

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ОДОБРЕНО

Учебно-методическим советом
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России

«01» декабря 2023 г.
Протокол № 14/2023

УТВЕРЖДАЮ

Директор Института медицинского
образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России

Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования
по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре

по специальности **31.08.57 Онкология**

Форма обучения	очная
Курс	2
Общая трудоемкость	108/3 (час/зач. ед.)

Санкт-Петербург
2023

СОСТАВИТЕЛИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Данилов Иван Николаевич	К.м.н., доцент	Заведующий кафедрой факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Хрыков Глеб Николаевич	К.м.н., доцент	Доцент кафедры факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Лапшина Софья Евгеньевна	-	Ассистент кафедры факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Амбарцумян Асмик Ваагновна	-	Ассистент кафедры факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
5.	Роговая Ольга Геннадьевна	д.пед.н., профессор	Заведующий кафедрой гуманитарных наук	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
6.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
7.	Михайлова Нинель Вадимовна	к.х.н.	Заведующий кафедрой математики и естественнонаучных дисциплин	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
8.	Конради Александра Олеговна	д.м.н.	Заведующий кафедрой организации, управления и экономики здравоохранения	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
9.	Галагудза Михаил Михайлович	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической физиологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
10.	Митрофанова Любовь Борисовна	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической анатомии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
11.	Гусев Денис Александрович	д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой инфекционных болезней	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
По методическим вопросам				
12.	Овечкина Мария Андреевна	к.м.н.	Заведующий учебно-методическим отделом	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Государственная итоговая аттестации» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры факультетской хирургии с клиникой.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «01» декабря 2023 г. Протокол заседания № 14/2023.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа государственной итоговой аттестации по специальности ординатуры 31.08.19 Педиатрия разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ;
- Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.57 Онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный приказом Минобрнауки России от 25 августа 2014 г. № 1100;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 360н от 02.06.2021 «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-онколог»;
- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. n 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Минобрнауки России от 18.03.2016г. N 227;
- учебным планом по специальности 31.08.57 Онкология;
- Уставом Центра и локальными нормативными актами Центра Алмазова.

1.2. К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план основной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.57 Онкология.

2. ЦЕЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ (далее – Центр Алмазова) по специальности 31.08.57 Онкология проводится по окончании полного курса обучения с целью установления соответствия уровня профессиональной подготовки выпускника требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования и последующей выдачей диплома о высшем образовании.

3. ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ:

- проверка уровня сформированности необходимых универсальных и профессиональных компетенций;
- уровень знаний, умений и навыков, позволяющий решать профессиональные задачи;
- степень готовности к осуществлению основных видов деятельности в соответствии с профессиональным стандартом.

Выпускник программы по специальности 31.08.57 Онкология (уровень ординатуры) должен быть готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации,

диспансерного наблюдения;

- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- диагностика неотложных состояний;
- проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

- оказание специализированной медицинской помощи;
- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
- организация проведения медицинской экспертизы;
- организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

4. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.57 ОНКОЛОГИЯ

4.1. В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

5. ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена, который проводится в форме комплексного, состоящего из трех этапов:

1. Тестирование (в электронном виде)
2. Теоретическая часть (собеседование по билету, содержащему контрольные вопросы и клинические задачи).

Объем знаний выпускника, необходимый для успешного прохождения государственного экзамена определяется рабочими программами указанных дисциплин и практик.

6. МЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.

Государственная итоговая аттестация программы ординатуры относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации.

7. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	на контактную работу	Из них на самостоятельную работу
Государственная итоговая аттестация	108 / 3	54	54

8. ПОДГОТОВКА К СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Государственный экзамен проводится по дисциплинам, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

- Онкология
- Основы психиатрии
- Педагогика
- МЧС
- Общественное здоровье и здравоохранение
- Патология
- Современные IT-технологии в здравоохранении
- Социально значимые инфекции
- Онкологическая настороженность
- Клиническая практика
- Научно-исследовательская работа
- Основы военной подготовки

9. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ И СДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Государственный экзамен по специальности 31.08.57 Онкология осуществляется в два этапа:

1 этап – **Тестирование** (оценка уровня теоретической подготовленности);

2 этап – **Собеседование** (оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи).

Содержание государственной итоговой аттестации базируется на компетенциях выпускника как совокупного ожидаемого результата образования по программе:

№ п/п	Наименование этапа	Содержание этапа	Проверяемые компетенции	Наименование оценочных средств
1	Тестирование Оценка уровня теоретической подготовки	Компьютерное тестирование	УК-1, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	ТЗ
2	Собеседование Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи	Собеседование с решением контрольных вопросов и ситуационных задач	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	КВ, СЗ, КР

По результатам двух этапов выставляется итоговая оценка.

В случае отрицательного результата одного из двух этапов государственного экзамена

обучающийся не допускается к следующим этапам и ему выставляется оценка «неудовлетворительно».

Формой проведения 1 этапа государственного экзамена является компьютерное тестирование, которое проводится по тестовым заданиям, комплектуемых для каждого обучающегося с использованием информационных систем путем выбора 80 тестовых заданий из единой базы оценочных средств. На решение варианта тестовых заданий отводится 80 минут.

Результат формируется автоматически с указанием процента правильных ответов от общего числа тестовых заданий. Оценка уровня сформированности знаний выставляется по результатам тестирования в зависимости от доли правильно выполненных тестовых заданий.

Критерии оценивания 1 этапа государственного экзамена:

- «Отлично» - 90-100% правильных ответов,
- «Хорошо» - 80-89 % правильных ответов,
- «Удовлетворительно» - 70-79 % правильных ответов,
- «Неудовлетворительно» - до 69 % правильных ответов.

К следующему этапу государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся при условии успешного прохождения I этапа (оценка «Удовлетворительно» и выше).

Формой проведения 2 этапа государственного экзамена является устное собеседование с решением конкретных профессиональных задач и вопросам профессионального характера.

Целью собеседования является выявление глубины подготовки выпускников и умения комплексно подходить к решению проблемных ситуаций в вопросах профессиональной деятельности.

Для подготовки к ответу, обучающемуся дается до 0,5 академического часа, продолжительность ответа на экзамене составляет не более 0,5 академического часа. При подготовке к ответу в устной форме обучающиеся делают необходимые записи по вопросам билета на выданных техническим секретариатом государственной итоговой аттестации листах бумаги со штампом ИМО.

Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования по ситуационным задачам профессионального характера. Образцы ситуационных задач представлены в Приложении № 1. Для подготовки к данному этапу, обучающемуся необходимо проработать рекомендуемую литературу.

Оценка уровня сформированности у выпускников умений, опыта практической деятельности и освоения компетенций в ходе решения практических задач является дифференцированной – оценивается уровень готовности к осуществлению основных видов профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, уровень знаний и умений, позволяющий решать типовые задачи профессиональной деятельности, уровень информационной и коммуникативной культуры, а также обоснованность, четкость полнота изложения ответов на каждое задание экзаменационного билета.

