

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ/ПРАКТИКЕ**

**ОНКОЛОГИЯ**

Научная специальность: 4.01.12 – Онкология

Кафедра: ОНКОЛОГИИ, ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Форма обучения: \_\_\_\_\_ очная \_\_\_\_\_

Нижний Новгород  
2022

## 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «ОНКОЛОГИЯ» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «ОНКОЛОГИЯ». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

## 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1-60	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи №1-30	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Доклад	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы	Темы докладов, сообщений
4	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины

## 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

(Этот пункт не заполнять, но не удалять)

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	--------------------

код и наименование формируемой компетенции			

**\* - не предусмотрены для программ аспирантуры**

#### **4. Содержание оценочных средств текущего контроля**

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: собеседования, докладов, решения ситуационных задач и тестирования.

Оценочные средства для текущего контроля.

##### **Темы докладов, сообщений:**

1. Подходы к терапии метастатической или неоперабельной меланомы кожи, ассоциированной с мутацией в гене BRAF
2. Лечение метастатического рака предстательной железы
3. Подходы к лечению BRCA мутированного рака поджелудочной железы.
4. Каstrationно-рефрактерный рак предстательной железы. Современные возможности терапии.
5. Рак гортани. Морфология. Клиника и диагностика с учетом локализации опухолевого процесса
6. Адьювантная ХТ первичного рака яичников
7. Висмодегид в лечении метастатического и нерезектабельного базальноклеточного рака кожи
8. Послеоперационная лучевая терапия в режиме "буст" рака молочной железы
9. Лечение метастатического рака молочной железы с мутацией PIK3CA
10. Химиотерапия трижды негативного рака молочной железы
11. Герминогенные опухоли яичников
12. Лечение рака желудка с положительным HER2 статусом
13. Циркулирующая опухолевая ДНК - ещё один шаг к персонализированной медицине онкологических больных
14. Лечение несеминомных герминогенных опухолей
15. Терапия диссеминированного колоректального рака
16. Операция по Несбиту и Уоллису при раке мочевого пузыря- выбор хирурга
17. Стандарты диагностики рака молочной железы
18. Клинический случай индукционной химиотерапии в лечении впч + рака ротоглотки
19. Стандарты диспансерного наблюдения за пациентами со злокачественными НО кожи
20. Клинический случай применения препарата энзалутамид при МРПЖ
21. Химиоэмболизация при НМРЛ
22. Паллиативный курс лучевой терапии рака тела матки III ст, осложнённый кровотечением.

##### **Вопросы для собеседования по темам/разделам дисциплины:**

1. Структура заболевания злокачественными опухолями. Формирование групп диспансерного наблюдения. Работа ПОК.

2. Статистика заболеваемости раком пищевода. Факторы, способствующие возникновению злокачественных новообразований пищевода. Предраковые заболевания пищевода, диагностика и лечение.
3. Классификация рака молочной железы: классификация TNM, группировка по стадиям, морфологическая классификация, иммуногистохимическая классификация.
4. Предопухолевые заболевания кожи. Диагностика и лечение.
5. Структура онкологической службы. МСЭК.
6. Химиотерапия злокачественных опухолей. Место химиотерапии в лечении онкологических больных.
7. Классификация рака желудка по стадиям. Выбор метода лечения в зависимости от стадии.
8. Методы лечения рака прямой кишки.
9. Функции онкологического диспансера, ПОК.
10. Классификация методов лечения онкологических больных - хирургический, комбинированный, комплексный. Показания.
11. Рак почки. Диагностика и методы лечения в зависимости от морфологического типа и стадийности.
12. Методы лечения рака легкого. Прогноз.
13. Методы лечения рака щитовидной железы.
14. Рак молочной железы. Диагностика. Методы лечения.
15. Классификация рака простаты.
16. Методы лечения рака шейки матки
17. Методы лечения опухолей яичников
18. Диагностика и лечение опухолей слизистых.
19. Диагностика и лечение рака кожи
20. Диагностика и лечение меланомы.

#### 4.4. Задания (оценочные средства), выносимые на **экзамен/зачет**

##### **Ситуационные задачи:**

##### **Задача №1**

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Пациентка 45 лет обратилась за медицинской помощью с жалобами на резкую боль при дефекации, сопровождающаяся примесью алой крови, эпизодически недержание стула. Данные жалобы беспокоят в течении последних 6 месяцев, лечилась самостоятельно – без эффекта. При осмотре и дополнительном обследовании выявлены следующие изменения: РРС - опухоль анального канала размером 4 см, опухолевый рост начинается сразу от анодермальной линии, ограниченно подвижный, пальцевое исследование резко болезненное. Гистология – плоскоклеточный неороговевающий рак. ФКС – ободочная кишка осмотрена полностью – без патологии, в анальном канале опухоль с контактной кровоточивостью, занимает весь анальный канал. МРТ органов малого таза – опухоль анального канала, размером 4см, прорастающая все стенки кишки, без врастания в окружающие ткани. УЗИ паховых л/у – патологических изменений паховых л/у не выявлено. КТ органов брюшной полости и грудной клетки – признаков диссеминации не выявлено. Показатели анализов крови и мочи в пределах нормы.</p>

В	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	рак анального канала T2N0M0, 2ст.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	диагноз рак анального канала установлен на основании проведённого обследования: РРС, МРТ ОМТ – размер опухоли 4см и её расположение в анальном канале, отсутствие врастания в окружающие ткани, результат гистологического исследования – плоскоклеточный неороговевающий рак, данные КТ ОБП и ГК, УЗИ паховых л/у – признаков диссеминации нет
В	Какой план лечения в данной ситуации наиболее верный?
Э	первым этапом целесообразно провести курс химиолучевой терапии на опухоль и зоны регионарного метастазирования с последующей оценкой лечебного патоморфоза. При регрессе опухоли более чем на 50%, продолжить курс химиолучевой терапии. При неэффективности проведённого курса необходимо выполнить брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки
В	После проведённого химиолучевого лечения опухоль полностью регрессировала. Больной предложено динамическое наблюдение. Верно ли данное решение?
Э	при полном лучевом патоморфозе целесообразности в проведении брюшно-промежностной операции нет. Необходимо тщательное регулярное обследование пациента для выявления раннего рецидива и метастазирования.
В	Через 1 год после проведённого лечения у пациента верифицированы локальный рецидив размером 1,5 см и диссеминация в паховые л/у справа. Признаков другой отдалённой диссеминации нет. Предложено оперативное лечение в объёме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки и операция Дюкена справа. Верна ли данная тактика?
Э	При появлении рецидива и диссеминации в регионарные л/у после проведённого ранее химиолучевого лечения целесообразности в возобновлении лучевой терапии нет, необходим хирургический компонент в лечении.

## Задача №2

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Пациентка 75 лет обратилась за медицинской помощью с жалобами на резкую боль при дефекации, частые прямокишечные кровотечения, постоянное недержание стула. Данные жалобы беспокоят около года, лечилась самостоятельно – без эффекта. При осмотре и дополнительном обследовании выявлены следующие изменения: при наружном осмотре обращает на себя внимание наличие опухоли анального канала по типу «цветной капусты», кровоточащей, занимающей всю полость канала, пальцевое исследование резко болезненное, тонус наружного сфинктера отсутствует. От РРС и ФКС больная отказалась. Гистология – плоскоклеточный неороговевающий рак. МРТ органов малого таза – опухоль анального канала, размером 6см, прорастающая все стенки кишки, без врастания в окружающие ткани. УЗИ

	паховых л/у – патологических изменений паховых л/у не выявлено. КТ органов брюшной полости и грудной клетки – признаков диссеминации нет. Консультация гинеколога – стенки влагалища не инфильтрированы, признаков врастания опухоли нет. Показатели анализов крови и мочи без выраженных патологических сдвигов.
В	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	рак анального канала Т3N0M0, II ст.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	диагноз рак анального канала установлен на основании проведённого обследования: осмотра больной, МРТ ОМТ – размер опухоли 6см и её расположение в анальном канале, отсутствие врастания в окружающие ткани, разрушение сфинктерного аппарата, результат гистологического исследования – плоскоклеточный неороговевающий рак, данные КТ ОБП и ГК, УЗИ паховых л/у – признаков диссеминации нет.
В	Какой план лечения в данной ситуации наиболее верный?
Э	Первым этапом целесообразно выполнить операцию в объёме двустольной сигмостомии, затем провести курс химиолучевой терапии на опухоль и зоны регионарного метастазирования с последующей оценкой лечебного патоморфоза. При регрессе опухоли более чем на 50%, продолжить курс химиолучевой терапии. При неэффективности проведённого курса необходимо выполнить брюшно-промежностную экстирпацию прямой кишки.
В	После проведённого химиолучевого лечения опухоль полностью регрессировала. Больной предложено ликвидировать сигмостому. Верно ли данное решение?
Э	При полном ответе опухоли целесообразности в проведении брюшно-промежностной операции нет. Необходимо тщательное регулярное обследование пациента для выявления раннего рецидива и метастазирования. Для ликвидации сигмостомы необходимо убедиться в сохранности функции сфинктерного аппарата анального канала, при его работоспособности возможно закрытие сигмостом.
В	Через 3 года после проведённого лечения у пациента верифицированы локальный рецидив размером 1см и диссеминация в паховые л/у справа. Кроме того, по данным КТ ОБП с контрастированием определяются множественные метастазы в обеих долях печени до 3см в диаметре. При КТ органов грудной клетки определяются очаги в обоих лёгких, размером до 8 мм, подозрительные в отношении метастазов. Предложено проводить полихимиотерапию. Верна ли данная тактика?
Э	Учитывая диссеминированный характер процесса, пациентке необходимо проводить лекарственное лечение.

### Задача №3

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ</b>
---	---

<b>ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>	
У	Пациент 55 лет обратился за медицинской помощью с жалобами на частый стул небольшими порциями, отметил похудание на 5 кг. Данные жалобы беспокоят в течении последних 6 месяцев. Лечился у терапевта, обследование кишечника не предлагалось. Консультирован онкологом. При осмотре и дополнительном обследовании выявлены следующие изменения: пальцевое исследование – патологии не определяется, РРС – на уровне 10 см от ануса определяется циркулярно-суживающая просвет кишки опухоль. Гистология – умеренно-дифференцированная аденокарцинома. ФКС – ободочная кишка осмотрена полностью – опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки, циркулярно-суживающая до 1см просвет кишки. КТ органов брюшной полости и грудной клетки – признаков диссеминации не выявлено. При пальпации живота патологических образований не определяется. Лабораторные показатели крови и мочи без выраженных патологических сдвигов.
В	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	По результатам проведённого обследования установлен следующий диагноз: рак ректосигмоидного отдела толстой кишки Т3NхM0, стадия.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	диагноз рак ректосигмоидного отдела толстой кишки Т3NхM0 установлен на основании проведённого обследования: осмотра больного, данных РРС, ФКС, гистологического исследования биопсийного материала, данные КТ ОБП и ОГК позволяют исключить отдалённую диссеминацию
В	Какой план лечения в данной ситуации наиболее верный?
Э	первым этапом целесообразно выполнить операцию в объёме лапароскопической передней резекции прямой кишки, затем по результатам проведённого патоморфологического исследования удалённого препарата установить окончательную стадию опухолевого процесса и определиться с показаниями к проведению химиотерапевтического лечения
В	На 5-е сутки послеоперационного периода у больного появились боли в нижних отделах живота, лихорадка с ознобом до 38,7С, слабость, отделяемое мутного характера по дренажу из малого таза около 350мл/сут, в лабораторных анализах крови лейкоцитоз до 13,2х10 <sup>6</sup> /л. При осмотре больной малоподвижен, язык сухой, обложен серым налётом, черты лица заострены, живот вздут, сомнительные симптомы раздражения брюшины по левому флангу, перистальтика вялая, АД – 110/80 мм.рт.ст., ЧСС – 88 в мин. Заподозрена несостоятельность межкишечного анастомоза. Больному предложена экстренная лапаротомия, ревизия брюшной полости и формирование трансверзостомы. При лапаротомии выявлены следующие патологические изменения: признаков разлитого перитонита нет, петли толстой кишки раздуты, в малом тазу умеренное количество (до 300мл) мутной серого цвета жидкости, фибрин, область анастомоза в инфильтрате при его разделении выявлен дефект левой боковой стенки анастомоза диаметром 5мм. Выполнена санация брюшной полости, установлено дополнительно 2 дренажа в малый таз к анастомозу, сформирована

	двуствольная трансверзостома в левом подреберье. Согласны ли Вы с такой тактикой лечения?
Э	При формировании двуствольной трансверзостомы межкишечный анастомоз отключается от пассажа кала. При эффективной системе промывания дефекта анастомоза и адекватной антибиотикотерапии целесообразности в разобщении анастомоза нет, спустя 3-4 недели, как правило, свищевой ход закрывается, через 1,5-2 месяца выполняется проктография и РРС, при отсутствии дефекта анастомоза возможно выполнение колопластики
В	У больного при патоморфологическом исследовании выявлена диссеминация в два л/у 1 порядка. Больному показано проведение полихимиотерапии. С учётом наличия несостоятельности анастомоза решено воздержаться от её проведения до восстановления больного. Верна ли данная тактика?
Э	Полихимиотерапия замедляет процесс заживления тканей, увеличивает количество возможных осложнений, поэтому целесообразно её начать после заживления послеоперационной раны и ликвидации всех гнойно-воспалительных осложнений.

