

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 24.10.2024 14:21:41
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bff679172803da5b7b559min

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ
Государственное образовательное учреждение высшего образования
Московской области
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОБЛАСТНОЙ УНИВЕРСИТЕТ
(МГОУ)

Кафедра терапии

УТВЕРЖДЕН
на заседании кафедры
Протокол от «01» 02 2022г. №..¹
Зав. кафедрой
 Палеев Ф.Н.

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по учебной дисциплине

Онкология, лучевая терапия

Специальность 31.05.01 – Лечебное дело

Мытищи
2022

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

УК-1. Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий.	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
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-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
УК-1	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: методы диагностического поиска, анализа и обобщения информации в области онкологии и лучевой терапии; основные принципы системного подхода при решении клинических задач. Уметь: находить оптимальный алгоритм обследования и лечения онкологического пациента.	Текущий контроль: реферат, устный опрос, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, решения ситуационных задач
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: методы диагностического поиска, анализа и обобщения информации в области онкологии и лучевой терапии; основные принципы системного подхода при решении клинических задач. Уметь: находить оптимальный алгоритм обследования и лечения онкологического пациента.	Текущий контроль: реферат, устный опрос, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, решения ситуационных задач

			Владеть: методологией установления правильного диагноза на основе анализа данных обследования, а также назначения корректной схемы лечения на основе персонифицированного подхода к пациенту с учетом его индивидуальных и возрастных особенностей.		
ОПК-4	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий. Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).	Текущий контроль: реферат, устный опрос, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, решения ситуационных задач
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий. Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.). Владеть: навыками использования хирургического инструментария.	Текущий контроль: реферат, устный опрос, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, решения ситуационных задач
ОПК-7	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств в онкологии. Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения	Текущий контроль: реферат, устный опрос, решение ситуационных задач	Шкала оценивания устного опроса, реферата, решения ситуационных

			оперативных вмешательств.	Промежуточный контроль: экзамен	задач
	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств в онкологии. Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств. Владеть: техникой выполнения основных общехирургических оперативных вмешательств.	Текущий контроль: реферат, устный опрос, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, решения ситуационных задач

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? Поток 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 гипоксиррадиотерапии
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? Внутрипросветная 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-ареоларной 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. Perrectum: 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 нижнеампулярном 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. 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? 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. 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. 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. Perrectum: 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 забрюшинного пространства. Диагностика
- 32.Клиника нейробластомы забрюшинного 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.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

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 профилактики 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 озлокачиванию. 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 забрюшинного пространства. Диагностика
- 47.Клиника нейробластомы забрюшинного пространства. Диагностика
- 48.Клиника опухолей надпочечников. Диагностика
- 49.Классификация опухолей молочных желез
50. Рак нижней губы, слизистой полости рта, кожи и меланома

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

Для оценки формирования компетенций используется рейтинговая система оценки успеваемости и качества знаний студентов.

Успешность освоения студентом дисциплины в семестре оценивается по 100 балльной шкале итоговым баллом по дисциплине. При наличии экзамена максимальный семестровый рейтинговый балл равен 60, минимальный экзаменационный рейтинговый балл равен 40.

Учебный рейтинг формируется из следующих составляющих:

- посещение учебных занятий (максимум 20 баллов)
- результаты освоения каждой темы учебной дисциплины, текущий контроль выполнения самостоятельной работы по данным опроса, рефератов и докладов по результатам изучения учебных пособий и пр., выполнения практических заданий, тестирования, (40 баллов);
- выполнения лабораторных заданий (10 баллов);
- промежуточная аттестация (зачет) (20 баллов);
- промежуточная аттестация (экзамен) (30 баллов).

Посещение учебных занятий оценивается накопительно, следующим образом: максимальное количество баллов, отводимых на учет посещаемости, делится на количество занятий по дисциплине. Полученное значение определяет количество баллов, набираемых студентом за посещение одного занятия.

Оценка за посещение учебных занятий (ПУЗ) определяется по следующей формуле:

$$\text{ПУЗ} = 20 \frac{n}{N},$$

где n – количество учебных занятий, в реализации которых участвовал студент,

N – количество учебных занятий по плану.