Критерии оценивания 2 этапа государственного экзамена:

«Отлично» - обучающийся демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеет научным языком; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе;

«Хорошо» – обучающийся демонстрирует полное знание программного материала, способен обосновывать выводы и разъяснять их в логической последовательности, но допускает ошибки

общего характера; правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах;

«Удовлетворительно» – обучающийся демонстрирует достаточный уровень знания основного программного материала, но допускает существенные ошибки при его изложении и/или при ответе на вопросы; ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией; демонстрирует общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы;

«Неудовлетворительно» – обучающийся допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы; не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз.

Общая оценка за три этапа определяется как среднее значение полученных оценок.

Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Собеседование	Выставляется с учетом результатов двух этапов

Все этапы государственного экзамена по специальности 31.08.57 Онкология проводится на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России с использованием имеющегося материально-технического оснащения.

Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

Оценка уровня теоретической подготовленности проводится в виде тестирования по тестовым заданиям, составленным для проведения государственной итоговой аттестации выпускников высших медицинских учебных заведений. Тестовые задания содержат 300 вопросов. Для подготовки к данному этапу аттестации, обучающемуся необходимо повторить материал по профильным предметам и смежным дисциплинам, пройти тестирование в электронной системе дистанционного обучения MOODLE по всем профильным дисциплинам до получения положительного результата. Материалом для подготовки являются тесты для текущего контроля знаний по дисциплине, представленные на образовательном портале, лекционный материал и учебные пособия, изданные кафедрой, а также общие сборники, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе.

Оценка уровня решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования по ситуационным задачам профессионального характера. Для подготовки к данному этапу, обучающемуся необходимо проработать учебно-методический материал, использовать базовые учебники по профильным дисциплинам, а также пособия, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе, проработать все имеющиеся ситуационные задачи по профильным дисциплинам.

Рекомендуется посетить предэкзаменационные консультации.

Примеры типовых оценочных средств I этапа государственного экзамена

Примеры тестовых заданий

Тестовые задания открытого типа:

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5

1. Злокачественные опухоли характеризуются

- а) наличием капсулы
- б) инфильтративным ростом в окружающие органы и ткани
- в) снижением силы сцепления клеток
- г) оттеснением окружающих тканей

2. Доброкачественные опухоли характеризуются

- а) способностью метастазировать
- б) неконтролируемым инфильтративным ростом
- в) высокой дифференцировкой клеток
- г) наличием капсулы

3. Первое место по вкладу факторов в развитие рака занимает:

- а) курение
- б) питание
- в) метаболиты гормонов репродуктивных органов
- г) алкоголь
- д) инсоляция

4. Фаза доклинического развития злокачественной опухоли составляет:

- а) 1/2
- б) 1/3
- в) 1/4
- г) 2/3
- д) 3/4

5. Развитие злокачественной опухоли происходит в три этапа. Какова их последовательность?

- а) прогрессия, инициация, промоция
- б) инициация, промоция, прогрессия
- в) инициация, прогрессия, промоция
- г) промоция, прогрессия, инициация

6. О дисплазии эпителиальной ткани судят на основании

- а) клинических признаков
- б) данных рентгенологического исследования
- в) данных КТ
- г) цитологического или гистологического исследования

7. Рак *in situ* отличается от микроинвазивного тем, что:

- а) инфильтрирует и разрушает базальную мембрану
- б) инфильтрирует ткани в пределах слизистой оболочки
- в) инфильтрирует и слизистую и подслизистую оболочки органа
- г) не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее

8. Рак *in situ* по международной классификации TNM относится:

- а) к раку
- б) к предраку
- в) к доброкачественным опухолям
- г) отношение не определено

9. Срок обследования больных I клинической группы не должен превышать:

- а) – 7 дней

- б) – 10 дней
- в) – 14 дней
- г) – 20 дней

10. Критерием излеченности в онкологии является срок:

- а) – 2 года
- б) – 3 года
- в) – 4 года
- г) – 5 лет

Примеры типовых оценочных средств II этапа государственного экзамена

Примеры ситуационных задач

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Задача № 1.

Больной 60 лет, курильщик, жалуется на кашель, боли в левой половине грудной клетки, одышку при физической нагрузке. Считает себя больным в течение 6 мес. На рентгенограммах органов грудной клетки — расширение тени левого корня, имеющего полицилический контур. В периферических отделах нижней доли левого легкого — затемнение округлой формы, связанное «дорожкой» с корнем, диаметром 4см.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Методы верификации диагноза
3. Лечение
4. В каком объеме операция возможна операция у данного больного

Задача № 2.

Больная Ж., 45 лет, обнаружила покраснение кожи и отек в верхненаружном квадранте правой молочной железы. Через 2 месяца покраснение и отек распространились на верхние квадранты молочной железы, почувствовала дискомфорт в правой подмышечной области. Обратилась к хирургу. Диагностирован нелактационный мастит в фазе инфильтрации, подмышечный лимфаденит. Назначена противовоспалительная терапия. Однако, отмечена отрицательная динамика. Рекомендована смена антибиотиков, что также не дало положительного результата.

Вопросы:

- 1) Предварительный диагноз
- 2) Алгоритм диагностических мероприятий
- 3) Тактика лечения

Задача № 3.

Больная Д. 65 лет. В анамнезе: рак молочной железы. Жалобы на слабость, запоры, примеси слизи в кале, вздутие живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в левом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эдифитно-растущего новообразования, легкокровооточающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Вопросы:

- 1) Диагноз
- 2) Тактика лечения
- 3) Диспансерное наблюдение

Примеры контрольных вопросов

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2; ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-9, ПК-10

1. Злокачественные опухоли (статистика, организация онкологической помощи и ее эффективность).
2. Рак как возрастная патология, общие механизмы патогенеза старения и рака, молекулярные основы. Гормонозависимые опухоли и возраст.
3. Принципы первичной профилактики рака (определение, условия разработки мероприятий, направления).
4. Принципы классификации злокачественных опухолей
5. Канцерогенные агенты и современные представления о механизмах их действия.
6. Современное представление о предраке.
7. Принципы диагностики злокачественных новообразований.
8. Доброкачественные опухоли. Этапы развития. Патологоанатомическая характеристика.
9. Органосохраняющее лечение в онкологии (предпосылки, современные возможности, варианты).
10. Организация онкослужбы в РФ. Задачи онкослужбы. Организация скрининга злокачественных новообразований в РФ. Принципы диспансерного наблюдения.
11. Злокачественные новообразования полости рта, ротоглотки. Этиология. Морфологическая характеристика. Клиника. Диагностика. Методы лечения
12. Злокачественные новообразования полости носа, носоглотки. Злокачественные новообразования полости носа, носоглотки. Этиология. Патологоанатомическая картина. Клиника. Методы диагностики. Принципы лечения.
13. Злокачественные новообразования гортани. Этиология. Патологоанатомическая картина. Особенности клинической картины. Принципы диагностики и лечения.
14. Доброкачественные новообразования щитовидной железы. Морфологическая характеристика. Клиническая картина. Диагностика. Методы лечения. Показания к оперативному лечению.
15. Рак щитовидной железы: эпидемиология, эндокринология, факторы и механизмы канцерогенеза. Современный алгоритм диагностики и лечения.

10. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам

Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» для подготовки к сдаче государственного экзамена

Программное обеспечение:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

Профессиональные базы данных, используемые для подготовки к сдаче государственного экзамена:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для подготовки к сдаче государственного экзамена:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн МультиТран (<http://www.multitrans.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

Перечень учебной литературы, необходимой для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Симптомы и синдромы в педиатрии / Р. Р. Кильдиярова, Д. Ю. Латышев. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970472163.html>
2. Неотложная педиатрия: национальное руководство / под ред. Б. М. Блохина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450444.html>
3. Клинический диагноз в педиатрии (формулировка, классификации) / Ю. С. Сергеев. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462928.html>
4. Справочник врача-педиатра / Кильдиярова Р. Р. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451113.html>
5. Фармакотерапия в педиатрии / под ред. Е. В. Ших, Е. И. Алексеевой, В. Н. Дроздова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466445.html>
6. Онконастороженность в педиатрии / Рыков М. Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453995.html>
7. Травматология детского возраста: учебное пособие / Н. Г. Жила, В. И. Зорин. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477489.html>

8. Неотложные состояния у новорожденных детей: руководство для врачей / О. В. Ионов, Д. Н. Дегтярев, А. Р. Киртбая и др. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454589.html>
9. Неонатология. Клинические рекомендации / под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева, Д. С. Крючко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458174.html>
10. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия: Учебное пособие / Под ред. В. А. Доскина, М. В. Лещенко. - 3-е изд., перераб. и доп. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/42691>
11. Здоровый и больной ребенок. Особенности вакцинации / О. В. Шамшева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455999.html>
12. Основы вакцинопрофилактики у детей: руководство для врачей / Д. Ю. Овсянников, О. В. Шамшева, Л. Г. Кузьменко, Т. Ю. Илларионова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463567.html>
13. Детская эндокринология. Атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459362.html>

Дополнительная литература:

1. Детские болезни: учебник / Геппе Н. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444702.html>
2. Амбулаторно-поликлиническая педиатрия. Стандарты медицинской помощи. Критерии оценки качества. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин. - 2-е изд. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463260.html>
3. Руководство участкового педиатра / под ред. Т. Г. Авдеевой. - 4-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463826.html>
4. Педиатру на каждый день / Кильдиярова Р. Р. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452301.html>
5. Клинические нормы. Педиатрия / Р. Р. Кильдиярова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442609.html>
6. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра / Кильдиярова Р. Р. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443859.html>
7. От симптома к диагнозу. Клинические разборы в педиатрии / под ред. Чемоданова В. В. - Москва: Литтерра, 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423503369.html>
8. Токсикология в педиатрии: руководство для врачей / Е. А. Лужников, Г. Н. Суходолова, Л. А. Коваленко, О. Л. Чугунова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465769.html>
9. Педиатрия: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. А. А. Баранова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434093.html>
10. Визуальная педиатрия / Под ред. В. А. Доскина, М. В. Лещенко, Е. А. Дериновой. - Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/8369>
11. Клиническая вакцинология / О. В. Шамшева, В. Ф. Учайкин, Н. В. Медуницын - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434642.html>

12. Болезни уха, горла, носа при ОРЗ у детей / М. Р. Богомилский [и др.] - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439173.html>
13. Эндокринные заболевания у детей и подростков / под ред. Е. Б. Башниной - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440278.html>
14. Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра / Кильдиярова Р. Р. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443859.html>

11. АТТЕСТАЦИИ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ИЗ ЧИСЛА ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

При проведении государственной итоговой аттестации обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

- проведение государственной итоговой аттестации для инвалидов в одной аудитории совместно с обучающимися, не являющимися инвалидами, если это не создает трудностей для инвалидов и иных обучающихся при прохождении государственной итоговой аттестации;
- присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся инвалидам необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с членами государственной экзаменационной комиссии);
- пользование необходимыми обучающимся инвалидам техническими средствами при прохождении государственной итоговой аттестации с учетом их индивидуальных особенностей;
- обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Все локальные нормативные акты Центра Алмазова по вопросам проведения государственной итоговой аттестации доводятся до сведения обучающихся инвалидов в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья продолжительность сдачи государственного аттестационного испытания может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи:

- продолжительность сдачи государственного экзамена, проводимого в письменной форме, - не более чем на 90 минут;
- продолжительность подготовки обучающегося к ответу на государственном экзамене, проводимом в устной форме или в форме тестирования - не более чем на 20 минут.

В зависимости от индивидуальных особенностей, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья Центр Алмазова обеспечивает выполнение следующих требований при проведении государственного аттестационного испытания:

а) для слабовидящих:

- задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются увеличенным шрифтом;

- обеспечивается индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс;
 - при необходимости обучающимся предоставляется увеличивающее устройство, допускается использование увеличивающих устройств, имеющихся у обучающихся;
- б) для глухих и слабослышащих, с тяжелыми нарушениями речи:
- обеспечивается наличие звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования, при необходимости обучающимся предоставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального пользования;
 - по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в письменной форме;
- в) для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (тяжелыми нарушениями двигательных функций верхних конечностей или отсутствием верхних конечностей):
- письменные задания выполняются обучающимися на компьютере со специализированным программным обеспечением или надиктовываются ассистенту;
 - по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в устной форме.

Обучающийся, из числа инвалидов, не позднее, чем за 3 месяца до начала проведения государственной итоговой аттестации подает письменное заявление о необходимости создания для него специальных условий при проведении государственных аттестационных испытаний с указанием его индивидуальных особенностей. К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у обучающегося индивидуальных особенностей (при отсутствии указанных документов в личном деле обучающегося).

В заявлении обучающийся указывает на необходимость (отсутствие необходимости) присутствия ассистента на государственном аттестационном испытании, необходимость (отсутствие необходимости) увеличения продолжительности сдачи государственного аттестационного испытания по отношению к установленной продолжительности (для каждого государственного аттестационного испытания).

12. ПОРЯДОК ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИЙ

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена) либо выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция не позднее 2 рабочих дней со дня ее подачи рассматривается на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Заседание апелляционной комиссии может проводиться в отсутствие обучающегося, подавшего апелляцию, в случае его неявки на заседание апелляционной комиссии.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии

удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае если апелляция удовлетворяется, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные образовательной организацией.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания обучающегося, подавшего апелляцию, осуществляется в присутствии председателя или одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается обучающимся, в том числе в электронной форме (подписанная апелляция на бумажном носителе, преобразованная в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания ее текста), через личный кабинет в СДО MOODLE в раздел «ГИА – Апелляционная комиссия» не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
К ПРОГРАММЕ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность	31. 08. 57 Онкология
Направленность	Онкология
Квалификация выпускника:	Врач-онколог
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. В результате изучения программы дисциплины по специальности обучающегося формируются следующие компетенции:

Универсальные: УК-1, УК-2, УК-3

Профессиональные: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12.