#### Задача №4

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Пациент 65 лет обратился за медицинской помощью на наличие болезненного гиперемированного уплотнения в околопупочной области передней брюшной стенки. В приёмном покое хирургической клиники по месту жительства заподозрено острое гнойное воспаление мягких тканей передней брюшной стенки, произведено вскрытие, после которого через сформированный свищевой ход стали отходить каловые массы.
В	Какова причина данного осложнения?
Э	Складывается впечатление о наличии опухоли поперечно-ободочной кишки, растущей в переднюю брюшную стенку с формированием наружного свища.
В	Какие диагностические мероприятия необходимо провести в данной ситуации?
Э	после вскрытия просвета кишки необходимо провести полное исследование кишечника для исключения опухолевого процесса: тотальная ФКС с биопсией опухоли, КТ органов брюшной полости и грудной клетки, ФГДС
В	При обследовании выявлены следующие патологические изменения: ФКС – на уровне с/з поперечно-ободочной кишки определяется опухолевый рост протяжённостью до 10 см. для эндоскопа проходим; гистология – низкодифференцированная аденокарцинома; КТ ОБП – опухоль поперечно-ободочной кишки, растущая в переднюю брюшную стенку, размером около 14 см, не исключается врастание в желудок; ФГДС – антральный отдел желудка инфильтрирован по большой кривизне, ограничен в подвижности, слизистая оболочка не изменена – больше данных за врастание опухоли извне; КТ ОГК – признаков диссеминации не определяется. Больному предложено оперативное вмешательство. Выполнена комбинированная



	резекция поперечно-ободочной кишки, дистальная резекция желудка по Бильрот-2 – Ру, резекция передней брюшной стенки. Верный ли выбран объём оперативного пособия?
Э	Учитывая распространённость опухолевого процесса, заинтересованность соседних анатомических структур и необходимость выполнения операции «en block», необходим именно данный объём операции. Формирование первичного межкишечного анастомоза оправдано при благоприятных условиях подготовки кишечника, минимальных воспалительных изменениях.
В	После заживления послеоперационной раны, больному предложено проведение 12 курсов адьювантной полихимиотерапии по схеме FOLFOX. Верно ли данное решение?
Э	Учитывая распространённость опухолевого процесса именно проведение ПХТ по данной схеме показывает хорошую безрецидивную выживаемость
В	Через 2 года после проведённого лечения в послеоперационном рубце передней брюшной стенки реализовался солитарный метастаз размером 2см. Признаков другой диссеминации не выявлено. Больному предложено иссечь метастатический очаг с последующим проведением ПХТ. Верна ли данная тактика?
Э	Солитарные метастатические очаги подлежат хирургическому удалению. Последующее проведение полихимиотерапии значительно снижает риск прогрессирования заболевания.

#### Задача №5

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Больную 36 лет в течении 3-х месяцев беспокоят эпизодические примеси алой крови с калом. Проведено обследование: пальцевое исследование – на 5 см от ануса пальпируется опухоль размером около 2см, подвижная без инфильтрации подлежащих тканей; РРС – блюдцеобразная опухоль на 1см выше внутреннего сфинктера диаметром 2см. без признаков кровотечения; гистология – высокодифференцированная аденокарцинома; ФКС – рак нижне-ампулярного отдела прямой кишки 2см в диаметре на 5 см от ануса, 2 полипа нисходящего отдела ободочной кишки на широком основании до 1см в диаметре и 2 полипа восходящего отдела ободочной кишки на широком основании до 1 см в диаметре; гистология из полипов идентичная – ворсинчатая опухоль; МРТ органов малого таза – опухоль нижне-ампулярного отдела прямой кишки в 5 см от ануса без признаков врастания в мезоректум, 1 увеличенный л/у параректальной клетчатки с характеристиками метастатического поражения; КТ органов брюшной полости и грудной клетки – признаков диссеминации нет; уровень СА 19-9 и РЭА крови в пределах нормы.
В	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	рак нижне-ампулярного отдела прямой кишки T2N1M0, IIIA стадия.
В	С какого метода целесообразно начать лечение?

Э	С учётом молодого возраста больной, наличия высокодифференцированной опухоли небольших размером и глубины поражения кишечной стенки, а также возможность выполнения сфинктеросохранной операции, целесообразно начать лечение с курса неоадьювантой химиолучевой терапии
В	При выраженном лечебном патоморфозе опухоли, выявленном при морфологическом исследовании удалённого препарата, нужно ли снижать стадию опухолевого процесса у данного пациента?
Э	Стадия опухолевого процесса устанавливается до проведения лучевой терапии по данным проведённого обследования и вызванный лечебный патоморфоз не должен вызывать снижение стадии опухолевого процесса
В	Какое лечение необходимо проводить после оперативного лечения?
Э	С учётом имеющегося метастатического поражения регионарного л/у, молодого возраста больного и сфинктеросохранного объёма операции, показано проведение адьювантной полихимиотерапии
В	Как целесообразнее поступить с выявленными полипами ободочной кишки?
Э	При наличии полипов ободочной кишки они подлежат эндоскопическому удалению

#### Задача №6

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина, 56 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение полугода. Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией 2 ст в течение 6 лет, у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет установились сразу по 4 дня через 28 дней в умеренном количестве, родов двое, аборт один, постменопауза 6 лет. По поводу кровянистых выделений из влагалища на фоне менопаузы пациентке выполнено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание с гистероскопией, результат гистологии – умереннодифференцированная аденокарцинома. При гистероскопическом исследовании выявлена экзофитнорастущая опухоль дна матки размером 3 см в диаметре. При проведении МРТ исследования органов малого таза и брюшной полости данных за увеличение лимфоузлов не получено. Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме расширенной экстирпации матки с придатками. Результат гистологии - умереннодифференцированная аденокарцинома с инвазивным ростом в миометрии на 15 мм, при толщине последнего в данном месте 20 мм, перехода опухоли на истмическую часть матки и цервикальный канал нет. Придатки – возрастные изменения. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено.

В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак тела матки I B стадии (pT1bN0M0), 1-й патогенетический вариант.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса или неправильно определен патогенетический вариант заболевания
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз рак тела матки установлен на основании жалоб больной на кровомазание в менопаузе, данных анамнеза (кровянистые выделения в течение 6-ти месяцев). Установление стадии рака эндометрия основано на данных гистологического исследования материала в послеоперационном периоде. Патогенетический вариант заболевания определен по наличию сопутствующей патологии: АГ и ожирение.
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака или отсутствует или неверное обоснование патогенетического варианта
P0	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	Пациентке рекомендовано: для исключения возможности метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для проверки возможности проведения адъювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).
P2	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
P0	План дополнительного обследования составлен полностью не верно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано не верно.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая глубину инвазии опухоли в миометрии больше, чем на половину толщины миометрия необходимо проведение адъювантной лучевой терапии.
P2	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
P1	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.

P0	Тактика лечения выбрана неверно.
B	Через 6 месяцев после проведенного лечения появился кашель со скудным отделением слизистой мокроты. На контрольных снимках при проведении КТ исследования ОГК выявлена дополнительная тень размерами 2 см в верхней доле левого легкого. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что метастаз солитарный, размеры метастаза целесообразно рассмотреть возможности хирургического лечения в объеме верхней левой лобэктомии, или выполнения атипичной резекции левого легкого. При противопоказаниях к хирургическому лечению целесообразна химиотерапия. При необходимости химиотерапия может быть проведена в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
P2	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
P1	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №7

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение 12-ти месяцев, сопровождающиеся ноющими болями внизу живота больше слева. Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией в течение года. Акушерский анамнез: менархе с 11 лет. Роды одни, аборт один, менопауза 1 год. Пациентке проведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание с гистероскопией. При гистероскопическом исследовании выявлена экзофитно растущая опухоль трубного угла матки размером 1 см в диаметре. Результат гистологии – высокодифференцированная аденокарцинома. При проведении МРТ исследования органов малого таза и брюшной полости данных за вторичную лимфоаденопатию не получено. Выявлено увеличение левого яичника до размеров 4x5 см. Тумор яичника имеет мелкоячеистую структуру.</p> <p>Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме нижнесрединной лапаротомии, экстирпации матки с придатками, удаления большого сальника. Взяты смывы с висцеральной и париетальной брюшины. Результат гистологического исследования: высокодифференцированная аденокарцинома с инвазивным ростом в миометрий на 5 мм, при толщине последнего в данном месте 10 мм, перехода опухоли на истмическую часть и цервикальный канал нет. В лимфатических сосудах – опухолевые эмболы. Яичник № 1 – серозная цистаденома. Яичник № 2 – на поверхности капсулы опухолевые разрастания до 5 мм. Маточные трубы—склерозированы. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено. Злокачественных клеток в смывах из брюшной полости не</p>

	<p>получено. Опухоль эндометрия экспрессирует стероидные гормоны.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 38. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 80 уд. в мин., АД – 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза венозная – 5,8 ммоль/л; креатинин – 95 мкмоль/л, мочевины 3,8 ммоль/л.</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак тела матки III A стадии (pT3AN0M0), 1 патогенетический вариант. Киста левого яичника.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса или неправильно определен патогенетический вариант заболевания
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	<p>Диагноз рак тела матки установлен на основании жалоб больной на кровомазание в менопаузе, данных анамнеза (кровянистые выделения в течение 12-ти месяцев). Установление стадии рака эндометрия основано на данных гистологического исследования материала в послеоперационном периоде.</p> <p>Патогенетический вариант заболевания определен по наличию сопутствующей патологии: АГ и ожирения.</p>
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака или отсутствует или неверное обоснование патогенетического варианта
P0	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	<p>Пациентке рекомендовано: для исключения возможности метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для оценки возможности проведения адъювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы клинико-лабораторные исследования, данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).</p>
P2	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
P0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано

	неверно.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая стадию заболевания необходимо проведение нескольких курсов химиотерапии. Затем, учитывая глубину инвазии опухоли в миометрии больше, чем наполовину необходимо проведение лучевой терапии. После проведения лучевой терапии возможно продолжение химиотерапии.
P2	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
P1	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика лечения выбрана неверно.
В	Через 12 месяцев после проведенного лечения появились мажущие кровянистые выделения из вагины. При обследовании выявлена опухоль на передней стенке слизистой культи влагалища 1 см в диаметре. Опухоль плотно-эластичной консистенции, ограничена в подвижности. Инфильтрации в параметриях не определяется. На контрольных снимках при проведении МРТ исследования органов малого таза данных за вторичное поражение мочевого пузыря и прямой кишки не выявлено. При гистологическом исследовании опухоли - метастаз высокодифференцированной аденокарциномы эндометрия с инвазивным ростом 2 мм при толщине препарата 3 мм.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что метастаз во влагалище солитарный, размеры метастаза целесообразно рассмотреть возможность проведения брахитерапии – контактной лучевой терапии.
P2	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
P1	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №8

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 32 лет, обратилась к врачу с жалобами на контактные кровянистые выделения из влагалища в течение полугода, сопровождающиеся периодическими ноющими болями внизу живота. Из анамнеза известно, что пациентка страдает хроническим воспалением придатков матки в течение 5 лет. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет, родов 2, аборт 3.</p> <p>Пациентке проведена кольпоскопия с биопсией подозрительного участка шейки матки. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль задней губы шейки матки 4 см в диаметре. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 58 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. При проведении МРТ исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства данных за вторичную лимфоаденопатию не получено.</p> <p>Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме</p>

	<p>расширенной экстирпации матки с придатками (экстирпации матки с придатками и тазовая лимфаденэктомия). Сохранение яичников было нецелесообразным ввиду хронического воспалительного процесса придатков матки в анамнезе. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки IB2 стадии (pT1v2N0M0), эндометрий—фаза секреции. Придатки № 1 и № 2 – хронический сальпингооофорит. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, мочевины 3,8 ммоль/л, креатинин – 67 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак шейки матки I B 2 стадии (pT1v2N0M0).
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса.
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	<p>Диагноз рак шейки матки установлен на основании жалоб больной на контактные кровянистые выделения из вагины. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль задней губы шейки матки 4 см в диаметре. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 58 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. Установление стадии рака шейки матки основано на данных гистологического исследования материала в послеоперационном периоде.</p>
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака шейки матки.
P0	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	<p>Пациентке рекомендовано: для определения состояния смежных с маткой органов выполнение цистоскопии и ректороманоскопии. При плоскоклеточной карциноме – определение онкомаркера плоскоклеточного рака - уровня SCC в сыворотке крови. Для исключения возможности метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для проверки возможности проведения адьювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).</p>
P2	План дополнительного обследования составлен полностью верно.

P1	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано неверно.
P0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.
V	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая размеры опухоли шейки матки необходимо проведение адъювантного лечения после операции: сочетано-лучевой терапии (равномерного облучения малого таза и брахитерапии).
P2	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
P1	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика лечения выбрана неверно.
V	Через 18 месяцев после проведенного лечения появился кашель со скудным отделением слизистой мокроты. На контрольных снимках при проведении КТ исследования ОГК выявлена дополнительная тень размерами 4 см в верхней доле левого легкого. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что метастаз солитарный, размеры метастаза целесообразно рассмотреть возможности хирургического лечения в объеме верхней левой лобэктомии. При противопоказаниях к хирургическому лечению целесообразна химиотерапия при необходимости в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
P2	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
P1	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

#### Задача №9

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение года, сопровождающиеся ноющими болями внизу живота, на отсутствие менструации в течение 2-х месяцев. Из анамнеза известно, что у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет, роды одни, аборт пять.</p> <p>Пациентке проведена кольпоскопия с биопсией подозрительного участка шейки матки. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль шейки матки, распространяющаяся на верхнюю и среднюю треть влагалища, достигающая стенки таза с одной стороны. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 33 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. При проведении УЗИ органов малого таза выявлена беременность 7 недель. При МРТ исследовании</p>



	<p>органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства выявлено увеличение группы obturatorных и внутренних подвздошных лимфоузлов с обеих сторон. Выполнена экскреторная урография для оценки функции почек с обеих сторон.</p> <p>Пациентке был выработан консервативный план лечения: первым этапом лечения был проведена дистанционная лучевая терапия на область малого таза в СОД 40 Гр, РОД 2 Гр с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м. После спонтанного выкидыша продолжено проведение химиолучевой терапии: сочетано-лучевого лечения с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, мочевины 3,4 ммоль/л; креатинин – 97 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак шейки матки III B стадии (T3bN1M0), смешанная форма роста, влагалищно-параметральный вариант. Беременность 7 недель.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса.
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	<p>Диагноз рак шейки матки установлен на основании жалоб больной на контактные кровянистые выделения из вагины. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль шейки матки с распространением на верхнюю и среднюю треть вагины, инфильтрацией параметрия до стенки таза с одной стороны. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 33 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. Установление стадии рака шейки матки основано на данных ректовагинального осмотра, гистологического исследования материала и данных дополнительного обследования: УЗИ ОМТ, МРТ ОМТ и ОБП. Выполнена экскреторная урография, цистоскопия и ректороманоскопия.</p>
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака
P0	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	<p>Пациентке рекомендовано: для исключения возможного метастатического поражения легких выполнить КТ исследование органов грудной клетки. Для оценки возможности проведения адьювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных</p>

	метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).
P2	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
P1	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
P0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.
V	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая сочетание рака шейки матки и беременности, пациентке был выработан консервативный план лечения: первым этапом лечения был проведена дистанционная лучевая терапия на область малого таза в СОД 40 Гр, РОД 2 Гр с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м. После спонтанного выкидыша продолжено проведение химиолучевой терапии: сочетано-лучевого лечения с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м.
P2	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
P1	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика лечения выбрана неверно.
V	Через 8 месяцев после проведенного лечения появился отек правой ноги, боли внизу живота справа. При контрольном МРТ –исследовании выявлено прогрессирование заболевания в виде увеличения размеров опухоли шейки матки, конгломерата тазовых лимфоузлов справа, гидроуретер и гидронефроз. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что имеет место нарушение пассажа мочи справа, необходимо наложение нефростомы. Целесообразна химиотерапия при необходимости в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
P2	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
P1	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №10

Задача №2  
Задача №2  
Задача №11

И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	<p>Женщина, 32 лет, обратилась к врачу с жалобами на контактные кровянистые выделения из влагалища в течение полугода. Из анамнеза известно, что пациентка страдает хроническим воспалением придатков матки в течение 2 лет. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет, родов двое, аборт три. Пациентке проведена кольпоскопия с биопсией подозрительного участка шейки матки. При осмотре выявлен участок лейкоплакии задней губы шейки матки. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 серотипа. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки, инвазия 2 мм. При проведении МРТ - исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства данных за вторичную лимфоаденопатию не получено.</p> <p>Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме конизации шейки матки, выскабливание оставшейся части цервикального канала. В соскобе из цервикального канала обнаружены клетки рака, в удаленном конусе – инвазия плоскоклеточного рака 3 мм, присутствуют опухолевые эмболы и в кровеносных и в лимфатических сосудах. Учитывая риск поражения регионарных лимфоузлов пациентке была выполнена расширенная экстирпация матки с трубами, с транспозицией яичников (экстирпации матки с трубами и тазовая лимфаденэктомия). Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки I A 2 стадии (pT1a2N0M0), эндометрий—фаза секреции. Трубы № 1 и № 2 – хронический сальпингит. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 4,8 ммоль/л, мочевины 3,2 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак шейки матки IA2 стадии (pT1A2N0M0). Состояние после конизации шейки матки.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	<p>Диагноз рак шейки матки установлен на основании жалоб больной на контактные кровянистые выделения, при осмотре выявлена лейкоплакия задней губы шейки матки. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 серотипа. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки, инвазия 2мм. При проведении МРТ - исследования органов малого таза и брюшной полости</p>

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение года, сопровождающиеся ноющими болями внизу живота, на отсутствие менструации в течение 2-х месяцев.</p> <p>Из анамнеза известно, что у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет установились сразу по 4 дня через 26 дней в умеренном количестве, роды одни, аборт пять. Пациентке проведена кольпоскопия с биопсией подозрительного участка шейки матки. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль шейки матки, распространяющаяся на верхнюю и среднюю треть влагалища, достигающая стенки таза с одной стороны. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 33 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. При проведении УЗИ органов малого таза выявлена беременность 7 недель. При МРТ исследовании органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства выявлено увеличение группы obturatorных и внутренних подвздошных лимфоузлов с обеих сторон. Выполнена экскреторная урография для оценки функции почек с обеих сторон.</p> <p>Пациентке был выработан консервативный план лечения: первым этапом лечения был проведена дистанционная лучевая терапия на область малого таза в СОД 40 Гр., d=2 Гр. С радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м. После спонтанного выкидыша продолжено проведение химиолучевой терапии: сочетано-лучевого лечения с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м. При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, мочевины 3,4 ммоль/л; креатинин – 97 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак шейки матки III B стадии (T3vN1M0), смешанная форма роста, влагалищно-параметральный вариант. Беременность 7 недель.
	Диагноз поставлен верно.
В	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса.
Э	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз рак шейки матки установлен на основании жалоб больной на

	<p>контактные кровянистые выделения из вагины. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль шейки матки с распространением на верхнюю и среднюю треть вагины, инфильтрацией параметрия до стенки таза с одной стороны. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 33 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. Установление стадии рака шейки матки основано на данных ректовагинального осмотра, гистологического исследования материала и данных дополнительного обследования: УЗИ ОМТ, МРТ ОМТ и ОБП. Выполнена экскреторная урография, цистоскопия и ректороманоскопия.</p>
	<p>Диагноз обоснован верно.</p>
В	<p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака</p>
Э	<p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>
В	<p>Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.</p>
Э	<p>Пациентке рекомендовано: для исключения возможного метастатического поражения легких выполнить КТ исследование органов грудной клетки. Для оценки возможности проведения адьювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).</p>
	<p>План дополнительного обследования составлен полностью верно.</p>
И	<p>Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано неверно.</p>
У	<p>План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.</p>
В	<p>Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.</p>
Э	<p>Учитывая сочетание рака шейки матки и беременности, пациентке был выработан консервативный план лечения: первым этапом лечения был проведена дистанционная лучевая терапия на область малого таза в СОД 40 Гр., d=2 Гр. с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м. После спонтанного выкидыша продолжено проведение химиолучевой терапии: сочетано-лучевого лечения с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м.</p>

	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
В	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика лечения выбрана неверно.
В	Через 8 месяцев после проведенного лечения появился отек правой ноги, боли внизу живота справа. При контрольном МРТ –исследовании выявлено прогрессирование заболевания в виде увеличения размеров опухоли шейки матки, конгломерата тазовых лимфоузлов справа, гидроуретер и гидронефроз. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что имеет место нарушение пассажа мочи справа, необходимо наложение нефростомы. Целесообразна химиотерапия при необходимости в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
В	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В	
Э	

#### Задача №12

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 62 лет, при проведении планового медицинского осмотра на предприятии обратилась к врачу с жалобами на периодические ноющие боли внизу живота. Из анамнеза известно, что пациентка 20 лет назад лечилась по поводу хронического воспаления придатков. Акушерский анамнез: менархе с 11 лет, родов двое, аборт пять, менопауза с 49 лет. Пациентке проведено УЗИ органов малого таза и органов брюшной полости, забрюшинного пространства, выполнен анализ крови на онкомаркер СА-125, выполнены ФГС, колоноскопия. При проведении МРТ исследования органов малого таза выявлено увеличение левого яичника. В малом тазу и брюшной полости данных за вторичную лимфоаденопатию не получено. Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме лапаротомии, ревизии органов брюшной полости со срочным интраоперационным морфологическим исследованием опухоли яичника, взяты смывы с брюшины, биопсия брюшины со стенок малого таза. Выполнена экстирпация матки с придатками, тазовая лимфаденэктомия, удаление большого сальника. Результат гистологии – серозная карцинома яичника высокой степени злокачественности с врастанием в маточную трубу, стенку матки; в смывах из брюшной полости – клетки серозной карциномы. Инвазивный рост в миометрии на 10 мм, при толщине</p>

	<p>последнего в данном месте 1,5 см. Перехода опухоли на истмус и цервикальный канал нет. Яичник № 2 – белые тела. Маточная труба – хронический сальпингит. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено. В биоптатах брюшины со стенок малого таза опухоли не выявлено. Сальник – жировая ткань.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: СА -125 – 200 Ед/л, глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, мочевины -3,4 ммоль/л; креатинин – 121мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак яичников II С стадии (pT2cN0M0).
	Диагноз поставлен верно.
В	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса.
Э	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз рака яичников II С стадии (pT2cN0M0) установлен на основании данных интраоперационного морфологического исследования опухоли яичника, цитологического исследования смывов с брюшины, послеоперационного морфологического заключения.
	Диагноз обоснован верно.
В	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака.
Э	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	Пациентке рекомендовано: для исключения метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для оценки возможности проведения адьювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).
	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
И	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
У	План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая распространение опухоли яичника в пределах малого таза,

	выполнение оптимальной циторедуктивной операции, морфологический вариант заболевания, необходимо проведение адъювантной химиотерапии после операции: паклитаксел и карбоплатин (карбоплатин выбран, как менее нефротоксичный препарат по сравнению с цисплатином).
	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
В	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика лечения выбрана неверно.
В	Через 24 месяца после проведенного лечения появились головные боли, чувство онемения в левой кисти и левой стопе. На контрольных снимках при проведении КТ исследования головного мозга выявлена солитарная опухоль размерами 2 см в правой теменной доле. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что метастаз солитарный, размеры метастаза целесообразно рассмотреть возможности хирургического лечения. При абсолютных противопоказаниях к хирургическому лечению целесообразна химиотерапия при необходимости в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
В	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В	
Э	

### Задача №13

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 25 лет, обратилась к врачу с жалобами на схваткообразные боли внизу живота больше справа в течение 2-х суток. Из акушерского анамнеза известно, что пациентка страдает бесплодием. Менархе с 12 лет, родов 0, аборт 0, последняя менструация в текущем месяце. Пациентке проведено УЗИ органов малого таза, брюшной полости. Выявлено увеличение правых придатков до 5 см в диаметре. При проведении МРТ исследования органов малого таза и брюшной полости данных за вторичную лимфаденопатию не получено.</p> <p>Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме одностороннего удаления правых придатков, биопсия второго яичника. Результат гистологии – дисгерминома 1 А стадии (pTaNxM0). В ткани второго яичника элементов новообразования не выявлено. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот</p>



	мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: повышение АФП до 100 нг/мл (норма 8 нг/мл), повышение ЛДГ, ХГЧ до 1000 ед/л. Глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, мочевины 3,2 ммоль/л; креатинин – 61 мкмоль/л,
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Герминогенная опухоль правого яичника: дисгерминома 1 А стадии (p T1a Nx M0).
	Диагноз поставлен верно.
В	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса.
Э	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз герминогенная опухоль яичников установлен на основании жалоб больной на боли в области правых придатков. Установление стадии опухоли основано на данных гистологического исследования материала в послеоперационном периоде. У пациентки увеличены значения опухолевых маркеров.
	Диагноз обоснован верно.
В	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии опухоли.
Э	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	Пациентке рекомендовано: для исключения метастатического поражения легких и головного мозга необходимо КТ исследование органов грудной клетки и головного мозга. Выполнено обследование ЖКТ (ФГС, колоноскопия). Для оценки возможности проведения адьювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).
	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
И	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано неверно.
У	План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая одностороннее поражение придатков при данной патологии в большем проценте случаев, пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме одностороннего удаления правых придатков, биопсия второго яичника. Результат гистологии – дисгерминома 1 А стадии

	(p T1a Nx M0). В ткани второго яичника элементов новообразования не выявлено. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено. Учитывая особенности клинического течения дисгермином, необходимо проведение адьювантной химиотерапии по схеме ВЕР не менее 3-х курсов.
	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
В	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика лечения выбрана неверно.
В	Через 24 месяца после проведенного лечения при контрольном осмотре выявлен тумор малого таза до 10 см в диаметре. На контрольных МРТ снимках выявлен рецидив в области малого таза, повышение уровня опухолевых маркеров. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что метастаз в малом тазу больших размеров, целесообразно рассмотрение возможности проведения химиотерапии (схема ВЕР, TIP). При необходимости в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
В	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

#### Задача №14

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 53 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение полугода, сопровождающиеся периодическими ноющими болями внизу живота. Из анамнеза известно, что пациентка страдает АГ около 6 лет, у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет, родов 2, аборт 1, менопауза с 50 лет. Пациентке проведено обследование: при ректовагинальном осмотре выявлена опухоль верхней трети влагалища. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 серотипа. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак верхней трети влагалища с распространением на правую боковую стенку вагины, среднюю треть и на передний свод вагины. При бимануальном исследовании— имеется инфильтрация паракольпиев больше справа. Инфильтраты не достигают стенок таза. Инвазия опухоли на всю глубину биоптата - 5 мм. При проведении МРТ - исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства получены данные за вторичную лимфоаденопатию – увеличение группы правых obturatorных и внутренних подвздошных лимфоузлов.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией</p>

	аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, мочевины ммоль/л; креатинин – 81мкмоль/л,
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Диагноз рак верхней трети влагалища II стадии (T2N1M0) установлен на основании жалоб больной на контактные кровянистые выделения, при осмотре выявлена смешанно растущая опухоль верхней трети вагины. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 серотипа. Результат гистологии – инвазивный плоскоклеточный неороговевающий рак верхней трети вагины. При проведении МРТ - исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства получены данные за вторичную лимфоаденопатию.
	Диагноз поставлен верно.
В	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса
Э	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз рак верхней трети влагалища III стадии (T2N1M0) установлен на основании жалоб больной на контактные кровянистые выделения, при осмотре выявлена смешаннорастущая опухоль верхней трети вагины. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 серотипа. Результат гистологии – инвазивный плоскоклеточный неороговевающий рак в/3 вагины. При проведении МРТ - исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства получены данные за вторичную лимфоаденопатию.
	Диагноз обоснован верно.
В	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака
Э	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	Пациентке рекомендовано: для исключения метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для проверки возможности проведения адьювантного лечения в виде химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).
	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
И	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
У	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.

В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая распространенность процесса, глубину инвазии опухоли в подлежащие ткани, необходимо проведение химиолучевой терапии по радикальной программе. На данном этапе лечения оперативное лечение не показано.
	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
В	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика лечения выбрана неверно.
В	Через 6 месяцев после проведенного лечения появился кашель со скудным отделением слизистой мокроты. На контрольных снимках при проведении КТ исследования ОГК выявлена дополнительная тень размерами 2 см в верхней доле левого легкого. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что метастаз солитарный, размеры метастаза целесообразно рассмотреть возможности хирургического лечения в объеме верхней левой лобэктомии, или атипичную резекцию левого легкого. При противопоказаниях к хирургическому лечению целесообразна химиотерапия при необходимости в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
В	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
В	
Э	

#### Задача №15

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина, 66 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в области опухоли промежности, мажущие кровянистые выделения из опухоли в течение полугода. Из анамнеза известно, что пациентка страдает АГ около 16 лет, у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет, родов 2, аборт 5, менопауза с 50 лет. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 серотипа. Пациентке проведена вульвоскопия с биопсией. Результат гистологии – инвазивный плоскоклеточный неороговевающий рак правой большой половой губы с распространением на правую малую половую губу и на заднюю спайку до ануса. При проведении МРТ - исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства получены данные за вторичную лимфаденопатию поверхностных и глубоких паховых лимфоузлов. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы

	чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – от 70 до 98 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 7,2 ммоль/л, мочевины 4,5 ммоль/л; креатинин – 101мкмоль/л,
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак вульвы III стадии (T2N1M0) с локализацией опухоли в области большой половой губы.
	Диагноз поставлен верно.
В	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса или неправильно определен патогенетический вариант заболевания
Э	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз рак вульвы установлен на основании жалоб больной на боли в области промежности и данных клинического осмотра и гистологического исследования. Установление стадии рака вульвы основано на данных гистологического исследования материала.
	Диагноз обоснован верно.
В	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака
Э	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	Пациентке рекомендовано: для исключения метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для оценки возможности проведения химиотерапии и лучевой терапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС. Для выявления отдаленных метастазов выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ).
	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
И	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
У	План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая распространенность опухолевого процесса, глубину инвазии опухоли необходимо проведение химиолучевой терапии по радикальной программе.
	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
В	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.

