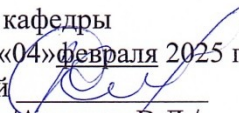


Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.09.2025 17:24:41
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bffa79172803da5b7b559fc69e7

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ»
(ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ)

Медицинский факультет

Кафедра хирургии

УТВЕРЖДЕН
на заседании кафедры
Протокол от «04» февраля 2025 г. №6
Зав. кафедрой 
/Асташов В.Л./

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по учебной дисциплине

Онкология

Специальность 31.05.02 – Педиатрия

Москва
2025

Содержание

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы	3
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описания шкал оценивания	3
3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы	5
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	13

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

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

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала оценивания
ОПК-4	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает принципы работы диагностического оборудования, общехирургический и специальный хирургический инструментарий. Умеет выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).	Устный опрос, ситуационная задача	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания ситуационной задачи

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает принципы работы диагностического оборудования, общехирургический и специальный хирургический инструментарий. Умеет выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.). Владет навыками использования диагностического оборудования и хирургического инструментария.	Устный опрос, реферат, ситуационная задача	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата Шкала оценивания ситуационной задачи
ОПК-5	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает: морфологические подходы к классификации опухолей Умеет: классифицировать опухоли и опухолеподобные процессы на основе морфо-функциональных особенностей тканей организма в норме и патологии	Устный опрос, ситуационная задача	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания ситуационной задачи
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает: морфологические подходы к классификации опухолей Умеет: классифицировать опухоли и опухолеподобные процессы на основе морфо-функциональных особенностей тканей организма в норме и патологии Владет: навыками интерпретации результатов биопсии и молекулярно-генетических методов исследования	Устный опрос, реферат, ситуационная задача	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата Шкала оценивания ситуационной задачи
ОПК-7	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств в онкологии. Умеет определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств.	Устный опрос, ситуационная задача	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания ситуационной задачи

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знает алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств в онкологии. Умеет определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств. Владет методами применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также методами контроля эффективности и безопасности лечения.	Устный опрос, реферат, ситуационная задача	Шкала оценивания устного опроса Шкала оценивания реферата Шкала оценивания ситуационной задачи
--	-------------	--	--	--	---

Шкала оценивания устного опроса

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практических занятиях, содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.	10
участие в работе на практических занятиях, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения.	5
низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.	0
отсутствие активности на практических занятиях, студент показал незнание материала по содержанию дисциплины.	

Шкала оценивания ситуационной задачи

Критерии оценивания	Баллы
комплексная оценка предложенной ситуации, знание теоретического материала, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий.	20
комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями преподавателя; правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий.	10
затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий.	5

неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, неумение оказать неотложную помощь.	0
---	----------

Шкала оценивания реферата

Критерии оценивания	Баллы
Содержание соответствует поставленным цели и задачам, изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	30
Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и задачам исследования, работа выполнена на недостаточно широкой источниковой базе и не учитывает новейшие достижения науки, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения	15
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы; содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	5
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0

3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА

1. Что такое лучевая терапия
2. Назовите ученых, стоявших у истоков радиационной онкологии
3. Этапы развития лучевой терапии
4. Что такое фракционирование дозы лучевой терапии
5. Какие идеи продвигала Манчестерская школа лучевой терапии
6. Что такое клиническая дозиметрия? Каковы ее основные единицы
7. Какие группы ионизирующих излучений вы знаете?
8. Каковы особенности проникновения в ткани волновых и корпускулярных излучений?
9. Для облучения каких опухолей (по глубине расположения) более предпочтительно рентгеновское излучение? Потoki электронов? Протонный пучок? Высокоэнергетическое тормозное рентгеновское излучение?
10. В чем суть физического действия излучений?