Универсальные компетенции

Выпускник программы ординатуры должен обладать следующими **универсальными компетенциями** (далее – УК):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями** (далее – ПК)

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

2. Этапы проведения государственной итоговой аттестации

№ п/п	Наименование этапа	Содержание этапа	Проверяемые компетенции	Наименование оценочных средств
1	Тестирование Оценка уровня теоретической подготовки	Компьютерное тестирование	УК-1, УК-3, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-7, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	ТЗ
2	Собеседование Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи	Собеседование с решением контрольных вопросов и ситуационных задач	УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	КВ, СЗ, КР

*виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ), ситуационные задачи (СЗ)

Критерии уровня освоения теоретической подготовки и практических умений обоснованы в рабочей программе государственной итоговой аттестации.

6. Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Собеседование	Выставляется с учетом результатов двух этапов экзамена.

Критерии оценки результатов поэтапного экзамена

Показатель оценивания результатов освоения образовательной программы	Критерий			
	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Тестирование (оценка уровня теоретической подготовленности по те-	90-100%	80-89 %	70-79 %	До 70%

стам)				
Собеседование (Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи)	Обучающийся демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеет научным языком; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе	Обучающийся демонстрирует полное знание программного материала, способен обосновывать выводы и разъяснять их в логической последовательности, но допускает ошибки общего характера; правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах	Обучающийся демонстрирует достаточный уровень знания основного программного материала, но допускает существенные ошибки при его изложении и/или при ответе на вопросы; ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией; демонстрирует общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы	Обучающийся допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы; не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз

Критерии оценки сформированности компетенций в формализованном виде:

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Неудовлетворительно	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Удовлетворительно	«Знает» и «умеет» на репродуктивном уровне. Знает изученный элемент содержания репродуктивно: произвольно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях.
Хорошо	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает на репродуктивном уровне и указывает на особенности и взаимосвязи изученных объектов, на их достоинства, ограничения, историю и перспективы развития и особенности для разных объектов усвоения.
Отлично	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА I ЭТАПА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8

Тестовые задания закрытого типа:

Раздел 1. Общие вопросы онкологии

1. Злокачественные опухоли характеризуются

- а) наличием капсулы
- б) инфильтративным ростом в окружающие органы и ткани
- в) снижением силы сцепления клеток
- г) оттеснением окружающих тканей

2. Доброкачественные опухоли характеризуются
- а) способностью метастазировать
 - б) неконтролируемым инфильтративным ростом
 - в) высокой дифференцировкой клеток
 - г) наличием капсулы
3. Первое место по вкладу факторов в развитие рака занимает:
- а) курение
 - б) питание
 - в) метаболиты гормонов репродуктивных органов
 - г) алкоголь
 - д) инсоляция
4. Фаза доклинического развития злокачественной опухоли составляет:
- а) 1/2
 - б) 1/3
 - в) 1/4
 - г) 2/3
 - д) 3/4
5. Развитие злокачественной опухоли происходит в три этапа. Какова их последовательность?
- а) прогрессия, инициация, промоция
 - б) инициация, промоция, прогрессия
 - в) инициация, прогрессия, промоция
 - г) промоция, прогрессия, инициация
6. О дисплазии эпителиальной ткани судят на основании
- а) клинических признаков
 - б) данных рентгенологического исследования
 - в) данных КТ
 - г) цитологического или гистологического исследования
7. Рак *in situ* отличается от микроинвазивного тем, что:
- а) инфильтрирует и разрушает базальную мембрану
 - б) инфильтрирует ткани в пределах слизистой оболочки
 - в) инфильтрирует и слизистую и подслизистую оболочки органа
 - г) не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее
8. Рак *in situ* по международной классификации TNM относится:
- а) к раку
 - б) к предраку
 - в) к доброкачественным опухолям
 - г) отношение не определено
9. Срок обследования больных I клинической группы не должен превышать:
- а) – 7 дней
 - б) – 10 дней
 - в) – 14 дней
 - г) – 20 дней
10. Критерием излеченности в онкологии является срок:

- а) – 2 года
- б) – 3 года
- в) – 4 года
- г) – 5 лет

11. К какой клинической группе относятся люди, излеченные от рака (практически здоровые)

- а) I а
- б) I б
- в) II
- г) II а
- д) III

12. Какая стадия является предельной границей ранней диагностики рака ?

- а) 0 стадия
- б) I
- в) II а
- г) II б

13. Специальная первичная документация в онкологии необходима для:

- а) преемственности на этапах лечения больного
- б) ранней диагностики опухолей
- в) диспансерного наблюдения за больными
- г) проведения первичной профилактики злокачественных опухолей

14. Как отразилась авария на Чернобыльской АЭС на уровне заболеваемости раком щитовидной железы в зонах радиационного загрязнения атмосферы в России

- а) привела к значительному росту заболеваемости у всех пострадавших от радиации
- б) привела к росту заболеваемости лиц, облученных в детском возрасте
- в) к росту заболеваемости не привела
- г) данные отсутствуют

15. Какие методы диагностики необходимо применить для выявления или исключения рака при узловом образовании в щитовидной железе

- а) пальпация
- б) сканирование
- в) УЗИ
- г) пункция, пункция под контролем УЗИ
- д) срочное гистологическое исследование во время операции

16. Меньшая вероятность рождения ребенка с пороками развития и опухолью у матери

- а) в возрасте старше 30 лет
- б) в более молодом возрасте
- в) курящей
- г) получавшей во время беременности диэтилstilbэстрол
- д) употреблявшей алкоголь

17. Основным методом первичной диагностики рака молочной железы является

- а) пальпаторное определение опухоли
- б) маммография
- в) УЗИ молочных желез
- г) цитологическое исследование

18. К методам уточняющей диагностики при раке молочной железы относят

- а) цитологическое исследование
- б) рентгенографию грудной клетки
- в) радиоизотопное исследование скелета
- г) УЗИ брюшной полости и малого таза
- д) определение гормональных рецепторов

19. Ведущим методом забора материала для морфологической верификации диагноза центрального рака легкого является

- а) получение мокроты
- б) фибробронхоскопия
- в) трансторакальная пункция
- г) поднаркозная бронхоскопия

20. Первым и обязательным методом диагностики при раке прямой кишки является

- а) ирригоскопия
- б) компьютерная томография
- в) пальцевое исследование прямой кишки
- г) ректоскопия с биопсией

Раздел 2. Онкологические заболевания головы и шеи

1. Облигатные предопухолевые заболевания губы?

- а) хронические язвы и трещины
- б) бородавчатый предрак
- в) болезнь Боуэна
- г) хейлит Манганотти

2. Гистологический тип рака губы?