Э	Тактика лечения выбрана неверно.
В	Через 12 месяцев после проведенного лечения появилась рецидивная опухоль на задней спайке. На контрольных МРТ снимках выявлена рецидивная опухоль до 2 см в диаметре. Результат гистологии—плоскоклеточный неороговевающий рак, инвазия 1 мм. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
Э	В данной ситуации, учитывая то, что метастаз солитарный, размеры метастаза и глубину инвазии целесообразно рассмотреть возможности хирургического лечения в объеме радикального оперативного вмешательства – радикальной вульвэктомии. При противопоказаниях к хирургическому лечению целесообразна химиотерапия при необходимости в сочетании с паллиативной лучевой терапией.
	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
В	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

#### Задача №16

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 38 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение месяца после выполнения медицинского аборта, сопровождающиеся ноющими болями внизу живота.</p> <p>Акушерский анамнез: менархе с 11 лет, родов 2, аборт 1, последняя менструация за 9 недель перед медицинским абортом. Пациентке проведено лечебно-диагностическое выскабливание с гистероскопией, результат гистологии – частичный пузырьный занос. При проведении МРТ исследования органов малого таза и брюшной полости данных за вторичную лимфоаденопатию не получено. Тело матки увеличено до 6-ти недельной беременности. Придатки—без особенностей.</p> <p>Менструальный цикл не восстановлен. Титр ХГ - 3000 мМЕ/мл. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет.</p> <p>Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: ХГЧ – 3000 мМЕ/мл. Глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, мочевины 3,8 ммоль/л; креатинин – 78 мкмоль/л.</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Частичный пузырьный занос
	Диагноз поставлен верно.
В	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценено распространение опухолевого процесса.
Э	Диагноз поставлен неверно.

В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз поставлен на основании жалоб пациентки на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение месяца после выполнения медицинского аборта, сопровождающиеся ноющими болями внизу живота; отсутствие менструаций. На основании результата гистологического исследования (частичный пузырьный занос), проведении дополнительных методов обследования при которых было выявлено увеличение матки, увеличение титра ХГ - 3000 мМЕ/мл.
В	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или неверное обоснование установления стадии рака.
Э	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
Э	Пациентке рекомендовано: еженедельное исследование сывороточного уровня бета-ХГ до получения 3-х последовательных отрицательных результатов, затем—ежемесячно до 6 месяцев, далее 1 раз в 2 месяца – следующие 6 месяцев. УЗИКТ ОМТ – через 2 недели после эвакуации пузырьного заноса, далее – ежемесячно до нормализации уровня ХГ. Для исключения возможности метастатического поражения легких необходимо КТ исследование органов грудной клетки. Для оценки возможности проведения химиотерапии необходимы данные о состоянии сердечно-сосудистой системы. Для получения этих данных необходима консультация терапевта, ЭКГ, ЭХО КС.
	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
И	Не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного назначенного метода обследования дано не верно.
У	План дополнительного обследования составлен полностью неверно. Обоснование назначения двух и более методов обследования дано неверно.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
Э	Учитывая возможность злокачественной трансформации частичного пузырьного заноса в 5% случаев, химиотерапия не проводится. Необходим тщательный мониторинг в течение года.
	Тактика лечения выбрана правильно и обоснована.
В	Тактика лечения выбрана правильно, но не обоснована или обоснована неверно.
Э	Тактика лечения выбрана неверно.

#### Задача №17

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---

У	Больной В. 45 лет, поступил с жалобами на слабость, снижение работоспособности, тупые, ноющие боли в эпигастральной области, чувство тяжести после еды, рвоту съеденной пищей. Болен в течение 2 месяцев, лечился самостоятельно - принимал но-шпу и анальгин. В первое время, после приема лекарств, боли беспокоили меньше. В последние дни участились рвоты. Потерял в весе около 10 кг.
В	Ваш предварительный диагноз?
Э	У больного, вероятно, рак желудка
	Диагноз поставлен верно.
В	Диагноз поставлен не полностью.
Э	Диагноз поставлен неверно.
В	Какие исследования целесообразно произвести для его подтверждения?
Э	Для подтверждения диагноза необходима контрастная рентгеноскопия желудка, гастроскопия с биопсией.
	Исследования для подтверждения диагноза названы верно.
В	Исследования для подтверждения диагноза названы верно, но не полностью.
Э	Исследования для подтверждения диагноза названы неверно.
В	Что, по Вашему мнению, имеет значение в определении тактики ведения (оперировать – не оперировать) больного?
Э	При верификации диагноза больному абсолютно показано оперативное лечение. Симптоматическое лечение в случае генерализации процесса.
	Выбрана верная тактика ведения больного.



И	Тактика выбрана не точно.
У	Тактика лечения указана полностью неверно.
В	Какой объем оперативного вмешательства вы предполагаете?
Э	Объем радикальной операции зависит от локализации опухоли в желудке – субтотальная резекция желудка, либо гастрэктомия.
	Выбран верный объем оперативного вмешательства.
В	Присутствуют неточности в указании объема оперативного вмешательства.
Э	Объем оперативного вмешательства выбран неверно.
В	Как может измениться ход операции в зависимости от находок в брюшной полости?
Э	При наличии неудалимой опухоли в выходном отделе желудка и признаков стеноза – показано наложение обходного гастроэнтероанастомоза. При выявлении отдаленных метастазов – эксплоративная лапаротомия.
	Варианты изменения хода операции указаны верно.
В	Варианты изменения хода операции указаны не полностью верно.
Э	Варианты изменения хода операции указаны неверно.

### Задача №18

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Больной 48 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, похудание, слабость, периодическое возникновение рвоты, отсутствие аппетита. На протяжении 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. Неоднократно лечился в стационарах и амбулаторно. В последние полгода отмечает резкое ухудшение состояния. За медицинской помощью обратился только сейчас. Анализ крови: эритроциты - $3,7 \times 10^{12}$ , Hb-96 г/л, лейкоциты - 6700 в мкл. Общий белок плазмы- 58 г/л.
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	У больного рак желудка на фоне длительного язвенного анамнеза.
	Диагноз установлен верно.
В	Диагноз установлен неточно.
Э	Диагноз установлен неверно.
В	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
Э	Диагноз необходимо дифференцировать с обострением язвенной болезни, с состоявшимся желудочно-кишечным кровотечением и язвенным стенозом выходного отдела желудка.
	Заболевания для проведения дифференциальной диагностики указаны верно.
В	Заболевания для проведения дифференциальной диагностики указаны верно, но с некоторыми неточностями.
Э	Заболевания для проведения дифференциальной диагностики указаны неверно.

В	Составьте план обследования больного.
Э	Для подтверждения диагноза необходима контрастная рентгеноскопия желудка, гастроскопия с биопсией, компьютерная томография органов брюшной полости и лапароскопия для оценки распространенности опухолевого процесса.
	План обследования указан правильно.
И	Метод обследования указан правильно, однако с неточностями.
У	Метод обследования указан полностью неверно.
В	Тактика лечения?
Э	Предоперационная подготовка - проведение инфузионной терапии, направленной на коррекцию водно-электролитных нарушений, коррекция анемии, парентеральное питание. Оперативное лечение.
	Выбрана верная тактика лечения.
В	Выбрана верная тактика лечения, допущены ошибки.
Э	Выбрана неверная тактика лечения.
В	Объем предполагаемого оперативного вмешательства в зависимости от локализации и распространенности процесса в желудке?
Э	Объем радикальной операции зависит от локализации опухоли в желудке – субтотальная резекция желудка, либо гастрэктомия. При наличии неудалимой опухоли в выходном отделе желудка и признаков стеноза – показано наложение обходного гастроэнтероанастомоза. При выявлении отдаленных метастазов – эксплоративная лапаротомия.
	Выбран верный объем оперативного вмешательства.
В	Указан верный объем оперативного вмешательства, но не полностью.

Э	Выбран неверный объем оперативного вмешательства.
---	---

### Задача №19

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	У больного 48 лет с гигантской каллезной язвой желудка (язвенной болезнью страдает на протяжении 11 лет с рецидивирующим течением) выявлена гистаминорефрактерная ахлоргидрия.
В	Ваша лечебная тактика?
Э	Больной нуждается в оперативном лечении. Показана противоязвенная терапия перед плановой операцией в рамках предоперационной подготовки.
	Тактика выбрана верно.
В	Тактика выбрана не полностью.
Э	Тактика выбрана неверно.
В	С чем необходимо дифференцировать язву желудка?
Э	Такая язва желудка требует дифференциальной диагностики с опухолями желудка.
	Предложен правильный вариант дифференциации.
В	Предложен неточный вариант дифференциации.
Э	Предложен неправильный вариант дифференциации.
В	Какой метод диагностики позволяет достоверно дифференцировать диагноз?

Э	Гастроскопия с биопсией краев язвы.
	Метод диагностики указан правильно.
И	Метод диагностики указан неточно.
У	Метод диагностики указан неверно.
В	Какое лечение показано данному больному?
Э	Лечение оперативное - показана резекция желудка.
	Выбрана верная тактика лечения.
В	Выбрана неточная тактика лечения.
Э	Выбрана неверная тактика лечения.
В	Каков прогноз в данном случае?
Э	Прогноз благоприятный, выздоровление и полное излечение от язвенной болезни желудка.
	Прогноз указан верно.
В	Прогноз указан неточно.
	Прогноз указан неверно.

Задача № 20

И	<p><b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b></p>
У	<p>Мужчина, 56 лет, обратился к врачу с жалобами на жидкий черный стул, периодическую рвоту цвета «кофейной гущи», похудение на 5 кг за месяц. Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия пациент отмечает в течение четырех месяцев, когда стал отмечать боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи, снижение аппетита, немотивированную слабость. Лечился самостоятельно, обезболивающие средства, фосфалюгель, омез. Курит (около 25 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 180 см, вес 69 кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно - звук ясный легочный. Аускультативно – дыхание везикулярное. ЧД – 15 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 78 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации немного болезненный в эпигастральном отделе, перитонеальных симптомов нет. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: <math>E_r - 4,1 \cdot 10^{12}/л</math>, <math>H_b - 90 г/л</math>, <math>Le - 6,2 \cdot 10^9/л</math>, <math>COЭ - 9 мм/ч</math>.</p> <p><b>ФГДС:</b> Желудочное кровотечение Forest 2b, инфильтративно-язвенный процесс антрального отдела желудка. Взята биопсия.</p> <p><b>Гистологическое исследование:</b> в препаратах преобладают фрагменты язвенного детрита, к ним прилегают микрофокусы низкодифференцированной аденокарциномы желудка.</p> <p><b>ФЛГ:</b> без патологических изменений</p> <p><b>УЗИ</b> органов брюшной полости: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, признаки хронического холецистита. Очаговой патологии не выявлено.</p>
В	<p>Предположите наиболее вероятный диагноз.</p>
Э	<p>Ст антрального отдела желудка инфильтративно-язвенная форма. T3N0M0. Желудочное кровотечение Forest 2b. Степень инвазии (T3) выставлена условно, т.к. не было эндоскопического УЗИ.</p>
P2	<p>Диагноз поставлен верно.</p>

P1	<p>Диагноз поставлен не полностью: неверно определена клиническая форма рака. <u>или</u> не указана или неверно определена локализация, стадия по TNM.</p>
P0	<p>Диагноз поставлен неверно.</p>
B	<p>Обоснуйте поставленный Вами диагноз.</p>
Э	<p>Диагноз рака желудка установлен на основании следующих данных. 1) Результаты гистологического исследования (обнаружение в биоптате клеток низкодифференцированной аденокарциномы). 2) Данные фиброгастроскопии (желудочное кровотечение F2b, инфильтративно-язвенный процесс антрального отдела желудка). 3) Данные анамнеза заболевания: постепенное начало заболевания, наличие симптомов желудочно-кишечного кровотечения (рвота «кофейной гущей», мелена) потеря массы тела. Боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи. 4). С учетом данных объективного осмотра (дефицит массы тела, бледность кожных покровов, болезненность в эпигастрии при пальпации живота) и лабораторных данных (анемия Hb 90 г/л ). Стадия по TNM выставлена условно исходя из инструментальных исследований, клинически исключая диссеминацию опухоли по лимфатическим узлам (УЗИ) и отсутствие отдаленных метастазов (ФЛГ, УЗИ.) Определение локализации процесса и клиническая форма рака основаны на данных эндоскопического обследования (ФГДС инфильтративно-язвенный процесс антрального отдела желудка).</p> <p>Диагноз желудочного кровотечения установлен на основании жалоб: рвота цвета «кофейной гущи», черный жидкий стул (мелена), данных объективного осмотра (бледность кожных покровов), данных лабораторного исследования (снижение гемоглобина крови до 90 гр/л). Данных эндоскопического исследования (желудочное кровотечение F2b – сверток крови на дне язвы)</p>
P2	<p>Диагноз обоснован верно.</p>
P1	<p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, неверно выставлена стадия по TNM <u>или</u> обоснование клинической формы, локализации, стадии процесса, дано неверно.</p>
P0	<p>Диагноз обоснован полностью неверно.</p>