11. В чем состоит биологическое действие излучений на клетку?
12. В чем состоит основная цель лучевой терапии?
13. Что такое радиочувствительность?
14. Назовите основные факторы, определяющие радиочувствительность опухоли.
15. Что такое «кислородный эффект»?
16. В чем суть постулата Бергонье-Трибондо?
17. Что такое радиомодификация?
18. Дайте классификацию методов радиомодификации
19. В чем состоит сущность метода гипертермии?
20. Сущность и эффективность метода гипоксирадитерапии
21. Механизмы взаимодействия ионизирующего излучения и лекарственных препаратов
22. В чем состоит логика и основная проблема химиолучевого лечения?
23. Дайте определение дистанционной и контактной лучевой терапии
24. В лечении опухолей каких локализаций применяется внутримолочной метод? Внутримолочная лучевая терапия? Интерстициальное облучение?
25. В чем сущность системной лучевой терапии?
26. В чем основные преимущества системной лучевой терапии по сравнению с дистанционным облучением?
27. Каковы основные показания к применению радиоактивного йода-131?
28. Каковы основные показания к лучевой терапии?
29. Перечислите абсолютные противопоказания к лучевой терапии
30. Какие цели преследует предоперационная лучевая терапия?
31. Назовите основные составляющие предлучевого периода
32. Что такое клиническая топометрия?
33. Что подразумевает планирование лучевой терапии?
34. Какие основные условия нужно соблюдать во время лучевого периода?
35. Дайте классификацию лучевых осложнений
36. Классифицируйте ранние местные лучевые осложнения по степени их выраженности. Как с ними бороться?
37. Каковы наиболее грозные поздние лучевые осложнения возможны со стороны кожи?
38. Перечислите возможные поздние лучевые повреждения внутренних органов
39. С какой целью применяют лучевую терапию при воспалительных процессах?
40. Что необходимо помнить, назначая лучевую терапию неонкологическому больному?

РЕШЕНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

1. Больная А., 47 лет, имеющая в анамнезе два года назад комплексное лечение (радикальная операция и химиотерапия) по поводу рака молочной железы, обратилась к онкологу на очередном диспансерном осмотре с жалобами на отечность руки со стороны поражения, постоянные боли в этой руке, увеличение объема (окружности) больной верхней конечности, ухудшение ее подвижности. При дополнительном обследовании пациента признаков местного рецидива и прогрессирования заболевания не выявлено. Нужно ли назначение обезболивающих препаратов?
2. У больной, 44 года с ожирением II степени с помощью гистероскопии и прицельной биопсии обнаружен железисто-солидный рак, распространяющийся по всей внутренней поверхности тела матки. По данным УЗИ и МРТ, тазовые лимфатические узлы не изменены. Назовите стадию заболевания. Какова лечебная тактика. Прогноз в отношении этой больной.
3. Больной, 57 лет, обратился в поликлинику с жалобами на сухой кашель, общее недомогание, быструю утомляемость при физическом напряжении. Нередко при кашле отмечены в скудной мокроте прожилки крови. Повышения температуры не отмечает, боли

в груди также не испытывает. Общее состояние удовлетворительное. Ваш предварительный диагноз.

4. Больной Л., 69 лет. В анамнезе: язва желудка. Жалобы на боль в эпигастрии, слабость. Объективно: периферические лимфатические узлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупления перкуторного звука нет, живот мягкий, безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии. ЭГДС: пищевод без патологии, слизистая кардиального отдела ригидная, бледная, поражение распространяется по малой кривизне желудка, кровоточит при контакте, при УЗИ стенки желудка – поражение до серозного слоя. Взята биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии. Остеосцинтиграфия патологического накопления радиофармпрепарата нет. Ваш диагноз, стадия, лечебная тактика.

5. Больная Р.К.Д., 53 года, в течение последних пяти лет наблюдается по поводу опухоли левого яичника (до 2 см в диаметре). С июня 2009 г. отмечается рост опухоли до 10 см. Уровень СА-125 629 ед/мл. В октябре 2009 г. обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу, слизистая шейки матки и влагалища не изменена, тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное, слева от матки определяется подвижное округлое образование плотноэластической консистенции до 10 см в диаметре, справа без особенностей, своды глубокие, параметрии свободные. Ваш предварительный диагноз. Можете ли вы определить стадию заболевания? Каков минимальный план обследования? Какой метод лечения нужно применить на первом этапе?

6. Больной Л., 61 год, учитель. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на усиленное слюноотделение, охриплость голоса, слабость, боли в правом подреберье, тошноту, потерю аппетита. С трудом проходит твердая пища. Похудел за месяц на 6 кг. Объективно: в надключичных областях пальпируются увеличенные лимфатические узлы до 1,5 см в диаметре, плотные, несмещаемые, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий, подвздут, безболезненный. Рентгенологическое исследование пищевода: в шейном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в шейном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,4 см. Биопсия. Предварительный диагноз. Степень дисфагии. Какое осложнение возникло у больного? С чем следует проводить дифференциальный диагноз? С чем могут быть связаны боли в правом подреберье, и какое обследование показано? Какой объем лечения возможен?

