

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Ковтун Ольга Петровна

Должность: ректор

Дата подписания: 28.07.2023 10:56:27

Уникальный программный ключ:

f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757e

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи

Утверждаю

Проректор по образовательной деятельности  
и молодежной политике



2023 г.

**Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине**

**ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ**

Специальность: 31.05.01. Лечебное дело

Уровень высшего образования: специалитет

Квалификация: врач-лечебник

**Екатеринбург**  
**2023 год**

## Контролируемые учебные элементы (на основе ФГОС)

Категория (группа) компетенций	Код и наименование компетенции	Индекс трудовой функции и ее содержание	Код наименование индикатора достижения компетенции	Дидактическая единица	Контролируемые учебные элементы, формируемые в результате освоения дисциплины			Методы оценивания результатов освоения дисциплины
					Знания	Умения	Навыки	
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	A/02.7 Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	ИД-1ук-1 Умеет анализировать проблемную ситуацию как систему, выявлять ее составляющие и связи между ними	ДЕ 1 ДЕ 2 ДЕ 3 ДЕ 4 ДЕ 5 ДЕ 6 ДЕ 7 ДЕ 8 ДЕ 9 ДЕ 10 ДЕ 11 ДЕ 12 ДЕ 13 ДЕ 14 ДЕ 15	<p>✓ Методологию абстрактного мышления для постановки диагноза и составления программы лечения пациента с злокачественным новообразованием, путем систематизации патологических процессов, построения причинно-следственных связей развития патологических процессов принципы анализа элементов полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) в результате обследования пациента, больного раком; принципы синтеза полученной информации (выявленных симптомов, синдромов, патологических изменений) для постановки диагноза и выбора лечения на основе современных представлений о взаимосвязи функциональных систем организма, уровнях их регуляции в условиях</p>	<p>✓ Использовать знания по основам профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения</p> <p>✓ Анализировать проблемную ситуацию как систему, выявлять ее составляющие и связи между ними</p> <p>✓ Обосновать, разработать, оценить полноту и достаточность плана профилактических мероприятий для различных контингентов населения, организациях различного типа</p> <p>✓ Планировать, организовывать и оценивать правильности определения контингентов, подлежащих предварительным и</p>	<p>✓ Медико-статистическими показателями заболеваемости, инвалидности и смертности в целях планирования противораковых мероприятий и формирование групп повышенного онкологического риска при диспансеризации.</p> <p>✓ Владеть данными онкоэпидемических исследований.</p> <p>✓ Основные принципы профилактического наблюдения в соответствии действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи;</p>	Опрос, тестирование, клинические задачи

					<p>развития патологического процесса;</p> <p>✓ Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований.</p> <p>Канцерогенез. Структура онкологической службы в России. Деонтология в онкологии. Патогенез. Факторы риска злокачественных новообразований.</p> <p>Проявления патологических состояний, симптомов, синдромов злокачественных новообразований в соответствии с МКБ-10. Методы их диагностики. Классификация методов лечения;</p>	<p>периодическим медицинским осмотрам</p>	<p>✓ Принципами диспансерного наблюдения в соответствии действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи</p> <p>✓ Вопросами скрининговых исследований, направленных на выявление ранних форм рака.</p>	
<b>Здоровый образ жизни</b>	ОПК-2. Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	A/05.7 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ИД-1опк-2 Умеет выявлять факторы риска заболеваний, связанных с образом жизни, воздействием окружающей среды, профессиональной деятельности и оказанием медицинской помощи на индивидуальном и групповом уровнях, оценивать их влияние на	ДЕ 3 ДЕ 4 ДЕ 5 ДЕ 6 ДЕ 7 ДЕ 8 ДЕ 9 ДЕ 10 ДЕ 11 ДЕ 12	<p>✓ Нормативно правовые акты, регламентирующие порядок проведения медицинских осмотров, в том числе профилактических основы медицинской этики и деонтологии; основы законодательства в сфере здравоохранения; правовые аспекты врачебной деятельности вопросы организации онкологической помощи в России основные принципы профилактического наблюдения в соответствии с действующими клиническими</p>	<p>✓ Использовать знания по основам профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению проводить диспансеризацию и диспансерное</p>	<p>✓ Алгоритмом выявления больных с использованием всего комплекса клинических, эпидемиологических и лабораторных методов навыками организации медицинских осмотров и скрининговых программ методами планирования, организации и оценки правильности определения контингентов, подлежащих предварительным и периодическим медицинским осмотрам</p>	Опрос, тестированиe, клинические задачи

	у просвещению населения	<p> здоровье, планировать оздоровительные мероприятия и оценивать их эффективность</p> <p><b>ИД-Зопк-2</b> Умеет проводить профилактическое консультирование пациентов и мероприятий по формированию здорового образа жизни среди населения в групповых формах.</p>	<p>рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи;</p> <p>✓ Принципы диспансерного наблюдения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи вопросы скрининговых исследований, направленных на выявление ранних форм рака.</p> <p>✓ Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни у населения, пациентов и членов их семей</p> <p>✓ Профилактические мероприятия с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p> наблюдение детского и взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития организовывать медицинские осмотры и скрининговые программы определять прогностическую ценность диагностических и скрининговых тестов с учетом принципов доказательной медицины</p> <p>✓ Разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ</p> <p>✓ Проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья,</p>	<p>✓ Способен оценить эффективность и безопасность терапии по клиническим и лабораторным критериям</p> <p>✓ Организация и проведение медицинских осмотров с учетом возраста, состояния здоровья, профессии в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами</p> <p>✓ Осуществление диспансеризации взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний и основных факторов риска их развития в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами</p> <p>✓ Проведение диспансерного наблюдения за пациентами с выявленными хроническими неинфекциоными заболеваниями</p> <p>✓ Назначение профилактических</p>	
--	-------------------------	---	---	---	--	--

					<p>профессии в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и иными документами</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Проводить диспансеризацию взрослого населения с целью раннего выявления хронических неинфекционных заболеваний, основных факторов риска их развития</li> <li>✓ Проводить диспансерное наблюдение пациентов с выявленными хроническими неинфекционными заболеваниями, в том числе пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском</li> <li>✓ Назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе социально значимых заболеваний</li> </ul>	<p>мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Контроль соблюдения профилактических мероприятий</li> <li>✓ Оценка эффективности профилактической работы с пациентами</li> </ul>	
--	--	--	--	--	---	--	--

<b>Диагностические инструментальные методы обследования</b>	ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	A/02.7 Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	ИД-1опк-4 Знает: цель, задачи, принципы обследования пациента; предназначение медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи; особенности современного диагностического процесса, принципы диагностики, основанной на научных доказательствах; возможности и ограничения методов, использующиеся с целью установления диагноза.	ДЕ 1 ДЕ 2 ДЕ 3 ДЕ 4 ДЕ 5 ДЕ 6 ДЕ 7 ДЕ 8 ДЕ 9 ДЕ 10 ДЕ 11 ДЕ 12 ДЕ 13 ДЕ 14	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Нормативно правовые акты, регламентирующие порядок проведения медицинских осмотров, в том числе профилактических основы медицинской этики и деонтологии;</li> <li>✓ Современные методы диагностики злокачественных опухолей, роль и способы инструментальных и морфологических исследований.</li> <li>✓ Этиологию, патогенез болезни, клиническую симптоматику и состояние.</li> <li>✓ Цель, задачи, принципы обследования пациента, предназначение медицинских изделий, предусмотренных порядком оказания медицинской помощи.</li> <li>✓ Особенности современного диагностического процесса, принципы диагностики, основанной на научных доказательствах.</li> <li>✓ Возможности и ограничения методов, использующиеся с целью установления диагноза.</li> <li>✓ Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать полученную информацию</li> <li>✓ Проводить полное физикальное обследование пациента (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию) и интерпретировать его результаты</li> <li>✓ Обосновывать необходимость и объем лабораторного и инструментального обследования пациента</li> <li>✓ Обосновывать необходимость направления пациента на консультации к врачам-специалистам</li> <li>✓ Анализировать полученные результаты обследования пациента, при необходимости обосновывать и планировать объем дополнительных исследований</li> <li>✓ Интерпретировать результаты сбора информации о заболевании пациента</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента</li> <li>✓ Проведение полного физикального обследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</li> <li>✓ Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациента</li> <li>✓ Направление пациента на лабораторное, инструментальное обследование при наличии медицинских показаний в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</li> <li>✓ Направление пациента на консультацию к врачам-специалистам при наличии медицинских показаний в соответствии с</li> </ul>	Опрос, тестирование, клинические задачи
	ИД-2опк-4 Умеет: проводить обследование пациента с целью установления диагноза, используя подход, основанный на научных доказательствах; применять медицинские							

		<p>изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи.</p> <p><b>ИД-З<sub>опк-4</sub></b> Обосновывает алгоритм применения и оценки результатов использования медицинских технологий, в том числе технологий искусственного интеллекта, специализированного оборудования и медицинских изделий при решении профессиональных задач.</p>	<p>медицинской помощи, стандарты медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов</li> <li>✓ Методика сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента</li> <li>✓ Методика полного физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</li> <li>✓ МКБ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Интерпретировать данные, полученные при лабораторном и инструментальном обследовании пациента</li> <li>✓ Интерпретировать данные, полученные при консультациях пациента врачами-специалистами</li> <li>✓ Осуществлять раннюю диагностику заболеваний внутренних органов</li> <li>✓ Проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний</li> <li>✓ Определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий</li> <li>✓ Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи</li> <li>✓ Применять медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания</li> </ul>	<p>действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными</li> <li>✓ Установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</li> </ul>	
--	--	---	--	---	--	--

						медицинской*, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, помощи с учетом стандартов медицинской помощи.		
<b>Лечение заболеваний и состояний</b>	ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	A/03.7 ИД-1 <sub>опк-7</sub> Знает действие лекарственных средств с учетом фармакодинамики, фармакокинетики, фармакогенетики, взаимодействия лекарственных средств, нежелательных побочных эффектов с учетом данных доказательной медицины.	ИД-1 <sub>опк-7</sub> Знает действие лекарственных средств с учетом фармакодинамики, фармакокинетики, фармакогенетики, взаимодействия лекарственных средств, нежелательных побочных эффектов с учетом данных доказательной медицины.	ДЕ 2 ДЕ 3 ДЕ 4 ДЕ 5 ДЕ 6 ДЕ 7 ДЕ 8 ДЕ 9 ДЕ 10 ДЕ 11 ДЕ 12 ДЕ 13 ДЕ 15	✓ Современные методы применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания при онкологических заболеваниях и состояниях у пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с	✓ Составлять план лечения заболевания и состояния пациента с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с	✓ Разработка плана лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	Опрос, тестированиe, клинические задачи



			стандартов медицинской помощи.			безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания	препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения ✓ Оказание паллиативной медицинской помощи при взаимодействии с врачами-специалистами и иными медицинскими работниками	
			ИД-4 <sub>ОПК-7</sub> Умеет оценивать эффективность и безопасность терапии по клиническим и лабораторным критериям.					
<b>Медицинская реабилитация</b>	ОПК-8. Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации	A/04.7 Реализация и контроль эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных экспертизы.	ИД-З <sub>ОПК-8</sub> Подготавливает необходимую медицинскую документацию для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы.	ДЕ 2 ДЕ 3 ДЕ 8 ДЕ 9	✓ Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований соответствии действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи.	✓ Оценить степень тяжести основного и сопутствующих заболевания и показания к проведению реабилитационных мероприятий ✓ Определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функций организма,	✓ Оценивать эффективность реабилитационных мероприятий ✓ Проведение экспертизы временной нетрудоспособности онкологического больного ✓ Подготовка необходимой медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы	Опрос, тестированиe, клинические задачи

ребенка-инвалида, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность	программ реабилитации или абилитации инвалидов, оценка способности пациента осуществлять трудовую деятельность	ИД-бопк-8 Направляет пациента, нуждающегося в медицинской реабилитации, к врачу-специалисту для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи.	✓ Виды, принципы проведения реабилитационных мероприятий онкологическим больным ✓ Порядок экспертизы временной нетрудоспособности и признаки временной нетрудоспособности онкологического пациента ✓ Порядок направления пациента на медико-социальную экспертизу ✓ Признаки стойкого нарушения функций организма, обусловленного онкологическим заболеванием. ✓ Правила оформления и выдачи медицинских документов при направлении пациентов для оказания специализированной медицинской помощи, на санаторно-курортное лечение, на медико-социальную экспертизу ✓ Мероприятия по медицинской реабилитации онкологического пациента, медицинские показания и противопоказания к их проведению ✓ Медицинские показания и противопоказания к назначению санаторно-курортного лечения в	обусловленного онкологическим заболеваниями ✓ Медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ✓ Выполнять мероприятия медицинской реабилитации онкологического пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ✓ Определять врачей-специалистов для проведения	онкологического больного ✓ Выполнение мероприятий медицинской реабилитации онкологического пациента ✓ Направление онкологического пациента, нуждающегося в медицинской реабилитации, к врачу-специалисту для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ✓ Направление онкологического пациента, нуждающегося в медицинской реабилитации, к врачу-специалисту, для назначения и проведения санаторно-	

				<p>качестве этапа медицинской реабилитации пациента</p> <p>✓ Особенности медицинской реабилитации пациентов</p>	<p>реабилитационных мероприятий онкологическому пациенту, нуждающемуся в медицинской реабилитации,</p> <p>✓ Назначать санаторно-курортное лечение пациенту, нуждающемуся в медицинской реабилитации, соответствии действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>✓ Контролировать выполнение и оценивать эффективность и безопасность реабилитационных мероприятий, с учетом диагноза в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания</p>	<p>в</p> <p>в</p> <p>в</p> <p>с</p>	<p>курортного лечения, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>✓ Оценка эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации онкологических пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>✓ Направление пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, обусловленное онкологическими заболеваниями на медико-социальную экспертизу</p>	
--	--	--	--	---	--	-------------------------------------	---	--

						медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи		
Диагностика заболеваний и патологических,	ПК-5 Способен к использованию основных физико-химических,	A/02.7 Проведение обследования пациента с целью	ИД-1пк-5 Умеет правильно использовать естественнонаучную терминологию	ДЕ 4 ДЕ 5 ДЕ 6 ДЕ 7 ДЕ 8 ДЕ 9	✓ Нормативно правовые акты, регламентирующие порядок проведения медицинских осмотров, в том числе профилактических основы	✓ Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента и анализировать	✓ Сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента ✓ Проведение полного физикального обследования пациента	Опрос, тестирование, клинические задачи



				<p>состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Методика сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания пациента</li> <li>✓ Методика полного физикального исследования пациента (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)</li> <li>✓ МКБ</li> </ul>	<p>✓ Интерпретировать данные, полученные при консультациях пациента врачами-специалистами</p> <p>✓ Осуществлять раннюю диагностику заболеваний внутренних органов</p> <p>✓ Проводить дифференциальную диагностику заболеваний внутренних органов от других заболеваний</p> <p>✓ Определять очередность объема, содержания и последовательности диагностических мероприятий</p> <p>✓ Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи</p> <p>✓ Применять медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской*, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи,</p>	<p>по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>✓ Проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями/состояниями, в том числе неотложными</p> <p>✓ Установление диагноза с учетом действующей международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p>	
--	--	--	--	---	--	---	--

					помощи с учетом стандартов медицинской помощи.		
--	--	--	--	--	--	--	--

## **2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине**

### **Примеры тестовых заданий.**

#### **Тестовые вопросы для начала обучения онкологии.**

1. К физическим канцерогенам относятся:
  1. Инфракрасные лучи
  2. Вибрация
  3. Ионизирующее излучение
2. Особенности углеводного обмена в опухолевых клетках:
  1. Аэробный гликолиз (до угл. газа и воды)
  2. Анаэробный гликолиз (до молочной кислоты)
  3. Полное отсутствие гликолиза
3. Инфекционные факторы, более всего связанные с этиопатогенезом опухолей:
  1. Бактериальная инфекция
  2. Паразитарная инфекция
  3. Вирусогенетический фактор
4. Степень контагиозности опухолевых заболеваний:
  1. Высококонтагиозны
  2. Абсолютно не контагиозны
  3. В редких случаях, при системных заболеваниях, при семейном контакте заражение не исключается
5. Опухоль состоит из клеток:
  1. Молодых, низкодифференцированных или недифференцированных
  2. Зрелых, активно выполняющих свои функции
  3. Старых, нефункционирующих, но не отторгнутых организмом
6. Какие виды лечения противопоказаны при опухолевых заболеваниях:
  1. Антибиотики
  2. Парентеральное вливание белковых препаратов
  3. Витаминотерапия
  4. Физиотерапия
7. Какой из нижеперечисленных вирусов является причиной некоторых опухолей:
  1. Вирус гриппа
  2. Вирус ветряной оспы
  3. ВПЧ
  4. Вирус гепатита А
8. Какое значение имеет наследственность в этиопатогенезе опухолей:
  1. Все опухоли наследственно обусловлены
  2. Наследственность не имеет отношения к канцерогенезу
  3. Наследственно обусловленными являются 10 % опухолей (примеры)
9. Роль эндогенных факторов в канцерогенезе:
  1. Эндогенных канцерогенов не существует
  2. Все опухоли связаны с эндогенными канцерогенами
  3. Существует часть опухолей, обусловленных эндогенными канцерогенами
10. В желудочно-кишечном тракте наиболее ракоопасными заболеваниями являются:
  1. Диффузный семейный полипоз толстого кишечника

2. Острые воспалительные процессы
  3. Хронические воспалительные процессы
11. У каких специалистов диспансеризуются больные с язвенной болезнью 12-перстной кишки:
1. У терапевтов
  2. У хирургов
  3. У онкологов
12. Какая локализация язвы в желудке является наиболее ракоопасной:
1. На малой кривизне
  2. На большой кривизне
  3. В антральном отделе
13. Дифференцировать язвенную болезнь и рак желудка следует на основании:
1. Типичной клиники, данных рентгено- и эндоскопии
  2. Результата пробного лечения
  3. Результата гастробиопсии
14. Как долго диспансеризуются онкобольные у онколога:
1. Первый год после лечения
  2. Первые 2 лет после лечения
  3. Всю оставшуюся жизнь
15. Опухоли толстой кишки вызывают непроходимость чаще всего:
1. Обтурационную
  2. Странгуляционную
  3. Смешанный вид
16. Какое гистологическое заключение указывает на злокачественную опухоль желудочно-кишечного тракта:
1. Аденома
  2. Аденокарцинома
  3. Лейомиома
17. Какие из названных эндопаразитов чаще всего способствуют развитию опухолей:
1. Аскариды
  2. Свиной солитер
  3. Кошачья двуустка
18. Какие бактерии более способствуют развитию опухолей желудка:
1. Энтерококки
  2. Пневмококки
  3. Хеликобактер
19. Какие вирусы более предрасполагают к развитию опухолей:
1. Гриппа
  2. Аденовирусы
  3. Гепатита В и С
20. Беременность в ближайшие годы после лечения рака молочной железы:
1. Желательна
  2. Противопоказана
  3. Никак не влияет на дальнейшую судьбу больной
21. Опухолевый процесс отражается на прочности кости:

1. Усиливая её (т. к. утолщает её размер)
  2. Ослабляет и способствует переломам
  3. Не отражается никак
22. Каким методом можно визуализировать мягкотканую опухоль:
1. Рентгеноскопически
  2. Рентгенографически
  3. УЗИ
23. Что такое Cancer *in situ*? (рак на месте или внутриэпителиальный):
1. Инвазивный, но измеряемый в мм рак
  2. Добропачественный процесс с признаками начальной инвазии
  3. Рак, но неинвазивный, не переходящий даже базальную мембрану эпителия
24. Какие виды лучей наиболее глубоко ионизируют ткани организма:
1. Терапевтического лазера
  2. Рентгеновские
  3. Гамма лучи
  4. Получаемые в ускорителях электронов
25. Радиоактивным йодом можно лечить метастазы рака:
1. Молочной железы
  2. Предстательной железы
  3. Щитовидной железы

#### **Вопросы общей онкологии**

1. Для экзофитно растущих новообразований внутрь просвета органа характерно:
  - a. дефект наполнения любой формы
  - b. органическое (стойкое) сужение просвета полного органа с его деформацией
  - c. ригидность стенки на ограниченном участке
2. При злокачественном росте происходит:
  - a. угнетение Т-клеточного звена иммунитета
  - b. угнетение В-клеточного звена иммунитета
  - c. все перечисленное
3. Гиперкальциемия у онкологических больных развивается в результате:
  - a. уселения резорбции кости при остеолитических метастазах
  - b. остеолиза – вследствие выделения опухолью паратгормоноподобного белка
  - c. все перечисленное
4. Что включает в себя термин «первичная профилактика»:
  - a. модификация внутренних и внешних канцерогенных факторов
  - b. выявление и лечение предраковых заболеваний
  - c. диагностика ранних стадий злокачественных новообразований
5. К вторичной профилактике злокачественных новообразований относятся все перечисленные, кроме:
  - a. скрининговая маммография
  - b. тест на простатспецифический антиген
  - c. ограничение употребления алкоголя
  - d. цитологический скрининг мазков с шейки матки
6. К маркерам злокачественного роста относятся:
  - a. антигены
  - b. гормоны
  - c. ферменты

- d. все перечисленное
7. Факторами интоксикации у онкологических больных являются:
- a. среднемолекулярные пептиды
  - b. гиперферментация
  - c. все перечисленное
8. У онкологических больных в анализах периферической крови СОЭ:
- a. повышается
  - b. понижается
  - c. остается стабильным
9. Основными признаками злокачественного поражения костно-суставной системы являются все, кроме:
- a. вздутие кости с ее деформацией
  - b. деструкция
  - c. остеопластические очаги
  - d. остеопороз
10. При злокачественных новообразованиях перекисное окисление липидов:
- a. снижается
  - b. активизируется
  - c. на изменяется
11. Какие методы рентгенологического исследования относятся к основным:
- a. рентгеноскопия
  - b. флюорография
  - c. рентгенография
  - d. электрорентгенография
  - e. все перечисленное
12. Символ «М» применяется для обозначения:
- a. метастазов в отдаленные органы
  - b. метастазов в отдаленные группы лимфатических узлов
  - c. и того, и другого
  - d. ни того, ни другого
13. Карцинома *in situ* в классификации ТНМ соответствует:
- a. I стадии
  - b. II стадии
  - c. III стадии
  - d. IV стадии
  - e. 0 стадии (стадии 0)
14. В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток:
- a. не нарушена
  - b. нарушена умеренно
  - c. нарушена выраженно
  - d. возможны все варианты
15. Эпидемиология злокачественных новообразований изучает:
- a. причины возникновения и закономерности массового распространения опухолевых заболеваний
  - b. возможности профилактики онкологических заболеваний и пути борьбы с ним
  - c. и то, и другое
  - d. ни то, ни другое

#### **меланома.**

1. При рецидивах после лучевой терапии рака кожи применяется лечение:
- a. хирургическое;
  - b. химиотерапия;

с.криотерапия.

2.В общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России рак кожи занимает:

- a.1%;
- b.10%;
- c.20%.

3.Малигнизации пигментных невусов способствуют все перечисленные факторы, кроме:

- a.механические травмы;
- b.солнечная радиация;
- c.гормональные сдвиги в организме;
- d.курение.

4.Признаками малигнизации невусов являются все перечисленные, кроме:

- a.изменение размеров;
- b.изменение цвета и характера распределения пигмента;
- c.изменение контуров;
- d.оволосение.

5.Факторами риска возникновения рака кожи являются все перечисленные, кроме:

- a.солнечная радиация;
- b.вирусы;
- c.механические и термические травмы;
- d.химические канцерогены.

6.Меланома кожи чаще метастазирует:

- a.имплантационным путем;
- b.лимфогенно;
- c.гематогенно.

7.Близкофокусная рентгенотерапия как самостоятельный радикальный метод лечения применяют при :

- a.при поверхностных опухолях небольшого размера; (T1)
- b.для лечения регионарных метастазов;
- c.при рецидивах после лучевой терапии.

8.При меланоме кожи абсолютным противопоказанием является:

- a.биопсия;
- b.взятие мазков-отпечатков;
- c.все перечисленное.

9.Наиболее частой локализацией рака кожи является:

- a.голова и шея;
- b.туловище;
- c.нижние и верхние конечности.

10.Средний возраст больных раком кожи составляет:

- a.30-40 лет;
- b.40-50 лет;
- c.60-70 лет.

11.Профилактическими мерами озлокачествления пигментных невусов являются:

- a.ограничение длительного пребывания на солнце;
- b.иссечение травмируемых невусов;
- c.все перечисленное.

12.К облигатным предракам кожи относят все перечисленные, кроме:

- a.пигментная ксеродерма;
- b.системная красная волчанка;
- c.болезнь Педжета;
- d.эритроплазия Кейра.

13.Базальноклеточный рак кожи:

- a. обладает местнодеструиющим медленным ростом;
- b. отличается инфильтративным ростом.

14. К факультативным предракам относят все перечисленные, кроме:

- a. кожный рог;
- b. болезнь Боуэна;
- c. рубцы;
- d. трофические язвы.

15. Базальноклеточный рак кожи:

- a. не метастазирует;
- b. обладает способностью к гематогенному метастазированию;
- c. метастазирует лимфогенно.

### **Рак костей, мягких тканей**

1. Рентгенологическими признаками хондросаркомы является:

- a. наличие секвестров;
- b. участки остеопороза и остеосклероза, козырек Кодмана, спикулы;
- c. расширение костномозгового канала, отслоение надкостницы в виде луковичного периостита;
- d. участки утолщения надкостницы, патологические переломы;
- e. слоистые и бахромчатые периостальные наслоения;
- f. все вышеперечисленное.

2. Злокачественные опухоли костей метастазируют:

- a. лимфогенно;
- b. гематогенно;
- c. одинаково часто гематогенно и лимфогенно;
- d. имплантационно.

3. Наиболее опасной доброкачественной опухолью которая может малигнизироваться является:

- a. остеохондрома;
- b. остеома;
- c. остеоид-остеома;
- d. остеобластокластома;
- e. хондroma.

4. Калечащими операциями в костной онкологии считаются:

- a. порционные резекции кости, сегментарные резекции;
- b. краевые резекции кости, экскохлеация опухоли;
- c. ампутации конечностей, экзартикуляции, лопаточно-грудные ампутации;
- d. резекции кости с аутотрансплантацией;
- e. резекция кости с аллотрансплантацией;
- f. все вышеперечисленные.

5. Этапы лечения остеогенной саркомы следующие:

- a. облучение, операция;
- b. химиотерапия, операция, химиотерапия;
- c. облучение, операция, химиотерапия;
- d. облучение, химиотерапия;
- e. операция, облучение.

6. Опухоли костей встречаются чаще всего:

- a. в молодом возрасте;
- b. в пожилом возрасте;
- c. одинаково часто во всех возрастах.

7. По классификации ВОЗ к хрящеобразующим злокачественным опухолям относятся:

- a. фиброма;

- b. саркома Юинга;
- c. остеобластокластома;
- d. остеогенная саркома;
- e. хондрома;
- f. хондросаркома.

8. Для злокачественных опухолей костей характерна триада симптомов:

- a. опухолевидное образование, повышение температуры, гиперемия;
- b. боль, опухолевидное образование, повышение температуры;
- c. нарушение функции в ближайшем суставе, опухолевидное образование, боль;
- d. нарушение функции в ближайшем суставе, деформация конечности, боль.

9. Пятилетняя выживаемость у больных ретикулосаркомой которым проведено лечение составляет:

- a. около 60%;
- b. менее 30%;
- c. менее 10%;
- d. более 90%.

10. Опухолями чувствительными к лучевой терапии являются:

- a. хондрома, саркома Юинга;
- b. ретикулосаркома, саркома Юинга;
- c. остеогенная саркома, ретикулосаркома;
- d. хондросаркома, фиброзаркома;
- e. остеогенная саркома, злокачественная остеобластокластома.