В	Укажите, какой дополнительный метод инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	Пациенту необходимо: биохимический анализ крови для оценки протеинемии и прочих биохимических показателей крови (амилаза, трансаминазы, мочевины, билирубин, креатинин, глюкоза крови) проведение МРТ органов брюшной полости для исключения метастатического поражения лимфатических узлов и отдаленных метастазов, для чего желательны назначить и ПЭТ. Также целесообразно провести эндоскопическое УЗИ стенки желудка в зоне поражения и регионарных лимфатических узлов.
Р2	Методы дообследования указаны правильно и обоснованы верно.
Р1	Методы дообследования указаны правильно, но не обоснованы или обоснованы неверно.
Р0	Методы дообследования указаны неправильно.
В	Предложите лечение пациента. Обоснуйте свой выбор.
Э	Пациенту должна быть выполнена гастрэктомия с лимфодиссекцией Д2 после проведения предоперационной подготовки: гемостатическая терапия (этамзилат, транексам), инфузионная терапия для восстановления ОЦК. Коррекция гипопроteinемии (при наличии) и анемии. Выбор обоснован морфологической формой процесса (низкодифференцированная аденокарцинома), инвазией первичной опухоли в стенку желудка, впервые выявленным эпизодом желудочного кровотечения. После гистологической оценки операционного материала выставляется окончательная стадия заболевания, принимается решение о проведении химиотерапии и лучевой терапии.
Р2	Выбрана верная тактика лечения, выбор правильно обоснован.
Р1	Выбрана верная тактика лечения, однако выбор не обоснован
Р0	Ответ неверный: названа неверная тактика лечения пациента.
В	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Какова тактика дальнейшего амбулаторного наблюдения. Обоснуйте Ваш выбор.
Э	После гистологической оценки операционного материала выставляется окончательная стадия заболевания. По необходимости назначается консультация химиотерапевта, по рекомендациям которого принимается



	решение о назначении химиотерапии. Пациент встает на диспансерный учет в поликлинику, где с периодичностью каждые 6 месяцев проходит контрольное обследование (УЗИ, МРТ, рентгеноскопию ЖКТ, общий и биохимический анализы крови). В зависимости от динамики процесса (рецидивы, метастазирование либо гладкое течение) принимается решение о назначении дополнительного лечения: химиотерапия, радиотерапия, повторная операция.
P2	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
P1	Тактика ведения пациента выбрана верно, но не обоснована или обоснована неверно.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №21

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 57 лет, обратилась к врачу. Жалоб не предъявляет.</p> <p>Из анамнеза известно, что во время прохождения планового профилактического осмотра по данным ФГДС выявлено опухолевое образование слизистой желудка. Курит (около 25 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает. Наследственность отягощена - отец умер от рака желудка.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 170 см, вес 65 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно-звук ясный легочный. Аускультативно – дыхание везикулярное. ЧД – 15 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 78 уд. в мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастральном отделе, перитонеальных симптомов нет. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: <math>E_r - 4,1 \cdot 10^{12}/л</math>, <math>H_b - 130 г/л</math>, <math>Le - 6,2 \cdot 10^9/л</math>, <math>COЭ - 9 мм/ч</math>.</p> <p><b>ФГДС</b> : слизистая желудка отечна, гиперемирована. В средней трети тела желудка по передней стенке определяется полиповидное опухолевое образование 1х1.5х0.5 см. Взята щипцовая биопсия.</p> <p><b>Заключение:</b> полип тела желудка(?) ранняя форма рака (?). Гастрит без признаков атрофии слизистой.</p> <p><b>Гистологическое исследование:</b> картина высокодифференцированной аденокарциномы желудка</p> <p><b>ФЛГ:</b> без патологических изменений</p> <p><b>УЗИ органов брюшной полости:</b> диффузные изменения печени, поджелудочной железы, признаки хронического холецистита. Очаговой патологии не выявлено.</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	Ранняя форма рака тела желудка (полиповидная форма) T1N0M0
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно определена клиническая форма рака. <u>или</u> не указана или неверно определена локализация, стадия по TNM.
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный вами диагноз.
Э	<p>Диагноз рака желудка установлен на основании следующих данных. 1) Результаты гистологического исследования (обнаружение в биоптате клеток высокодифференцированной аденокарциномы). 2) Данные фиброгастроскопии (полипообразное опухолевое образование на слизистой тела желудка). 3) Данные анамнеза заболевания: онкологически отягощенный анамнез. Бессимптомное течение заболевания, «случайная находка» во время профилактического осмотра. Стадия по TNM выставлена исходя из инструментальных исследований, клинически исключая диссеминацию опухоли по лимфатическим узлам (УЗИ) и отсутствие отдаленных метастазов (ФЛГ, УЗИ) и небольшим размерам опухоли, согласно ФГДС.</p> <p>Определение локализации процесса и клиническая форма рака основаны на данных эндоскопического обследования (ФГДС: полипообразная опухоль на слизистой тела желудка).</p>
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	<p>Диагноз обоснован не полностью:</p> <p>отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, неверно выставлена стадия по TNM</p> <p><u>или</u></p> <p>обоснование клинической формы, локализации, стадии процесса, дано неверно.</p>
P0	Диагноз обоснован неверно.
В	Укажите, какой дополнительный метод инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.

Э	Пациенту необходимо: биохимический анализ крови для оценки протеинемии и прочих биохимических показателей крови (амилаза, трансаминазы, мочевины, билирубин, креатинин, глюкоза крови), КТ органов грудной клетки, МРТ органов брюшной полости для исключения метастатического поражения лимфатических узлов брюшной полости и метастазов в органы брюшной полости.
P2	Метод дообследования указан правильно и обоснован верно.
P1	Метод дообследования указан правильно, однако не обоснован или обоснован неверно.
P0	Метод дообследования указан полностью неверно.
В	Предложите тактику лечения пациента. Обоснуйте свой выбор.
Э	Пациенту должна быть выполнена эндоскопическая подслизистая резекция опухоли желудка. Выбор обоснован морфологической формой процесса (высокодифференцированная аденокарцинома), инвазией первичной опухоли в стенку желудка (клинически T1). После гистологической оценки операционного материала, оценки инвазии опухоли выставляется окончательная стадия заболевания, принимается решение о проведении расширенной операции (резекция желудка при инвазии опухоли в мышечный слой стенки желудка). В случае поражения только слизистой оболочки можно ограничиться эндоскопической подслизистой резекцией в пределах здоровых тканей.
P2	Выбрана верная тактика лечения, выбор правильно обоснован.
P1	Выбрана верная тактика лечения, однако выбор не обоснован.
P0	Тактика лечения выбрана неверно.
В	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Какова тактика дальнейшего амбулаторного наблюдения. Обоснуйте Ваш выбор.

Э	После гистологической оценки операционного материала выставляется окончательная стадия заболевания. По необходимости назначается консультация хирурга, онколога, по рекомендации которых принимается решение о выполнении расширенной операции (при инвазии опухоли в мышечный слой стенки желудка). Пациент встает на диспансерный учет в поликлинику, где с периодичностью каждый 6 месяцев проходит контрольное обследование (УЗИ, МРТ, ФГДС, общий и биохимический анализы крови). В зависимости от динамики процесса (рецидивы, метастазирование либо гладкое течение) принимается решение о повторном лечении (химиотерапия, повторная операция).
P2	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
P1	Тактика ведения пациента выбрана полностью верно, однако не обоснована или обоснована неверно
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

#### Задача №22

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---

У	<p>Женщина 52 лет, обратилась к врачу с жалобами на осиплость голоса, затруднение проходимости жидкой и полужидкой пищи по пищеводу, боли в межлопаточной области, рвоту после приема пищи. Из анамнеза известно, что отмечает затруднения при глотании твердой пищи около 4х лет. Дисфагия медленно нарастала. За последние шесть месяцев похудела на 15 кг. Последние 2 недели отмечает боли в межлопаточной области, осиплость голоса.</p> <p>При осмотре: состояние ближе к удовлетворительному. Астенического типа телосложения. Рост 168 см, вес 52 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно - звук ясный легочный. Аускультативно – дыхание везикулярное. ЧД – 15 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 78 уд. в мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальных симптомов нет. Печень и селезенка в размерах не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – <math>4,1 \cdot 10^{12}/л</math>, Hб – 110 г/л, Le – <math>6,2 \cdot 10^9/л</math>, СОЭ – 9 мм/ч</p> <p>При рентгенографии пищевода выявлено сужение его просвета на протяжении 8 см, выхода контраста за пределы органа не выявлено. Стенка пищевода в области сужения утолщена, ригидна, перистальтика отсутствует, складки слизистой оболочки сглажены. Над сужением - супрастенотическое расширение пищевода до 4 см. Пораженный участок пищевода при глотании и перемене положения тела не смещается.</p> <p>При эзофагоскопии на расстоянии 32 см от резцов выявлено циркулярное сужение просвета до 0,5 см. Взята биопсия.</p> <p>Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак.</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Плоскоклеточный рак средней трети пищевода T4NxMx. Дисфагия III ст.
P2	Диагноз установлен верно, верно поставлена стадия по TNM
P1	Диагноз установлен верно, неверно выставлена стадия по TNM
P0	Диагноз установлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный вами диагноз

Э	<p>Диагноз рак пищевода установлен на основании следующих данных: 1) результаты гистологического исследования (плоскоклеточный рак); 2) данные фиброгастроскопии (на расстоянии 32 см от резцов выявлено циркулярное сужение просвета до 0,5 см); 3) данных рентгенологического обследования (на расстоянии 32 см от резцов выявлено циркулярное сужение просвета до 0,5 см); 4) данные анамнеза заболевания: постепенное начало заболевания, наличие длительного анамнеза (больна в течение 4х лет) потеря массы тела ( за полгода на 15 кг). Боли в межлопаточной области; 4) с учетом данных объективного осмотра (дефицит массы тела, бледность кожных покровов, осиплость голоса. Стадия по TNM выставлена исходя из клинической картины заболевания (осиплость голоса, болевой синдром, данные рентгеноскопии пищевода говорят о высокой степени инвазии процесса) для уточнения стадии по N и M необходимо дообследование.</p>
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	<p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, неверно выставлена стадия по TNM <u>или</u> обоснование клинической формы, локализации, стадии процесса дано неверно.</p>
P0	Диагноз обоснован неверно.
В	Укажите, какой дополнительный метод инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	Необходимо проведение МРТ, УЗИ органов брюшной и грудной полостей для исключения или подтверждения метастатического поражения лимфатических узлов. Трахеобронхоскопия.
P2	Метод дообследования указан правильно и обоснован верно.
P1	Метод дообследования указан правильно, однако не обоснован или обоснован неверно.
P0	Метод дообследования указан полностью неверно.
В	Предложите варианты лечения. Обоснуйте ваш выбор.

Э	Пациенту при местнораспространенном раке пищевода с наличием осиплости голоса, т.е. при поражении возвратного нерва не показана радикальная операция (экстирпация пищевода), поэтому для компенсации дисфагии необходимо выполнить эндоскопическое стентирование пищевода. В дальнейшем можно назначить лучевую терапию и химиотерапию после предварительной консультации с радиологом и химиотерапевтом.
P2	Выбрана верная тактика лечения, выбор правильно обоснован.
P1	Выбрана верная тактика лечения, выбор обоснован не верно или не обоснован.
P0	Выбрана неверная тактика лечения.
В	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Какова тактика дальнейшего амбулаторного наблюдения. Обоснуйте Ваш выбор.
Э	После завершения обследования выставляется окончательная стадия заболевания. Пациенту необходимо встать на диспансерный учет в поликлинику, где с периодичностью каждые 6 месяцев проходит контрольное обследование (УЗИ, МРТ, ФГДС, общий и биохимический анализы крови). В зависимости от динамики процесса (рецидивы, метастазирование либо гладкое течение) принимается решение о повторном лечении (химиотерапия, радиотерапия, повторная операция).
P2	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и обоснована правильно.
P1	Тактика ведения пациента выбрана полностью верно, однако не обоснована или обоснована неверно
P0	Тактика ведения пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №23

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---

У	<p>Мужчина, 52 года, обратился к врачу с жалобами на поперхивание при глотании твердой пищи, боли в области шеи.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациент считает себя больным около года, когда впервые стал отмечать затруднения при глотании твердой пищи. За последние шесть месяцев похудел на 10 килограмм. Последние 2 недели отмечает боли в области шеи. Самостоятельно не лечился. Курит (около 30 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребляет алкоголем. Употребление наркотиков отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Астенического типа телосложения. Рост 180 см, вес 61 кг. Кожные покровы чистые, бледные. При пальпации шейных лимфатических узлов справа определяется увеличенный плотный, смещаемый с окружающими тканями узел (взята пункционная биопсия) Грудная клетка правильной формы, перкуторно звук ясный легочный, аускультативно - дыхание везикулярное. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 76 уд. в мин., АД – 100/65 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень - + 1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – <math>3,7 \cdot 10^{12}/л</math>, Hб – 100 г/л, Le – <math>6,2 \cdot 10^9/л</math>.</p> <p>При рентгенографии пищевода в верхнегрудном отделе определяется сужение его просвета на протяжении 6 см, при эзофагоскопии выявлена опухоль на расстоянии 23 см от резцов.</p> <p>Данные морфологического исследования: в биоптате опухоли пищевода – картина плоскоклеточного рака, в биоптате шейного лимфоузла – метастаз плоскоклеточного рака.</p> <p>При трахеобронхоскопии патологии не выявлено.</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Плоскоклеточный рак верхней трети пищевода T4N+M0. Дисфагия I ст.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно определена клиническая форма рака. <u>или</u> не указана или неверно определена локализация, стадия по TNM.
P0	Диагноз установлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный вами диагноз



Э	<p>Диагноз рака пищевода установлен на основании следующих данных: 1) результаты гистологического исследования (обнаружение в биоптате клеток плоскоклеточного рака); 2) данные фиброгастроскопии (опухоль на расстоянии 23 см от резцов; 3) данные анамнеза заболевания: постепенное начало заболевания, постепенное нарастание дисфагии, болевой синдром, потеря массы тела; 4). с учетом данных объективного осмотра (дефицит массы тела, бледность кожных покровов, болезненность в области шеи, увеличенный лимфатический узел)</p> <p>Стадия по TNM выставлена исходя из клинических и инструментальных данных (болевой синдром, длительный анамнез, метастаз в лимфатический узел на шее)</p> <p>Определение локализации процесса и клиническая форма рака основаны на данных эндоскопического исследования, данных гистологического исследования.</p> <p>Первая стадия дисфагии выставлена на основании жалоб больного (плохая проходимость твердой пищи).</p>
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	<p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, неверно выставлена стадия по TNM <u>или</u> обоснование клинической формы, локализации, стадии процесса, дано неверно.</p>
P0	Диагноз не обоснован или обоснован неверно.
В	Укажите, какие дополнительные методы инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	проведение МРТ, УЗИ органов брюшной полости, КТ органов грудной клетки для исключения или подтверждения метастатического поражения.
P2	Методы дообследования указаны правильно и обоснованы верно.
P1	Методы дообследования указаны правильно, однако не обоснованы или обоснованы неверно.
P0	Методы дообследования выбраны неверно.