7. Больная Х., 23 года. 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 5,0х6,0 см. Паховые лимфатические узлы увеличены, плотноэластической консистенции, размерами от 1,0 до 2,0 см, безболезненны. Больной выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, КТ: опухоль располагается в средней трети бедренной кости, протяженностью до 6,0 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?

8. Пациенту Н.Н., 62 года, в поликлинике три месяца назад произведено иссечение опухоли кожи височной области справа. В выписке указан диагноз: пигментный невус (гистологическое исследование не проводилось). При осмотре на коже височной области справа обнаружен окрепший послеоперационный рубец. Рядом с ним в толще кожи пальпируется узелок с синеватым оттенком. В правой околоушной слюнной железе пальпаторно выявлена плотная подвижная округлой формы опухоль размерами 1,5х2 см.

Ваш предположительный диагноз. Укажите на ошибки, допущенные хирургом поликлиники.

9. Больная Н., 15 лет, жалуется на покраснение левого соска, его утолщение и зуд. Неоднократно обращалась к дерматологу. Был выставлен диагноз: «Экзема кожи соска» и назначено соответствующее лечение. На фоне лечения отмечалась незначительная отрицательная динамика. Направлена в онкологический диспансер. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты корочкой и струпом на протяжении 5 см, имеется гиперкератоз сосково-ареолярной зоны и мацерация. При сдвигании корочки обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен и плотный на ощупь. В левой подмышечной области пальпаторно определяется плотный, безболезненный, увеличенный лимфатический узел до 2,5 см. Ваш диагноз? Прогноз заболевания.

10. Больная К.М., 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: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perirectum: невоспаленный геморрой. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Ваш диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения?

11. Больная Х., 65 лет. Жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак прямой кишки. Отдаленных метастазов не выявлено. Поскольку опухоль локализована в нижеампулярном отделе, принято решение о проведении комбинированного лечения: лучевая терапия + операция в объеме брюшнопромежностной экстирпации прямой кишки. Какие методы лучевой терапии используются при облучении? Каковы основные принципы реабилитации больного с колостомой.

12. Больной И. 65 лет, шофер. 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, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perirectum: на высоте пальца плотное образование, до 3 см в диаметре. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки и суживающий ее просвет. Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети, до 4 см в диаметре. Биопсия. Ваш диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения.

13. Больной О. 55 лет, учитель, страдает геморроем 20 лет. Жалобы примеси крови в кале, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудел на 8 кг. Объективно: увеличены паховые лимфоузлы, плотные, безболезненные, несмещаемые, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perirectum: на высоте пальца узловых образований нет, стенка кишки ригидна. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, бледная, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. Ваш диагноз. Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения. Каков прогноз и чем он определяется.

14. Больной Ф., 45 лет, мать и дедушка страдали полипозом толстой кишки. Из анамнеза: полипоз 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, дыхание

везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца плотное образование, до 3 см в диаметре. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки и суживающий ее просвет. Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети, до 4 см в диаметре. Биопсия. Ваш диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Чем обусловлено раннее развитие болезни? Консультацию какого специалиста следует назначить? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения.

15. Больной Е., 62 года. Жалобы на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 2 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца плотное образование, до 3,5 см в диаметре. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки и суживающий ее просвет. Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети, до 4 см в диаметре. Биопсия. Ваш диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения.

16. Больная З.И., 67 лет. Жалобы на запоры, вздутие живота, боли. В анамнезе: семейный полипоз. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, подвздут, болезненный в левой подвздошной области, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца опухолевой патологии не определяется. Ирригоскопия: в ректосигмовидном отделе имеется сужение просвета за счет экзофитнорастущей опухоли, контуры кишки деформированы. По данным заключения гистологов опухоль высокодифференцированная. Ваш диагноз. Какие методы исследования нужно использовать для верификации диагноза? Какой гистологический тип опухоли встречается чаще всего? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения. Каков прогноз и что его определяет?

17. Больной И., 50 лет, шофер, страдает геморроем 20 лет. Жалобы примеси крови в кале, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудел на 8 кг. Объективно: увеличены паховые лимфоузлы, плотные, безболезненные, несмещаемые, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца узловых образований нет, стенка кишки ригидна. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, бледная, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. Предварительный диагноз. Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения. Каков прогноз и чем он определяется?