Текущий контроль успеваемости обучающихся предполагает систематическую проверку теоретических знаний обучающихся, выполнения ими проектных заданий в соответствии с учебной программой. Текущий контроль (ТК) по освоению учебных модулей дисциплины в течение семестра предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\text{ТК} = 40 \frac{v+uz}{B+UZ},$$

где B, UZ – количество контрольных вопросов и заданий по учебному плану,

v, uz – количество вопросов и заданий, на которые ответил и выполнил студент.

Творческий рейтинг выставляется за выполнение домашних (самостоятельных) заданий различного уровня сложности (подготовка проектных заданий, презентаций, рефератов и других видов работ). Творческий рейтинг (ТР) предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\text{ТР} = 30 \frac{пз+реф}{ПЗ+РЕФ},$$

Где $ПЗ, РЕФ$ – количество проектных заданий и рефератов по учебному плану,

$пз, реф$ – количество проектных заданий и рефератов, которые студент выполнил.

Итоговая аттестация проводится в соответствии с расписанием в экзаменационную сессию.

Результаты аттестации (РА) студента за семестр, рассчитываются по следующей формуле:

$$\text{РА} = \text{ПУЗ} + \text{ТК} + \text{ТР}$$

Методические рекомендации к практическим занятиям

Практические занятия – метод репродуктивного обучения, обеспечивающий связь теории и практики, содействующей выработке у студентов умений навыков применения знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельной деятельности.

Практические занятия проходят по двум направлениям: теоретическому и практическому. Теоретическое направление связано с обсуждением устных сообщений, подготовленных студентами по определенным темам. Практическое направление связано с выполнением лабораторных работ.

Подготовка выступлений проводится по единому плану, данному в теме. Сообщения на занятии могут делать все участники подготовки или отдельные студенты.

Деятельность студентов оценивается по следующим показателям:

1. Качество доклада, его полнота. Содержательность, соответствие приведенному плану, самостоятельность и критичность студенческих оценок, убедительность и грамотность речи докладчика.
2. Качество презентации, ее наглядность, полнота, но в то же время лаконичность.
3. Обоснованность и убедительность ответов на вопросы слушателей.
4. Участие в дискуссии, глубина и содержательность вопросов подгруппам студентов, выполнявших задания по другим электронным пособиям.

На лабораторных учебных занятиях студенты наблюдают и исследуют гигиенические условия занятий физической культурой и спортом, изучают устройство и принцип действия измерительной аппаратуры.

Методические рекомендации по подготовке рефератов

Подготовка и написание работы по дисциплине имеет целью углубить, систематизировать и закрепить полученные студентами теоретические знания в области изучаемого предмета, систематизировать навыки применения теоретических знаний. Написание реферата позволяет закрепить приобретаемые студентами умения поиска необходимой информации, быстрого ориентирования в современной классификации источников. Оно инициирует стремление к повышению скорости чтения, выработке адекватного понимания прочитанного, выделение главного и его фиксации – составлению конспекта.

Структурными элементами реферата являются: 1) титульный лист; 2) оглавление; 3) введение; 4) основная часть; 5) заключение; 6) список использованных источников; 7) приложения.

Содержание оглавления включает введение, наименование всех глав, разделов, подразделов, пунктов (если они имеют наименование) и заключение с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти элементы реферата.

Введение должно содержать оценку современного состояния решаемой проблемы. Во введении должны быть показаны актуальность темы, цели и задачи, которые будут рассматриваться в реферате, а также методы, которыми воспользовался студент для изучения избранной им проблемы. Во введении должны быть указаны структура работы и литературные источники, используемые автором в работе.

Основную часть реферата следует делить на главы или разделы. Разделы основной части могут делиться на пункты и подразделы. Пункты, при необходимости, могут делиться на подпункты. Каждый пункт должен содержать законченную информацию.

Заключение должно содержать:

- выводы по результатам выполненной работы;
- список использованных источников.

Сведения об источниках приводятся в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1. – 2013

Качество реферата оценивается: по его структуре, полноте, новизне, количеству используемых источников, самостоятельности при его написании, степени оригинальности и инновационности предложенных решений, обобщений и выводов, а также уровень доклада (акцентированность, последовательность, убедительность, использование специальной терминологии) учитываются в системе балльно-рейтингового контроля.

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студента, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студента).