В	Предложите варианты лечения. Обоснуйте ваш выбор.
Э	Пациенту при наличии отдаленных метастазов рака пищевода не показана радикальная операция (экстирпация пищевода), поэтому для торможения развития заболевания назначается радиотерапия. В качестве радиомодификации может быть использована химиотерапия. Диспансерное наблюдение, контроль местного процесса (ФГДС) и контроль распространенности процесса и динамики его распространения (МРТ, КТ, УЗИ). При нарастании дисфагии, показано эндоскопическое стентирование пищевода, но в данный момент стентирование не показано.
P2	Выбрана верная тактика лечения, выбор обоснован.
P1	Выбрана верная тактика лечения, выбор обоснован не верно или не обоснован.
P0	Выбрана неверная тактика лечения.
В	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Какова тактика дальнейшего амбулаторного наблюдения. Обоснуйте Ваш выбор.
Э	После завершения обследования выставляется окончательная стадия заболевания. Пациенту необходимо встать на диспансерный учет в поликлинику, где с периодичностью каждые 6 месяцев необходимо проходить контрольное обследование (УЗИ, МРТ, ФГДС, общий и биохимический анализы крови). В зависимости от динамики процесса (рецидив с нарастанием дисфагии, метастазирование) принимается решение о продолжении лечения (химиотерапия, радиотерапия, стентирование).
P2	Тактика ведения пациента выбрана полностью верно и обоснована.
P1	Тактика ведения пациента выбрана полностью верно, однако не обоснована или обоснована неверно
P0	Тактика ведения пациента выбрана неверно.

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 48 лет, обратилась к врачу с жалобами на затруднение при глотании твердой пищи, потерю массы тела на 5 кг за последние 3 месяца.</p> <p>Из анамнеза известно, что в течение последних 3х месяцев отмечает дискомфорт при глотании твердой пищи. За последний месяц дисфагия выросла. Не курит, злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 176 см, вес 62 кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук ясный легочный. Дыхание везикулярное, хрипы четко не выслушиваются. ЧД – 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 72 уд.в мин., АД – 120/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: Eг – <math>4,3 \cdot 10^{12}/л</math>, Hb – 136 г/л, Le – <math>6,2 \cdot 10^9/л</math>, СОЭ – 6 мм/ч.</p> <p><b>УЗИ органов брюшной полости:</b> эхоскопически без патологии.</p> <p><b>ФГДС:</b> инфильтративно-язвенный процесс средней трети пищевода. Гастрит без признаков атрофии слизистой. Дуодено-гастральный рефлюкс.</p> <p><b>МСКТ органов грудной клетки:</b> объемный процесс средней трети пищевода без признаков инвазивного роста в клетчатку средостения. Данных за метастатическое поражение лимфоузлов, метастатического поражения легких не выявлено.</p> <p><b>Гистологическое исследование:</b> в биоптатах картина плоскоклеточного рака</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Рак средней трети пищевода. T2N0M0. Дисфагия I степени.
P2	Диагноз поставлен верно, верно установлена стадия по TNM.
P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно определена клиническая форма рака. <u>или</u> не указана или неверно определена локализация, стадия по TNM.
P0	Диагноз установлен неверно.

В	Обоснуйте поставленный вами диагноз
Э	<p>Диагноз рака пищевода установлен на основании следующих данных: 1) Результаты гистологического исследования (обнаружение в биоптате клеток плоскоклеточного рака); 2) данные фиброгастроскопии (инфильтративно-язвенный процесс в средней трети пищевода); 3) данные анамнеза заболевания: постепенное начало заболевания, медленное нарастание симптомов дисфагии, потеря массы тела; 4). с учетом данных объективного осмотра (дефицит массы тела, бледность кожных покровов,</p> <p>Стадия по TNM выставлена исходя из инструментальных исследований, клинически исключающих диссеминацию опухоли по лимфатическим узлам (УЗИ, КТ) и отсутствие отдаленных метастазов (ФЛГ, УЗИ, КТ)</p> <p>Определение локализации процесса и клиническая форма рака основаны на данных эндоскопического обследования (ФГДС инфильтративно-язвенный процесс средней трети пищевода).</p> <p>Первая стадия дисфагии установлена клинически на основании анамнестических данных (затруднение при глотании твердой пищи)</p>
P2	Диагноз правильно обоснован
P1	<p>Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование нозологической формы, клинической формы процесса, локализации, неверно выставлена стадия по TNM <u>или</u> обоснование клинической формы, локализации, стадии процесса, дано неверно.</p>
P0	Диагноз обоснован неверно, либо не обоснован
В	Укажите, какие дополнительные методы инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	<p>проведение МРТ органов брюшной полости для исключения или подтверждения метастатического поражения лимфатических узлов, КТ органов грудной клетки. По возможности выполнить ПЭТ.</p>
P2	Методы дообследования указаны правильно, обоснованы.
P1	Методы дообследования указаны правильно, однако не обоснованы или обоснованы неверно.
P0	Метод дообследования указан неверно.

В	Предложите варианты лечения данного больного.
Э	На основании клинических данных и данных инструментального обследования процесс резектабелен. Больной показана экстирпация пищевода с двухзональной лимфодиссекцией, одномоментной пластикой желудком. После гистологической оценки операционного материала будет выставлена окончательная стадия заболевания. Решение о проведении адьювантной химиотерапии и радиотерапии принимается после перенесенной операции на основании консультации химиотерапевта, радиолога.
P2	Выбрана верная тактика лечения, выбор обоснован.
P1	Выбрана верная тактика лечения, выбор обоснован не верно или не обоснован.
P0	Выбрана неверная тактика лечения.
В	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Какова тактика дальнейшего амбулаторного наблюдения. Обоснуйте Ваш выбор.
Э	После завершения оперативного и стационарного лечения выставляется окончательная стадия заболевания. Пациенту необходимо встать на диспансерный учет в поликлинику, где с периодичностью каждые 6 месяцев проводится контрольное обследование (УЗИ, МРТ, ФГДС, рентгеноскопия пищевода, общий и биохимический анализы крови). В зависимости от динамики процесса (рецидив, метастазирование либо гладкое течение) принимается решение о продолжении лечения (химиотерапия, радиотерапия, повторная операция, бужирование при возникновении рубцовой стриктуры пищевода). анастомоза).
P2	Тактика ведения пациента выбрана полностью верно, обоснована верно
P1	Тактика ведения пациента выбрана полностью верно, однако не обоснована или обоснована неверно
P0	Тактика ведения пациента выбрана полностью неверно.

#### Задача №25

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ</b>
---	---

<b>ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>	
У	Женщина 77 лет обратилась с жалобами на язвенный дефект кожи левого крыла носа. Анамнез: описанные жалобы беспокоят около 5 лет, когда появилось небольшое образование в указанном месте, после тепловых процедур в бане корочка отпадала и появлялась вновь, со временем площадь дефекта увеличивалась до указанных размеров. Объективно: на коже левого крыла носа имеется язвено-некротический дефект размерами 2,2-1,8-2,4 см, пальпаторно периферические л\узлы в подчелюстной области и на шее не увеличены. Выполнен мазок отпечаток. Цитологически - плоскоклеточный рак
В	Сформулируйте диагноз.
Э	Плоскоклеточный рак кожи лица T2N0M0 (II ст)
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: неверно оценена стадия.
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных пальпации и цитологического заключения
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из метода исследования
P0	Обоснование дано неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	Пациентке рекомендовано: биопсия образования для гистологического исследования УЗИ лимфатических узлов регионального лимфатического коллектора для исключения метастазов небольших размеров в региональные л\узлы
P2	План дополнительного обследования составлен верно.
P1	План дополнительного обследования составлен не полностью Не назван один из необходимых дополнительных метода обследования.
P0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	Какие методы лечения можно в данной ситуации предложить пациентке
Э	Близкофокусная рентгенотерапия РОД 5 Гр 12 фракций СОД 60 Гр Или Фотодинамическая терапия фотосенсом, радохлорином или фотодитазином Или иссечение опухоли с пластикой перемещенным кожным лоскутом
P2	Выбраны верные варианты лечения

P1	Выбран только один из возможных вариантов лечения.
P0	Ответ неверный: варианты лечения выбраны не по стандартам.
B	Каким образом проводится наблюдение за пациенткой – у какого специалиста наблюдается, с какой частотой.
Э	Активное наблюдение после лечения осуществляется в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога 1-й год после лечения 1 раз в 3 месяцев 2-й и 4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев 5-й и последующие годы после лечения – 1 раз в год
P2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
P1	Тактика наблюдения пациентки выбрана верно, однако не определены временные параметры или неверно указан специалист.
P0	Тактика ведения данной пациентки выбрана полностью неверно.

### Задача №26

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	У мужчины 43 лет на работе внезапно развился эпилептический приступ, каретой скорой помощи доставлен в больницу, где на МСКТ головного мозга выявлено объемное образование лобной доли слева 2,8-3,5-3,6 см без перифокальных изменений. По экстренным показаниям выполнено оперативное лечение – лобная краниотомия слева. Гистологически – протоплазматическая астроцитомы Grade 2 с участками анапластической астроцитомы Grade 3.
B	Сформулируйте диагноз.
Э	Полиморфноклеточная астроцитомы лобной доли слева, после лобной краниотомии.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация опухоли или факт оперативного лечения.
P0	Диагноз поставлен неверно.
B	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных МСКТ головного мозга, данных гистологического заключения
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из метода исследования
P0	Обоснование дано неверно.

В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	Пациенту рекомендовано: МРТ головного мозга с контрастом в трех проекциях в стандартных режимах Иммуногистохимическое исследование послеоперационного материала Осмотр офтальмолога
Р2	План дополнительного обследования составлен верно.
Р1	План дополнительного обследования составлен не полностью Не назван один из необходимых дополнительных метода обследования.
Р0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	Какие методы лечения в данной ситуации показаны пациенту
Э	Курс дистанционной химиолучевой терапии на ложе опухоли РОД 1,8 Гр СОД 60 Гр или РОД 2 Гр СОД 60 Гр с темозоламидом в дозе 75 мг\м2 в дни облучения с последующим адъювантным химиотерапевтическим лечением 6 - 10 курсов химиотерапии темозоламидом в дозе 150-200 мг\м2 1-5 дни приема каждые 28 дней
Р2	Выбраны верные варианты лечения
Р1	Выбран только один из возможных вариантов лечения.
Р0	Ответ неверный: варианты лечения выбраны не по стандартам.
В	Каким образом проводится дальнейшее наблюдение за пациентом – у какого специалиста наблюдается, с какой частотой.
Э	Активное наблюдение после лечения осуществляется в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районных онколога и нейрохирурга и\или невролога МРТ головного мозга с контрастом проводится через 2-4 недели после лучевой терапии, затем каждые 2-3 месяца в течение 3 лет
Р2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
Р1	Тактика наблюдения пациента выбрана верно, однако не определены временные параметры или неверно указан специалист.
Р0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

#### Задача №27

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина 65 лет внезапно дома потеряла сознание. С подозрением на ОНМК каретой скорой помощи была доставлена в больницу. При осмотре АД 120\80, пульс 96 в мин, дыхание везикулярное, живот мягкий безболезненный, отеков нет. Периферические л\узлы не увеличены. По МРТ головного мозга объемное образование теменно-височной области справа 5,0-6,6-7,0 см с перифокальным отеком и смещением срединных структур на 1 см. В анамнезе 10 лет назад проводилось лечение по поводу рака правой молочной железы T2N0M0, выполнена мастэктомия с лимфодиссекцией, 6 курсов ПХТ



	по схеме CAF. По жизненным показаниям выполнена теменная краниотомия справа, удаление опухоли. Гистологически – метастаз адекарциномы молочной железы неспецифического типа. Иммуногистохимически – ЭР + (3 балла), ПР+ (1 балл), Her2neo отр, Ki67 – 25%
В	Сформулируйте диагноз.
Э	Ст правой молочной железы T2N0M0 (IIa ст), после РМЭ с ЛАЭ в 2007 году и 6 курсов ПХТ по схеме CAF, прогрессирование заболевания – мтс в головной мозг, после краниотомии справа.
Р2	Диагноз поставлен верно.
Р1	Диагноз поставлен не полностью: не указана стадия заболевания или этапы проведенного лечения.
Р0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных МРТ головного мозга, данных гистологического заключения
Р2	Диагноз обоснован верно.
Р1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из метода исследования
Р0	Обоснование дано неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	Пациенту рекомендовано: МРТ головного мозга с контрастом в трех проекциях в стандартных режимах УЗИ органов брюшной полости для исключения мтс в печени УЗИ органов малого таза для определения толщины миометрия Рентгенография грудной клетки для исключения мтс в легких Сцинтиграфия костей скелета для исключения мтс в костях
Р2	План дополнительного обследования составлен верно.
Р1	План дополнительного обследования составлен не полностью Не назван один или несколько из необходимых дополнительных метода обследования.
Р0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	Какой план лечения в данной ситуации показан пациенту
Э	Курс дистанционной лучевой терапии на ложе опухоли РОД 2 Гр СОД 40 Гр с последующими курсами ПХТ. Или Облучение всего головного мозга РОД 3 Гр 10 фракций СОД 30 Гр с последующей химиотерапией по той же схеме. С оценкой динамики и коррекции плана лечения после 2-3 курсов ПХТ.
Р2	Выбран верный план лечения
Р1	Выбран только один этап лечения.
Р0	Ответ неверный: план лечения определен не по стандартам.

В	Каким образом проводится динамическое наблюдение за пациентом
Э	Активное наблюдение после лечения осуществляется в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера и у районных онколога и нейрохирурга и/или невролога МРТ головного мозга с контрастом проводится через 2-4 недели после лучевой терапии, затем каждые 2-3 месяца в течение 1 года Контроль общего и биохимического анализов крови, общего анализа мочи на 5-7 день после каждого курса химиотерапии
P2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
P1	Тактика наблюдения пациента выбрана верно, однако не определены временные параметры или неверно указан специалист.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №28

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина 43 лет обратилась с жалобами на шум в ухе справа, снижение слуха на правом ухе, эпизоды резких головных болей, ухудшение зрения. Из анамнеза – простудные заболевания и травмы отрицает. При ЛОР осмотре патологии не выявлено, АД 100\90, пульс 84 в минуту. МРТ головного мозга с контрастом: картина объемного образования 1,5-0,6-0,9 см в области мосто-мозжечкового угла справа, связанного со слуховым нервом (по данным контрастного усиления вероятно невринома),
В	Сформулируйте диагноз.
Э	Невринома слухового нерва справа.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не указана локализация опухоли.
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных МРТ головного мозга
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из метода исследования
P0	Обоснование дано неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	Пациенту рекомендовано: консультация сурдолога, консультация окулиста
P2	План дополнительного обследования составлен верно.

