДНК находится:

в клеточной мембране

+в цитоплазме, в ядре

в аппарате Гольджи

во всех структурах клетки

# Опухоли могут развиваться при воздействии:

химических агентов

физических агентов

биологических агентов

+любого из перечисленных агентов

# Основным первичным учетным документом онкологического диспансера является:

+извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака

протокол запущенности

выписка из медицинской карты

контрольная карта диспансерного наблюдения

история болезни

# Строма опухоли:

является необходимой поддерживающей структурой

обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода

обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток

в ряд случаев не является обязательным компонентом новообразования

+все правильно, кроме 4)

# Символ «N» применим для обозначения состояния:

+только регионарных лимфатических узлов

всех групп лимфатических узлов выше или ниже диафрагмы

любых групп лимфатических узлов

# Степень гистологической дифференцировки опухоли может быть:

высокой

средней

низкой

+все ответы верные

# К физическим канцерогенным факторам относятся:

ионизирующая радиация

ультрафиолетовые лучи

вибрация

повышенное атмосферное давление

+правильные ответы 1) и 2)

# При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается:

гипокоагуляция

нормокоакуляция

+гиперкоагуляция

все варианты встречаются с одинаковой частотой

# Основной путь лимфооттока в нормальных условиях:

+ортоградный

ретроградный

коллатеральный

смешанный

# В структуре заболеваемости наибольший удельный вес составляет:

гипертоническая болезнь

профессиональные заболевания

+острые респираторные заболевания и грипп

злокачественные новообразования

сердечно-сосудистые заболевания

# Символ «а» в классификации (кроме опухолей женских половых органов), как правило, указывает:

+на отсутствие регионарных метастазов

на наличие регионарных метастазов

на наличие отдаленных метастазов

# Цифры в классификации TNM добавляется к символу:

T

N

M

+все ответы верные

# Наибольшей канцерогенной активностью обладают:

жиры

углеводы

витамины группы А и В

+полициклические ароматические углеводороды

белки

# В индустриальных странах главной причиной увеличения смертности от злокачественных новообразований является:

+старение населения

резкое ухудшение экологической обстановки

увеличение влияния профессиональных вредностей

нет правильного ответа

# Метастазы в любых не регионарных лимфатических узлах классифицируют в виде:

N0

Nx

N1 – 3

+M1

# Носителем генетической информации клетки человека в основном является:

РНК

АТФ

+ДНК

правильно только 1) и 2)

все ответы правильные

# Возникновению опухолей способствует:

+снижение показателей клеточного иммунитета

состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей

влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно

# К достоинствам метода ультразвуковой томографии не относится:

неинвазивный характер исследования

безвредность

практически отсутствие противопоказаний

+возможность выявления мелких (до 1 см в диаметрновообразований в легких

# Рак легкого в структуре заболеваемости (смертности) населения СНГ злокачественными новообразованиями занимает:

+I место

II место

III место

IV место

# Задачами онкологического диспансера является:

организация профосмотров

анализ статистических данных по заболеваемости и смертности

онкологическая подготовка врачей

научно – исследовательская работа

+верные ответы первые 3

все ответы верны

# Сочетание «Tis» обозначает:

оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно

первичная опухоль не определяется

+преинвазивная карцинома

# Обязательным свойством только злокачественных опухолей является:

инфильтративный рост

метастазирование

экспансивный рост

все ответы правильные

+правильные ответы 1) и 2)

# К 1б клинической группе больных относятся:

больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования

+больные с предопухолевыми заболеваниями

больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению

лица, излеченные от злокачественных новообразований

правильного ответа нет

# Ортоградным лимфогенным метастазированием считается:

метастазирование против тока лимфы

+метастазирование по току лимфы

и то, и другое

ни то, ни другое

# Радиофосфорный тест применяют для диагностики:

поверхностных опухолей

опухолей полостных органов, доступных для введения датчика

только для опухолей, имеющих тропность к фосфору

+все ответы правильные

правильные ответы 1 и 2

# К 1а клинической группе относятся:

+больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования

больные с предопухолевыми заболеваниями

больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению

лица, излеченные от злокачественных новообразований

правильного ответа нет

# Самой частой злокачественной опухолью у мужчин в нашей стране является:

+рак легких

рак желудка

рак предстательной железы

рак прямой кишки

# Наличие множественных, подвижных метастазов в регионарных лимфатических узлах характеризует, как правило:

II а стадию

II б стадию

III а стадию

III б стадию

+правильные ответы 2) и 4)

# Ко II клинической группе относятся:

больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования

больные с предопухолевыми заболеваниями

+больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению

лица, излеченные от злокачественных новообразований

правильного ответа нет

# Сочетание «Tx» обозначает:

+оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно

первичная опухоль отсутствует

преинвазивная карцинома

# Определение гормональных рецепторов важно:

для уточнения гистологической природы опухоли

для определения уровня гормонов в организме

+для определения целесообразности гормонотерапии

все ответы правильные

# Радиоизотопное исследования в клинической онкологии используется:

для визуализации первичной опухоли

для определения распространенности злокачественного процесса

для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов

правильные ответы 1) и 2)

+все ответы правильные

# К III клинической группе относятся:

больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования

больные с предопухолевыми заболеваниями

больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению

+лица, получившие радикальное лечение по поводу злокачественных новообразований

правильного ответа нет

# Цифры в классификации TNM указывают:

на локализацию первичной опухоли

+на распространенность опухолевого процесса

оба ответы верные

нет правильного ответа

# Необходимым элементом вирусного канцерогенеза является:

размножение вируса в клетке

гибель клетки

внедрение вируса в геном клетки

изменение иммунологического статуса

+все ответы правильные

# Рентгенологическое томографическое исследование органов грудной полости позволяет:

определить точную локализацию и распространенность процесса в легочной паренхиме

изучить состояние трахеи и главных бронхов

изучить состояние сегментарных бронхов

уточнить состояние лимфатических узлов средостения и корней легких

+все ответы правильные

# Символ «Т» в классификации TNM принят для обозначения:

+первичной опухоли

регионарных лимфатических узлов

метастазов в отдаленные органы

# Дифференцировка клеток в злокачественных опухолях:

не нарушается

+нарушена часто

нарушена редко

нарушена всегда

# Феномен обструкции при раке толстой кишки проявляется:

кишечным кровотечением

постоянными болями в животе

повышением температуры

+кишечной непроходимостью

# Канцерогенными для человека производственными процессами являются:

работа с асбестом, сажей, производство резины

работа с мышьяком, никелем, хромом и их соединениями

деревообрабатывающая и мебельная промышленность

+правильно 1) и 2)

все ответы правильные

# Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить:

морфологический диагноз

+топический диагноз

клинический диагноз

все ответы правильные

правильного ответа нет

# Феномен деструкции при раке толстой кишки проявляется:

+кишечным кровотечением

постоянными болями в животе

повышением температуры

кишечной непроходимостью

# Феномен интоксикации при раке толстой кишки проявляется:

+кишечным кровотечением

постоянными болями в животе

повышением температуры

кишечной непроходимостью

# Феномен обструкции при раке легкого проявляется:

+ателектазом доли легкого

кровохарканьем

кашлем с мокротой

болями в грудной клетке

повышением температуры

# Феномен деструкции при раке легкого проявляется:

ателектазом доли легкого

+кровохарканьем

кашлем с мокротой

болями в грудной клетке

повышением температуры

# Феномен интоксикации при раке легкого проявляется:

ателектазом доли легкого

кровохарканьем

кашлем с мокротой

болями в грудной клетке

+повышением температуры

# Вторичная профилактика рака предусматривает:

устранение химических канцерогенов

профилактику вирусных инфекций

отказ от курения

+выявление и лечение предраковых заболеваний

# Наиболее распространенным канцерогеном в природе является:

2-нафталамин

тяжелые металлы, металлоиды

радионуклиды

+бензопирен

# Сигареты с ментолом:

позволяют снизить риск рака полости рта

позволяют снизить риск рака легких

нейтрализуют канцерогены табачной смолы

+улучшают вкус и уменьшают никотиновый запах

# Компонентами табачной смолы, способствующими ее глубокому проникновению почти во все органы и ткани, являются:

+эфирные масла

коканцерогены

радионуклиды

бензопирен

формальдегиды

# Онкогенный вирус, ассоциированный с раком шейки матки и полового члена:

ретровирус HTLV -1

вирус гепатита B ( HBV)