11. Причиной возникновение опухолей костей является:

- a. травма;
- b. воспалительные заболевания;
- c. врожденные пороки;
- d. причина неизвестна.

12. Основным методом лечения хондросаркомы является:

- a. облучение, операция;
- b. химиотерапия, операция, химиотерапия;
- c. облучение, операция, химиотерапия;
- d. облучение, химиотерапия;
- e. операция, облучение;
- f. операция.

13. Пятилетняя выживаемость у больных хондросаркомой которым проведено лечение составляет:

- a. более 90%;
- b. около 75%;
- c. менее 30%;
- d. менее 10%.

14. По классификации ВОЗ к доброкачественным опухолям мягких тканей относятся:

- a. хондрома;
- b. остеохондрома;
- c. фиброма;
- d. остеогенная саркома;
- e. фиброзаркома;
- f. хондробластома.

15. Этапы лечения остеогенной саркомы следующие:

- a. облучение, операция;
- b. облучение, операция, химиотерапия;
- c. химиотерапия, операция, химиотерапия;

- d.операция, химиотерапия;
- e.операция, облучение.

### **Опухоли головы, шеи**

1.К скрытому раку щитовидной железы относятся опухоли, клинически не проявляющиеся, размером до:

- a.до 5 см;
- b.до 3 см;
- c.до 1,5 см;
- d.до 0,5 см.

2.Из методов лечения рака нижней губы применяются:

- a.криодеструкция;
- b.фотодинамическая терапия;
- c.хирургическое лечение;
- d.лучевая терапия;
- e.все перечисленное.

3.Факторами, способствующими возникновению рака слизистой полости рта, являются:

- a.курение;
- b.алкоголь;
- c.горячая пища;
- d.острые края кариозных зубов;
- e.все перечисленное.

4.Для рака нижней губы облигантным предраком является:

- a.травма губы;
- b.кожный рог;
- c.хейлит Манганотти;
- d.все перечисленное.

5.Пятилетняя выживаемость после радикального лечения у больных раком слизистой полости рта III стадии составляет:

- a.около 30%;
- b.около 50%;
- c.более 70%;
- d.около 90%.

6.Рак нижней губы- опухоль:

- a.чувствительная к лучевой терапии;
- b.нечувствительная к лучевой терапии;
- c.умеренно чувствительная к лучевой терапии.

7.Из гистологических вариантов рака щитовидной щелезы наиболее часто встречается:

- a.папиллярная аденокарцинома;
- b.фолликулярная аденокарцинома;
- c.медуллярный рак;
- d.недифференцированный рак;
- e.все перечисленное.

8.Для рака нижней губы факультативным предраком является:

- a.травма губы;
- b.кожный рог;
- c.хейлит Манганотти;
- d.все перечисленное.

9.Профилактика рака щитовидной железы слагается из:

- a.оперативного лечения узловых образований щитовидной железы;
- b.восполнения недостатка алиментарного йода;

- c.ограничение показаний к лучевой терапии области головы и шеи в детском возрасте;
- d.всеми перечисленными.

10.Для рака слизистой полости рта факультативным предраком является:

- a.папиллома;
- b.кожный рог;
- c.лейкоплакия;
- d.послелучевой стоматит;
- e.все перечисленное.

11.Пятилетняя выживаемость после радикального лечения у больных раком нижней губы I-II стадии составляет:

- a.около 20%;
- b.около 40%;
- c.около 70%;
- d.около 90%.

12.Радиоизотопная диагностика рака щитовидной железы проводится с радиоизотопным препаратом:

- a.йодом;
- b.техницием;
- c.золотом;
- d.стронцием;
- e.всеми перечисленными.

13.Рак нижней губы злокачественная опухоль морфологически представленная:

- a.плоскоклеточным раком;
- b.мелкоклеточным раком;
- c.светлоклеточным раком;
- d.фолликулярным раком;
- e.всем перечисленным.

14.Факторами, способствующими возникновению рака нижней губы, являются:

- a.курение;
- b.алкоголь;
- c.горячая пища;
- d.острые края кариозных зубов;
- e.все перечисленное.

15.Факторами, способствующими возникновению рака щитовидной железы, являются:

- a.курение;
- b.алкоголь;
- c.ионизирующее излучение;
- d.все перечисленное.

### **Рак молочной желез**

1.При диспансеризации больных раком молочной железы контрольный осмотр первые 2 года осуществляется:

- a.1 раз в 2 года;
- b.1 раз в 3 месяца;
- c.1 раз в 6 месяцев;
- d.1 раз в год.

2.При проведении эндокринотерапии рака молочной железы необходимо:

- a.определение уровня рецепторов эстрогенов и прогестерона опухоли;
- b.определение степени злокачественности опухоли;
- c.определение гистологической формы рака;
- d.определение степени патоморфоза опухоли.

3. У больной раком молочной железы опухоль 4 см в диаметре, не прорастает окружающую ткань, регионарные метастазы отсутствуют. Какая стадия заболевания:

- a.I стадия;
- b.IIа стадия;
- c.IIб стадия;
- d.IIIа стадия;
- e.IIIб стадия;
- f.IV стадия.

4. Оптимальной частотой мониторинга пациенток группы при диффузных формах дисгормональных заболеваний молочных железы является:

- a.6 месяцев;
- b.3 месяца;
- c.12 месяцев;
- d.24 месяца.

5. Для какого доброкачественного заболевания молочной железы является характерным выделение крови из соска:

- a.внутрипротоковая папиллома;
- b.болезнь Педжета;
- c.узловая мастопатия;
- d.киста;
- e.фиброаденома.

6. В какие сроки необходимо проводить самообследование молочных желез:

- a.на 18-24 день от начала менструации;
- b.во время менструации;
- c.на 6-12 день от начала менструации;
- d.на 22-28 день от начала менструации.

7. Средние сроки временной нетрудоспособности при лечении рака молочной железы составляют:

- a.3-4 месяца;
- b.2 месяца;
- c.10 месяцев;
- d.1 год.

8. При мастопатии должно проводиться:

- a.комплексное лечение;
- b.комбинированное лечение;
- c.монотерапия.

9. Какая частота мастопатий в популяции женского населения:

- a.составляет от 45% до 50%;
- b.составляет от 20% до 30%;
- c.составляет от 10% до 20%;
- d.составляет от 40% до 90%;
- e.составляет от 5% до 10%.

10. Какой из способов лечения не применяется при раке молочной железы:

- a.овариоэктомия;
- b.химиотерапия;
- c.гормонотерапия;
- d.лучевая терапия;
- e.пангистерэктомия.

11. Предоперационная лучевая терапия рака молочной железы крупными фракциями по биологическому изоэффекту соответствует:

- a.40 Грэй;

- b.60 Грей;
- c.25 Грей.

12.Рецептороположительными и чувствительными к гормонотерапии считают опухоли рака молочной железы, содержание рецепторных белков в которых превышает:

- a.20 фентамоль на 1 мг белка;
- b.60 фентамоль на 1 мг белка;
- c.10 фентамоль на 1 мг белка.

13.Основным путем лимфогенного метастазирования рака молочной железы является:

- a.надключичный;
- b.подмышечный;
- c.парастернальный;
- d.медиастинальный (или позадигрудинный);
- e.межреберный перекрестный по подкожному и кожным лимфатическим сосудам к f06. f06. контрлатеральным подмышечным и надключичным лимфатическим узлам.

14.Метастазирование рака молочной железы в подмышечные лимфатические узлы наиболее часто происходит из опухолей, расположенных:

- a.в подареолярной зоне;
- b.на границе наружных и внутренних квадрантов железы;
- c.в медиальных отделах молочной железы;
- d.в центральных отделах молочной железы;
- e.1, 2;
- f.3, 4.

15.По анатомической форме роста рака молочной железы различают три типа роста рака, выберите эти формы:

- a.узловые формы;
- b.диффузные формы;
- c.атипичные формы;
- d.распространенные формы;
- e.ограниченные формы;

### **Рак лёгкого**

1.Стадия центрального рака легкого складывается из:

- a.Размера первичной опухоли, числа пораженных сегментов и долей, наличия регионарных и отдаленных метастазов;
- b.Уровня пораженного бронха (ов), наличия регионарных и отдаленных метастазов;
- c.Интенсивности болевого синдрома и наличия симптомов обтурационного пневмонита.

2.Росту заболеваемости раком легкого способствуют:

- a.Канцерогенные вещества, находящиеся в табачном дегте;
- b.Полициклические ароматические углеводороды;
- c.Хром и его соединения;
- d.Мышьяк и его соединения;
- e.Радиоизотопы;
- f.Асбест;
- g.Все перечисленное.

3.Центральный рак легкого развивается из:

- a.Эпителия альвеол;
- b.Эпителия бронхов;
- c.Перибронхиальной соединительной ткани;
- d.Медиастенальной плевры.

4.Атипичные формы рака легкого выделены потому, что:

- a.Они имеют особое гистологическое строение;

- b.Они имеют особенности клинического течения и метастазирования;
- c.Сначала манифестирует метастаз, а потом - основной процесс.

5.Заболеваемость раком легкого на территории РФ составляет:

- a.20,0 на 100000 населения;
- b.30,0 на 100000 населения;
- c.35,0 на 100000 населения;
- d.свыше 40,0 на 100000 населения.

6.К физикальным методам обследования грудной клетки относятся:

- a.рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях, флюорография, томография и компьютерная томография, бронхография;
- b.осмотр грудной клетки, пальпация, перкуссия и аускультация;
- c.бронхоскопия, биопсия опухоли и ее морфологическое исследование.

7.А.И.Савицкий выделил центральную форму рака легкого потому, что опухоль:

- a.Располагается в центре легкого;
- b.Прилежит к средостению;
- c.Исходит из главного, долевого или сегментарного бронха (бронхов 1-2-3 порядка);
- d.Имеет плоскоклеточное гистологическое строение.

8.Основными симптомами центрального рака легкого являются:

- a.Кашель, кровохарканье, одышка, явления обтурационной пневмонии;
- b.Боли в грудной клетке, паранеопластический синдром, повышение температуры тела;
- c.Боли в грудной клетке, кашель, повышение температуры тела.

9.Предраковыми заболеваниями легкого являются:

- a.Острые и хронические заболевания легких, паразиты легкого;
- b.Хронические заболевания легких, аденоны и карциноиды бронхов, перенесенный туберкулез легких;
- c.Все заболевания, оставляющие после себя рубцовую ткань в легком.

10.В классификации рака легкого А.И. Савицкого выделена периферическая форма, потому что:

- a.Опухоль расположена к периферии от средостения;
- b.Опухоль имеет, в основном, железистую форму гистологического строения;
- c.Опухоль исходит из эпителия бронхов 4-7 порядка, бронхиол и альвеол;
- d.Основным методом его диагностики является рентгенологический метод.

11.Рак легкого развивается:

- a.из эпителия покрывающего слизистую бронха и бронхиальных желез;
- b.из хрящевой и мембранозной части бронха и перибронхиальной ткани;
- c.из перибронхиальной ткани, клетчатки, лимфатических сосудов и узлов.

12.При подозрении на рак легкого материал для цитологического исследования забирается:

- a.из утренней мокроты больного;
- b.при бронхоскопии;
- c.при трансторакальной пункции;
- d.при медиастиноскопии;
- e.во всех перечисленных случаях.

13.Саркома легкого развивается:

- a.из эпителия покрывающего слизистую бронха и бронхиальных желез;
- b.из хрящевой и мембранозной части бронха и перибронхиальной ткани;
- c.из перибронхиальной ткани, клетчатки, лимфатических сосудов и узлов.

14.Отдаленными для рака легкого считаются:

- a.Бронхопульмональные и бифуркационные лимфатические узлы;
- b.Пульмональные и бронхопульмональные лимфатические узлы;

- c.Бифуркационные и трахеобронхиальные лимфатические узлы;
- d.Паратрахеальные лимфатические узлы;
- \*e.Надключичные и шейные лимфатические узлы.

### **Рак желудка**

- 1.Чаще всего рак поражает:
  - a.Пилороантральный отдел желудка;
  - b.Передние и задние стенки;
  - c.Кардиальный отдел.
- 2.Химиотерапию больным раком желудка проводят:
  - a.При первично - нерезектируемом раке желудка, рецидивах и метастазах опухоли;
  - b.используют, как самостоятельный метод лечения;
  - c.Все перечисленное.
- 3.К этиологическим факторам, оказывающим воздействие на возникновение рака желудка, в промышленной сфере относят производства:
  - a.Резины, асбеста, винилхлорида, минеральных масел, хрома;
  - b.Стекловолокна, брома, магния, селена;
  - c.Все перечисленное.
- 4.Чаще раком желудка болеют:
  - a.Мужчины;
  - b.Женщины;
  - c.Мужчины и женщины болеют одинаково часто.
- 5.К факторам риска возникновения рака желудка относятся:
  - a.Постоянное употребление соленой, жареной, консервированной, маринованной пищи;
  - b.Обсеменение слизистой желудка Helicobacter pylori;
  - c.Все перечисленное.
- 6.Наиболее часто рак желудка выявляют у лиц в возрасте:
  - a.35-45 лет;
  - b.45-59 лет;
  - c.65-79 лет.
- 7.Рак желудка метастазирует преимущественно:
  - a.Лимфогенным путем;
  - b.Гематогенным путем;
  - c.Имплантационным путем.
- 8.При раке желудка со стороны периферической крови наблюдается:
  - a.Анемия;
  - b.Лимфоцитоз;
  - c.Все перечисленное.
- 9.Для рака антрального отдела желудка наиболее часто проявляется:
  - a.Изжогой;
  - b.Дисфагией;
  - c.Чувством быстрого насыщения;
  - d.Все перечисленное.
- 10.Основным симптомом рака кардиального отдела желудка является:
  - a.Дисфагия;
  - b.Отрыжка тухлым;
  - c.Рвота;
  - d.Все перечисленное.
- 11.Окончательное подтверждение диагноза получают во время:
  - a.Рентгеноскопии желудка;
  - b.Гастроскопии с биопсией опухоли;

с.Все перечисленное.