P1	План дополнительного обследования составлен не полностью. Не назван один из необходимых дополнительных методов обследования.
P0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
B	Какие методы лечения в данной ситуации показаны пациенту
Э	Курс стереотаксического радиохирургического облучения опухоли РОД 14 Гр однократно Или Хирургическое иссечение опухоли
P2	Выбраны верные варианты лечения
P1	Выбран только один из возможных вариантов лечения.
P0	Ответ неверный: варианты лечения выбраны не по стандартам.
B	Каким образом проводится наблюдение за пациентом – у какого специалиста наблюдается, с какой частотой.
Э	Активное наблюдение после лечения осуществляется в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районных онколога и нейрохирурга и/или невролога МРТ головного мозга с контрастом проводится 6 мес после лучевой терапии или через 2-4 недели после операции, затем 1 раз в год в течение 5 лет
P2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
P1	Тактика наблюдения пациента выбрана верно, однако не определены временные параметры или неверно указан специалист.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

#### Задача №29

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Мужчина 67 лет обратился с жалобами на поперхивание при приеме твердой пищи, боль за грудиной при приеме пищи. Описанные жалобы беспокоят в течение 1 месяца. Объективно: рост 178 см, вес 85 кг, периферические лимфатические узлы не увеличены, дыхание везикулярное, живот мягкий, отеков нет. Курит 1 пачку в день, питание регулярное. ФГДС: на расстоянии 28 см от резцов определяется опухоль пищевода протяженностью 5 см. Выполнена биопсия. Гистологически – плоскоклеточный рак. КТ органов грудной клетки – без патологии. УЗИ органов брюшной полости – без патологии
B	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	Ст верхнего отдела пищевода с переходом на средний отдел T2-3N0M0 (IIa)
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не указана стадия заболевания
P0	Диагноз поставлен неверно.

В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных ФГДС, гистологического заключения
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из методов исследования
P0	Обоснование дано неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	Пациенту рекомендовано: эндоУЗИ для определения глубины инвазии опухоли и исключения мтс в региональные л/узлы, МРТ органов брюшной полости с контрастом, фибробронхоскопия.
P2	План дополнительного обследования составлен верно.
P1	План дополнительного обследования составлен не полностью Не назван один из необходимых дополнительных метода обследования.
P0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	Какие методы лечения в данной ситуации показаны пациенту
Э	Оперативное лечение в объеме экстирпации пищевода или лучевое лечение конвенциональное РОД 2 Гр до СОД 50-60 Гр или конформное лучевое лечение РОД 2 Гр до СОД 50-70 Гр
P2	Выбраны верные варианты лечения
P1	Выбран только один из возможных вариантов лечения.
P0	Ответ неверный: варианты лечения выбраны не по стандартам.
В	Каким образом проводится наблюдение за пациентом – у какого специалиста наблюдается, с какой частотой.
Э	Активное наблюдение после лечения осуществляется в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога 1-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца 2-4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев 5-й год и последующие – 1 раз в год
P2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
P1	Тактика наблюдения пациента выбрана верно, однако не определены временные параметры или неверно указан специалист.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

### Задача №30

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
---	---

У	<p>Мужчина 63 лет обратился с жалобами на затруднение прохождения твердой пищи, пациент не может проглотить хлеб, также его беспокоит боль за грудиной при приеме пищи. Описанные жалобы беспокоят в течение 4 месяцев. Объективно: рост 174 см, вес 55 кг, периферические л\узлы не увеличены, дыхание везикулярное, живот мягкий, отеков нет. За последние 2 месяца отмечает снижение массы тела более чем на 20 кг.</p> <p>ФГДС: на расстоянии 32 см от резцов определяется опухоль пищевода протяженностью 8 см, перекрывая просвет пищевода на 70%. Выполнена биопсия.</p> <p>Гистологически – аденокарцинома пищевода.</p> <p>КТ органов грудной клетки – увеличение л\узлов: задних медиастинальных, бифуркационных.</p> <p>УЗИ органов брюшной полости – без патологии</p>
В	Сформулируйте предварительный диагноз.
Э	Ст верхнего отдела пищевода с переходом на средний отдел Т3N2M0 (Шб). Дисфагия 3.
P2	Диагноз поставлен верно.
P1	Диагноз поставлен не полностью: не указана стадия заболевания, не указана степень дисфагии.
P0	Диагноз поставлен неверно.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	Диагноз установлен на основании жалоб больного, данных анамнеза, данных ФГДС, гистологического заключения
P2	Диагноз обоснован верно.
P1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из методов исследования
P0	Обоснование дано неверно.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
Э	Пациенту рекомендовано: эндоУЗИ для определения глубины инвазии опухоли и биопсии медиастинальных л\узлы, МРТ органов брюшной полости с контрастом, ФБС
P2	План дополнительного обследования составлен верно.
P1	План дополнительного обследования составлен не полностью Не назван один из необходимых дополнительных метода обследования.
P0	План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
В	Какие методы лечения в данной ситуации показаны пациенту
Э	Стентирование пищевода, или аргонно-плазменная реканализация пищевода, или постановка временной пункционной микрогастростомы с последующим химиолучевым лечением: лучевое лечение конвенциональное и конформное РОД 2 Гр до СОД

	50-55 Гр в сочетании с препаратами платины, фторурацила или схемы паклитакселсодержащие с препаратами платины.
P2	Выбраны верные варианты лечения
P1	Выбран только один из возможных вариантов лечения.
P0	Ответ неверный: варианты лечения выбраны не по стандартам.
В	Каким образом проводится наблюдение за пациентом – у какого специалиста наблюдается, с какой частотой.
Э	Активное наблюдение после лечения осуществляется в условиях поликлиники территориального онкологического диспансера или у районного онколога 1-й год после лечения – 1 раз в 3 месяца 2-4-й годы после лечения – 1 раз в 6 месяцев 5-й год и последующие – 1 раз в год
P2	Дальнейшая тактика наблюдения выбрана верно.
P1	Тактика наблюдения пациента выбрана верно, однако не определены временные параметры или неверно указан специалист.
P0	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.

### Тесты:

1	<p>К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ СИМПТОМУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОСТИ ОТНОСЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ боль</li> <li>- наличие опухолевидного образования</li> <li>- ограничение подвижности в суставе</li> <li>- патологический перелом</li> </ul>
2	<p>ИСТОЧНИКОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ТКАНЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- внутренних органов</li> <li>- зрелая, хорошо специализированная</li> <li>+ с выраженной физиологической пролиферацией</li> <li>- с пониженной пролиферативной активностью</li> </ul>
3	<p>МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПО СИСТЕМЕ TNM ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- врожденных новообразований</li> <li>- доброкачественных опухолей</li> <li>+ злокачественных опухолей</li> <li>- предопухолевых состояний</li> </ul>
4	<p>СИМВОЛ «М» В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- метастазов в отдалённые группы лимфатических узлов</li> <li>+ метастазов в отдалённых органах</li> <li>- первичной опухоли</li> <li>- регионарных лимфатических узлов</li> </ul>
5	СИМВОЛ «N» В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ

	<p>СОСТОЯНИЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- всех групп лимфатических узлов выше или ниже диафрагмы</li> <li>- любых групп лимфатических узлов</li> <li>- метастазов в отдалённые органы</li> <li>+ только регионарных лимфатических узлов</li> </ul>
6	<p>ЦЕЛЮЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ ОПУХОЛИ ПО СИСТЕМЕ TNM И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ выработка плана лечения</li> <li>- определение прогноза трудоспособности</li> <li>- оценка эффективности лечения</li> <li>- проведение обмена медицинской информацией</li> </ul>
7	<p>К ПРИЗНАКУ КАХЕКСИИ ОТНОСИТСЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 10% за последние 12 мес.</li> <li>- 10% за последние 6 мес.</li> <li>- 5% за последние 12 мес.</li> <li>+ 5% за последние 6 мес.</li> </ul>
8	<p>ОТДАЛЁННЫЕ МЕТАСТАЗЫ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- G1</li> <li>+ M1</li> <li>- N1</li> <li>- T1</li> </ul>
9	<p>ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лучевая терапия</li> <li>- полихимиотерапия</li> <li>- таргетная терапия</li> <li>+ хирургический</li> </ul>
10	<p>ПОД КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПОНИМАЮТ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером</li> <li>- в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции</li> <li>- вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого либо другого неонкологического заболевания</li> <li>+ с резекцией (удалением) другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс</li> </ul>
11	<p>ЕДИНСТВЕННЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРОЕ МОЖНО ИЗЛЕЧИВАТЬ С ПОМОЩЬЮ ХИМИОПРЕПАРАТОВ ДАЖЕ ПРИ НАЛИЧИИ МНОЖЕСТВЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- забрюшинная неорганный опухоль</li> <li>- недифференцированный рак носоглотки</li> <li>- немелкоклеточный рак лёгкого</li> <li>+ трофобластическая опухоль</li> </ul>
12	<p>МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ БОЛЬШИНСТВА ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ГРУППЫ АНТИМЕТАБОЛИТОВ СОСТОИТ В</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ингибировании митоза путём воздействия на микротубулины</li> <li>+ ингибировании ферментов</li> <li>- образовании ковалентных связей с ДНК</li> <li>- синхронизации деления опухолевых клеток</li> </ul>
13	<p><b>ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ гормонотерапии</li> <li>- лучевой терапии</li> <li>- химиотерапии</li> <li>- хирургического лечения</li> </ul>
14	<p><b>АДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- для лечения местно-распространённого рака</li> <li>- для лечения рецидивов и метастазов, возникших после локального лечения</li> <li>- до локального противоопухолевого воздействия</li> <li>+ после локального лечения с целью профилактики возникновения рецидивов и метастазов опухоли</li> </ul>
15	<p><b>ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АДЪЮВАНТНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- изучение лекарственного патоморфоза для планирования дальнейшего лечения</li> <li>- уменьшение размеров опухолевой массы</li> <li>- усиление степени повреждения опухоли</li> <li>+ эрадикация микрометастазов</li> </ul>
16	<p><b>СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В ПИЛОРОАНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гастростомия</li> <li>+ гастроэнтероанастомоз</li> <li>- пилоропластика</li> <li>- проксимальная субтотальная резекция желудка</li> </ul>
17	<p><b>НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В ПРОЦЕССЕ ХИМИОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ифосфамида</li> <li>- митомицина</li> <li>- нитрозометилмочевины</li> <li>+ производных платины</li> </ul>
18	<p><b>СИМПТОМАТИЧЕСКИМ НАЗЫВАЕТСЯ ВИД ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- после проведения которого в организме больного не выявляются клинические, рентгенологические, эндоскопические и морфологические признаки опухолевого процесса</li> <li>+ при проведении которого все мероприятия направлены только на устранение тягостных или угрожающих жизни симптомов и осложнений заболевания</li> <li>- при проведении которого продолжительность жизни больного составляет менее одного года</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>- при проведении которого сочетаются хирургический, лучевой и лекарственный методы лечения</li> </ul>
19	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ В КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- компьютерная томография</li> <li>- магнитно-резонансная томография</li> <li>- рентгенологическое исследование</li> <li>+ сцинтиграфия</li> </ul>
20	<p>ПРЕИНВАЗИВНАЯ ФОРМА РАКА ТОЧНО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ при прицельной биопсии</li> <li>- при проточной цитометрии</li> <li>- рентгенологически</li> <li>- эндоскопически</li> </ul>
21	<p>КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ингибирования ферментов</li> <li>+ купирования синдрома цитопении</li> <li>- ликвидации карциноидного синдрома</li> <li>- синхронизации деления опухолевых клеток</li> </ul>
22	<p>ГОРМОНАЛЬНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ РОСТА ОПУХОЛИ В ОРГАНИЗМЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ВОЗДЕЙСТВИЕМ НА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ гормональные рецепторы в клеточной мембране</li> <li>- онкобелки</li> <li>- транскрипционный фактор</li> <li>- цитоплазму</li> </ul>
23	<p>ЭКТОПИЧЕСКИЕ ЭНДОКРИННЫЕ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ У БОЛЬНЫХ _____ ЛЁГКОГО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- аденокарциномой</li> <li>- бронхиоло-альвеолярным раком</li> <li>+ мелкоклеточным раком</li> <li>- плоскоклеточным раком</li> </ul>
24	<p>КАРЦИНОИДНЫЙ СИНДРОМ ОБУСЛОВЛЕН ВЫБРОСОМ В КРОВОТОК</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гастрин</li> <li>- глюкагон</li> <li>- инсулин</li> <li>+ серотонин</li> </ul>
25	<p>ОНКОГЕННЫМ ВИРУСОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С РАЗВИТИЕМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- вирус гепатита В</li> <li>- вирус гепатита С</li> <li>+ вирус папилломы человека</li> <li>- цитомегаловирус</li> </ul>
26	<p>К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСЯТ</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ежегодное проведение ультразвукового исследования органов малого таза</li> <li>- ежегодное проведение цервикометрии</li> <li>- регулярное самообследование молочных желез</li> <li>+ своевременное выявление и лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки</li> </ul>
27	<p>ДЛЯ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ маммографии</li> <li>- пальпации</li> <li>- самообследования молочных желез</li> <li>- ультразвуковой томографии</li> </ul>
28	<p>МАРКЕРОМ ТРОФОБЛАСТНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- альфа-фетопротеин</li> <li>- лютеинизирующий гормон</li> <li>+ хорионический гонадотропин</li> <li>- хорионический тиреотропин</li> </ul>
29	<p>НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- одиночный очаг поражения слизистой</li> <li>- редкое рецидивирование</li> <li>- частое отдалённое метастазирование</li> <li>+ частое рецидивирование</li> </ul>
30	<p>ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЕРОМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- адренкортикотропный гормон</li> <li>+ простатспецифический антиген</li> <li>- трофобластический бета-глобулин</li> <li>- хорионический гонадотропин</li> </ul>
31	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ, БЕСПОКОЯЩИМ БОЛЬНОГО РАКОМ РОТОГЛОТКИ, ЛОКАЛИЗУЮЩИМСЯ В ОБЛАСТИ КОРНЯ ЯЗЫКА И НЁБНЫХ МИНДАЛИН, НА РАННЕЙ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- боль при глотании со стороны поражения</li> <li>- неприятный запах изо рта</li> <li>+ неудобство при глотании со стороны поражения</li> <li>- трудности при открывании рта (тризм)</li> </ul>
32	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМЫМ СИМПТОМОМ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- изменение голоса</li> <li>- наличие болей в шее с иррадиацией в плечо</li> <li>+ наличие пальпируемого узла на шее</li> <li>- нарушение глотания</li> </ul>
33	<p>НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ компьютерная томография органов грудной клетки</li> <li>- рентгенография органов грудной клетки</li> <li>- фибробронхоскопия</li> <li>- флюорография</li> </ul>
34	<p>ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЕРОМ ПРИ РАКЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- β-хорионический гонадотропин</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ АФП (<math>\alpha</math>-фетопротеин)</li> <li>- РЭА (раковый эмбриональный антиген)</li> <li>- кислая фосфатаза</li> </ul>
35	<p>К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ МОЖНО ОТНЕСТИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- болезнь Крона</li> <li>- гиперпластический полип</li> <li>+ диффузный семейный полипоз толстой кишки</li> <li>- неспецифический язвенный колит</li> </ul>
36	<p>МЕСТНОЙ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ РЕАКЦИЕЙ НАЗЫВАЮТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ изменения в облученных тканях, возникшие в процессе лучевой терапии или в течение 3 мес. после ее окончания</li> <li>- изменения в облученных тканях, возникшие через 3 мес. после лучевой терапии</li> <li>- реакцию всего организма на облучение</li> <li>- реакцию эндокринной системы на облучение</li> </ul>
37	<p>К ДИСТАНЦИОННЫМ МЕТОДАМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- аппликационный</li> <li>- внутрисполостной</li> <li>- внутритканевой</li> <li>+ гамма-терапия</li> </ul>
38	<p>К КОНТАКТНОМУ МЕТОДУ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ внутритканевая гамма-терапия</li> <li>- нейтронная терапия</li> <li>- облучение тормозным излучением электронов высоких энергий;</li> <li>- протонная терапия</li> </ul>
39	<p>НАИБОЛЕЕ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- остеогенная саркома</li> <li>- ретикулосаркома</li> <li>+ саркома Юинга</li> <li>- фибросаркома</li> </ul>
40	<p>ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гигантоклеточной опухоли</li> <li>+ остеоме</li> <li>- ретикулосаркоме</li> <li>- эозинофильной гранулеме</li> </ul>
41	<p>ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПОДВЕДЕНИЕ СУММАРНОЙ ДОЗЫ (В ГР)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 20-30</li> <li>- 30-50</li> <li>+ 50-70</li> <li>- 70-90</li> </ul>
42	<p>ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ОБЛУЧЕНИИ ЖЕЛУДКА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ОБЛУЧЕНИЕ В СОЧЕТАНИИ С</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ кратковременной газовой гипоксией</li> <li>- кратковременной искусственной гипергликемией</li> <li>- локальной гипертермией</li> <li>- электрооакцепторными соединениями</li> </ul>
43	<p>МЕТОД ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ С</p>