+папиллома-вирус ( HPV)

вирус Эпштейна-Барра

# В общей структуре онкологической заболеваемости населения РФ первое место занимает рак:

+легкого

желудка

молочной железы

щитовидной железы

# Скрининговые исследования на выявление злокачественных новообразований следует начинать с:

15-24 лет

25-34 лет

+35-44 лет

45-54 лет

# К какой клинической группе относится больная с фиброаденомой молочной железы?

1а

+16

II

III

# Контрольной картой диспансерного наблюдения больных является:

форма № 090/У

форма № 027-2/У

+форма № 30-6/У

форма № 27-1/У

# Протокол запущенности заполняется при выявлении рака молочной железы:

во II стадии

в III стадии

в IY стадии

+в III и IV-стадиях

# Какая стадия относится к понятию “ранний рак”?

+рак в I стадии

рак во II -а стадии

рак в III-a стадии

предраковые заболевания

правильно 1 и 2

# Какой из вариантов соответствует раку II-б стадии?

Т1 N0 МО

Т2 N0 МО

+Т2 N1 МО

ТЗ N0 МО

# Основными структурными подразделениями онкологической службы являются следующие, за исключением:

смотровые кабинеты

районные онкологические кабинеты

+центральные районные больницы

онкологические диспансеры

# Основными задачами районного онколога являются следующие, за исключением:

диспансерное наблюдение за онкобольными

консультативный прием онкологических больных

+оздоровление больных “группы риска”

разбор протоколов запущенности

# Принципам онкологической настороженности врача противоречит:

Тщательное обследование каждого больного

+Назначение лекарств в первый день обращения больного по принципу «экс ювантибус»

Привычка думать о раке со скрытым течением

Знание симптомов злокачественной опухоли

# Проводя противораковую пропаганду среди населения, не следует:

примером утверждать здоровый образ жизни

+полностью раскрывать клинические признаки рака

убеждать в необходимости прохождения профосмотров

знакомить с сигнальными признаками рака

# Классификация по клиническим группам в отличие от классификации по стадиям отражает:

распространенность процесса

морфологическую классификацию опухоли

+лечебно-диагностическую тактику

общее состояние больных

# Первичная диагностика рака на уровне общей лечебной сети предусматривает:

+установление наличия злокачественной опухоли

обязательную морфологическую верификацию

оценку стадии заболевания

оценку распространенности процесса по системе TNM

# К группе повышенного онкологического риска не относятся люди:

+имеющие контакт с онкобольными

с предраковыми заболеваниями

с нарушением углеводно-жирового обмена

имеющие родственников со злокачественными опухолями

# При подозрении на рак врач обязан:

обследовать больного в трехдневный срок

поставить больного на очередь для обследования

+не затягивать обследование более 10 дней

установить диагноз в течение 1 месяца

# К какой клинической группе относится больной, получивший радикальное лечение по поводу злокачественного новообразования?

I а

I б

II

+III

# В структуре онкологической заболеваемости среди женщин 1-е место в РФ занимает рак:

шейки матки

тела матки

яичников

+молочной железы

# Первичная профилактика рака предусматривает:

своевременное выявление онкологических больных

+борьбу с загрязнением окружающей среды

регулярные профилактические осмотры

выявление и лечение предраковых заболеваний

# Рак возникает из ткани:

мышечной

сосудистой

+эпителиальной

лимфатической

# Ионизирующие излучения обладают канцерогенным действием

+в малых дозах

в больших дозах

не обладают канцерогенным действием

их канцерогенное действие не доказано

# Основная сущность канцерогенеза на клеточном уровне заключается:

в нарушении биохимических процессов в цитоплазме

в нарушении взаимодействия структур ядра и цитоплазмы

+в повреждении генетического аппарата клетки

правильно 1 и 2

# Экзофитный тип роста опухоли характеризуется всем, кроме:

ростом опухоли в виде узла

+преимущественно инфильтрацией стенки органа

ростом опухоли преимущественно в просвет органа

все верно

# Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта преимущественно обладают:

+инфильтративным ростом

экзофитным ростом

смешанным ростом

ростом опухоли в виде узла

# Экзофитный рак отличается от эндофитного:

лучшим прогнозом

более доброкачественным течением

поздним и редким метастазированием

+верно все

# Хронический болевой синдром у онкологических больных наиболее часто развивается при:

+метастазах в кости

метастазах в легкие

раке желудка

лимфогранулематозе

***Практические задания:***

1. оформление учётно-отчётной документации согласно Приказу МЗ РФ №135 1999г.
2. направить онкобольного согласно маршрутизации.
3. навык ведения медицинской документации согласно Приказу МЗ РФ № 203, 2017г.
4. Определение клинических групп онкологических.

Проведение санпросвет работы по онкологическим проблемам.

Тема 2. Общие вопросы диагностики и лечения ЗН.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: *устный опрос, тестирование*.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

***Вопросы для устного опроса:***

1. Профилактика и раннее выявление онкологических заболеваний.

2. Принципы классификации злокачественных новообразований (ЗН) по стадиям, по системе TNM.

3. Доклинический и клинический период развития рака.

4. Клинические феномены при злокачественных новообразованиях: обструкции, сдавления, деструкции, интоксикации, опухолевидного образования, паранеопластический.

5. Особенности клиники раннего рака: бессимптомное течение, клиника фоновых заболеваний. Основные причины раковой интоксикации.

6. Методы активной диагностики злокачественных новообразований. Профилактические осмотры. Целевые осмотры. Скрининг злокачественных новообразований. Диагностики злокачественных новообразований по обращению. Онкологическая настороженность.

7. Физикальные и инструментальные методы диагностики рака. Проблема визуализации первичной опухоли, регионарных и отдаленных метастазов. Методы получения морфологической верификации злокачественного новообразования. Диагностическая ценность гистологического и цитологического исследования.

8. Инструментальные и лабораторные методы в диагностике злокачественных новообразований.

9. Радиоизотопные методы в диагностике злокачественных новообразований. Лабораторные исследования. Опухолевые маркеры.

10. Принципы формулировки диагноза злокачественного образования.

11. Цели противоопухолевой терапии. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение. Классификация методов лечения (хирургическое, лучевое, лекарственное; комбинированное, комплексное, сочетанное).

12. Принципы радикальных оперативных вмешательств. Понятие «анатомической зоны», принцип футлярности. Понятие об операбельности и резектабельности. Типовые, расширенные и комбинированные операции.

13. Методы лучевой терапии злокачественных опухолей. Радиочувствительные и радиорезистентные опухоли. Дозы и режимы облучения. Способы повышения радиочувствитель-ности опухолей. Фотодинамическая терапия.

14. Принципы противоопухолевой лекарственной терапии. Побочные действия и осложнения. Адьювантная и неоадьювантная химиотерапия. Понятие таргентной терапии. Гормонотерапия. злокачественных новообразований. Биотерапия рака (цитокины, моноклональные антитела, противоопухолевые вакцины, генотерапия и т.д.).