- а) плоскоклеточный
- б) железистый
- в) мелкоклеточный

3. Основной метод лечения эндофитного рака губы T1N0M0?

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) лекарственный
- г) химиолучевой

4. Какая операция показана при метастазах рака губы в подчелюстные лимфатические узлы?

- а) операция Ванаха
- б) футлярно-фасциальное иссечение лимфоузлов и клетчатки шеи
- в) операция Крайля

5. Наиболее частая локализация рака в полости рта?

- а) дно полости рта
- б) мягкое небо
- в) язык
- г) щека

6. Основная группа факторов, способствующих возникновению рака языка?

- а) употребление острой и горячей пищи

- б) жевание табака, коки
- в) хроническая травма

7. Метод лечения рака языка T3N0M0?

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) лекарственный
- г) лучевой + хирургический

8. Клиническая симптоматика рака складочного отдела гортани?

- а) боль при глотании
- б) поперхивание
- в) чувство инородного тела
- г) осиплость голоса

9. Гистологическое строение рака гортани?

- а) крупноклеточное
- б) плоскоклеточное
- в) железистое

10. Основной метод лечения рака гортани четвертой стадии?

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) лекарственный
- г) химиолучевой

11. Йодопоглотительная способность узла при раке щитовидной железы?

- а) нормальная
- б) повышенная
- в) отсутствует («холодный узел»)

13. Какие гистологические типы относятся к дифференцированному раку щитовидной железы?

- а) медулярный
- б) папиллярный
- в) фолликулярный
- г) плоскоклеточный

Раздел 3. Онкологические заболевания органов грудной клетки

1. К неврогенным опухолям средостения, исходящим из оболочек нервов, относятся: 1) гангионеврома 2) феохромоцитомы 3) хемодектомы 4) невринома 5) нейрофиброма

- а) правильно 1 и 2
- б) правильно 2 и 3
- в) правильно 3 и 4
- г) правильно 4 и 5
- д) правильно 1 и 5

2. Неврогенные опухоли в абсолютном большинстве наблюдений локализуются

- а) в реберно-позвоночном углу
- б) в центральном средостении
- в) в верхних отделах переднего средостения

г) в переднем средостении на уровне основания сердца

3. Неврогенные опухоли в процессе своего развития могут

- а) малигнизировать
- б) "вызревать" - превращаться из незрелой (злокачественной) в доброкачественную
- в) распространяться из средостения на шею
- г) проникать в спинномозговой канал и вызывать сдавление спинного мозга
- д) все ответы правильные: малигнизировать, "вызревать" - превращаться из незрелой (злокачественной) в доброкачественную, распространяться из средостения на шею, проникать в спинномозговой канал и вызывать сдавление спинного мозга

4. Наиболее часто встречающейся в средостении опухолью мезенхимального происхождения является

- а) фиброма
- б) липома
- в) гемангиома
- г) лимфангиома

5. Ангиосаркома средостения:

- 1) локализуется преимущественно в переднем средостении
- 2) локализуется преимущественно в заднем средостении
- 3) метастазирует преимущественно лимфогенным путем
- 4) метастазирует, как правило, гематогенно
- 5) может расти в просвете крупных сосудов
- 6) никогда не прорастает в кровеносные сосуды
- а) правильно 1, 3 и 5
- б) правильно 2, 4 и 6
- в) правильно 1, 4 и 5
- г) правильно 2, 3 и 5
- д) правильно 1, 4 и 6

6. Для злокачественных мезенхимом средостения характерным является:

- 1) быстрый рост
- 2) меленный рост
- 3) бурное метастазирование
- 4) крайне редкое и позднее метастазирование
- 5) инфильтрация прилежащих структур
- 6) экспансивный рост
- а) правильно 1, 3 и 5
- б) правильно 2, 4 и 6
- в) правильно 2, 4 и 5
- г) правильно 2, 3 и 6
- д) правильно 1, 2 и 4

7. При поражении лимфатических узлов средостения злокачественными лимфомами, как правило, поражаются лимфатические узлы

- а) в переднем верхнем средостении
- б) в центральном средостении
- в) в заднем средостении
- г) поражаются все группы лимфатических узлов с одинаковой частотой

8. Наиболее часто изолированное поражение лимфатических узлов средостения наблюдается

- а) при лимфогранулематозе
- б) при лимфосаркоме
- в) при ретикулосаркоме
- г) при плазмацитоме

9. Равномерное, постепенное уменьшение плотности от центра к периферии образования, выявляемое при рентгенологическом исследовании, характерно

- а) для больших однокамерных кист
- б) для многокамерных кист
- в) для тератобластом
- г) для злокачественных лимфом
- д) все ответы верные: для больших однокамерных кист, многокамерных кист, для тератобластом, для злокачественных лимфом

10. Трансторакальная пункционная биопсия противопоказана

- а) при подозрении на аневризму сердца или аорты
- б) при подозрении на кисту переднего средостения, в частности, паразитарную
- в) при предположительном диагнозе - опухоль вилочковой железы
- г) при предположительном диагнозе - тератобластома
- д) верные ответы: при подозрении на аневризму сердца или аорты и при подозрении на кисту переднего средостения, в частности, паразитарную

11. Активная хирургическая тактика у больных с доброкачественными новообразованиями средостения оправдана в связи

- а) с возможностью малигнизации
- б) с развитием компрессионного медиастинального синдрома
- в) с возможностью развития опасных для жизни осложнений
- г) все ответы верные: с возможностью малигнизации, с развитием компрессионного медиастинального синдрома, с возможностью развития опасных для жизни осложнений
- д) правильные ответы: с развитием компрессионного медиастинального синдрома и с возможностью развития опасных для жизни осложнений

12. Показаниями к применению лучевой терапии (в качестве самостоятельного метода или в сочетании с химиотерапией) у больных с новообразованиями средостения являются:

- 1) локальные и локально-регионарные формы злокачественных лимфом
- 2) инфильтративные формы злокачественных тимом
- 3) инфильтративные тератобластомы
- 4) невриномы и нейрофибромы
- 5) энтерогенные и бронхиальные кисты

а) все ответы верные: локальные и локально-регионарные формы злокачественных лимфом, инфильтративные формы злокачественных тимом, инфильтративные тератобластомы, невриномы и нейрофибромы, энтерогенные и бронхиальные кисты

- б) верные все ответы, кроме 5
- в) верные все ответы, кроме 4 и 5
- г) верные все ответы, кроме 1 и 2
- д) верные все ответы, кроме 2 и 3

13. Проведение лучевой и лекарственной терапии (или их сочетание) без морфологической верификации диагноза у больного опухолью средостения возможно в ряде случаев при наличии следующих характеристик опухолевого процесса:

- 1) молодой возраст
- 2) длительное существование опухоли (анамнез)
- 3) четкие округлые контуры
- 4) быстрые темпы клинического развития при наличии общих симптомов
- 5) выраженное сдавление или признаки прорастания крупных сосудов и органов средостения
- 6) локализация в переднем средостении и полициклические контуры