18. Больная Д., 65 лет. В анамнезе хронический проктит. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудела за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perrectum: на высоте пальца плотное образование, до 3 см в диаметре. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки и суживающий ее просвет. Ректороманоскопия: на правой стенке верхней трети кишки имеется экзофитное опухолевидное образование с изъязвлением в центре, до 4 см в диаметре. Биопсия. Ваш диагноз. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику? Каков объем лечения.

19. Больная С.С., 68 лет. Жалоб нет. В анамнезе: семейный полипоз. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, подвздут, болезненный в левой подвздошной области, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Perirectum: на высоте пальца опухолевой патологии не определяется. Ирригоскопия: в ректосигмовидном отделе имеется полиповидное образование, до 2 см в диаметре, контуры кишки не деформированы. По данным заключения гистологов: высокодифференцированная аденокарцинома. Ваш диагноз. Какие методы исследования нужно использовать для верификации диагноза? Какой гистологический тип опухоли встречается чаще всего? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте обследование. Каков объем лечения. Какие существуют противопоказания к лучевой терапии?
20. Через 2 года после лечения рака правой подчелюстной слюнной железы у мужчины появились плотные лимфатические узлы на шее слева. Тактика действия врача. Наиболее вероятный диагноз?
21. Больному 5 лет назад выполнена радикальная операция по поводу рака языка. При контрольном осмотре жалоб не предъявляет. Рецидива и метастазов нет. Когда ему явиться на следующий контрольный осмотр? Какой минимальный метод обследования необходимо при этом выполнить?
22. Больная Н., 39 лет, обратилась к онкологу с жалобами на увеличение правых паховых лимфоузлов. При комплексном обследовании при УЗИ выявлены метастазы в правые паховые лимфоузлы и множественные метастазы в печень. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены. При рентгенографии ОГК – без патологии. При цитологическом исследовании пунктата из правого пахового лимфоузла - метастаз меланомы. При МРТ головного мозга – без признаков метастазов. При осмотре кожных покровов, при осмотре гинекологом, при ЭГДС и колоноскопии первичный очаг первичная меланома не выявлена. О каком синдроме можно думать, исходя из данных клинических обследований? Какова дальнейшая тактика лечения пациентки?
23. У больного В., 66 лет, при комплексном обследовании в онкодиспансере выявлен диссеминированный мелкоклеточный рак правого легкого с метастазами в лимфоузлы средостения, левое легкое, надпочечники и головной мозг. При осмотре отмечает на себя внимание колбовидное утолщение концевых фаланг кистей и стоп с деформацией их ногтевых пластинок в виде часовых стекол по типу «барабанных палочек». О каком паранеопластическом синдроме можно думать, исходя из клинических данных. Какова дальнейшая тактика лечения пациентки.
24. Больная В., 58 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие одышки, признаков гисутизма и гипертонических кризов (подъемы АД до 180\110 мм рт. ст.). При осмотре больной обращает на себя ожирение, оволосение по мужскому типу, объем шеи увеличен, «лунообразное» лицо. При УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства в проекции правого надпочечника имеется опухолевый узел до 3,0 см в диаметре. В сыворотке крови у больной повышен уровень кортизола и АКТГ. Больная направлена к онкологу, при комплексного обследования в онкодиспансере выявлен рак коры правого надпочечника без признаков метастазов. О каком паранеопластическом синдроме можно думать, исходя из клинических данных? Какова дальнейшая тактика лечения пациентки?
25. 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. Какое заболевание можно предположить у данной пациентки на основании данных анамнеза и осмотра? Какие диагностические мероприятия могут подтвердить диагноз?