***Тестовые задания:***

# Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению:

+рака кожи

рака легкого

рака желудка

слизистой полости рта

# Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных с опухолями:

легких

органов брюшной полости

+молочной железы, щитовидной железы

головного мозга

# В каком случае, при визуально-доступных локализациях рака надо заполнять протокол запущенности (форма № 27-у):

при внутриэпителиальной карциноме

при I стадии

при II стадии

+при III стадии

# Медуллярный рак щитовидной железы развивается

из А-клеток

из В-клеток

+из С-клеток

# "Ранним" симптомом рака щитовидной железы является

+уплотнение и увеличение железы

боль при глотании

дисфагия

осиплость голоса

# При загрудинном распространении рака щитовидной железы могут отмечаться все симптомы, за исключением

набухания шейных вен

+острого расстройства мозгового кровообращения

приступов удушья

синдрома Горнера

# К доброкачественным опухолям щитовидной железы относятся все перечисленные, за исключением

фолликулярной аденомы

папиллярной аденомы

трабекулярной аденомы

+фоллликулярной аденокарциномы

# В положении лежа опухоль молочной железы исчезает при симптоме:

умбиликации

+Кенига

Пайра

Прибрама

«лимонной корки»

# Для рака молочной железы характерными не являются:

умбиликации

лимонная корка

втяжение соска

+гиперпигментация

изъявление

# Дифференциальный диагноз рака молочной железы проводят:

с фиброаденомой

с кистами

с мастопатией

с липомой

+со всеми перечисленными

# Больная 50 лет, молочная железа инфильтрирована, отечна, резко уплотнена и увеличена в объеме, кожа железы покрыта красными пятнами с неровными «языкообразными» краями, сосок втянут и деформирован. Ваш диагноз:

острый мастит

рак Педжета

+рожеподобный рак

солидный рак

панцирный рак

# Редким симптомом рака молочной железы 2 стадии считается:

симптом умбиликации

симптом морщинистости

+боль

симптом площадки

пальпация опухолевидного образования

# Основным путем оттока лимфы от молочной железы является:

перекрестный

подключичный

+подмышечный

парастернальный

межреберный

# Больная 35 лет жалуется на кровянистые выделения из соска. При обследовании: узловых образований в молочных железах не определяется. При надавливании на сосок – кровянистые выделения. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Цитологическое исследование выделений из соска клеток рака не выявило. Наиболее вероятный диагноз:

диффузная фиброзно кистозная мастопатия

липома

+внутрипротоковая папиллома

фиброаденома

мастит

# Наиболее информативным методом ранней диагностики рака молочной железы является:

пальпация

+маммография

крупнокадровая флюорография

термография

радионуклидная диагностика с Р 32.

Термину «операбельность» больше всего соответствует:

а) состояние больного, позволяющее выполнить операцию

б) состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию

в) правильного ответа нет

Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется:

а) как самостоятельный метод

б) в комбинации с хирургическим методом

в) в комбинации с лекарственной терапией (химио - и иммунотерапией)

г) все ответы правильные

д) правильные первые два ответа

Главной целью симптоматической операции является:

а) удаление пораженного опухолью органа

б) удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли

в) устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти

г) все ответы верные

Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено:

а) на обеспечение антибластики

б) на обеспечение абластики

в) на снижение риска хирургических вмешательств

г) на максимальное сохранение функции органа

Факторами, которые могут влиять на объем операции, являются:

а) стадия заболевания

б) возраст больного

в) сопутствующие заболевания

г) верные а) и в)

Понятие «неоадъювантная химиотерапия» включает:

а) послеоперационную химиотерапию

б) профилактическую химиотерапию

в) предоперационную химиотерапию

Понятие «адъювантная химиотерапия» включает:

а) послеоперационную химиотерапию

б) профилактическую химиотерапию

в) предоперационную химиотерапию

Термин «симптоматическая терапия» обозначает:

а) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и на борьбу с осложнениями специфической терапии

б) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей

в) терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов

г) правильного ответа нет

К комбинированным операциям по поводу рака легкого не относятся операции:

а) с удалением паратрахеальных и медиастинальных лимфатических узлов

б) с резекцией перикарда

в) с резекцией трахеи

г) с резекцией грудной стенки

Термину «резектабельность» больше всего соответствует:

а) состояние больного, позволяющее выполнить операцию

б) состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию

в) все ответы правильные

г) правильного ответа нет

Гормонотерапия не может быть:

а) радикальной

б) симптоматической

в) паллиативной

К радикальной операции при раке легкого не относится:

а) пневмонэктомия

б) атипическая резекция доли легкого

в) лобэктомия

г) билобэктомия

При аденокарциноме желудка чаще применяют:

а) хирургический метод

б) лучевую терапию

в) химиотерапию

г) гормонотерапию

Химиотерапия не может быть:

а) радикальной

б) симптоматической

в) паллиативной

***Практические задания:***

1. Оценка метода лечения онкобольного.
2. Возможные осложнения хирургического лечения.
3. Возможные осложнения лекарственной терапии.
4. Возможные осложнения лучевого лечения.

**Модуль 2.** Опухоли органов грудной клетки.

Тема 4. Рак лёгкого.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: *устный опрос, тестирование*.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

***Вопросы для устного опроса:***

1. Этиология и патогенез РЛ. Роль курения, профессио-нальных вредностей и, экологических факторов. Основные фоновые заболевания, особенности лечения и диспансеризации. Профилактика РЛ.
2. Паталогоанатомическая характеристика. Закономерности метастазирования. Классификация по стадиям.
3. Особенности клинической картины периферического и центрального РЛ. Патогенез развития местных и общих симптомов, симптомов метастатического поражения лимфоузлов средостения. Основные паранеопластические синдромы (гинекомастия, синдром Пьера-Мари-Бомбергера, несахарный диабет). Осложнения РЛ.
4. Диагностика РЛ. Оценка данных анамнеза и физикального обследования. Цитологическое исследование мокроты. Значение рентгеновской, компьютерной и МР томографии и бронхоскопии. Основные рентгенологические симптомы. Трансторакальная пункция и трансбронхиальная биопсия. Дифференциальная диагностика РЛ. Методы скрининга РЛ.
5. Принципы и методы лечения РЛ: хирургический, лучевой, лекарственный. Комбинированное и комплексное лечение. Вопросы реабилитации.

***Тестовые задания:***

При раке главного бронха показана:

а) пульмонэктомия

б) лобэктомия

в) сегментэктомия

г) лучевая терапия без операции

д) все верно

Рак легкого следует дифференцировать:

а) с затянувшейся пневмонией

б) с туберкулезом легких

в) с доброкачественной опухолью

г) с метастазами других опухолей в легкие

д) со всеми перечисленными

При аденокарциноме легких 1 – 2 стадии показано лечение

а) лучевое

б) химиотерапевтическое

в) комбинированное

г) хирургическое

д) комплексное

К периферическому раку легкого не относится рак:

а) сегментарного бронха

б) Пенкоста

в) пневмониеподобный

г)бронхоальвеолярный

д) полостной (полостная форма)

Основными методами диагностики центрального рака легкого являются:

а) рентгенологический и бронхоскопия с биопсией

б) бронхоскопия с биопсией и бронхография

в) радиоизотопный и рентгенологический

г) бронхография и бронхоскопия

д) пневмомедиастиноскопия и радионуклидный

Основным методом лечения мелкоклеточного рака легкого 3 стадии является:

а) хирургический

б) лучевой

в) химиотерапевтический и лучевой

г) химиотерапевтический

д) иммуно–гормональный

Наиболее характерным для рака Пенткоста является:

а) кровохарканье

б) боли за грудиной

в) синдром Горнера

г) осиплость голоса

д) отек в области шеи и лица

***Практические задания:***

1. Алгоритм диагностики рака лёгкого, скрининг.
2. Физикальная диагностика опухолей лёгкого.
3. Классификация и формулировка диагноза рака лёгких.
4. Лёгочные кровотечения –помощь.
5. Плевральная пункция.

Тема 4. Рак молочных желёз.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** *тестирование,**устный опрос, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Заболеваемость раком молочной железы (РМЖ).
2. Этиология РМЖ. Фоновые заболевания молочных желез. Доброкачественные опухоли молочных желез (фиброаденома, внутрипротоковая папиллома, липома). Хронические воспалительные заболевания (хронический мастит, олеогранулема).
3. Патологоанатомическая характеристика РМЖ. Пути метастазирования. Классификация по стадиям.
4. Клиническая картина РМЖ. Узловая форма и диффузные формы РМЖ: отечно-инфильтративная, маститоподобная, рожеподобная и панцирная. Рак Педжета Оккультный РМЖ.
5. Диагностика РМЖ. Техника осмотра и пальпации мо-лочных желез. Инструментальные методы обследования
6. Скрининг РМЖ. Роль смотровых кабинетов. Дифференциальная диагностика РМЖ.
7. Принципы лечения РМЖ. Типы радикальных операций. Органосохраняющее лечение рака молочной железы. Осложнения хирургического лечения.
8. Комбинированное и комплексное лечение РМЖ. Адьювантная и неоадьювантная химиотерапия.
9. Гормонотерапия рака молочной железы. Реабилитация больных раком молочной железы.