12.Состояние кислотообразования в желудке имеет значение в возникновении рака:

- а.Да;
- б.Нет.

13.Лучевая терапия при лечении рака желудка используется как:

- а.самостоятельный метод лечения;
- б.в комбинации с хирургическим лечением;
- с.все перечисленное.

14.С учетом понятия аблостиности ревизию органов брюшной полости следует начинать с:

- а.Периферических органов, исследуя в последнюю очередь желудок;
- б.Желудка, затем периферические органы для исключения метастазов.

15.При выполнении радикальных операций на желудке, лимфаденэктомия является обязательной:

- а.Да;
- б.Нет.

### **Рак поджелудочной железы**

1.Ультразвуковое исследование при раке поджелудочной железы позволяет:

- а.Определить расширение внутривеночных и общего желчного протока;
- б.Увеличение размеров поджелудочной железы;
- с.Все перечисленное.

2.В структуре онкологической заболеваемости населения России рак поджелудочной железы составляет:

- а1,5-5%;
- б5-10%;
- с.10-15%.

3.Заболеваемость при раке поджелудочной железы имеет тенденцию:

- а.К росту;
- б.К снижению;
- с.Остается стабильной.

4.Метастазирование при раке поджелудочной железы бывает:

- а.Лимфогенным;
- б.Гематогенным;
- с.Имплантационным ;
- д.Все перечисленное.

5.При раке поджелудочной железы желтуха является:

- а.Паренхиматозной;
- б.Гемолитической;
- с.Механической.

6.При раке головки поджелудочной железы рентгенологическое исследование выявляет:

- а.Расширение "подковы" двенадцатиперстной кишки;
- б.Сужение;
- с. "Подкова" двенадцатиперстной кишки не изменяется.

7.К предраковым заболеваниям при раке поджелудочной железы относят:

- а.Аденому;
- б.Кисты;
- с.Хронические панкреатиты;
- д.Все перечисленное.

8.К паллиативным операциям при раке поджелудочной железы относят:

- а.Трансдуоденальную папиллэктомию;
- б."Бескровное" желчеотведение;

с.Все перечисленное.

9.Пероральная панкреатохолангиоскопия позволяет:

- а.Провести визуальный осмотр главного панкреатического и общего желчного протоков;
- б.Провести визуальный осмотр поджелудочной железы;
- с.Все перечисленное.

10.К ракообразным операциям при раке поджелудочной железы относят:

- а.Панкреатодуodenальные резекции;
- б.Наложение билиодigestивных анастомозов;
- с.Все перечисленное.

11.Боль при раке поджелудочной железы:

- а.Постоянная, ноющая;
- б.Периодическая, схваткообразная;
- с."Кинжалная".

12.Паранеопластические синдромы при раке поджелудочной железы чаще возникают при опухолях:

- а.Из эндокринных отделов;
- б.Из экзокринных отделов;
- с.Из стромы.

13.Косвенным признаком рака поджелудочной железы при компьютерной томографии является:

- а.Расширение внутрипеченочных желчных протоков;
- б.Сужение внутрипеченочных желчных протоков;
- с.Просвет внутрипеченочных желчных протоков не меняется.

14.Чаще раком поджелудочной железы заболевают:

- а.Женщины;
- б.Мужчины;
- с.Мужчины и женщины болеют одинаково часто.

15.Чаще всего по гистологическому строению опухоли рак поджелудочной железы это:

- а.Слизистый рак;
- б.Аденокарцинома;
- с.Скирр;
- д.Недифференцированный рак.

### **Рак пищевода**

1.Средняя продолжительность жизни больных без специального лечения при раке пищевода:

- а.12-18 мес;
- б.5-8 мес;
- с.1-3 мес;
- д.до 24 мес.

2.Пятилетняя выживаемость больных при комбинированном лечении рака пищевода составляет:

- а.15,6%;
- б.56,6%;
- с.80,4%;
- д.33,3%.

3.Комплексным лечением рака пищевода является:

- а.Лучевое лечение + химиотерапия;
- б.Лучевое лечение + операция + химиотерапия;
- с.Химиотерапия+ операция + иммуностимуляция;
- д.Неоадьювантная химиотерапия + операция + адьювантное химиолечение.

4.Обязательными в диагностике рака пищевода являются:

- a.УЗИ брюшной полости + Р-скопия пищевода;
- b.Р-скопия пищевода + Фиброзофагогастроскопия;
- c.Фиброзофагогастроскопия + КТ грудной клетки;
- d.Лапароскопия + Р-скопия пищевода;
- e.Торакоскопия + лапароскопия.

5.Наиболее характерным симптомом при раке пищевода является:

- a.Дисфагия;
- b.Тошнота и рвота;
- c.Боли в животе вздутие его;
- d.Постоянные боли за грудиной.

6.Целью гастростомии являются:

- a.Уменьшение болевого синдрома;
- b.Предупреждение перфорации опухоли и развития медиастинита;
- c.Проведение предоперационной подготовки;
- d.Обеспечение питания больного.

7.Заболеваемость раком пищевода составляет:

- a.13,5 на 100000 населения;
- b.0,1- 0,3 на 100000 населения;
- c.6,7 на 100000 населения;
- d.22,5 на 100000 населения.

8.Комбинированным способом лечения рака пищевода является:

- a.Лучевое + хирургическое лечение;
- b.Хирургическое лечение + иммуностимуляция;
- c.Химиотерапии + симптоматическое лечение;
- d.Дистанционное лучевое лечение + внутриполостное лучевое лечение.

9.Применение предоперационной лучевой терапии способствует при раке пищевода:

- a.Улучшению процессов reparации в зоне;
- b.Предупреждению развития рефлюкс-эзофагита;
- c.Улучшению отдаленных результатов лечения;
- d.Профилактике гнойных осложнений.

10.Послеоперационная летальность после радикальных операций при раке пищевода:

- a.2-3%;
- b.30-33%;
- c.6,6-10%;
- d.90-92%.

11.Применение УЗИ брюшной полости при раке пищевода необходимо для:

- a.Оценки состояния паренхиматозных органов;
- b.брюшной полости;
- c.Поиск метастазов в лимфатические узлы и печень;
- d.Диагностика желчно-каменной болезни;
- e.Определение состояние желудка в плане использования его в качестве трансплантата.

12.Комплексным лечением рака пищевода является:

- a.Лучевое лечение + химиотерапия;
- b.Лучевое лечение + операция + химиотерапия;
- c.Химиотерапия+ операция + иммуностимуляция;
- d.Неоадьювантная химиотерапия + операция + адьювантное химиолечение.

13.Предоперационные дозы лучевой терапии при раке пищевода:

- a.60 - 80 Гр;
- b.от 20 до 45 Гр;

- c.10-20 Гр;
- d.50- 70 Гр.

14.Рак пищевода среди всех заболеваний пищевода составляет:

- a.до 10% всех заболеваний пищевода;
- b.15- 20% всех заболеваний пищевода;
- c.50-60% всех заболеваний пищевода;
- d.до 90% всех заболеваний пищевода.

15.В хирургическом методе лечения рака пищевода предпочтение отдается:

- a.Многоэтапным операциям;
- b.Одномоментным операциям (резекция + пластика);
- c.Экстренным операциям;
- d.Паллиативным операциям.

### **Рак печени**

1.Лабораторная диагностика первичного рака печени основана на обнаружении в сыворотке крови:

- a.HbS-антигена;
- b.Альфа-фетопротеина;
- c.Все перечисленное.

2.Размеры печени при первичном раке:

- a.Увеличиваются;
- b.Уменьшаются;
- c.Не меняются.

3.Из методов рентгенологической диагностики при первичном раке печени наиболее информативным является:

- a.Рентгенография печени;
- b.Холангография;
- c.Компьютерная томография.

4.Желтуха при первичном раке печени:

- a.Гемолитическая;
- b.Механическая;
- c.Паренхиматозная;
- d.Механическая и паренхиматозная.

5.Печень при первичном раке печени при пальпации имеет консистенцию:

- a.Плотно-эластичную;
- b.Плотную;
- c.Мягко-эластичную.

6.Странами с наибольшей заболеваемостью первичным раком печени являются:

- a.Страны Африки, Япония, Китай;
- b.Россия, Украина;
- c.Мексика, Канада;
- d.США, Куба.

7.Количество сегментов печени равно:

- a.Двум;
- b.Шести;
- c.Восьми;
- d.Десяти.

8.Нормальная концентрация ?-фетопротеина в сыворотке крови взрослых (исключая беременных):

- a.до 15 мкг/л;
- b.15-150 мкг/л;

с.до 500 мкг/л.

9.Частота гепатоцеллюлярного рака среди первичных опухолей печени:

- a.10-15%;
- b.30-40%;
- c.50-60%;
- d.70-80%.

10.Странами с наименьшими показателями заболеваемости первичным раком печени являются:

- a.Куба, Испания, Иран, Мексика, Шри-Ланка;
- b.Австралия, Новая Зеландия;
- c.Япония, Китай;
- d.ЮАР.

11.Боли при раке печени носят характер:

- a.Схваткообразный;
- b.Опоясывающий;
- c.Ноющий;
- d.Все перечисленное.

12.Причиной смерти при раке печени являются:

- a.гепатитическая кома;
- b.кровотечение из опухоли или из варикозно расширенных вен пищевода;
- c.кахексическое состояние;
- d.все перечисленное.

13.К макроскопическим формам первичного рака печени относят:

- a.Диффузную;
- b.Узловую;
- c.Массивную;
- d.Все перечисленные.

14.Положительная реакция на альфа-фетопротеин отмечается у больных гепатоцеллюлярным раком:

- a.В 30-50% случаев;
- b.В 70-90% случаев;
- c.В 100% случаев.

15.Основным методом лечения первичного рака печени является:

- a.Хирургический;
- b.Лучевая терапия;
- c.Химиотерапия;
- d.Комплексный.

### **Рак ободочной кишки**

1.Перфорации кишечной стенки при раке ободочной кишки способствует:

- a.распад опухоли;
- b.повышенное давление в просвете кишки;
- c.трофические расстройства стенки кишки вследствии ее перерастяжения;
- d.травматизация стенки кишки при прохождении твердых каловых масс через суженный участок;
- e.все перечисленные факторы.

2.Осложнения воспалительного характера (абсцессы, флегмоны) чаще развиваются при локализации опухоли:

- a.в слепой и восходящей кишке;
- b.в поперечно-ободочной кишке;
- c.в нисходящей ободочной кишке;

- d. в сигмовидной кишке;
- e. в слепой, восходящей и нисходящей ободочной кишке.

3. При раке ободочной кишки в исследовании обязательным является:

- a. пальцевое ректальное исследование;
- b. ирригоскопия и ирригография;
- c. лапароскопия;
- d. УЗИ;
- e. ректороманоскопия;
- f. фиброколоноскопия;
- g. гемокульт-тест.

4. При гематогенном метастазировании рака ободочной кишки наиболее часто поражаются:

- a. легкие;
- b. печень;
- c. брюшина;
- d. тонкая кишка;
- e. все перечисленные органы.

5. Гемиколэктомия слева выполняется при локализации опухоли в:

- a. слепой кишке;
- b. восходящей ободочной кишке;
- c. поперечной ободочной кишке;
- d. нисходящей ободочной кишке;
- e. сигмовидной кишке;
- f. печеночном изгибе ободочной кишки;
- g. селезеночном изгибе ободочной кишки.

6. Для токсико-анемического синдрома характерно:

- a. слабость;
- b. боли по всему животу;
- c. кровь в каловых массах;
- d. тошнота;
- e. рвота;
- f. боль внизу живота;
- g. анемия;
- h. интоксикация;
- i. все перечисленные симптомы.

7. Регионарными коллекторами лимфатических узлов для ободочной кишки являются:

- a. параколические (эпиколические);
- b. промежуточные (собственно брыжеечные);
- c. забрюшинные (парааортальные);
- d. подвздошные.

8. Эндофитная форма рака наиболее часто локализуется в:

- a. слепой кишке;
- b. восходящей ободочной;
- c. поперечно-ободочной;
- d. нисходящей ободочной;
- e. сигмовидной кишке;
- f. во всех отделах.

9. Эффективные химиопрепараты при раке ободочной кишки:

- a. тиотеф;
- b. бруломицин;
- c. 5-фторурацил;
- d. фторафур;

е. митомицин - С;

ф. лейковорин;

г. адриамицин.

10. Сравнительно более частое развитие кишечной непроходимости при опухолях левой половины ободочной кишки обусловлено:

а. преобладанием опухоли с инфильтративным типом роста;

б. более плотным содержимым кишки;

с. нарушением моторной функции кишки вследствие прорастания ее стенки опухолью;

д. воспалительным отеком кишечной стенки;

е. всеми перечисленными факторами.

11. Противопоказанием к радикальной операции при раке ободочной кишки является:

а. прорастание опухоли в смежные органы и ткани;

б. анатомические особенности;

с. возраст более 70 лет;

д. обширный канцероматоз брюшины;

е. асцит.

12. Паллиативными операциями при раке ободочной кишки являются:

а. внутрибрюшная резекция поперечно-ободочной кишки;

б. внутрибрюшная резекция сигмовидной кишки;

с. передняя резекция ректосигмы;

д. операция Гартмана;

е. гемиколэктомия;

ф. колэктомия;

г. колостомирование;

х. наложение обходного анастомоза;

и. все перечисленные операции.

13. Синдром кишечной непроходимости характерен для рака:

а. правой половины ободочной кишки;

б. левой половины ободочной кишки;

с. прямой кишки;

д. поперечно-ободочной кишки.

14. Гемиколэктомия справа выполняется при локализации опухоли в:

а. слепой кишке;

б. восходящей ободочной кишке;

с. поперечной ободочной кишке;

д. нисходящей ободочной кишке;

е. сигмовидной кишке;

ж. печеночном изгибе ободочной кишки;

з. селезеночном изгибе ободочной кишки.