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

- 1.Морфологическая классификация новообразований щитовидной железы
- 2.Папиллярный и фолликулярный рак щитовидной железы. Происхождение, регионарное метастазирование, основные органы - мишени
- 3.Медуллярный рак щитовидной железы. Происхождение, этиология. Основные биологические свойства, метаболическая активность, особенности течения
- 4.Клинические проявления рака щитовидной железы. Первичные признаки новообразования. Симптомы местно-распространенного рака
- 5.Диагностика узловых новообразований щитовидной железы. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика
- 6.Лечение рака щитовидной железы
- 7.Факультативные и облигатные предраки кожи
- 8.Базалиома и плоскоклеточный рак кожи. Особенности роста и распространения. Диагностика и лечение.
- 9.Классификация невусов. Меланомоопасные и неопасные невусы. Синдром активации невуса
- 10.Меланома: происхождение, клинические признаки
- 11.Меланома: диагностика, лечение, прогноз
- 12.Классификация опухолей мягких тканей. Метастазирование
- 13.Клиника и диагностика опухолей мягких тканей, злокачественных опухолей мягких тканей
- 14.Принципы лечения опухолей мягких тканей
- 15.Классификация опухолей костей. Этиология
- 16.Клиника саркомы Юинга, остеогенной саркомы
- 17.Методы диагностики опухолей костей, стадирование
- 18.Принципы лечения остеогенной саркомы, саркомы Юинга
- 18.Классификация опухолей средостения и их топография
- 19.Клинические проявления опухолей средостения. Общие принципы диагностики и лечения
- 20.Клиника и диагностика опухолей легкого
- 21.Гистологические формы ЛГМ, частота встречаемости
- 22.Клинические проявления лимфогранулематоза - локальные, общие. Классификация
- 23.Методы диагностики неходжкинских лимфом и лимфогранулематоза. Очередность методов
- 24.Гистологические формы неходжкинских лимфом. Особенности течения
- 25.Клиника неходжкинских лимфом
- 26.Принципы лечения лимфогранулематоза и неходжкинских лимфом
- 27.Дифференциальная диагностика лимфаденопатий.
- 28.Клиника опухоли Вильмса, особенности течения заболевания
- 29.Методы диагностики опухолей почек
- 30.Принципы лечения опухоли Вильмса, прогноз
- 31.Классификация опухолей брюшинного пространства. Диагностика
- 32.Клиника нейробластомы брюшинного пространства. Диагностика
- 33.Клиника опухолей надпочечников. Диагностика
- 34.Классификация опухолей молочных желез
- 35.Морфологическая классификация новообразований щитовидной железы
- 36.Папиллярный и фолликулярный рак щитовидной железы. Происхождение, регионарное метастазирование, основные органы - мишени
- 37.Медуллярный рак щитовидной железы. Происхождение, этиология. Основные биологические свойства, метаболическая активность, особенности течения
- 38.Клинические проявления рака щитовидной железы. Первичные признаки новообразования. Симптомы местно-распространенного рака

39. Диагностика узловых новообразований щитовидной железы. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика
40. Лечение рака щитовидной железы
41. Факультативные и облигатные предраки кожи
42. Базалиома и плоскоклеточный рак кожи. Особенности роста и распространения. Диагностика и лечение
43. Классификация невусов. Меланомоопасные и неопасные невусы. Синдром активации невуса
44. Меланома: происхождение, клинические признаки
45. Меланома: диагностика, лечение, прогноз
46. Классификация опухолей мягких тканей. Метастазирование
47. Клиника и диагностика опухолей мягких тканей, злокачественных опухолей мягких тканей
48. Принципы лечения опухолей мягких тканей
49. Классификация опухолей костей. Этиология
50. Клиника саркомы Юинга, остеогенной саркомы
51. Методы диагностики опухолей костей, стадирование
52. Принципы лечения остеогенной саркомы, саркомы Юинга
53. Классификация опухолей средостения и их топография
54. Клинические проявления опухолей средостения. Общие принципы диагностики и лечения
55. Клиника и диагностика опухолей легкого.
56. Особенности опухолей детского возраста

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ

1. Локализации и формы рака пищевода. Клинические проявления рака пищевода в зависимости от стадии, формы роста
2. Методы лечения рака легкого. Прогноз
3. Диспансеризация больных с предраковыми заболеваниями
4. Классификация рака легкого по стадиям, гистологические типы рака легкого по стадиям.
5. Методы исследования, применяемые при раке прямой кишки
6. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей. Динамика и структура заболеваемости. Возрастно-половые особенности
7. Особенности организации онкологической службы в России. Роль врача общей лечебной сети в профилактике и ранней диагностике злокачественных опухолей. Деонтология в онкологии
8. Принципы ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей
9. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактика рака
10. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований.
11. Значение эндоскопических, цитологических, рентгенологических и иммунологических методов исследования в онкологии
12. Роль морфологических методов исследования в онкологии. Способы взятия материала для цитологического и гистологического исследований
13. Факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей. Первичная профилактика рака
14. Роль экзогенных (химические и физические агенты, онковирусы) и эндогенных (факторов в возникновении опухолей человека)
15. Злокачественные опухоли как социальная проблема. Канцерогенные вещества во внешней среде, их основные источники