***Тестовые задания:***

При фиброаденоме молочной железы показана:

а) простая мастэктомия

б) ампутация молочной железы

в) секторальная резекция

г) радикальная мастэктомия

д) лучевая терапия

При выявлении микрокальцинатов при маммографии рекомендуется:

а) динамическое наблюдение

б) секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием

в) пункционная биопсия

г) ультразвуковая диагностика

д) в наблюдении не нуждается

При раке в верхне-наружном квадранте молочной железы 2 см без метастазов рекомендуется:

а) симптоматическое лечение

б) хирургическое лечение

в) лучевая терапия

г) комбинированная терапия

д) комплексная терапия

Рак молочной железы чаще всего метастазирует в:

а) средостение

б) кости

в) кожу

г) печень

д) надпочечники

Основным методом диагностики рака молочной железы является:

а) маммография

б) пальпация молочной железы

в) УЗИ молочных желез

г) морфологический

д) термография

При 1 стадии рака молочной железы проводится лечение:

а) лучевое

б) хирургическое

в) комплексное

г) химиотерапевтическое

д) комбинированное

Для молочной железы не является регионарными:

а) подмышечные

б) парастернальные

в) подключичные

г) лимфоузлы противоположной стороны

д) все перечисленные лимфоузлы являются регионарным В положении лежа опухоль молочной железы исчезает при симптоме:

а) умбиликации

б) Кенига

в) Пайра

г) Прибрама

д) «лимонной корки»

Для рака молочной железы характерными не являются:

а) умбиликации

б) лимонная корка

в) втяжение соска

г) гиперпигментация

д) изъявление

Дифференциальный диагноз рака молочной железы проводят:

а) с фиброаденомой

б) с кистами

в) с мастопатией

г) с миомой

д) со всеми перечисленными

При раке молочной железы с отеком верхней конечности показана:

а) радикальная мастэктомия по Холстеду

б) операция по Пейти

в) простая мастэктомия

г) расширенная мастэктомия

д) ни одна из названных операций

Выделение крови из соска характерно для:

а) внутрипротоковой папилломы

б) болезни Педжета

в) узловой мастопатии

г) кисты

д) фиброаденомы

Редкими симптомами рака молочной железы 2 стадии считается:

а) симптом умбиликации

б) симптом морщинистости

в) боль

г) симптом площадки

д) пальпация опухолевидного образования

При диффузной мастопатии не применяется:

а) эстрогенные препараты

б) физиотерапия

в) длительный прием иодида калия

г) секторальная резекция молочной железы

д) лучевая терапия

Больной 50 лет, молочная железа инфильтрирована, отечна, резко уплотнена и увеличена в объеме, кожа железы покрыта красными пятнами с неровными «языкообразными» краями, сосок втянут и деформирован:

а) острый мастит

б) рак Педжета

в) рожеподобный рак

г) солидный рак

д) панцирный рак

Основным путем оттока лимфы от молочной железы является:

а) перекрестный

б) подключичный

в) подмышечный

г) парастернальный

д) межреберный Радикальная мастэктомия по Холстеду включает:

а) удаление молочной железы с большой и малой грудными мышцами, клетчаткой подключичной, подмышечной и подлопаточной областей

б) то же + удаление парастернальной и медиастинальной клетчатки и лимфоузлов

в) удаление молочной железы с малой грудной мышцей и клетчаткой подмышечной, подлопаточной и подключичной областей

г) удаление сектора молочной железы с подмышечной клетчаткой и лимфоузлами

д) удаление молочной железы

***Задания для проверки практических навыков:***

1. Физикальный осмотр молочных желёз.
2. Взятие материала для цитологического исследования (ТАБ).
3. Диагностика осложнения хирургического лечения.
4. Диагностика осложнения лекарственной терапии

**Модуль 3.** Опухоли органов брюшной полости.

Тема 5. Рак пищевода и желудка.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** *тестирование,* *устный опрос, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Этиология и патогенез РЖ и РП. Экзогенные и эндогенные канцерогены. Основные фоновые заболевания, особенности лечения и диспансеризации.
2. Паталогоанатомическая характеристика РЖ и РП. Понятие о раннем раке желудка. Особенности метастазирования.
3. Классификация РЖ.
4. Клиническая картина РЖ и РП. Особенности клинической картины РЖ, в зависимости от локализации опухоли: рак кардиального отдела желудка, рак тела желудка, рак выходного отдела желудка.
5. Диагностика РЖ и РП. Физикальные и инструментальные методы обследования. Типичные метастазы РЖ: Вирховский, Шницлера, Крутенберга и в пупок.
6. Роль рентгеноскопии и фиброэзофагогастродуоденоскопии.
7. Осложнения РЖ и РП.
8. Принципы и методы лечения РЖ и РП. Радикальные и паллиативные операции. Лекарственное лечение РЖ. Отдаленные результаты лечения. Вопросы реабилитации.

***Тестовые задания:***

Наиболее часто дисфагией проявляется рак желудка, локализующейся:

а) в пилорическом отделе

б) в кардии

в) в теле желудка

г) по большой кривизне

д) в области дна

Паллиативной операцией, выполняемой при раке кардиального отдела желудка, является:

а) гастростомия

б) пилоропластика

в) гастроэнтероанастомоз

г) дистальная резекция желудка

д) гастродуоденоанастомоз

При резектабельном инфильтративном раке желудка показана:

а) гастрэктомия

б) субтотальная резекция желудка

в) антрумэктомия

г) резекция пораженного участка желудка

д) эзофагогастростомия

Основной гистологической формой рака желудка является:

а) плоскоклеточный

б) аденокарцинома

в) недифференцированный

г) перстневидноклеточный

д) карциноид

# Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта обладают преимущественно

+инфильтративным ростом

экзофитным ростом

смешанным ростом

все перечисленные типы встречается с одинаковой частотой

# Заподозрить малигнизацию язвы желудка позволяют следующие признаки

размеры язвенной ниши более двух см в диаметре

длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей

снижение кислотности желудочного сока

+все перечисленное

# Чаще малигнизируются язвы

выходного отдела желудка

малой кривизны желудка

большой кривизны желудка

+тела желудка

# На выбор объема операции при раке желудка наименьшее влияние из перечисленных факторов оказывает

локализация опухоли

тип роста опухоли

гистологическая структура опухоли

+возраст больного

# При опухоли тела желудка 4 см, прорастающей мышечный слой, без метастазов устанавливается стадия Т

Т1

+Т2

Т3

Т4

# Больному 1 месяц назад выполнена радикальная операция по поводу рака желудка. На момент осмотра данных за рецидив и генерализацию процесса не получено. Укажите дату контрольного диспансерного осмотра

+через 3 месяца

через 6 месяцев

через 1 год

в дальнейшем наблюдении не нуждается

# К макроскопическим формам рака желудка не относят

язвенную

инфильтративную

+слизистую

полиповидную

***Задания для проверки практических навыков:***

1. Диагностика внутренних кровотечений при онкозаболеваниях пищеварительного тракта.
2. Провести клиническую диагностику рака пищевода.
3. Провести клиническую диагностику рака желудка.
4. Составить план лабораторных и инструментальных обследований.

Тема 6. Рак толстой кишки.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** тестирование, *устный опрос, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Этиология и патогенез рака толстой кишки. Экзогенные и эндогенные канцерогены. Основные фоновые заболевания, особенности лечения и диспансеризации.
2. Патологоанатомическая характеристика рака толстой кишки. Особенности метастазирования.
3. Классификация рака толстой кишки.
4. Клиническая картина рака толстой кишки, особенности клинической картины, в зависимости от локализации опухоли.
5. Диагностика рака толстой кишки. Физикальные и инструментальные методы обследования. Роль рентгеноскопии и фиброколоноскопии.
6. Осложнения рака толстой кишки.
7. Принципы и методы лечения рака толстой кишки. Радикальные и паллиативные операции. Лекарственное и лучевое лечение рака толстой кишки, прямой. Отдаленные результаты лечения. Вопросы реабилитации.