15. Токсико-анемический синдром характерен для рака:

а. правой половины ободочной кишки;

б. левой половины ободочной кишки;

с. поперечно-ободочной кишки;

д. прямой кишки;

е. всех перечисленных отделов.

### **Рак прямой кишки**

1. При раке прямой кишки преобладает:

а. общие симптомы;

б. общие и местные симптомы;

с. местные симптомы;

d. ни один из перечисленных.

2. Опухоли каких отделов прямой кишки удается обнаружить при пальцевом исследовании:

- a. нижнеампулярный;
- b. среднеампулярный;
- c. верхнеампулярный;
- d. ректосигмальный;
- e. дистальная треть сигмовидной кишки.

3. При меланоме прямой кишки из радикальных операций больному показано:

- a. брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки;
- b. брюшно-анальная резекция прямой кишки;
- c. черезбрюшинная резекция прямой кишки;
- d. допустимо выполнение всех перечисленных операций.

4. При гематогенном метастазировании рака прямой кишки наиболее часто поражаются:

- a. легкие;
- b. печень;
- c. брюшина;
- d. тонкая кишка;
- e. все выше перечисленные органы.

5. Отток крови от прямой кишки осуществляется:

- a. в систему нижней брыжеечной вены;
- b. в систему подвздошной вены;
- c. и той и другой.

6. Прогноз при раке прямой кишки зависит от:

- a. стадии рака;
- b. морфологической формы;
- c. профессии;
- d. места жительства.

7. Регионарными коллекторами лимфатических узлов для прямой кишки являются:

- a. парапректальные;
- b. внутренние подвздошные;
- c. наружные подвздошные;
- d. забрюшинные (нижнебрыжеечные);
- e. пахово-бедреные.

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

- a. локализация опухоли в прямой кишке;
- b. степень распространенности опухолевого процесса;
- c. наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах;
- d. наличие осложнений заболевания;
- e. все перечисленное.

9. Предоперационная гамма-терапия наиболее эффективна при раке прямой кишки гистологической формы:

- a. adenокарцинома;
- b. плоскоклеточный рак;
- c. слизистый рак.

10. Брюшно-анальная резекция с низведением сигмовидной кишки оптимально выполняется при локализации опухоли от анального канала:

- a. 4-6 см;
- b. 7-12 см;
- c. 12-16 см.

11. Наиболее часто рак прямой кишки локализуется в:

- а.в ампулярном отделе;
- б.в ректосигмоидном отделе;
- с.анальном канале.

12. Радикальными операциями при раке прямой кишки являются:
- а.экстирпация прямой кишки;
  - б.операция Гартмана;
  - с.операция Микулича;
  - д.брюшно-анальная резекция прямой кишки.
13. Кровоснабжение прямой кишки осуществляется за счет артерий, отходящих:
- а.от нижней брыжеечной артерии;
  - б.от внутренней подвздошной артерии;
  - с.от обеих артерий.
- 14.Формы роста рака прямой кишки:
- а.эзофитный;
  - б.эндофитный;
  - с.смешанный;
  - д.все перечисленные формы.
- 15.К облигатным предраковым заболеваниям прямой кишки относятся:
- а.болезнь Крона;
  - б.неспецифический язвенный проктосигмоидит;
  - с.ворсинчатая опухоль;
  - д.аденоматозный полип;
  - е.все перечисленные заболевания.

### **Рак шейки матки**

- 1.В структуре всех ЗН первые 3 места у женщин занимает рак:
- а. молочной железы, кожи, желудка;
  - б. легкого, желудка, шейки матки;
  - с. молочной железы, шейки матки, эндометрия;
  - д. молочной железы, кожи, яичников;
  - е. молочной железы, ободочной кишки,эндометрия.
- 2.Зона стыка плоского и цилиндрического эпителия( зона "трансформации") шейки матки у женщин локализуется:
- а. на влагалищной порции шейки матки;
  - б. в области внутреннего зева;
  - с. в средней трети цервикального канала;
  - д. в области наружного зева;
  - е. в зависимости от возраста на разных уровнях цервикального канала.
- 3.К раннему РШП относят:
- а. интраэпителиальный рак ( рак in situ);
  - б. тяжелая степень дисплазии;
  - с. РШМ IА стадия;
  - д. РШМ II стадии;
  - е. верно а и б;
  - ф. все перечисленные стадии.
- 4.Методом скрининга для диагностики дисплазий и рака шейки матки является:
- а. осмотр на зеркалах;
  - б. маркер СА- 125;
  - с. цитологическое исследование мазка по Папаниколау ( Пап- тест);
  - д. кольпоскопия;
  - е. верно в и г;

f. верно а и б.

5. РШМ чаще развивается у женщин:

- a. ведущих ассоциальный образ жизни;
- b. имеющих частые случайные половые связи;
- c. рано начавших половую жизнь;
- d. начавших половую жизнь после 18 лет;
- e. верно а и б;
- f. верно а, б, в.

6.Стандартное вращение "цервикобранш" для полноценного забора материала из шейки матки и цервикального канала является:

- a. 10- кратное ( 5 в одну сторону и 5 в другую);
- b. 5- кратное( 3 в одну и 2 в другую);
- c. 3-кратное( 2 в одну и 1 в другую);
- d. 1 -кратное;
- e. число вращений не имеет значения.

7.Мазок с шейки матки называют информативным, если при цитологическом исследовании находят клетки:

- a. плоского эпителия;
- b. цилиндрического эпителия;
- c. базальных слоев;
- d. верно а и б;
- e. верно а, б, в.

8.Комитет ВОЗ устанавливает новые приоритеты в скрининге РШМ:

- a. Пап- тест от 18 до 65 лет + ПЦР HPV на;
- b. Пап- тест от 18 до 65 лет + ПЦР на HPV групп риска;
- c. Пап- тест от 18 до 65 лет + мазок на чистоту влагалища;
- d. Пап- тест + HPV + влагалищная обработка 3 % раствором уксусной кислоты( ВОУК) от 30 до 65 лет 1 раз в 3 года при нормальной цитограмме( если в анамнезе LSIL или HLSIL до 80 лет);
- e. при ранней половой жизни Пап-тест от 21, а при LSIL HLSIL-HPV;
- f. Правильно а и б;
- g. правильно г и д.

9.Дисплазия( цервикальная интраэпителиальная неоплазия I и II)отличается от фоновых изменений ( эрозия шейки матки, цервициты,полипы)при цитологическом исследовании мазков:

- a. наличие опухолевых клеток;
- b. атипической пролиферации;
- c. наличие лейкоцитов и клеток воспалительного типа;
- d. физиологической пролиферацией;
- e. стратификацией.

10.Нормальная слизистая шейки матки при смазывании 2% раствором Люголя( без глицерина) окрашивается:

- a. в фиолетовый цвет;
- b. коричневый цвет;
- c. не окрашивается;
- d. становится синюшной.

11.Задачи кольпоскопии:

- a. оценить состояние слизистой матки, влагалища, вульвы;
- b. Выявить локализацию и границу очага поражения;
- c. дифференцировать доброкачественные изменения и подозрительные на рак;
- d. осуществлять прицельное взятие мазков и инцизионную биопсию;
- e. верно а, б, в, г.

12. При кольпоскопии оценивают:

- a. цвет и поверхность эпителия;
- b. состояние сосудистого рисунка;
- c. характер и локализацию стыка;
- d. реакцию слизистой на растворы уксусной кислоты или Люголя;
- e. границу опухолевого образования;
- f. верно а, б, в, г.

13. При обработке 3% раствором уксусной кислоты при атипии:

- a. сосуды кратковременно сужаются и исчезают;
- b. эпителий длительно сохраняется бело- серый цвет;
- c. эпителий становится коричневым;
- d. зона стыка плоского и цилиндрического эпителия напоминает булыжную мостовую.

14. Наиболее частое поражение шейки матки связано с онкогенным типом вируса:

- a. герпес-вирус II типа;
- b. HPV 32-го типа;
- c. HPV 16-го типа;
- d. HPV 18-го типа;
- e. верно а, б, г.

15. Субклиническим и клиническим признаками HPV-вирусоносительства являются:

- a. генитальные бородавки;
- b. папиломы кожи подмышечной области;
- c. койлоцитоз при цитологическом исследовании мазков;
- d. верно а, б, в;
- e. атипичная цитограмма шейки матки.

### **Рак яичников**

1. Для злокачественных опухолей яичников не характерно:

- a. тенденция к увеличению частоты рака яичника;
- b. интраперitoneальное расположение;
- c. многообразие форм и тканевых источников возникновения опухолей;
- d. преимущественное развитие рака яичника до 35 лет;
- e. развитие опухоли на фоне или под "маской" или в сочетание с другими опухолевыми заболеваниями.

2. Удельный вес запущенных форм рака яичника достигает:

- a. 30-40%;
- b. 41-50%;
- c. 51-60%;
- d. 61-70%;
- e. 80%.

3. Кистозное образование, предшествующее развитию рака яичника:

- a. воспалительная киста;
- b. серозная кистома;
- c. эндометриоидная кистома;
- d. муцинозная кистома;
- e. верно b,c.

4. Для кистомы в отличие от кисты не характерно:

- a. кистома развивается в результате пролиферативных изменений внутреннего слоя;
- b. стенки кистомы более толстые, чем кисты;
- c. кистома располагается сбоку и спереди от матки;
- d. нередко многокамерная;

е. малигнизация.

5. Гистологическая классификация ВОЗ опухолей яичников не включает:

- а. биологические признаки агрессивности опухоли(доброкачественные, пограничные, злокачественные);
- б. тканевую принадлежность;
- с. гормональную зависимость;
- д. нарушение эмбриогенеза;
- е. первичный и вторичный рак;
- ф. возрастные рамки встречаемости.

6. Злокачественная ОЯ, чувствительная к лучевой терапии, встречающаяся преимущественно у девочек и молодых женщин, является:

- а. серозной цистаденокарциномой;
- б. тератомой;
- с. дисгерминомой;
- д. муцинозной цистаденокарциномой;
- е. гранулемато-клеточным раком.

7. Исключить рака яичника врач должен при:

- а. немотивированном увеличении или вздутии живота;
- б. нарушении функции соседних органов;
- с. болевых ощущениях внизу живота или пояснице;
- д. немотивированной анемии, наследственной предрасположенности;
- е. независимо от жалоб у всех женщин старше 35 лет.

8. Методами первичного выявления ОЯ являются:

- а. ректовагинальное исследование;
- б. МРТ;
- с. фракционное диагностическое высабливание;
- д. УЗИ малого таза;
- е. верно а, д.

9. Яичники по отношению к углам матки располагаются:

- а. выше углов матки;
- б. на уровне углов;
- с. ниже углов;
- д. верно а, б;
- е. зависит от возраста женщины.

10. Характерной особенностью рака яичника является:

- а. поэтапное развитие отеков на ногах, затем асцита;
- б. "изолированное" развитие асцита;
- с. появление симптома "шипа" в заднем своде;
- д. верно б, с;
- е. нарушение функций мочевого пузыря.

11. Патогенез асцита на этапах развития рака яичника связан с:

- а. физиологической фильтрацией сыворотки крови через брюшину и ее всасыванием в верхних отделах и большом сальнике;
- б. слущиванием опухолевых клеток с ОЯ и увеличением их с током серозной жидкости;
- с. оседанием опухолевых клеток в "люках" брюшины;
- д. блокированием луков брюшины опухолевыми клетками;
- е. верно а, б, с, д.

12. Методами уточняющей диагностики при обнаружении опухоли малого таза являются:

- а. определение биологических маркеров (СА-125, НЕ-4, хорионический гонадотропин человека (ХГЧ), альфа-фетопротеин);
- б. пункция заднего свода;

- c. лапароскопия с удалением кистозного образования или биопсией со срочным гистоисследованием, при необходимости конверсия в лапаротомию ;
- d. поэтапно a,b,c.

13. К медико-генетическим факторам развития рака яичника не относится:

- a. наиболее высокий риск рака яичника у женщин в возрасте 35-50 лет;
- b. риск РЯ у кровных родственников повышается в 2-3 раза в семьях, где прослеживается более 1 родственника, заболевших раком яичника;
- c. семейный РМЖ, наблюдавшийся в молодом возрасте (до 50 лет), повышает риск рака яичника в 2-4 раза, по сравнению с общей популяцией;
- d. гены BRCA 1 и BRCA 2, ответственные за наследственные формы РМЖ и рака яичника;
- e. синдром Линча 2 характеризует появление колоректального рака, РМЖ, рака эндометрия и рака яичника среди членов одной семьи.

14. Доброкачественную ОЯ, сопровождающуюся полисерозитом (асцитом и плевритом - синдром Мейгса), обычно называют:

- a. опухолью Бреннера;
- b. текомой;
- c. фибромой;
- d. муцинозной кистомой;
- e. тератомой.

15. Осложнениями ОЯ являются:

- a. перекрут опухоли;
- b. некроз;
- c. разрыв;
- d. образование асцита и пупочной грыжи;
- e. верно a,b,c.

### **Лучевая диагностика и лучевая терапия**

1. Единица системы си активности радиоактивных изотопов:

- a. рентген (р);
- b. биологический эквивалент рентгена (бэр);
- c. беккерель (бк);
- d. зивер (зв);
- e. грэй (гр.).

2. Активность радиоактивного изотопа это:

- a. число свободных электронов в атоме вещества;
- b. разница между числом нейтронов и протонов в атоме вещества;
- c. число гамма квантов испускаемых в 1 секунду;
- d. число ядерных распадов в единице массы вещества;
- e. число распадов атомов в 1 секунду.

3. Какой вид излучения регистрируется при радионуклидных исследованиях *in vivo* на однофотонном эмиссионном компьютерном томографе?

- a.альфа
- b.бета
- c.гамма
- d.рентгеновское
- e.нейтронное.

4. Основной молекулярной мишенью действия ионизирующего излучения в клетке является:

- a.транспортная рнк;
- b.мукополисахариды;

- c.днк;
- d.информационная рнк;
- e.гликозамингликаны.