- а) правильно молодой возраст и длительное существование опухоли (анамнез)
- б) правильно молодой возраст, длительное существование опухоли (анамнез) и четкие округлые контуры
- в) правильно молодой возраст, длительное существование опухоли (анамнез) и локализация в переднем средостении и полициклические контуры
- г) правильно длительное существование опухоли (анамнез), четкие округлые контуры и локализация в переднем средостении и полициклические контуры
- д) правильно быстрые темпы клинического развития при наличии общих симптомов, выраженное сдавление или признаки прорастания крупных сосудов и органов средостения и локализация в переднем средостении и полициклические контуры

14. К центральным доброкачественным опухолям легких относятся

- а) опухоли главных бронхов
- б) опухоли долевых бронхов
- в) опухоли сегментарных бронхов
- г) все перечисленные варианты верны: опухоли главных бронхов, долевых бронхов и опухоли сегментарных бронхов
- д) ни одна из перечисленных локализаций: опухоли главных бронхов, долевых бронхов и опухоли сегментарных бронхов

15. Доброкачественные опухоли легких могут иметь

- а) эпителиальное происхождение
- б) нейроэктодермальное происхождение
- в) мезодермальное происхождение
- г) дисэмбриогенетическое (гамартомы, тератомы)
- д) все ответы верные: эпителиальное происхождение, нейроэктодермальное происхождение, мезодермальное происхождение, дисэмбриогенетическое (гамартомы, тератомы)

16. Дифференциальный диагноз доброкачественной периферической опухоли легкого необходимо проводить

- а) с периферическим раком
- б) с туберкулемой
- в) с кистой
- г) с асперилломой
- д) все ответы верные: с периферическим раком, с туберкулемой, с кистой, с асперилломой

17. При хирургическом лечении периферических доброкачественных опухолей легких наиболее часто выполняемыми операциями являются все перечисленные, кроме

- а) энуклеации опухоли
- б) клиновидной или краевой резекции
- в) сегментарной резекции легких
- г) билобэктомии и пульмонэктомии

18. Помимо хирургических методов при лечении доброкачественных опухолей легких могут применяться

- а) лучевая терапия
- б) противоопухолевая химиотерапия
- в) комбинированное лечение (операция + лучевая терапия)
- г) все перечисленные методы: лучевая терапия, противоопухолевая химиотерапия, комбинированное лечение (операция + лучевая терапия)
- д) ни один из перечисленных методов: лучевая терапия, противоопухолевая химиотерапия, комбинированное лечение (операция + лучевая терапия)

19. Под термином "единичные метастазы" при метастатическом поражении легких принято понимать наличие

- а) одного метастаза
- б) от 2 до 4 метастазов
- в) от 6 до 10 метастазов
- г) милиарный карциноз

20. К центральному раку относятся опухоли, исходной локализацией которых являются бронхи

- а) главные
- б) долевые и сегментарные
- в) субсегментарные и порядка
- г) правильные ответы: главные, долевые и сегментарные
- д) правильные ответы: долевые и сегментарные, субсегментарные и порядка

Раздел 4. Онкологические заболевания брюшной полости и забрюшинного пространства

1. Предраковые состояния слизистой оболочки желудка при гистологическом исследовании характеризуются

- а) наличием атипичных клеток
- б) степенью дисплазии клеток
- в) наличием хронического атрофического гастрита
- г) наличием кишечной метаплазии очагового характера

2. Наиболее часто перерождаются в рак

- а) гиперпластические полипы
- б) аденоматозные полипы
- в) адено-папилломатозные полипы
- г) папиллярные аденомы
- д) все полипы, независимо от их гистологического строения, обладают одинаковым индексом малигнизации

3. По гистологическому строению рак желудка чаще всего является

- а) железистым раком
- б) плоскоклеточным раком
- в) смешанным железисто-плоскоклеточным раком
- г) все перечисленные варианты: железистым раком, плоскоклеточным раком, смешанным железисто-плоскоклеточным раком

4. При раннем раке желудка

- а) специфические симптомы отсутствуют
- б) имеются специфические симптомы заболевания
- в) симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка

г) "синдром малых признаков" является ранним клиническим проявлением рака желудка

5. Заподозрить малигнизацию язвы желудка позволяют следующие признаки

- а) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре
- б) длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
- в) снижение кислотности желудочного сока
- г) все перечисленное: размеры язвенной ниши более двух см в диаметре, длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей, снижение кислотности желудочного сока
- д) правильные ответы: размеры язвенной ниши более двух см в диаметре, длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей

6. Метастаз Крукенберга следует расценивать

- а) как гематогенный
- б) как имплантационный
- в) как ортоградный лимфогенный
- г) как ретроградный лимфогенный
- д) правильные ответы б) и г)

7. Эндоскопическая полипэктомия допустима, если при гистологическом исследовании биопсийного материала из вершины полипа обнаружены признаки малигнизации, в случае

- а) старческого возраста больного и тяжелой сопутствующей патологии в стадии декомпенсации
- б) полипа "на ножке" и при гистологическом исследовании ножки полипа признаков малигнизации в ней не обнаружено
- в) возможности динамического контроля (эндоскопического) за больным
- г) только сочетания всех перечисленных выше ситуаций: старческого возраста больного и тяжелой сопутствующей патологии в стадии декомпенсации, полипа "на ножке" и при гистологическом исследовании ножки полипа признаков малигнизации в ней не обнаружено и возможности динамического контроля (эндоскопического) за больным
- д) эндоскопическая полипэктомия недопустима

8. Интенсивный курс предоперационной лучевой терапии при раке желудка рассчитан

- а) на повышение резектабельности
- б) на уменьшение размеров опухоли
- в) на девитализацию опухоли
- г) на снижение числа рецидивов, метастазов
- д) правильные ответы: на девитализацию опухоли и на снижение числа рецидивов, метастазов

9. Противопоказаниями к лучевой терапии рака желудка являются

- а) тяжелое общее состояние больных
- б) кровотечение из опухоли
- в) сердечно-сосудистая недостаточность
- г) диссеминация опухоли по брюшине с асцитом
- д) правильные все ответы: тяжелое общее состояние больных, кровотечение из опухоли, сердечно-сосудистая недостаточность, диссеминация опухоли по брюшине с асцитом

10. К наиболее эффективным химиопрепаратам при раке желудка относятся

- а) 5-фторурацил

- б) адриамицин
- в) CCNU, BCNU
- г) все перечисленные варианты: 5-фторурацил, адриамицин, CCNU, BCNU
- д) только 5-фторурацил, адриамицин

11. Из органов билиопанкреатодуоденальной зоны наиболее часто поражается раком

- а) большой дуоденальный сосочек
- б) 12-перстная кишка
- в) желчный пузырь
- г) поджелудочная железа
- д) внепеченочные желчные протоки

12. Наиболее ранним специфическим синдромом у больных раком билиопанкреатодуоденальной области является

- а) боль в эпигастрии и спине
- б) потеря веса
- в) механическая желтуха
- г) асцит
- д) частая рвота