***Тестовые задания:***

Толстокишечная непроходимость чаще всего бывает обусловлена:

а) каловыми камнями

б) раком

в) дивертикулитом

г) туберкулезом

д) паховой грыжей

При раке прямой кишки на 12 см от анального отверстия без метастазов целесообразна:

а) экстирпация прямой кишки по Кеню-Майслу

б) операция Гартмана

в) передняя резекция прямой кишки

г) наложение цекостомы

д) наложение сигмостомы

Основной гистологической формой рака толстой кишки является:

а) скирр

б) перстневидноклеточный (слизистый)

в) плоскоклеточный

г) аденокарцинома

д) недифференцированный

Дифференциальная диагностика рака ободочной кишки:

а) с полипозом ободочной кишки

б) с неспецифическим язвенным колитом

в) с инвагинацией

г) с туберкулезом и актиномикозом

д) со всеми перечисленными заболеваниями

Операцией выбора при раке слепой кишки в ранние сроки является:

а) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом

б) наложение илестомы

в) наложение цекостомы

г) операция Гартмана

д) операция Микулича

К облигатным предракам ободочной кишки относятся:

а) ювенильные полипы

б) одиночный полип прямой кишки

в) регионарный энтерит

г) терминальный илеит

д) диффузный семейный полипоз

При острой правосторонней толстокишечной непроходимости и при тяжелом состоянии больного выполняют:

а) правостороннюю гемиколэктомию

б) наложение обходного илеотрансверзоанастомоза

в) подвесную илеостомию

г) цекостомию

д) резекцию кишки с опухолью

Радикальная операция при раке толстой кишки является:

а) левосторонняя гемиколэктомия

б) правосторонняя гемиколэктомия

в) резекция поперечно-ободочной кишки

г) резекция сигмовидной кишки

д) все верно

При острой обтурационной толстокишечной непроходимости наблюдается все, кроме:

а) схваткообразных болей в животе

б) вздутия живота

в) постепенного развития перитонита

г) постоянных болей в животе

д) задержки стула и газов

При раке прямой кишки 2-ой стадии на 15 см от ануса показана:

а) операция Гартмана

б) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

в) передняя резекция

г) промежностная экстирпация прямой кишки

д) двуствольная колостомия

Симптомами энтероколитической формы рака толстой кишки являются:

а) неустойчивый стул

б) распирание, вздутие и урчание в кишечнике

в) расстройство акта дефекации

г) боли в животе

д) все перечисленное

Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:

а) постепенного нарастания симптомов

б) вздутие живота

в) появление чаш Клойбера

г) задержки стула

д) быстрого (в течение суток) обезвоживания

Наиболее рациональное лечение рака прямой кишки является:

а) химиотерапия

б) симптоматическое лечение

в) рентгенорадиотерапия

г) комбинированное лечение

д) хирургическое вмешательство

Осложнением рака ободочной кишки может быть все, кроме:

а) перфорации опухоли

б) периколита

в) острой кишечной непроходимости

г) кровотечения

д) токсического панкреатита

Токсикоанемическая форма характерна для рака толстой кишки:

а) поперечно – ободочной

б) левых отделов

в) правых отделов

г) прямой

д) сигмовидной

Основной гистологической формой рака толстой кишки является:

а) плоскоклеточный

б) аденокарцинома

в) недифференцированный

г) коллоид

д) карциноид

Операция Гартмана при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки и раке ректосигмоидного изгиба целесообразно отдавать предпочтение в случаях:

а) наличие обтурационной кишечной непроходимости

б) наличие воспалительных изменений стенки кишечника

в) у лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации

г) во всех перечисленных ситуациях

д) правильные ответы а) и б)

Больной с удаленными ворсинчатым полипом прямой кишки должен наблюдаться:

а) у хирурга

б) у проктолога

в) у онколога

г) у терапевта

К методу скрининга рака толстого кишечника в настоящее время можно отнести регулярно проводимые:

а) исследование кала на скрытую кровь, в том числе гемокультет и криптоген (1 раз в год)

б) пальцевое исследование прямой кишки (1 раз в год)

в) ректороманоскопию (1 раз в 3 - 5 лет)

г) все перечисленное

Из перечисленных операций к сфинктеросохраняющим не относится:

а) чресбрюшинная резекция прямой кишки

б) брюшно-анальная резекция прямой кишки

в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

г) все перечисленные операции следует относить к сфинктеросохраняющим

Предоперационная подготовка при раке толстого кишечника должна включить:

а) тщательную механическую очистку толстого кишечника

б) лечение сопутствующих заболеваний

в) коррекцию белкового, углеводного и минерального обмена

г) все перечисленное

На выбор вида радикальной операции при раке прямой кишки оказывает влияние:

а) локализация опухоли в прямой кишке

б) степень распространенности опухолевого процесса

в) наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфоузлах

г) наличие осложнений заболеваний

д) все перечисленное

***Задания для проверки практических навыков:***

1. Диагностика кишечной непроходимости при раке ободочной кишки.
2. Провести клиническую диагностику рака ободочной кишки.
3. Провести клиническую диагностику рака прямой кишки.
4. Составить план лабораторных и инструментальных обследований.

**Модуль 4.** Злокачественные новообразования кожи. Опухоли головы и шеи

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** *тестирование,* *устный опрос, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Базалиомы.
2. Плоскоклеточный рак кожи.
3. Меланома.
4. Опухоли щитовидной железы
5. Опухоли полости рта, слюнных желёз
6. Опухоли гортани.
7. Опухоли глотки, шейного отдела пищевода

***Тестовые задания:***

Наиболее агрессивной опухолью человека считают:

а) лимфогранулематоз

б) меланому

в) базалиому

г) плоскоклеточный рак

Ранними макроскопическими признаками малигнизации пигментного невуса являются следующие, за исключением:

а) увеличения невуса в размерах

б) потери кожного рисунка

в) роста волос на поверхности невуса

г) изменения окраски невуса

Меланома развивается из следующих клеток:

а) ретикулобластов

б) гистеобластов

в) меланобластов

г) лимфобластов

Ранними макроскопическими признаками малигнизации пигментного невуса являются следующие, за исключением:

а) увеличения невуса в размерах

б) потери кожного рисунка

в) роста волос на поверхности невуса

г) изменения окраски невуса

Меланома развивается из следующих клеток:

а) ретикулобластов

б) гистеобластов

в) меланобластов

г) лимфобластов

К симптомам малигнизации невуса относятся:

а) быстрое увеличение невуса в размерах

б) изменение окраски невуса

в) появление “венчика” гиперемии вокруг невуса

г) все перечисленные

Среди факторов, влияющих на риск малигнизации невуса, наиболее опасны:

а) конституционные особенности организма

б) врожденный характер пигментного образования

в) частая травматизация невуса

г) возраст

Среди факторов, влияющих на прогноз при меланоме, наиболее важны:

а) конституционные особенности организма

б) пол

в) возраст

г) глубина инвазии по Кларку

Какой из названных методов исследования не используют для получения морфологической верификации при подозрении на меланому

а) мазок отпечаток с опухоли

б) пункционная тонкоигольная биопсия

в) определение меланурии (реакция Якша)

г)широкое иссечение невуса под наркозом с гистологическим исследованием

К новообразованиям АПУД - системы относят

рак большой слюнной железы

+медуллярный рак щитовидной железы

бронхиогенный рак

менингиома

# Высокодифференцированный рак щитовидной железы метастазирует преимущественно

+лимфогенным путем

гематогенным путем

внутриорганно

всеми указанными выше путями

# Повышение уровня кальцитонина, определяемого радиоиммунологическим методом, характерно

для папиллярного рака щитовидной железы

для фолликулярного рака щитовидной железы

для недифференцированного рака щитовидной железы

+для медуллярного рака щитовидной железы

# Медуллярный рак щитовидной железы развивается

из А-клеток

из В-клеток

+из С-клеток

правильный ответ а) и б)

# Этиологическими моментами в развитии рака щитовидной железы являются

наличие фоновых процессов в ткани щитовидной железы

ионизирующее излучение

длительная стимуляция организма повышенным уровнем тиреотропного гормона

+все ответы правильные

# Минимальный объем хирургического вмешательства при рака щитовидной железы

энуклеация узла

резекция доли

гемитиреоидэктомия

+гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка

# "Ранним" симптомом рака щитовидной железы является

+уплотнение и увеличение железы

боль при глотании

дисфагия

осиплость голоса

# Биохимический тест, позволяющий выявить рак щитовидной железы из С-клеток

определение уровня тироксина

+определение уровня кальцитонина

определение уровня ТТГ

определение уровня Т3, Т4

# Основной метод диагностики рака щитовидной железы

УЗИ

рентгенологический

радиоизотопный

+морфологический

# Наиболее частая локализация отдаленных метастазов при раке щитовидной железы

печень

+легкие, кости

головной мозг

***Задания для проверки практических навыков:***

1. Диагностика ЗН кожи при наличии изъязвления.
2. Взятие мазков из новообразования полости рта.
3. Алгоритм обследования при подозрении на рак щитовидной железы
4. Составить план лабораторных и инструментальных обследований при подозрении на ЗН кожи.