Государственным стандартом предусматривается 50% часов из общей трудоемкости дисциплины на самостоятельную работу студентов (далее СРС).

Формы самостоятельной работы студента разнообразны. Они включают в себя:

- изучение и систематизацию официальных государственных документов - законов, постановлений, указов, нормативно-инструкционных и справочных материалов с использованием информационно-поисковых систем глобальной сети "Интернет";
- изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
- подготовку докладов и рефератов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ;
- участие в работе студенческих конференций, комплексных научных исследованиях.

Самостоятельная работа приобщает студента к научному творчеству, поиску и решению актуальных современных проблем.

Цели и основные задачи СРС

Целью самостоятельной работы студента является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студента способствует развитию его самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студента;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студента: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании выпускной квалификационной работы, для эффективной подготовки к итоговым зачетам и экзаменам.

Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- написание рефератов;
- подготовка к семинарам и лабораторным работам, их оформление;

- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по отраслям знаний (педагогических, психологических, методических и др.);
- подготовка рецензий на статью, пособие;
- выполнение микроисследований;
- подготовка практических разработок;
- выполнение домашних заданий в виде индивидуальных работ по отдельным разделам содержания дисциплины и т.д.;
- текущий самоконтроль и контроль успеваемости на базе электронных обучающих и аттестующих тестов.

Основными видами самостоятельной работы студента с участием преподавателей являются:

- текущие консультации;
- прием и разбор индивидуальных заданий (в часы практических занятий);
- прием и защита лабораторных работ (во время проведения л/р);
- выполнение учебно-исследовательской работы (руководство, консультирование и защита УИРС).

Организация СРС

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студента обеспечивают: факультет, кафедра, преподаватель, библиотека.

В процессе самостоятельной работы студент приобретает навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем в соответствии с Федеральными Государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по данной дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

Студент может сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого ФГОС ВПО по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;

- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студента планируется студентом самостоятельно. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

Основной формой самостоятельной работы студента является изучение содержания конспектов лекций, их дополнение материалами рекомендованной литературы, активное участие на практических и семинарских занятиях.

Адекватная самооценка знаний, своих достоинств, недостатков - важная составляющая самоорганизации человека, без нее невозможна успешная работа по управлению своим поведением, деятельностью. Одна из основных особенностей обучения заключается в том, что постоянный внешний контроль заменяется самоконтролем, активная роль в обучении принадлежит уже не столько преподавателю, сколько студенту.

Распределение баллов по видам работ для очной формы обучения

Название компонента	Распределение баллов
Посещение учебных занятий	до 10
Письменный опрос	до 100
Устный опрос	до 100
Доклад	до 100
Реферат	до 100
Тестирование	до 100
Решение ситуационных задач	до 100
Зачет	до 100
Экзамен	до 100

Шкала оценки посещаемости

Посещение учебных занятий	Баллы
Регулярное посещение занятий	8-10 баллов
Систематическое посещение занятий, единичные пропуски по уважительной причине.	4-7 баллов
Нерегулярное посещение занятий	1-3 баллов
Регулярные пропуски	0 баллов

Шкала оценки устного опроса студента

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	80-100 баллов

вопросы, отстаивать собственную точку зрения.	
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.	60-89 баллов
низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.	30-59 баллов
отсутствие активности на практических занятиях, студент показал незнание материала по содержанию дисциплины.	0-29 балла

Шкала и критерии оценки решения ситуационных задач

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.	80-100 баллов
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.	60-89 баллов
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.	30-59 баллов
неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, неумение оказать неотложную помощь.	0-29 балла

Шкала и критерии 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 отвечать на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	80-100 баллов

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	60-89 баллов
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	30-59 баллов
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.	0-29 балла

Шкала оценивания ответов на экзамене

Критерий 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.	80-100 баллов
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.	60-89 баллов
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, исправленные с помощью преподавателя.	30-59 баллов
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые	0-29

ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	балла
---	--------------

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 по текущему контролю и промежуточной аттестации	Оценка в традиционной системе	
81-100	«5» (отлично)	«Зачтено»
61-80	«4» (хорошо)	«Зачтено»
41-60	«3» (удовлетворительно)	«Зачтено»
0-40	«2» (неудовлетворительно)	«Незачтено»