13. При раке поджелудочной железы практически любой орган может быть поражен метастазами, но обычно в первую очередь поражаются

- а) легкие
- б) кости
- в) печень
- г) надпочечники

14. Противопоказаниями к лучевой терапии рака поджелудочной железы являются

- а) остаточные явления желтухи после наложения холецистоеюноанастомоза
- б) язвенная болезнь 12-перстной кишки вне обострения
- в) язвенный энтероколит
- г) все ответы правильные: остаточные явления желтухи после наложения холецистоеюноанастомоза; язвенная болезнь 12-перстной кишки вне обострения, язвенный энтероколит
- д) правильного ответа нет

15. Положительная реакция на α -фетопротеин чаще бывает

- а) при первичном раке печени
- б) при метастатическом раке печени
- в) при доброкачественных опухолях печени
- г) правильные ответы: при первичном раке печени и при метастатическом раке печени
- д) положительная реакция на α -фетопротеин не характерна для опухолевых поражений печени

16. Гепатоцеллюлярный рак печени чаще развивается на фоне

- а) цирроза печени
- б) описторхоза
- в) и в том, и в другом случае
- г) ни в том, ни в другом случае

17. Основным путем метастазирования злокачественных опухолей тонкой кишки является

- а) лимфогенный

- б) гематогенный
- в) имплантационный

18. Из перечисленных осложнений в клиническом течении опухолей тонкой кишки могут наблюдаться

- а) кишечная непроходимость
- б) кровотечение
- в) перфорация опухоли
- г) некроз опухоли с ее распадом
- д) все перечисленное: кишечная непроходимость, кровотечение, перфорация опухоли и некроз опухоли с ее распадом

19. Основным методом лечения злокачественных опухолей тонкой кишки в настоящее время является

- а) лучевой
- б) химиотерапевтический
- в) хирургический

20. Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке

- а) слепой и восходящего отдела ободочной кишки
- б) поперечно-ободочной кишки
- в) нисходящего отдела
- г) сигмовидной кишки
- д) определенной зависимости типа роста опухоли от ее локализации не выявлено

21. К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих

- а) неспецифическим язвенным колитом
- б) грануломатозным колитом (болезнь Крона)
- в) полипами кишечника
- г) семейным диффузным полипозом
- д) всем перечисленным вариантам: неспецифическим язвенным колитом, грануломатозным колитом (болезнь Крона), полипами кишечника и семейным диффузным полипозом

22. Плоскоклеточный и диморфный (смешанный железистый и плоскоклеточный) рак чаще всего локализуется

- а) в слепой кишке
- б) в восходящем отделе ободочной кишки
- в) в нисходящем отделе ободочной кишки
- г) в сигмовидной кишке
- д) в прямой кишке

23. Лейомиосаркома толстого кишечника чаще всего локализуется

- а) в слепой кишке
- б) в восходящем отделе ободочной кишки
- в) в нисходящем отделе ободочной кишки
- г) в сигмовидной кишке
- д) в прямой кишке

24. На выбор метода лечения полипов толстой кишки оказывает влияние

- а) количество полипов
- б) размеры полипов

- в) тип роста (на ножке или на широком основании)
- г) гистологическое строение полипов
- д) все перечисленное: количество полипов, размеры полипов, тип роста (на ножке или на широком основании) и гистологическое строение полипов

25. Из неэпителиальных опухолей толстой кишки наиболее часто малигнизуются

- а) лейомиомы
- б) липомы
- в) фибромы
- г) нейрофибромы
- д) неэпителиальные опухоли толстой кишки малигнизуются примерно с одинаковой частотой

26. Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли

- а) в правых отделах ободочной кишки
- б) в поперечно-ободочной кишке
- в) в нисходящей кишке
- г) в сигмовидной кишке
- д) во всех отделах встречается с одинаковой частотой

27. Энтероколитическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли

- а) в правых отделах ободочной кишки
- б) в поперечно-ободочной кишке
- в) в нисходящей кишке
- г) в сигмовидной кишке
- д) правильные ответы: в нисходящей кишке; в сигмовидной кишке

28. Обтурационная форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли

- а) в правых отделах ободочной кишки
- б) в поперечно-ободочной кишке
- в) в нисходящей кишке
- г) в сигмовидной кишке
- д) правильные ответы: в нисходящей кишке; в сигмовидной кишке

29. Диспептическая форма клинического течения рака ободочной кишки встречается при локализации опухоли

- а) в правых отделах ободочной кишки
- б) в поперечно-ободочной кишке
- в) в нисходящей кишке
- г) в сигмовидной кишке
- д) во всех перечисленных отделах: в правых отделах ободочной кишки, в поперечно-ободочной кишке, в нисходящей кишке, в сигмовидной кишке

30. Из перечисленных операций к сфинктеросохраняющим не относится

- а) чресбрюшинная резекция прямой кишки
- б) брюшно-анальная резекция прямой кишки
- в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- г) перечисленные операции являются сфинктеросохраняющими

31. При забрюшинных неорганных опухолях чаще встречаются
- а) прорастание различных органов опухолью
 - б) сдавление или смещение органов опухолью
 - в) с одинаковой частотой встречается как прорастание, так и сдавление или смещение органов опухолью
 - г) правильного ответа нет
32. Клиническое течение неорганных забрюшинных опухолей характеризуется
- а) длительным бессимптомным периодом
 - б) частым рецидивированием
 - в) ранним и частым метастазированием
 - г) нарастанием признаков злокачественности опухоли по мере рецидивирования
 - д) правильные ответы: длительным бессимптомным периодом, частым рецидивированием, ранним и частым метастазированием
33. К противопоказаниям для проведения лучевой терапии при забрюшинных неорганных опухолях относятся
- а) выраженная интоксикация
 - б) распад опухоли
 - в) выраженное истощение больного
 - г) тяжелая сопутствующая патология в стадии декомпенсации
 - д) все ответы правильные: выраженная интоксикация, распад опухоли, выраженное истощение больного, тяжелая сопутствующая патология в стадии декомпенсации
34. К прямым рентгенологическим признакам, выявляемым при забрюшинных неорганных опухолях, не относятся
- а) расширение сосудов, питающих опухоль
 - б) наличие в опухоли собственно опухолевых "патологических" сосудов
 - в) длительная задержка контрастного вещества в опухолевых сосудах
 - г) "пропитывание" контрастным веществом массива опухоли
 - д) смещение или сдавление крупных артериальных стволов

Раздел 5. Опухоли кожи, молочной железы.