**Модуль 5.** Лимфомы.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** устный опрос, тестирование.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1.Лимфогранулематоз – понятие, классификация.

2.Клинические признаки лимфомы Ходжкина.

3.Инструментальная диагностика лимфогранулематоза.

4.Патоморфологическая классификация, классификация по стадиям.

5.Принципы диагностики.

6.Принципы лечения.

7.Показания к лучевой терапии.

8.Возможные осложнения лимфогранулематоза.

9.Осложнения лекарственной терапии лимфогранулематоза.

10. Осложнения лучевой терапии лимфогранулематоза.

***Тестовые задания:***

Диагноз лимфосаркомы подтверждается при обнаружении в микропрепарате:

А) клеток Березовского-Штенберга

Б) клеток Пирогова-Лангханса

+В) лимфобластов

Г) эпителиальных клеток

Макроскопические изменения лимфатических узлах при периферических формах лимфогранулематоза характеризуется следующими симптомами, за исключением:

А) безболезненность

Б) не спаяны с окружающими тканями

В) плотная консистенция

+Г) склонность к образованию свищей

К симптомам интоксикации при лимфогранулематозе относятся следующие, за исключением:

А) потеря в весе

Б) кожный зуд

В) лихорадка

+Г) сухой надсадный кашель

Наиболее частой локализацией периферической формы лимфогранулематоза является:

А) подмышечная

Б) околоушная

В) подчелюстная

+Г) шейная

Наиболее частыми локализациями лимфогранулематоза во внутренних органах являются, за исключением:

А) печень

Б) селезенка

+В) почки

Г) легкие

Дифференциальным признаком инфекционного мононуклеоза от периферического лимфогранулематоза является:

А) острое начало

Б) боли в горле

В) увеличение лимфоузлов предшествует повышение температуры

+Г) наличие в крови периферических мононуклеаров

Дифференциальным признаком периферического лимфогранулематоза от туберкулезного лимфаденита является:

А) наличие первичного туберкулезного комплекса в легком

Б) болезненность увеличенных лимфоузлов

В) покраснение кожи над увеличенным узлом

+Г) клетки Березовского-Штернберга в пунктате узла

Дифференциальным признаком периферического лимфогранулематоза от банального лимфаденита является:

А) наличие инфицированной раны

Б) повышение температуры тела

В) болезненность увеличенных лимфоузлов

+Г) устойчивость лихорадки к противовоспалительному лечению

К неходжкинской лимфоме относится:

А) эозинофильная гранулема

Б) туберкулома

+В) ретикулосаркома

Г) гамартома

Какую тактику изберете в условиях поликлиники при жалобах на наличие увеличенного безболезненного лимфоузла в шейной области:

А) проводить противовоспалительное лечение

+Б) сделать пункцию увеличенного узла с цитологическим исследованием пунктата

В) направить на консультацию к ЛОР врачу

Г) проводить физиолечение

Для уточнения распространенности лимфогранулематоза в организме применяются следующие методы, за исключением:

А) Рентгенография грудной клетки в двух проекциях

Б) УЗИ органов брюшной полости

В) Двухсторонняя нижняя лимфография

+Г) Спирография

Какой из названных методов исследования считается наиболее информативным при подозрении на лимфогранулематоз средостения?

А) фибробронхоскопия

Б) общий анализ крови

В) лимфография

+Г) медиастиноскопия с биопсией

Какой из названных методов исследования считаете наиболее информативным при подозрении на лимфогранулематоз мезентериальных л/узлов

А) фиброгастроскопия

+Б) лапароскопия с прицельной биопсией

В) фиброколоноскопия

Г) ренгеноскопия желудка

При лимфогранулематозе 1 и 2-а стадии наиболее эффективным лечением являет¬ся:

А) хирургическое

+Б) два-три цикла полихимиотерапии с последующей лучевой терапией по радикаль¬ной программе

В) полихимиотерапия

Г) химио-лучевое лечение

При лимфогранулематозе 3-4 стадии наиболее эффективным методом лечения является:

А) паллиативная лучевая терапия

+Б) полихимиотерапия, не менее б циклов с последующей лучевой терапией химио- резистентных узлов

В) хирургическое лечение

"Сигналами тревоги", при которых на амбулаторном приеме следует высказать подозрение на периферический лимфогранулематоз, являются следующие, за исключением:

А) появление одного или нескольких увеличенных лимфоузлов

Б) постепенное увеличение и появление новых лимфоузлов

В) необъяснимая лихорадка

+Г) гиперемия кожи и флюктуация в области узла

К гистологическим вариантам лимфогранулематоза относятся следующие, за исключением:

А лимфоидное преобладание

Б) нодулярный склероз

В) лимфоидное истощение

+Г) эозинофильная гранулёма

К злокачественным лимфомам относятся все, за исключением:

А) лимфогранулематоз

+Б) эозинофильная гранулема

В) лимфосаркома

Г) ретикулосаркома

Диагноз лимфогранулематоза подтверждается при обнаружении в микропрепарате:

А) клеток Пирогова-Лангханса

Б) лимфобластов

+В)клеток Березовского-Штернберга

Г) ретикулогистиоцитов

При лимфогранулематозе отмечается:

А) лимфогенное метастазирование

Б) гематогенное метастазирование

В) инплантационное метастазирование

+Г) правильно А) и Б)

В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение:

+А) шейно-надключичных лимфоузлов

Б) медиастинальных лимфоузлов

В) забрюшинных лимфоузлов

Г) паховых лимфоузлов

Первое проявление лимфогранулематоза в виде поражения паховых лимфоузлов встречается с частотой:

+А) до 10%

Б) от20 до 50%

В) от 50 до 70%

Г) более 70%

Частота вовлечения лимфатического аппарата кольца Пирогова-Вальдейра при лимфогранулематозе составляет:

+А) ниже 10%

Б) 20-30%

В) 30-50%

Г) 50%

При поражении лимфоузлов выше диафрагмы и селезенки при лимфогранулематозе должна быть поставлена:

А) I стадия

Б) II стадия

+В) III стадия

Г) IV стадия

Поражение аксилярных лимфоузлов с двух сторон при лимфогранулематозе трактуется как:

А) I стадия

+Б) II стадия

В) III стадия

Г) IV стадия

Поражение шейных лимфоузлов справа, медиастинальных лимфоузлов и аксилярных слева означает при лимфогранулематозе:

А) I стадия

+Б) II стадия

В) III стадия

Г) IV стадия

Поражение шейных лимфоузлов слева, медиастинальных, паховых лимфоузлов и селезенки при лимфогранулематозе трактуется как:

А) I стадия

Б) II стадия

+В) III стадия

Г) IV стадия

Поражение периферических лимфоузлов выше и ниже диафрагмы при лимфогранулематозе означает:

А) I стадию

Б) II стадию

+В) III стадию

Г) IV стадию

При лимфогранулематозе вовлечение селезенки и пахово-подвздошных лимфоузлов трактуется как:

А) I стадия

Б) II стадия

+В) III стадия

Г) IV стадия

Поражение при лимфогранулематозе паховых лимфоузлов трактуется как:

А) I стадия

Б) II стадия

+В) III стадия

Г) IV стадия

Изолированное поражение при лимфогранулематозе селезенки означает:

А) I стадию

Б) II стадию

+В) III стадию

Г) IV стадию

Поражение легочной ткани и забрюшинных лимфоузлов при лимфогранулематозе трактуется как:

А) I стадия

Б) II стадия

В) III стадия

+Г) IV стадия

Наиболее прогностически благоприятным морфологическим вариантом лимфогранулематоза является:

А) лимфоидное истощение

+Б) лимфоидное преобладание

В) нодулярный склероз

Г) смешанноклеточный вариант

Наиболее неблагоприятным прогностическим вариантом лимфогранулематоза является:

А) лимфоидное преобладание

+Б) лимфоидное истощение

В) смешанноклеточный вариант

Г) нодулярный склероз

У больного лимфогранулематозе увеличение шейных лимфоузлов с обеих сторон и профузная потливость. Это соответствует:

А) I А стадии

Б) II А стадии

+В) II Б стадии

Г) III Б стадии

При наличии у больного лимфогранулематозе поражения шейных узлов с одной стороны и медиастинальных лимфоузлов следует говорить о распространенности, соответствующей:

А) I А стадии

+Б) II А стадии

В) III А стадии

Г) III Б стадии

Поражение аксиллярных лимфоузлов с одной стороны, медиастинальных, парааортальных лимфоузлов, селезенки и наличие лихорадки до 380 С при лимфогранулематозе расценивается как:

А) II А стадия

Б) II Б стадия

В) III А стаядия

+Г) III Б стадия

Поражение при лимфогранулематозе всех групп периферических лимфоузлов в сочетании с профузной потливостью означает наличие:

А) II А стадии

Б) II Б стадии

В) III А стаядии

+Г) III Б стадии

При лимфогранулематозе поражение печени и медиастинальных лимфоузлов с симптомами интоксикации означает наличие:

А) II Б стадии

Б) III А стадии

В) III Б стадии

+Г) IVБ стадии

Бесспорным подтверждением диагноза лимфогранулематоза является:

А) наличие увеличенных безболезненных лимфатических узлов

Б) снижение содержания лимфоцитов в лимфатическом узле

В) усиленная пролиферация клеточных элементов в лимфатических узлах

+Г) обнаружение клеток Березовского-Штернберга

Симптомы интоксикации при лимфогранулематозе:

А) кожный зуд

+Б) верно все

В) профузные ночные поты

Г) необъяснимые подъемы температуры тела выше 38°

Основным способом диагностики лимфогранулематоза является:

А) общий и биохимические анализы крови

Б) рентгенография и томография грудной клетки

В) иммунологическое исследование

+Г) гистологическое исследование

В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение лимфоузлов:

+А) шейных

Б) медиастинальных

В) забрюшинных

Г) паховых

Основным методом лечения лимфогранулематоза III стадии является:

А) лучевой

Б) хирургический

В) гормонотерапия

+Г) химиотерапия

Лимфогранулематоз с поражением лимфоузлов выше диафрагмы, укажите стадию процесса:

А) I

+Б) II

В) III

Г) IV

В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение лимфоузлов:

+А) шейных

Б) медиастинальных

В) забрюшинных

Г) паховых

Основным методом лечения лимфогранулематоза III стадии является:

А) лучевой

Б) хирургический

В) гормонотерапия

+Г) химиотерапия

Чаще всего при лимфогранулематозе поражаются:

А) забрюшинные лимфоузлы

+Б) шейные лимфоузлы

В) паховые лимфоузлы

Г) внутригрудные лимфоузлы

Под термином лимфоаденопатия подразумевают:

А) лейкозную инфильтрацию лимфатических узлов

Б) лимфоцитоз в периферической крови

В) лимфобластоз в стернальном пунктате

+Г) увеличение лимфоузлов

Для лечения лимфогранулематоза IV стадии применяется:

+А) глюкокортикоиды, ПХТ, лучевая терапия

Б) лучевая терапия

В) ПХТ

Г) ПХТ, лучевая терапия

С увеличения каких групп лимфоузлов чаще начинается лимфогранулематоз:

+А) шейных

Б) надключичных

В) подмышечных

Г) забрюшинных

Наименее благоприятный прогноз при гистологическом варианте лимфогранулематоза:

А) нодуллярный склероз

Б) с лимфоцитарным преобладанием

В) смешанноклеточный

+Г) с лимфоцитарным истощением

Началу лимфогранулематоза соответствует гистологический вариант:

А) лимфоидное истощение

+Б) лимфоидное преобладание

В) нодулярный склероз

Г) смешанноклеточный

Диагноз лимфогранулематоза ставится на основании:

А) анализа периферической крови

Б) пункции лимфоузла

+В) биопсии лимфоузла

Г) пункции костного мозга

Для III клинической стадии лимфогранулематоза характерно:

А) поражение лимфатических узлов одной области

Б) поражение лимфатических узлов двух и более областей по одну сторону диафрагмы

+В) поражение лимфатических узлов любых областей по обеим сторонам диафрагмы

Г) локализованное поражение одного внелимфатического органа

При лимфогранулематозе:

А) поражаются только лимфатические узлы

Б) рано возникает лимфоцитопения

В) в биоптатах определяются клетки Ходжкина

+Г) все перечисленное

Лихорадка при ЛГМ:

А) волнообразная

Б) сопровождающаяся потливостью

В) на ранних стадиях купируется индометацином

+Г) все перечисленное

Диагноз ЛГМ ставится на основании:

А) анализа периферической крови

Б) пункции лимфоузла

+В) биопсии лимфоула

Г) пункции костного мозга

Наименее благоприятный прогноз при гистологическом варианте ЛГМ:

А) нодуллярный склероз

Б) с лимфоцитарным преобладанием

В) смешанноклеточный

+Г) с лимфоцитарным истощением

**Модуль 6.** Паллиативная помощь в онкологии.

Понятия, задачи и методы симптоматического лечения. Лечение хронического болевого синдрома у онкобольных.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:***, устный опрос, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1 Принципы и концепции паллиативной помощи.

2. Цель и задачи паллиативной специализированной онкологической помощи.

3. Цель и задачи симптоматического лечения в онкологии.

4. Понятие качества жизни и качества дожития.

5. Организация деятельности кабинета паллиативной медицинской помощи.

6. Синдром хронической боли при онкологической патологии и методы оценки боли.

7. Медикаментозные методы коррекции хронического болевого синдрома (ХБС).

8. Немедикаментозные методы коррекции ХБС.

9.Уход за трахеостомой.

10. Уход за гастростомой.

11. Уход за колстомой.

12. Организация учета и помощи онкологических больных IV клинической группы.

13. Моральные и этические аспекты паллиативной помощи.

***Задания для проверки практических навыков:***

1. уход за трахеостомой.
2. организовать учет онкологических больных IV клинической группы
3. проведение санпросвет работы по онкологическим проблемам.
4. оценка болевого синдрома.
5. лекарственная терапия хронического болевого синдрома.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| Форма контроля | Критерии оценивания |
| тестирование | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |
| устный опрос | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| проверка практических навыков | Оценка «ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся освоил практические навыки предусмотренные программой, при их демонстрации полностью или с незначительными погрешностями соблюдал алгоритм и технику выполнения. |
| Оценка «НЕ ЗАЧТЕНО» выставляется, если обучающийся не смог продемонстрировать выполнение практических навыков или при их демонстрации допустил существенные ошибки. |

**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»

проводится в форме недифференцированного зачета по зачетным билетам в устной форме.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

Итоговая оценка («зачтено», «не зачтено») по результатам промежуточной аттестации складывается из результатов оценки устного опроса и выполнения практических заданий:

«ЗАЧТЕНО» - выставляется при положительной оценке («отлично», «хорошо», «удовлетворительно») по итогам устного опроса и решению ситуационных задач.