5.При увеличении линейной потери энергии ионизирующего излучения:

- a.повышается поражаемость клеток и повышается их способность к восстановлению;
- b.не изменяется поражаемость клеток и их способность к восстановлению;
- c.снижается поражаемость клеток и их способность к восстановлению;
- d.повышается поражаемость клеток и снижается их способность к восстановлению;
- e.снижается поражаемость клеток и повышается их способность к восстановлению.

6.В каких единицах измеряется период полураспада радиоактивных изотопов?

- a.единица времени;
- b.беккерель;
- c.грей;
- d.бэр;
- e.рад.

7.Единица поглощенной дозы:

- a.рентген;
- b.беккерель;
- c.зиверт;
- d.грей;
- e.кюри.

8.Единица эквивалентной дозы:

- a.рентген;
- b.грей;
- c.кюри;
- d.беккерель;
- e.зиверт.

9.Низкая проникающая способность свойственна для:

- a.рентгеновского излучения;
- b.тормозного излучения высокой энергии;
- c.гамма-излучения;
- d.излучения электронов высокой энергии;
- e.альфа-излучения.

10.Максимальной радиочувствительностью обладают:

- a.миоциты;
- b.сперматогонии;
- c.эритроциты;
- d.сперматозоиды;
- e.фибробласты.

11.Первичное действие ионизирующего излучения это:

- a.нарушение проницаемости клеточных мембран;
- b.ионизация атомов и молекул;
- c.образование атомарного водорода;
- d.образование перекисей;
- e.нарушение синтеза днк.

12.Период полураспада тс99м:

- a.2,8 сут;
- b.6,04 ч;
- c.1,7 ч;
- d.13 ч;
- e.2,03 мин.

13. Какой вид излучения регистрируется при радионуклидных исследованиях *in vivo* на позитронном двухфотонном эмиссионном томографе?

- а.альфа;
- б.бета;
- с.фотоны;
- д.позитроны;
- е.нейтроны.

14. Радионуклид  $^{99}\text{m}\text{tcs}$  является:

- а.долгоживущим;
- б.среднеживущим;
- с.короткоживущим;
- д.ультракороткоживущим;
- е.органотропным.

15. Для исследования кровотока используется радиофармацевтический препарат:

- а. $^{99}\text{m}\text{tcs}$ -коллоид (технефит);
- б. $^{99}\text{m}\text{tcs}$ -моноклональные антитела;
- с. $^{99}\text{m}\text{tcs}$ -меченные эритроциты;
- д. $^{99}\text{m}$  тс-микросферы альбумина (макротех);
- е. $^{99}\text{m}\text{tcs}$ -бутил-ида (бромезида).

#### **Методы диагностики злокачественных заболеваний**

1. Гиперкальциемия клинически проявляется всем перечисленным, кроме:

- а.обезвоживание;
- б.судороги;
- с.аритмия;
- д.повышение массы тела.

2. СА-125 используется для диагностики и контроля эффективности лечения:

- а.рака яичника;
- б.рака печени;
- с.рака желудка.

3. Какие основные симптомы при изучении легочной патологии:

- а.патологические изменения в легочной ткани;
- б.вентиляционные расстройства;
- с.патологические изменения корня легкого;
- д.все перечисленное.

4. Каковы этапы рентгеноскопии верхних дыхательных отделов пищеварительного тракта (глотки, пищевода, желудка и 12п кишки):

- а.изучение рельефа слизистой оболочки;
- б.тугое наполнение;
- с.двойное контрастирование;
- д.все перечисленное.

5. Для экзофитно растущих новообразований внутрь просвета органа характерно:

- а.дефект наполнения любой формы;
- б.органическое (стойкое) сужение просвета полного органа с его деформацией;
- с.риgidность стенки на ограниченном участке.

6. При злокачественном росте происходит:

- а.угнетение Т-клеточного звена иммунитета;
- б.угнетение В-клеточного звена иммунитета;
- с.все перечисленное.

7. Гиперкальциемия у онкологических больных развивается в результате:

- а.усилений резорбции кости при остеолитических метастазах;

- b.остеолиза - вследствие выделения опухолью паратгормоноподобного белка;
- c.все перечисленное.

8.Что включает в себя термин "первичная профилактика":

- a.модификация внутренних и внешних канцерогенных факторов;
- b.выявление и лечение предраковых заболеваний;
- c.диагностика ранних стадий злокачественных новообразований;
- d.санация хронических очагов инфекции.

9.Для инфильтративной формы рака, растущей в стенке органа и снаружи от него характерно:

- a.органическое (стойкое) сужение просвета полного органа с его деформацией;
- b.дефект наполнения любой формы;
- c.риgidность стенки на ограниченном участке.

10.К вторичной профилактике злокачественных новообразований относятся все перечисленные, кроме:

- a.скрининговая маммография;
- b.тест на простатспецифический антиген;
- c.ограничение употребления алкоголя;
- d.цитологический скрининг мазков с шейки матки.

11.Альфа-фетопротеин применяется с целью диагностики:

- a.рака легкого;
- b.первичного рака печени;
- c.рака молочной железы.

12.Какое контрастное вещество применяется при рентгенологическом исследовании органов желудочно-кишечного тракта:

- a.бариевая взвесь;
- b.урографин;
- c.верографин;
- d.все перечисленное.

13.Для инфильтративной формы рака с циркулярным распространением характерно:

- a.органическое (стойкое) сужение просвета полного органа с его деформацией;
- b.дефект наполнения любой формы;
- c.риgidность стенки на ограниченном участке.

14.К маркерам злокачественного роста относятся:

- a.антигены;
- b.гормоны;
- c.ферменты;
- d.все перечисленное.

15.Факторами интоксикации у онкологических больных являются:

- a.среднемолекулярные пептиды;
- b.гиперферментация;
- c.все перечисленное.

### **Лимфогранулематоз**

1.лимфогранулематоз впервые описан:

- a.Сперанским;
- b.Боткиным;
- c.Березовским;
- d.Ходжкиным;
- e.Штернбергом.

2.Лимфогранулематоз -это:

- a.опухоль соединительной ткани;
- b.опухоль лимфатической ткани;
- c.опухоль костного мозга;

- d.автоиммунное заболевание;
- e.инфекционное заболевание.

3.Радиоизотопным препаратом который используется для диагностики распространенности поражения у больных лимфогранулематозом является:

- a.золото;
- b.стронций;
- c.галлий;
- d.техниций;
- e.йод.

4.Диагностическими при лимфогранулематозе являются клетки:

- a.Ходжкина;
- b.Березовского-Рид-Штернберга;
- c.Пирогова-Ланганса;
- d.мононуклеары;
- e.все перечисленные.

5.На рентгенограмме у больных лимфогранулематозом с поражением медиастинальных лимфатических узлов видно:

- a.округлую шаровидную тень в легком;
- b.усиление бронхолегочного рисунка;
- c.ателектаз долей легкого;
- d.расширение тени средостения, симптом " дымящей трубы".

6.К неблагоприятным прогностическим факторам у больных лимфогранулематозом относят:

- a.возраст старше 45 лет;
- b.массивное поражение средостения;
- c.наличие симптомов интоксикации;
- d.экстранодальное поражение;
- e.все перечисленное.

7.Основным методом лечения лимфогранулематоза является:

- a.хирургический;
- b.лучевой;
- c.лучевой и химиотерапевтический;
- d.лучевой и хирургический.

8.Пятилетняя выживаемость у больных лимфогранулематозом сI- II стадией составляет:

- a.около 25%;
- b.более 40%;
- c.более 60%;
- d.более 90%.

9. Лимфогранулематоз встречается в возрастной группе:

- a.10-14 лет;
- b.14-25 лет;
- c.25-45 лет;
- d.старше 45 лет;
- e.одинаково часто во всех группах.

10.Наиболее благоприятным гистологическим вариантом лимфогранулематоза является:

- a.лимфогистиоцитарный вариант;
- b.вариант нодулярного склероза;
- c.смешано-клеточный вариант;
- d.вариант лимфоидного истощения.

11.Наименее благоприятным гистологическим вариантом лимфогранулематоза является:

- a.лимфогистиоцитарный вариант;
- b.вариант нодулярного склероза;

- c.смешано-клеточный вариант;
- d.вариант лимфоидного истощения.

12.К гитологическим вариантам лимфогранулематоза относят:

- a.лимфогистиоцитарный вариант;
- b.вариант нодулярного склероза;
- c.смешано-клеточный вариант;
- d.вариант лимфоидного истощения;
- e.все перечисленные.

13.При лимфогранулематозе наиболее часто поражаются:

- a.шейные лимфоузлы;
- b.паховые лимфоузлы;
- c.лимфоузлы средостения;
- d.селезенка.

14.Симптомы интоксикации при лимфогранулематозе -это:

- a.повышение температуры выше 370 в вечерние часы;
- b.кожный зуд;
- c.снижение массы тела на 10 % за последние 6 месяцев;
- d.повышение СОЭ выше 30 мм в час;
- e.проливныеочные поты;
- g.все перечисленное.

15.Какие химиопрепараты для лечения больных лимфогранулематозом:

- a.5-фторурацил; метотрексат, винбластин;
- b.винクリстин, циклофосфан, блеомицин, дакарбацин;
- c.циклофосфан, цисплатин, сарколизин;
- d.блеомицин, платидиам, дактиномицин.

### **Методы диагностики злокачественных заболеваний**

1.Гиперкальциемия клинически проявляется всем перечисленным, кроме:

- a.обезвоживание;
- b.судороги;
- c.аритмия;
- d.повышение массы тела.

2.СА-125 используется для диагностики и контроля эффективности лечения:

- a.рака яичника;
- b.рака печени;
- c.рака желудка.

3.Какие основные симптомы при изучении легочной патологии:

- a.патологические изменения в легочной ткани;
- b.вентиляционные расстройства;
- c.патологические изменения корня легкого;
- d.все перечисленное.

4.Каковы этапы рентгеноскопии верхних дыхательных отделов пищеварительного тракта (глотки, пищевода, желудка и 12п кишki):

- a.изучение рельефа слизистой оболочки;
- b.тугое наполнение;
- c.двойное контрастирование;
- d.все перечисленное.

5.Для экзофитно растущих новообразований внутрь просвета органа характерно:

- a.дефект наполнения любой формы;
- b.органическое (стойкое) сужение просвета полного органа с его деформацией;
- c.риgidность стенки на ограниченном участке.

6.При злокачественном росте происходит:

- a. угнетение Т-клеточного звена иммунитета;
- b. угнетение В-клеточного звена иммунитета;
- c. все перечисленное.

7. Гиперкальциемия у онкологических больных развивается в результате:

- a. усиления резорбции кости при остеолитических метастазах;
- b. остеолиза - вследствие выделения опухолью паратгормоноподобного белка;
- c. все перечисленное.

8. Что включает в себя термин "первичная профилактика":

- a. модификация внутренних и внешних канцерогенных факторов;
- b. выявление и лечение предраковых заболеваний;
- c. диагностика ранних стадий злокачественных новообразований;
- d. санация хронических очагов инфекции.

9. Для инфильтративной формы рака, растущей в стенке органа и снаружи от него характерно:

- a. органическое (стойкое) сужение просвета полного органа с его деформацией;
- b. дефект наполнения любой формы;
- c. ригидность стенки на ограниченном участке.

10. К вторичной профилактике злокачественных новообразований относятся все перечисленные, кроме:

- a. скрининговая маммография;
- b. тест на простатспецифический антиген;
- c. ограничение употребления алкоголя;
- d. цитологический скрининг мазков с шейки матки.

11. Альфа-фетопротеин применяется с целью диагностики:

- a. рака легкого;
- b. первичного рака печени;
- c. рака молочной железы.

12. Какое контрастное вещество применяется при рентгенологическом исследовании органов желудочно-кишечного тракта:

- a. бариевая взвесь;
- b. уографин;
- c. верографин;
- d. все перечисленное.

13. Для инфильтративной формы рака с циркулярным распространением характерно:

- a. органическое (стойкое) сужение просвета полного органа с его деформацией;
- b. дефект наполнения любой формы;
- c. ригидность стенки на ограниченном участке.

14. К маркерам злокачественного роста относятся:

- a. антигены;
- b. гормоны;
- c. ферменты;
- d. все перечисленное.

15. Факторами интоксикации у онкологических больных являются:

- a. среднемолекулярные пептиды;
- b. гиперферментация;
- c. все перечисленное.

### **Вопросы к итогового тестирования**

1. Каков внешний вид очага плоскоклеточного рака кожи
  - a. Гладкая бляшка, покрытая истонченным эпидермисом.
  - b. Бородавчатое образование с гиперкератозом.
  - c. Язва с кратерообразным краем.

2. На чем основывается диагноз рака кожи?

- a. Только на данных пальпации образования и лимфоузлов.
- b. На пробном лечении антимикробными и антигрибковыми мазями.
- c. На гистологическом анализе биоптата.

3. Как дифференцировать рак кожи с сифилисом?

- a. По типичной локализации и внешнему виду образования.
- b. По посевам с язвы.
- c. По иммунологическим тестам.

4. Как дифференцировать рак кожи с туберкулезом?

- a. По реакции Пирке, Манту.
- b. По посевам с язвы.
- c. По гистологическим анализам.

5. К какой стадии относится рак кожи лица 1x1 см, прорастающий в кость (у края орбиты)?

- a. К первой.
- b. Ко второй.
- c. К третьей.
- d. К четвертой.

6. Как лечить рак кожи конечности, проросший в кость?

- a. Близкофокусная рентгенотерапия.
- b. Сочетанная лучевая терапия (внутритканевая и дистанционная).
- c. Ампутация или экзартикуляция.

7. Как лечить рак кожи 1 стадии на нижнем веке?

- a. Близкофокусная рентгенотерапия.
- b. Внутритканевая лучевая терапия.
- c. Оперативно.

8. Наиболее рациональный способ лечения рака кожи лица вне век?

- a. Иссечение.
- b. Внутритканевая лучевая терапия.
- c. Короткофокусная рентгенотерапия.

9. Каков внешний вид рака нижней губы?

- a. Плотный инфильтрат покрытый истонченной слизистой.
- b. Покрытая эпителием бляшка.
- c. Эрозия, язва.