16. Первичные опухоли
17. Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях
18. Закономерности и пути метастазирования злокачественных опухолей
19. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии
20. Паранеопластические синдромы. Классификация и их значение
21. Методы и принципы лечения злокачественных опухолей. Успехи в онкологии
22. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение больных с онкологическими заболеваниями
23. Современные принципы и возможности лекарственной терапии больных с онкологическими заболеваниями
24. Паллиативное лечение больных с онкологическими заболеваниями
25. Рак кожи. Заболеваемость. Меры профилактики. Особенности клинического течения базалиом и плоскоклеточного рака. Принципы диагностики и лечения
26. Пигментные невусы. Признаки и факторы, способствующие их озлокачествлению. Диагностика и лечебная тактика
27. Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз). Тактика диагностики и лечения
28. Доброкачественные опухоли
29. Злокачественные опухоли нервной системы
30. Злокачественные опухоли почек
31. Герминогенные опухоли. Особенности диагностики и лечения
32. Меланома кожи. Особенности роста и метастазирования. Принципы диагностики и лечения
33. Злокачественные опухоли мягких тканей. Принципы диагностики и лечения
34. Злокачественные опухоли костей. Особенности клиники, диагностики и лечения
35. Лучевая терапия (возможности различных методов лучевой диагностики, оценка симптомов поражения органов при онкологических заболеваниях)
36. Гистологические формы ЛГМ, частота встречаемости
37. Клинические проявления лимфогранулематоза - локальные, общие. Классификация
38. Методы диагностики неходжкинских лимфом и лимфогранулематоза. Очередность методов
39. Гистологические формы неходжкинских лимфом. Особенности течения
40. Клиника неходжкинских лимфом
41. Принципы лечения лимфогранулематоза и неходжкинских лимфом
42. Дифференциальная диагностика лимфаденопатий
43. Клиника опухоли Вильмса, особенности течения заболевания
44. Методы диагностики опухолей почек
45. Принципы лечения опухоли Вильмса, прогноз
46. Классификация опухолей брюшинного пространства. Диагностика
47. Клиника нейробластомы брюшинного пространства. Диагностика
48. Клиника опухолей надпочечников. Диагностика
49. Классификация опухолей молочных желез
50. Рак нижней губы, слизистой полости рта, кожи и меланома
51. Злокачественные новообразования у детей

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

В рамках освоения дисциплины предусмотрены: устный опрос, подготовка реферата, решение ситуационных задач.

Реферат – продукт самостоятельной работы, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемого вопроса, приводит различные точки зрения, а также собственное понимание проблемы.

Реферат состоит из:

- ✓ введения;
- ✓ основной части – обобщенное и систематизированное изложение темы на основе литературных источников;
- ✓ заключения или выводов;
- ✓ перечня использованных литературных источников (отечественных и иностранных).

Объем реферата – 10-15 страниц машинописного текста или 18-20 страниц рукописи. Текст должен быть напечатан или написан только на одной стороне листа с полями: слева – 3 см, справа – 1 см, сверху и снизу – 2,5 см. Каждый лист, таблица и рисунок должны иметь сквозную нумерацию арабскими цифрами. Работа должна быть сброшюрована.

Указатель литературы должен содержать не менее 10 источников: пособия, справочники, монографии, периодические издания, страницы в Интернете и т.д. Использованные источники располагаются в алфавитном порядке. В тексте обязательны ссылки на использованные источники, представляющие собой номер источника в списке литературы в квадратных скобках.

Максимальное количество баллов, которое может набрать обучающийся в течение семестра за различные виды работ – 70 баллов.

Формой промежуточной аттестации является зачет. Зачет проходит в форме устного собеседования по вопросам.

Шкала оценивания зачета

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	30
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	20
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	10
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к	0

коррекции ответа.	
-------------------	--

Итоговая шкала по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа обучающегося в течение всего срока освоения дисциплины, а также оценка по промежуточной аттестации.

Баллы, полученные обучающимися в течение освоения дисциплины	Оценка в традиционной системе
41-100	«зачтено»
0-40	«не зачтено»