«НЕ ЗАЧТЕНО» - выставляется при отрицательной («неудовлетворительно») оценке по итогам устного опроса и/или по решению ситуационных задач.

|  |  |
| --- | --- |
| Форма контроля | Критерии оценивания |
| устный опрос | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| решение практических заданий | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*(Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом:*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет: Рд=Рт+Рб+Рз,*

*если форма промежуточной аттестации по дисциплине– экзамен: Рд=Рт+Рб+Рэ, где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рз -*** *зачетный рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг)*

*Образец**критериев, применяемых для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного/экзаменационного рейтинга.*

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**6-10 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**0-2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**(промежуточная аттестация)**

1. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований в России, Оренбургской области и за рубежом.
2. Факторы, влияющие на заболеваемость: пол, возраст, характер питания, экологические и социальные факторы, вредные привычки, профессиональные вредности и др.
3. Факторы, способствующие возникновению опухолей. Значение наследственности, характера питания, эндокринных нарушений, вредных привычек, вирусов, радиационного и ультрафиолетового излучения.
4. Структура онкологической службы РФ. Структура и задачи областного онкологического диспансера, первичного онкологического кабинета
5. Виды профилактических осмотров. Группы повышенного риска. Роль флюорографического, эндоскопического и физикального исследований в раннем выявлении онкологической патологии.
6. Клинические группы онкологических больных. Система учета и диспансеризации онкологических больных. Причины запущенности ЗН. Меры по снижению запущенности от ЗН.
7. Принципы классификации ЗН. Классификация злокачественных новообразований по TNM. Понятие о раке in situ и раннем раке.
8. Основная учётная документация при работе с больными онкологического профиля.
9. Доклинический и клинический период развития рака. Факторы, влияющие на клинику злокачественных новообразований: стадия, локализация, форма роста опухоли, фоновые заболевания, сопутствующая патология.
10. Клинические феномены при злокачественных новообразованиях: обструкции, сдавления, деструкции, интоксикации, опухолевидного образования, паранеопластический.
11. Особенности клиники раннего рака: бессимптомное течение, клиника фоновых заболеваний. Особенности клинической картины при распространенных формах рака. Основные причины раковой интоксикации.
12. Принцип онкологической настороженности. Принцип ранней диагностики злокачественных новообразований
13. Методы активной диагностики злокачественных новообразований. Диспансеризация. Целевые осмотры. Скрининг злокачественных новообразований
14. Диагностики злокачественных новообразований по обращению. Этапность диагностики. Опрос. Физикальные методы диагностики рака.
15. Инструментальные и лабораторные методы диагностики ЗН.
16. Методы получения морфологической верификации злокачественного новообразования. Диагностическая ценность гистологического и цитологического исследования.
17. Обязательный минимум обследования в амбулаторных условиях (стандарты, клинические рекомендации).
18. Принципы формулировки диагноза злокачественного образования.
19. Задачи и цели противоопухолевого лечения.
20. Классификация методов лечения онкологических больных.
21. Виды онкологических операций. Принципы радикальных оперативных вмешательств.
22. Радиобиологические основы и принципы лучевой терапии. Классификация источников и методов облучения. Осложнения лучевой терапии.
23. Основные принципы и методы проведения химиотерапии. Клинико-фармакологическая характеристика противоопухолевых препаратов. Побочные реакции и осложнения противоопухолевой лекарственной терапии.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

1. оформление учётно-отчётной документации согласно Приказу МЗ РФ №135 1999г.
2. направить онкобольного согласно маршрутизации.
3. навык ведения медицинской документации согласно Приказу МЗ РФ № 203, 2017г.
4. Определение клинических групп онкологических больных.
5. План санпросвет работы по онкологическим проблемам.
6. Возможные осложнения лучевого лечения.
7. Алгоритм диагностики рака лёгкого, скрининг.
8. Физикальная диагностика опухолей лёгкого.
9. Классификация и формулировка диагноза рака лёгких.
10. Лёгочные кровотечения – первая помощь.
11. Плевральная пункция.
12. Алгоритм физикального осмотра молочных желёз.
13. Взятие материала для цитологического исследования (ТАБ).
14. Диагностика осложнения хирургического лечения.
15. Диагностика осложнения лекарственной терапии
16. Диагностика внутренних кровотечений при онкозаболеваниях пищеварительного тракта.
17. Провести клиническую диагностику рака пищевода.
18. Провести клиническую диагностику рака желудка.
19. Диагностика кишечной непроходимости при раке ободочной кишки.
20. Провести клиническую диагностику рака ободочной кишки.
21. Провести клиническую диагностику рака прямой кишки.
22. Составить план лабораторных и инструментальных обследований.
23. Диагностика ЗН кожи при наличии изъязвления.

**Образец зачетного билета**

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**кафедра Лучевой диагностики, лучевой терапии, онкологии**

**направление подготовки (специальность) 31.05.01 Лечебное дело дисциплина: Онкология, лучевая терапия**

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ № 1**

**I.** Принцип онкологической настороженности. Принцип ранней диагностики злокачественных новообразований.

**II.** Определение клинических групп онкологических больных.

Заведующий кафедрой

лучевой диагностики, лучевой терапии,

онкологии

д.м.н., профессор Шехтман А.Г.

Декан лечебного факультета

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Лященко Д. Н.

**Таблица соответствия результатов обучения по практике и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОК - 1 способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Знать - морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, этические основы современного медицинского законодательства; обязанности, права, место врача в обществе; основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-технические документы | Вопросы №№1-24  Практические задания №№1-23 |
| Уметь - ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде, применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях; выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива | Вопросы №№2-6,11-17,20-23  Практические задания №№10-23 |
| Владеть - принципами врачебной деонтологии и медицинской этики | Задания №№2,4,5,8,10-23 |
| 2 | ОК-8 готовностью к работе в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия. | Знать морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, этические основы современного медицинского законодательства; обя-занности, права, место врача в обществе; основы законодательства Российской Федерации по охране здоровья населения, основные нормативно-технические документы, национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций | Вопросы №№1-23  Практические задания №№10-23 |
| Уметь ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде, применять нормы трудового законодательства в конкретных практических ситуациях; выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива | Вопросы №№2-6,11-17, 20-23  Практические задания №№10-23 |
| Владеть принципами врачебной деонтологии и медицинской этики | Практические задания №№2,4,5,10-23 |
| 3 | ОПК-6 готовностью к ведению медицинской документации. | Знать национальные стандарты, приказы, рекомендации, терминологию, международные системы единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций | Вопросы №№5-8,12,15-23  Практические задания №№1-5,9-23 |
| Уметь работать с основной учетно-отчетной документацией: «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (ф. 090/У), «Кон-трольная карта диспансерного наблюдения онкологического больного» (ф. 031-6/У), «Выписка из стационара о больном со злокачественным новообразованием» (ф. 027-1/У), «Протокол на запущенный случай злокачественного новообразования» (ф. 027 -2/У). | Практические задания №№6-8,12  Практические задания №№1-5,9-23 |
| Владеть заполнением документации:Истории болезни, «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования» (ф. 090/У), «Выписка из стационара о больном со злокачественным новообразованием» (ф. 027-1/У), «Протокол на запущенный случай злокачественного новообразования» (ф. 027 -2/У). | Практические задания №№1-5, 13,22 |
| 4 | ПК-5 готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | Знать методы диагностики злокачественных новообразований. Активные и пассивные методы диагностики. Онкологическая настороженность. Значение цитологического и гистологического исследования в диагностике злокачественных опухолей | Вопросы №№2,3,5-7,9-23  Практические задания №№1-23 |
| Уметь диагностировать рак легкого, молочной железы, пищевода и желудка, толстой кишки, кожи и меланомы кожи, нижней губы, щитовидной железы, ЛГМ | Вопросы №№7,10-23  Практические задания №№1-23 |
| Владеть алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту; Осмотром и пальпацией молочных желез, кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата; пункцией образований молочной железы, мягких тканей; взятием мазков для цитологического исследования из соска и изъязвленных образований кожи;ректальным исследованием; осмотром различных областей рта, глотки, гортани и шеи; пальпаторным исследование шеи, щитовидной железы, слюнных желез, полости рта, глотки и носоглотки, щитовидной железы, периферических лимфатических узлов | Практические задания №№4, 6-9,11-23 |
| 5 | ПК-17 способностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях. | Знать принципы деления онкологических больных на клинические группы; Правила и сроки диспансеризации онкологических больных;Принципы классификации ЗН по стадиям, гистологической структуре опухоли. Принципы метастазирования ЗН; Факторы, влияющие на клинику злокачественных новообразований; содержание принципа онкологической настороженности | Вопросы №№1-23  Практические задания №№1-23 |
| Уметь выделять основные предраковые заболевания, Составлять план клинического и инструментального обследования больного с подозрением на злокачественную опухоль | Вопросы №№2 -7, 9-23  Практические задания №№1-23 |
| Владеть Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту; методами общеклинического обследования онкологического больного; правильным ведением медицинской документации | Практические задания №№1-23 |