10. Какие из перечисленных признаков указывают на вероятную малигнизацию невуса?

- a. Усиление пигментации в период полового созревания, беременности.
- b. Эрозирование.
- c. Появление волос на невусе.

11. Каковы диагностические мероприятия для дифференциальной диагностики большинства локализаций невуса и меланомы, если новообразование не изъявлено?

- a. Пункция и цитологическое исследование.
- b. Биопсия.

с. Широкое иссечение и гистологический анализ.

12. Какие виды обезболивания нельзя применять при удалении меланомы?

- a. Местная инфильтративная анестезия.
- b. Проводниковая анестезия.
- c. Внутривенный наркоз.

13. Какое лечение следует выбрать при локализованной меланоме без метастазов в лимфоузлы?

- a. Близкофокусная рентгенотерапия.
- b. Внутритканевая лучевая терапия.
- c. Иссечение после лучевого лечения меланомы и зон регионарного метастазирования.
- d. Иссечение меланомы и превентивная регионарная лимфаденэктомия.
- e. Иссечение только самой меланомы.

14. Что из перечисленного отмечается чаще всего при начальном периферическом раке легкого?

- a. Боль в груди.
- b. Приступообразный сухой кашель.
- c. Одышка.
- d. Повышенная температура.
- e. Отсутствие симптомов.

15. Рентгенологически периферический рак выглядит как:

- a. Атэлектаз.
- b. Затемнение в границах сегмента или доли.
- c. Инфильтрат.
- d. Круглая тень.

16. Как подтвердить периферический рак легкого морфологически?

- a. Взятием мокроты на цитологию.
- b. Взятием биоптата при бронхоскопии.
- c. Трансторакальной пункцией под рентгеноконтролем.

17. Морфологическая верификация центрального рака легкого осуществляется путем:

- a. Пункции опухоли под рентгеноконтролем.
- b. Бронхоскопии с биопсией.
- c. Торакоскопии.

18. Какой вариант мастопатии представляет наибольший риск рака молочной железы?

- a. Кистозный фиброаденоматоз.
- b. Секреторная болезнь.
- c. Фиброаденома.
- d. Фиброаденоматоз с пролиферацией и дисплазией эпителия.

19. Какими симптомами проявляется рак Педжета?

- a. Выделениями из соска.
- b. Втянутостью или фиксацией соска.
- c. Эрозией или экземой соска.

20. Как берется материал для цитологического исследования при раке Педжета?

- a. Пункцией наиболее плотного участка.

- b. Выжиманием секрета из соска.
- c. Мазок с эрозии или экзематозного участка.

### **Ситуационные задачи**

#### **Современное состояние онкологии, проблемы и перспективы развития Организация онкологической помощи. Предраковые заболевания. Основные принципы диагностики и лечения.**

##### **Задача №1**

Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков диссеминации процесса нет.

Выставлен диагноз: Первично отечно-инфилтративный рак левой молочной железы Т4N0M0. Больной рекомендовано провести лучевое лечение.

Каковы основные принципы предлучевой подготовки больной?

##### **Задача №2**

Больная Х., 65 лет. Предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак среднеампулярного отдела прямой кишки. Принято решение о проведении комбинированного лечения: предоперационная лучевая терапия + чрезбрюшная резекция прямой кишки.

Какие возможны осложнения при облучении тазовой области?

##### **Задача №3**

Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле. При осмотре выявлены увеличенные шейные лимфоузлы. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит. Установлен диагноз: рак гортаноглотки. Планируется комбинированное лечение: операция и лучевая терапия.

Какие возможны побочные реакции при проведении лучевой терапии у данной больной?

##### **Задача №4**

Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких): метастазы в правом легком. Выставлен диагноз: Первично отечно-инфилтративный рак левой молочной железы Т4N0M1. Метастазы в легкие. Больной планируется комбинированное лечение: неоадьювантная ПХТ, ЛТ, хирургическое лечение.

Каковы основные цели неоадьювантной химиотерапии?

##### **Задача №5**

Больной Б., 36 лет. Жалуется на боли в животе, преимущественно в области поясницы, чаще возникающие ночью, отеки нижних конечностей. Обследован гастроэнтерологом: патологии желудочно-кишечного тракта не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены увеличенные парааортальные лимфоузлы,

спленомегалия. При РКТ органов малого таза: увеличенные подвздошные лимфоузлы. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, лимфопения. Выставлен диагноз: лимфогранулематоз. Больному начато лечение: проведено 3 цикла ПХТ. Каковы критерии оценки эффективности химиотерапии?

### **Задача №6**

Пациент пришел на прием к онкологу с жалобами на плотное, подкожное образование в области грудины.

К какой клинической группе он относится? За какой срок надо поставить диагноз?

### **Задача №7**

Пациент после резекции желудка по поводу рака через 6 месяцев пришел на прием к онкологу для диспансерного наблюдения.

1. Какие обследования он должен пройти и для чего?
2. Как часто он должен обследоваться в дальнейшем?

### **Задача №8**

У пациента 4 стадия рака предстательной железы.

1. К какой клинической группе он относится?
2. Определите план его лечения?

### **Задача №9**

Больной по поводу рака молочной железы планируется провести химиотерапию препаратами антрациклинового ряда.

1. Какие непосредственные осложнения надо ожидать?
2. Как их купировать?
3. Какие возможные отдаленные осложнения могут быть?

### **Задача №10**

После лучевой терапии у больного кожа в месте облучения гиперемирована.

1. К какой группе осложнений относится данное проявление?
2. Как помочь больному?

## **Опухоли кожи Рак кожи. Меланомы.**

### **Задача №1**

Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: В области лба поверхностное образование 1,5x2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

- 1.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
2. Назовите необходимые дополнительные исследования?
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения?

### **Задача №2**

Больная М., 39 лет. Жалобы на наличие новообразования на наружной поверхности правого плеча, которое увеличилось в размерах за последние 2 месяца. При осмотре: на латеральной поверхности плеча имеется узловое образование, размерами 3x4см, на широком основании, с выраженным сосудистым компонентом, бордово-коричневого цвета,

легко кровоточит при пальпации, безболезненно. В правой подмышечной впадине пальпируются увеличенные до 2 см лимфоузлы. Отдаленных метастазов не выявлено.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова ваша схема лечения данного больного?
3. Какие пути метастазирования данной опухоли?

## **Опухоли головы и шеи Рак нижней губы**

### **Задача №1**

У курильщика 68 лет появилась образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытая корочкой. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2 см.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) С помощью какого метода это можно установить? В) Тактика лечения этого больного?

### **Задача №2**

Через 2 года после лечения рака нижней губы у женщины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области слева. А) Ваш предварительные диагноз? Б) Ваша дальнейшая тактика дообследования и лечения?

## **Рак языка и слизистой оболочки полости рта**

### **Задача №1**

Больному 5 лет назад выполнена радикальная операция по поводу рака языка. При контрольном осмотре жалоб не предъявляет. Рецидива и метастазов нет.

А) Когда ему явиться на следующий контрольный осмотр? Б) Какой минимальный метод обследования необходимо при этом выполнить?

### **Задача №2**

Больного в течение последнего года беспокоят периодические боли на левой боковой поверхности языка. Около 2 месяцев назад появилась уплотнение на этом месте. Обратился к врачу.

Тактика действия врача?

## **Опухоли слюнных желез**

### **Задача №1**

Больного в течении последнего года беспокоят периодические боли в области левой околоушной слюнной железы. Около 2-х месяцев назад появилась асимметрия лица и уплотнение на этом месте. Обратился к врачу.

А) Тактика действия врача? Наиболее вероятный диагноз?

### **Задача №2**

Через 2 года после лечения рака правой подчелюстной слюнной железы у мужчины появились плотные лимфатические узлы на шее слева.

А) Тактика действия врача? Б) Наиболее вероятный диагноз?

## **Рак щитовидной железы и гортаноглотки**

### **Задача №1**

Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа рост зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина.

**Ваш диагноз? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?**

**Задача №2**

Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа рост зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина. При сцинтиграфии костей скелета выявлены очаги повышенного накопления радиофармпрепарата в бедренных костях, которые расценены как метастатические.

**Ваш диагноз? Тактика лечения?**

**Предраковые заболевания и рак молочной железы**

**Мастопатии. Рак молочной железы.**

**Задача № 1**

Пациентка 43 лет обратилась с жалобами на обильные выделения из соска правой молочной железы. Беспокоят в течение 2х месяцев. Вначале выделения были светло-желтого цвета, в последнее время приобрели бурый оттенок. Во время последней маммографии, выполненной 6 месяцев назад, патологии не обнаружено. При осмотре: Молочные железы симметричны. При надавливании на правый сосок отмечается наличие выделений бурого цвета. Выделения из левого соска отсутствуют. При пальпации узловые образования не определяются. Региональные лимфатические узлы не увеличены.

- 1.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
- 3.Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе заболевания.

**Задача № 2**

Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли 2 недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6 С. При осмотре: Левая молочная железа больше левой, кожа железы диффузно отечна, гиперемирована. Отмечается повышение локальной температуры. При пальпации умеренно болезненна, диффузно уплотнена за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные.

- 1.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
- 3.Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

**Рак легкого**

**Задача №1**

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет

промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. РКТ головного мозга - без патологии.

Диагноз? Тактика лечения?

### **Задача №2**

Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа- без патологии, слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии.

Диагноз? Тактика лечения?

## **Опухоли пищеварительного тракта Рак пищевода. Рак желудка.**

### **Задача №1**

Больной В. 60 лет, шофер 40 лет. Курит 45 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 29 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Диагноз? Лечебная тактика?

### **Задача №2**

Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденоинвазионный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Диагноз? Лечебная тактика?

## **Рак ободочной кишки. Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны.**

### **Задача №1**

Больной Л. 55 лет, механик. Мать умерла от рака желудка. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли внизу живота. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в сигмовидной кишке сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в сигмовидной кишке просвет сужен за счет инфильтрации. Биопсия. Гистологически: аденоинвазионный рак.

УЗИ брюшной полости: обнаружено опухолевое поражение сигмовидной кишки, печень, почки без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

### **Задача №2**

Больной А. 56 лет, профессор истории. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: в печени в области 7 сегмента имеется округлое образование, без четких границ, в головке поджелудочной железы определяется объемное образование 3x3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 3x3 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер CA 19-9 753 Ед/мл.

Диагноз? Тактика лечения?

### **Рак прямой кишки.**

#### **Задача №1**

Больной И. 65 лет, шофер, мать умерла от рака прямой кишки. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки (суживающий ее просвет). Ректороманскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

#### **Задача №2**

Больная К. 65 лет, страдает геморроем 20 лет. В прошлом работник химкомбината в течении 45 лет. Жалобы на запоры, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудела на 8 кг. Объективно: невоспаленный геморрой. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманскопия: слизистая инфильтративно изменена, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологически: инфильтративный рак, низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

### **Рак печени.**

#### **Задача №1**

Больной С. 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, отмечается гепатомегалия. УЗИ, КТ брюшной полости: 4,5,6 сегменты печени занимает объемное образование размерами 4x5 см в диаметре с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, асцит. Маркер: АФП 700 нг\мл. Гистологическое заключение: гепатоцеллюлярный рак.

## Диагноз? Тактика лечения?

### Задача №2

Больной И., 36 лет. В течение 4-х лет болен вирусным гепатитом С. При настоящем обследовании в правой доле печени, на фоне цирротических изменений. Определяется объемное образование до 7,0 см в диаметре. Определите диагностическую и лечебную тактику, назовите возможные варианты заболеваний.

## Опухоли костей и мягких тканей

### Задача №1

Больная Х., 23 лет. Жалобы на боли в левой ноге, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: в области латеральной поверхности средней трети левого бедра пальпируется опухолевидное образование, малоподвижное, каменистой плотности, размерами 5x6 см. Паховые лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, размерами от 1 до 2 см, безболезненны. Больной выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ: опухоль располагается в средней трети бедренной кости, протяженностью до 6 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ.

Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

### Задача №2

Больной П., 19 лет. Жалобы на боли в правом плече, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: правое плечо обычной конфигурации, кожные покровы не изменены, при пальпации отмечается локальная болезненность в средней трети. Больному выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ, МРТ: опухоль располагается в средней трети плечевой кости, протяженностью до 5 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

## ЛИМФОМЫ Лимфогрануломатоз.

### Задача №1

Больная Р., 35 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38<sup>0</sup> в течении нескольких дней подряд, ночную потливость, похудание, кожный зуд, наличие опухолевидного образования в области шеи. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный. В анализе крови: СОЭ 30 мм\ч, фибриноген 570 мг%, лимфоциты 27%.

Ваш предположительный диагноз? Каков объем обследования данной больной? Какие клетки обнаруживаются при гистологическом исследовании данного вида опухоли?

### Задача №2

Больной Г., 37 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38<sup>0</sup> в течении нескольких дней подряд, кашель, одышку, боли за грудиной. В анамнезе: длительно лечился по поводу бронхита, антибиотикотерапия без эффекта. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный,

селезенка, печень не увеличены. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, фибриноген 600 мг%, лимфоциты 17%.

Ваш предположительный диагноз?

Какую манипуляцию необходимо выполнить для морфологической верификации болезни? Что является морфологическим субстратом данного вида опухоли?

### **Неходжкинские лимфомы (Лимфосаркомы).**

#### **Задача №1**

К участковому терапевту обратилась пациентка Н, 30 лет с жалобами на увеличение подмышечных, паховых лимфоузлов с обеих сторон. За последние 6 месяцев пациентка похудела на 10 кг, отмечает вечерний подъем температуры тела до 38 С, повышенную ночную потливость. При осмотре: выраженная астения, подмышечные и паховые лимфоузлы резко увеличены, малоподвижны, безболезненны.

1. Какое заболевание можно предположить у данной пациентки на основании данных анамнеза и осмотра?

2. Какие диагностические мероприятия могут подтвердить диагноз?

#### **Задача №2**

В отделение гематологии областной больницы поступила пациентка Д., 45 лет с диагнозом: неходжкинская лимфома, 2 стадия, небластный вариант. Диагноз подтвержден гистологическим исследование с иммунофенотипированием.