	<p>ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- источников излучения, вводимых в естественные полости человека</li> <li>+ облучения внешними пучками</li> <li>- облучения радиоактивными препаратами, имеющими тропность к опухоли</li> <li>- эндолимфотического введения радионуклидов</li> </ul>
44	<p>ПОД ДОЗНЫМ ПОЛЕМ ПОНИМАЮТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- коридор доз, в пределах которого может быть реализован тумороцидный эффект лучевой терапии</li> <li>- объем облучаемого объекта</li> <li>- площадь облучаемого объекта</li> <li>+ пространственное распределение поглощенной дозы в облучаемой части тела больного</li> </ul>
45	<p>ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ комбинированному лечению</li> <li>- физиотерапии, включая рассасывающую</li> <li>- химиотерапии</li> <li>- экономному иссечению опухоли</li> </ul>
46	<p>РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОЙ ОСТЕОСАРКОМЫ АССОЦИИРОВАНО С НАСЛЕДСТВЕННЫМ СИНДРОМОМ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Дауна</li> <li>- Линча</li> <li>+ Ротмунда – Томсона</li> <li>- Шершевского – Тернера</li> </ul>
47	<p>ДЛЯ ХОНДРОСАРКОМЫ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ СВОЙСТВЕННО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- быстрый рост</li> <li>+ медленное развитие с малой выраженностью симптомов</li> <li>- наличие сильных постоянных болей</li> <li>- частые патологические переломы</li> </ul>
48	<p>К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОСТИ ОТНОСЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- диафизы длинных трубчатых костей</li> <li>+ метаэпифизы длинных трубчатых костей</li> <li>- плоские кости</li> <li>- позвоночник</li> </ul>
49	<p>САМУЮ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ГЕМАТОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НАБЛЮДАЮТ В</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- головном мозге</li> <li>- костях</li> <li>+ лёгких</li> <li>- печени</li> </ul>
50	<p>ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОСАРКОМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ РАДИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <sup>201</sup>Tl-хлорид</li> <li>- <sup>99m</sup>Tc-DMSA</li> <li>- <sup>99m</sup>Tc-Технетрил</li> <li>+ <sup>99m</sup>Tc-Фосфотех</li> </ul>

51	<p>НАИБОЛЕЕ ЧАСТО САРКОМЫ КОСТЕЙ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ бедренной кости</li> <li>- локтевой кости</li> <li>- плечевой кости</li> <li>- рёбрах</li> </ul>
52	<p>ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ САРКОМЫ ЮИНГА ЯВЛЯЮТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ боль, лихорадка, определяемая опухоль</li> <li>- кожная сыпь, кашель, тошнота</li> <li>- патологический перелом, головокружение</li> <li>- повышение температуры, головная боль</li> </ul>
53	<p>МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лучевая терапия + нефрэктомия</li> <li>+ лучевая терапия + нефрэктомия + химиотерапия</li> <li>- только нефрэктомия</li> <li>- химиотерапия + нефрэктомия</li> </ul>
54	<p>К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК ОТНОСЯТ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ опухоли яичников</li> <li>- рак тела матки</li> <li>- рак шейки матки</li> <li>- саркомы влагалища</li> </ul>
55	<p>ПОРАЖЕНИЕ ПО ТИПУ «ПЕСОЧНЫХ ЧАСОВ» У ДЕТЕЙ СВОЙСТВЕННО</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- гепатобластоме</li> <li>- дисгерминоме яичника</li> <li>+ нейробластоме</li> <li>- нефробластоме</li> </ul>
56	<p>УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ С СЕМЕЙНЫМИ СЛУЧАЯМИ НЕФРОБЛАСТОМЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ КАЖДЫЕ ___ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ ДО ДОСТИЖЕНИЯ РЕБЁНКОМ 6-7 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ 3</li> <li>- 4</li> <li>- 5</li> <li>- 6</li> </ul>
57	<p>С ПОМОЩЬЮ ХИМИОТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО ПОЛНОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- мелкоклеточного рака лёгкого</li> <li>- остеогенной саркомы</li> <li>+ острого лимфобластного лейкоза у детей</li> <li>- рака яичников</li> </ul>
58	<p>125. ЕСЛИ У ДЕВОЧКИ 7 ЛЕТ НАБЛЮДАЮТСЯ ЛИХОРАДКА В ТЕЧЕНИЕ 10 ДНЕЙ, ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ, ПОДКОЖНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ И КРОВОИЗЛИЯНИЯ В СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В РОТОГЛОТКЕ, ТО ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- геморрагический васкулит</li> <li>- инфекционный мононуклеоз</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>+ острый лейкоз</li> <li>- тромбоцитопеническая пурпура</li> </ul>
59	<p>НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ ПРОГНОЗА ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- лейкоцитоз</li> <li>- лимфоидное преобладание</li> <li>- повышение уровня АСТ, АЛТ</li> <li>+ увеличение медиастинальных лимфоузлов &gt; 1/3 диаметра грудной клетки</li> </ul>
60	<p>К ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- мастэктомия по Урбану – Холдину</li> <li>- радикальная мастэктомия по Маддену</li> <li>- радикальная мастэктомия по Пейти</li> <li>+ радикальная резекция</li> </ul>

## 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде **зачета/экзамена** (оставить нужное).

Промежуточная аттестация проводится в три этапа: 1 - тестирование (20 тестовых заданий из 60, рандомизированная выборка), 2 — решение ситуационной задачи (одна шт.) (рандомизированная выборка), 3 — собеседование по контрольным вопросам.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности

### 5.1.1. Контрольные вопросы к **экзамену/зачету** по дисциплине **ОНКОЛОГИЯ**

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Эпидемиология опухолей. Современное представление о канцерогенезе.	-
2. Организация онкологической помощи населению. Структура онкологической службы, онкологического диспансера.	-
3. Профилактика злокачественных новообразований. Организация противораковой борьбы. Роль экологических факторов в возникновении опухолей.	-
4. Основные принципы реабилитации онкологических больных.	-
5. Основные принципы симптоматического лечения злокачественных опухолей. Тактика лечения болевого синдрома, инфекционных осложнений, борьба с кахексией.	-
6. Основные принципы симптоматического лечения злокачественных опухолей. Тактика лечения острой почечной недостаточности, печеночной недостаточности, опухолевых асцитов и плевритов. Роль хосписов.	-
7. Общие принципы лечения болевого синдрома у онкобольных. Методы обезболивания. Препараты, режимы назначения.	-
8. Основные принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей. Виды терапии. Методики проведения.	-
9. Осложнения химиотерапии злокачественных опухолей.	-
10. Классификация осложнений цитостатической терапии.	-

Профилактика и лечение гематологических, пульмонологических, неврологических осложнений, развивающихся в результате проведения полихимиотерапии.	-
11. Классификация осложнений цитостатической терапии. Профилактика и лечение осложнений со стороны кожи, желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем, развивающихся в результате проведения полихимиотерапии.	-
12. Основные методы диагностики онкологических заболеваний.	-
13. Основные принципы хирургического лечения злокачественных опухолей. Радикальные и паллиативные операции.	-
14. Основные принципы лучевой терапии злокачественных опухолей. Методы обучения, дозы и режимы облучения.	-
15. Классификация осложнений лучевой терапии. Профилактика и лечение лучевых реакций и повреждений кожи, слизистых оболочек, органов желудочно-кишечного тракта. Профилактика и лечение лучевых реакций и повреждений органов грудной клетки, мочевыделительной системы, нервной системы.	-
16. Рак нижней губы. Статистика. Классификация. Клиника. Диагностика. Общие принципы лечения.	-
17. Злокачественные опухоли языка, слизистой оболочки щеки, дна полости рта, твердого и мягкого неба. Заболеваемость. Клиника, диагностика, принципы лечения.	-
18. Рак гортани. Классификация. Клиника. Диагностика. Методы лечения.	-
19. Злокачественные опухоли щитовидной железы. Статистика. Классификация, гистологическое строение, стадии, клинические формы. Диагностика и лечение.	-
20. Рак легкого. Заболеваемость и смертность. Морфология. Классификация по стадиям. Клиника и диагностика центрального и периферического рака легкого. Роль эндоскопии и КТ в уточнении диагноза.	-
21. Метастатические опухоли легких. Классификация. Морфология. Клиника, диагностика, лечение.	-
22. Общие принципы лечения рака легкого. Показания к хирургическому, лучевому, лекарственному или комбинированному методам лечения. Результаты лечения. Осложнения.	-
23. Рак молочной железы. Статистика. Морфология и клиническая классификация. Клиника, диагностика.	-
24. Рак молочной железы. Общие принципы лечения. Виды хирургических операций. Лучевая терапия. Лекарственная терапия и гормонотерапия. Результаты лечения, реабилитация, прогноз.	-
25. Мастопатии. Классификация. Морфология. Диагностика. Принципы лечения.	-
26. Эпителиальные и неэпителиальные опухоли кожи. Статистика, морфология, классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.	-
27. Меланомы кожи. Статистика. Классификация. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения первичного очага и метастазов	-
28. Рак пищевода. Клиника, диагностика, хирургическое и комбинированное лечение. Результаты.	-
29. Рак пищевода. Заболеваемость, гистология, классификация. Клиническая картина и диагностика. Общие принципы лечения.	-
30. Рак желудка. Классификация, гистологические формы. Клиническая картина. Методы диагностики. Тактика лечения.	-

31. Доброкачественные опухоли и предопухолевые заболевания желудка. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Тактика лечения.	-
32. Опухоли ободочной кишки. Статистика, морфология. Классификация. Клиника и диагностика. Принципы лечения.	-
33. Предопухолевые заболевания рак прямой кишки. Классификация. Клиника, диагностика. Методы лечения.	-
34. Неэпителиальные опухоли желудочно-кишечного тракта. Классификация. Морфология. Клиника, диагностика, лечение.	-
35. Рак мочевого пузыря. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Тактика лечения.	-
36. Опухоли почек. Статистика. Классификация. Морфология. Клиника. Диагностика.	-
37. Рак предстательной железы. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Тактика лечения.	-
38. Рак тела матки. Статистика. Классификация, гистологические формы. Клиника, Принципы диагностики и лечения	-
39. Рак шейки матки. Статистика. Классификация, гистологические формы. Клиника, Принципы диагностики и лечения	-
40. Злокачественные опухоли яичников. Классификация, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Общие принципы лечения.	-
41. Злокачественные опухоли костей и мягких тканей. Классификация. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы лечения.	-

5.1.1. Тестовые задания приведены в разделе 4.4.

5.1.2. Ситуационные задачи приведены в разделе 4.4.

## 6. Критерии оценивания результатов обучения

*Для ситуационных задач*

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
<b>Полнота знаний</b>	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены незначительные ошибки
<b>Наличие умений</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены незначительные ошибки.
<b>Наличие навыков (владение опытом)</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены незначительные ошибки.



<b>Мотивация (личностное отношение)</b>	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
<b>Характеристика сформированности и компетенции*</b>	-	-
<b>Уровень сформированности и компетенций*</b>	-	-

**\* - не предусмотрены для программ аспирантуры**

*Для контрольных вопросов*

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
<b>Полнота знаний</b>	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
<b>Наличие умений</b>	Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, выполнены все задания в полном объеме
<b>Наличие навыков (владение опытом)</b>	Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки без ошибок и недочетов
<b>Характеристика сформированности компетенции*</b>	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для	Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям, но есть недочеты.	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
	повторное обучение	решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
<b>Уровень сформированности компетенций*</b>	-	-	-	-

\* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Масленникова Анна Владимировна, д.м.н., зав. кафедрой онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики.

Чернявский Александр Александрович, д.м.н., проф. кафедры онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