1. От каких факторов зависит дальнейшее лечение пациентки?

2. Приведите схему химиотерапии используемую в данном случае?

### **Злокачественные опухоли женских половых органов**

#### **Рак шейки матки. Рак тела матки. Рак яичников.**

#### **Задача №1**

Больная К.Т.М. - 70 лет, считает себя больной с декабря 2008 года, когда впервые отметила появление кровянистых выделений из половых путей на фоне менопаузы. В январе 2009 года больную госпитализировали. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободны.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

#### **Задача №2**

У больной К.Л.Г. – 50 лет появились жалобы на кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы. По месту жительства выполнили раздельное диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные. Выполнили операцию в объеме - экстирпация матки с придатками. Гистологическое заключение: шейка матки выстлана многослойным плоским и цилиндрическим эпителием. В эндометрии разрастание умереннодифференцированной эндометриоидной аденокарциномы с плоскоклеточной метаплазией, с инвазией в миометрий до 5 мм (менее толщины миометрия). Яичники и маточные трубы с признаками возрастной инволюции.

А) Сформулируйте заключительный диагноз, стадию? Б) У данной больной метастазы не обнаружены?

## **Трофобластические опухоли.**

### **Задача№1**

Больная И.А.Н., 28 лет. В июле 2009 года ЭКО в связи с бесплодием трубного генеза. В сроке 5 недель – неразвивающаяся беременность по данным УЗИ. 24.07.09г – РДВ. С июля 2009г по сентябрь 2009г продолжались кровянистые выделения. Обратилась к гинекологу. ХГ – (29.09.09г) – 305,5 МЕ/л. Матка мягковатой консистенции, увеличена до 10 недель беременности.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваш алгоритм обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

### **Задача№2**

Больная Б.И.И., 26 лет. Последняя нормальная менструация в июне 2009 года. В августе 2009 года после недельной задержки менструации отметила кровянистые выделения из половых путей. По месту жительства выполнено РДВ. После РДВ кровянистые выделения из половых путей усилились. 12.10.09г повторное РДВ. ХГ от 27.10.09г – 32 тыс. МЕ/л.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваш алгоритм обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

## **Некоторые клинические синдромы в онкологии**

### **Метастазы рака неизвестной первичной локализации (МРНПЛ).**

#### **Паранеопластический синдром.**

#### **Семейно-ассоциированный опухолевый синдром.**

#### **Болевой компрессионный корешковый синдром при онкологических заболеваниях.**

#### **Первичные и метастатические опухоли позвоночника.**

#### **Миеломная болезнь.**

#### **Современные представления о первично-множественных опухолях.**

### **Задача№1**

Пациент Э., 35 лет, обратился к хирургу в поликлинику по месту жительства с жалобами на припухлость в области шеи после перенесенной 3 месяца назад ангины. При осмотре: область шеи справа увеличена за счет безболезненного, малоподвижного образования. Тела в пределах нормы. Хирургом был поставлен диагноз «шейный лимфаденит» и назначена антибактериальная терапия. Однако эффекта от антибактериальной терапии в течении 7 дней не отмечалось, образование в области шеи увеличивалось и пациент был направлен на консультацию к районному онкологу.

1. В чем тактическая ошибка хирурга поликлиники?
2. Какой комплекс диагностических мероприятий для уточнения диагноза может быть использован районным онкологом?
3. Какой диагноз можно поставить пациенту на данном этапе?

### **Задача№2**

К онкологу в онкологическом диспансере обратилась пациентка К. 63 лет с жалобами на отечность и увеличение в объеме правой подмышечной области. При осмотре: кожа правой подмышечной области визуально не изменена. При пальпации в правой подмышечной области пальпируется крупный лимфузел, около 3 см в диаметре, малосмещаемый, безболезненный. Молочные железы без узловых образований. Другие группы периферических лимфузлов не увеличены. Пациентке выполнена диагностическая тонкоигольная биопсия лимфузла правой подмышечной области, которая оказалась безуспешной и диагностического материала не содержала, маммографическое исследование - без патологических образований в молочных железах.

1. Какова дальнейшая тактика онколога?

2. Метастазами из каких других первичных очагов (кроме молочной железы) могут поражаться подмышечные лимфоузлы?

### **3. Методика оценивания образовательных достижений обучающихся по дисциплине.**

Основой БРС оценивания учебных достижений студентов является модульность РПД «Онкология, лучевая терапия», реализуемой на кафедре. Модульный принцип организации учебного процесса основан на структурировании содержания РПД на образовательные модули (дидактические единицы).

В соответствии с объемом и видом учебной работы (табл. 1) при реализации РПД «Онкология, лучевая терапия» изучение материала проводится в 12-ом семестре с освоением 5-ти дисциплинарных модулей (ДМ) и сдачей зачета.

табл. №1

Виды учебной работы	Трудоемкость	Семестры (указание часов по семестрам)	
		часы	12 семестр
Аудиторные занятия (всего)	<b>72</b>	<b>72</b>	
В том числе:			
Лекции	24	24	
Практические занятия	48	48	
Семинары			
Лабораторные работы			
Самостоятельная работа (всего)	36	36	
В том числе:			
Курсовая работа (курсовый проект)			
Реферат			
Другие виды самостоятельной работы (УИРС)			
Формы аттестации по дисциплине (зачет, экзамен)	Зачет		
	<b>ЗЕТ</b>	<b>часы</b>	
Общая трудоемкость дисциплины	<b>3</b>	<b>108</b>	

В соответствии с тематическим планом дисциплины студенты изучают 17 дидактические единицы (ДЕ) (табл. 2).

Таблица 2  
**Тематический план**  
изучения дисциплины «Онкология, лучевая терапия»  
(ДМ и дидактические единицы)

Дисциплинарный модуль №	Дидактическая единица №	Наименование модуля, дидактической единицы	min количество баллов	Max количество баллов
			min количество баллов	Max количество баллов
		Лекционный материал	1,5	3
		Посещение практических занятий	1,5	2
1	1.1	Современные представления о канцерогенезе. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями. Значение накопленных	3	4
		клинико-		

		экспериментальных данных и эпидемиологических исследований по канцерогенезу для профилактики рака.		
	1.2	Организация онкологической помощи в РФ. Реализация онкологического компонента профилактических осмотров населения в условиях всеобщей диспансеризации.	3	4
	1.3	Обзор и оценка современных методов диагностики злокачественных заболеваний. Современные принципы и методы лечения онкологических больных.	3	4
2	<b>Частная онкология (рубежный контроль)</b>		<b>27</b>	<b>45</b>
	2.1	Опухоли кожи. Рак и меланома <ul style="list-style-type: none"> <li>• рак кожи;</li> <li>• меланомы</li> </ul>	3	5
	2.2	Опухоли костей и мягких тканей	3	5
	2.3	Опухоли головы и шеи: <ul style="list-style-type: none"> <li>• рак нижней губы;</li> <li>• рак языка и слизистой оболочки полости рта;</li> <li>• опухоли слюнных желез;</li> </ul>	3	5
	2.4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• рак горлани;</li> <li>• рак щитовидной железы.</li> </ul>	3	5
	2.5	Предраковые заболевания и рак молочной железы <ul style="list-style-type: none"> <li>• мастопатии;</li> <li>• рак молочной железы.</li> </ul>	3	5
	2.6	Рак легкого	3	5
	2.7	Опухоли органов: пищеварительного тракта: <ul style="list-style-type: none"> <li>• рак пищевода;</li> <li>• рак желудка;</li> <li>• опухоли гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны;</li> <li>• колоректальный рак.</li> </ul>	3	5
	2.8	Лимфомы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• лимфогрануломатоз;</li> <li>• неходжкинские лимфомы (лимфосаркомы)</li> </ul>	3	5
	2.9	Злокачественные опухоли женской половой сферы: <ul style="list-style-type: none"> <li>• рак шейки матки;</li> <li>• рак тела матки;</li> <li>• рак яичников;</li> <li>• трофобластические опухоли</li> </ul>	3	5
3	<b>Лучевая терапия</b>		<b>6</b>	<b>15</b>
	3.1	Физические основы лучевой терапии	2	5
	3.2	Радиобиологические основы лучевой терапии злокачественных новообразований	2	5
	3.3.	Моделирование и прогнозирование радиобиологических эффектов в лучевой терапии.	2	5
4	<b>Написание медицинской карты</b>		2,5	3
<b>Минимальный рейтинг для допуска к зачету</b>			<b>50</b>	

<b>Максимальный рейтинг студента</b>	<b>80</b>
--------------------------------------	-----------

1.1. В ходе изучения студент зарабатывает рейтинговые баллы в соответствии с успеваемостью по дисциплине: посещаемость лекций, практических занятий, самостоятельная работа, рубежный контроль знаний после окончания изучения дисциплинарной единицы. В конце каждого модуля выводится рейтинг по дисциплине в течение цикла.

## **2. Алгоритм определения рейтинга студента по дисциплине**

2.1. Рейтинговые оценки студентов (баллы) при изучении дисциплины фиксируются как в традиционном виде на бумажном носителе, так и в форме «электронного журнала» на персональном компьютере. «Электронный журнал» позволяет оперативно в автоматическом режиме вести подсчет и контроль набранных студентами баллов.

2.2. Преподаватели кафедры оценивают знания студентов на каждом практическом занятии. Посещение всех (100%) практических занятий, предусмотренных учебным планом в течение циклового обучения, выполнение всех учебных работ и заданий (письменные домашние работы, решение задач, демонстрация навыков), сдача всех контрольных тестов на положительную оценку – более 70% (обязательные условия для получения зачёта по дисциплине).

Для оценки усвоения материала студенту предлагаются тестовые задания по дидактическим единицам в режиме on-line на образовательном портале [educa.usma.ru](http://educa.usma.ru). Практические занятия пропущенные по уважительной или по неуважительной причине, должны быть отработаны в течение циклового обучения в установленном порядке.

Студент имеет право на одну пересдачу каждого контрольного компьютерного тестирования и контроля по решению задач в целях повышения своего рейтингового балла. Последующие пересдачи контрольного тестирования и контрольного решения задач позволяют набрать необходимый рейтинговый балл для получения зачёта за семестр по дисциплине. Получение студентом неудовлетворительных оценок при первичной сдаче контрольного теста и при первичной пересдаче (итого две попытки) не освобождает от необходимости дальнейшей пересдачи теста. Однако успешная сдача (более 70%) с третьей и при последующих попытках будут оцениваться только на 71% независимо от фактически полученного балла за пересдачу.

Эквивалент оценки результатов рубежного тестового контроля или разбора клинических задач:

Таблица 3

<b>Традиционная оценка</b>	<b>Рейтинговые баллы</b>	<b>% правильных ответов</b>
неудовлетворительно	0	0 - 59 %
Удовлетворительно	3	60 - 69 %
Хорошо	4	70 - 84 %
Отлично	5	85 - 100%

1.1. Посещение не менее 85% лекций, предусмотренных учебным планом в течение семестра - обязательное условие для получения права на получение зачёта по дисциплине. В случае посещения студентом менее 85% лекций, предусмотренных учебной программой по дисциплине, для получения рейтингового балла, начисляемого по данному критерию, студент обязан предоставить преподавателю, ведущему группу или лектору конспект лекционного курса с устной отработкой пропущенных лекций.

Таблица 4

Посещение всех (100%) практических занятий, предусмотренных учебным планом в течение семестра, выполнение всех учебных работ и заданий, сдача всех контрольных тестов на положительную оценку – более 70% (обязательные условия для получения зачёта по дисциплине).	3 балла
Посещение не менее 85% лекций, предусмотренных учебным планом в течение семестра (обязательное условие для получения права на получение зачёта по дисциплине)	2 балла

2.4. Добор рейтинговых баллов может проходить в форме выполнения самостоятельной работы, написания реферата, доклада по заданию преподавателя, участия в перевязках, операциях, курении больных, решения ситуационных задач.

Таблица 5

№ п/п	Вид работы	Максимальное количество рейтинговых баллов
1.	Участие в перевязках	5
1.	Участие в операциях	5
2.	Курение больных	5
3.	Решение ситуационных задач	5
4.	Перевод статей, тезисов на русский/английский языки	10
5.	Доклад	10
6.	Написание рефератов, устные выступления по источникам и другие формы самостоятельной работы студентов по заранее полученным от преподавателя заданиям	10

## 2. Критерии оценки.

2.1. Минимальный балл по окончании семестра, дающий студенту право для допуска к зачёту – 50 баллов. В случае получения студентом в течение циклового обучения менее 50 баллов, студент не получает зачёта по дисциплине и переходит к процедуре добора рейтинговых баллов.

После успешного добора рейтинговых баллов студенту начисляется минимальный проходной балл – 50 рейтинговых баллов, позволяющих быть допущенным к итоговому тестированию и получить зачёт по циклу.

3.2. Максимальный балл, который может быть начислен студенту по итогу циклового (весь курс изучения дисциплины) – 80 баллов. Максимальный балл, получаемый студентом на зачёте – 10 баллов.

По результатам суммирования баллов, полученных студентом в течение циклового обучения (от 50-80 баллов), баллов, начисленных студенту за зачёт, поощрительных баллов (от 5 до 10 баллов) выводится итоговый рейтинг по дисциплине, который рассчитывается, как сумма значений рейтинга студента в семестре и зачетного рейтинга.

## Шкала итоговых оценок успеваемости по дисциплине, завершающейся зачётом

Таблица 6

Набранные баллы	0 - 49	50 - 100
-----------------	--------	----------

Оценка, проставляемая в зачетную книжку	Не зачтено	«Зачтено»
--	------------	-----------

#### **4. Заключительные положения**

- 4.1. Настоящая Методика вступают в силу с момента её утверждения на заседании кафедры онкологии и медицинской радиологии.
- 4.2. Преподаватели, ведущие занятия по дисциплине обязаны ознакомить студентов с Методикой балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений студентов по учебной дисциплине в начале изучения дисциплины. Информация выставляется на стенде кафедры и сайте УГМУ.