35. При лучевой терапии базалиомы наиболее целесообразно использовать
- а) близкофокусную рентгенотерапию
 - б) быстрые электроны
 - в) фотоны 15-20 МэВ
 - г) γ -излучение
 - д) правильно: близкофокусную рентгенотерапию; быстрые электроны
36. При лучевой терапии базалиомы наиболее целесообразно подведение суммарной дозы
- а) 30 Гр
 - б) 40-45 Гр
 - в) 50-60 Гр
 - г) 60-70 Гр
37. К облигатным предракам кожи относят
- а) болезнь Боуэна
 - б) болезнь Педжета
 - в) кератоакантому

- г) правильные ответы: болезнь Боуэна; болезнь Педжета
- д) правильные ответы: болезнь Педжета; кератоакантому

38. К факультативным предракам кожи относят

- а) кожный рог
- б) лейкоплакию
- в) старческую кератому
- г) правильные ответы: кожный рог; лейкоплакию
- д) правильные ответы: лейкоплакию; старческую кератому

39. Канцерогенным действием на кожу обладают

- а) лучистые энергии
- б) вещества, содержащие мышьяк
- в) производные каменноугольного дегтя и нефти
- г) все перечисленное верно: лучистые энергии, вещества, содержащие мышьяк, производные каменноугольного дегтя и нефти

40. Рак кожи в структуре заболеваемости злокачественными опухолями составляет

- а) около 1%
- б) 2–3%
- в) 4–8%
- г) около 5%

41. Базальноклеточный рак наиболее часто локализуется на коже

- а) волосистой части головы
- б) лица
- в) верхних конечностей
- г) нижних конечностей
- д) туловища

42. Наиболее выраженным инфильтративным ростом и тенденцией к метастазированию обладают

- а) плоскоклеточный рак кожи на фоне пигментной ксеродермы
- б) плоскоклеточный рак кожи на фоне сифилиса
- в) люпус-карцинома (на фоне красной волчанки)
- г) особой разницы не выявляется

43. Отдаленные метастазы плоскоклеточного рака кожи в первую очередь поражают

- а) легкие
- б) головной мозг
- в) кости
- г) печень
- д) правильные ответы: легкие и кости

44. Больному плоскоклеточным раком кожи лица II стадии наиболее целесообразно проводить

- а) хирургическое лечение
- б) сочетанную лучевую терапию
- в) криодеструкцию
- г) комбинированное лечение
- д) правильные ответы: сочетанную лучевую терапию и криодеструкцию

45. Пятилетняя выживаемость больных плоскоклеточным раком кожи I-II стадий составляет
- а) 50-60%
 - б) 75-80%
 - в) 85-90%
 - г) 95-100%
46. К меланомонеопасным невусам относятся
- а) синий (голубой) невус
 - б) внутридермальный невус
 - в) пограничный пигментный невус
 - г) гигантский пигментный невус
47. К меланомоопасным невусам следует отнести
- а) веррукозный невус
 - б) на Ло-невус
 - в) фиброэпителиальный невус
 - г) невус Ота
48. Из нижеперечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому
- а) панипломатозный невус
 - б) "монгольское" пятно
 - в) невус Ито
 - г) меланоз Дюбрейя
49. Меланома кожи относится к опухолям
- а) нейроэктодермальной природы
 - б) эктодермальной природы
 - в) мезенхимальной природы
 - г) дисэмбриональной природы
50. Ведущим методом диагностики меланомы кожи является
- а) радиофосфорная проба
 - б) лучевая меланурия (реакция Якша)
 - в) термография
 - г) морфологический метод

Раздел 6. Опухоли мягких тканей, опорно-двигательного аппарата.

1. В основе дифференциальной диагностики первичных опухолей костей лежит
- а) рентгенологическое исследование
 - б) морфологическое исследование
 - в) ультразвуковое исследование
 - г) ангиография
2. Первичные злокачественные опухоли костей необходимо дифференцировать
- а) с фиброзной дисплазией
 - б) с хроническим остеомиелитом
 - в) с костно-хрящевым экзостозом
 - г) все ответы верные: с фиброзной дисплазией, с хроническим остеомиелитом, с костно-хрящевым экзостозом
3. Остеогенные саркомы чаще всего встречаются в возрасте

- а) до 25 лет
- б) от 30 до 40 лет
- в) от 40 до 50 лет
- г) старше 50 лет

4. Саркомы Юинга наиболее часто встречаются в возрасте

- а) до 25 лет
- б) от 30 до 40 лет
- в) от 40 до 50 лет
- г) старше 50 лет

5. Хондросаркомы наиболее часто встречаются

- а) в детском возрасте
- б) в юношеском возрасте
- в) у людей старше 40 лет
- г) в любом возрасте

6. К факторам, влияющим на развитие первичных опухолей костей, относятся

- а) нарушение внутриутробного развития
- б) влияние физических факторов
- в) влияние химических факторов
- г) хронический остеомиелит
- д) все ответы верные: нарушение внутриутробного развития, влияние физических факторов, влияние химических факторов, хронический остеомиелит

7. К костномозговым саркомам относятся

- а) остеогенная саркома
- б) саркома Юинга
- в) хондросаркома
- г) паростальная саркома

8. Для остеогенной саркомы характерны следующие рентгенологические признаки

- а) наличие "треугольника" (козырька) Кодмана
- б) наличие спикул
- в) оссификация внекостного компонента
- г) все ответы верные: наличие "треугольника" (козырька) Кодмана, наличие спикул и оссификация внекостного компонента

9. Остеогенная саркома, как правило, метастазирует

- а) в легкие
- б) в кости
- в) в лимфоузлы
- г) все ответы верные: в легкие, в кости и в лимфоузлы

10. Морфологическая верификация первичной саркомы костей необходима

- а) для уточнения диагноза
- б) для выбора метода лечения
- в) для решения вопроса об объеме хирургического вмешательства
- г) все ответы верные: для уточнения диагноза, для выбора метода лечения, для решения вопроса об объеме хирургического вмешательства

11. Гигантоклеточные опухоли чаще всего локализуются

- а) в диафизе длинных трубчатых костей
- б) в метаэпифизе длинных трубчатых костей
- в) в плоских костях
- г) все ответы верные: в диафизе длинных трубчатых костей, в метаэпифизе длинных трубчатых костей, в плоских костях

12. Гигантоклеточные опухоли могут развиваться

- а) как доброкачественные опухоли
- б) как первичные злокачественные опухоли
- в) как вторичные злокачественные опухоли
- г) все ответы верные: как доброкачественные опухоли, как первичные злокачественные опухоли, как вторичные злокачественные опухоли

13. При выборе уровня ампутации нижней конечности целесообразно учитывать следующие моменты

- а) локализацию опухоли
- б) морфологическое строение опухоли
- в) получение наиболее функциональной культи для протезирования
- г) верные ответы локализацию опухоли, получение наиболее функциональной культи для протезирования
- д) все ответы верные: локализацию опухоли, морфологическое строение опухоли, получение наиболее функциональной культи для протезирования

14. Лучевая терапия может быть адекватным методом лечения

- а) при хондроме
- б) при ретикулосаркоме
- в) при саркоме Юинга
- г) при фиброме
- д) правильные ответы при ретикулосаркоме и при саркоме Юинга

15. Суммарная лечебная очаговая доза при лучевой терапии гемангиомы костей должна составлять

- а) 20-25 Гр
- б) 30-40 Гр
- в) 40-50 Гр
- г) более 50 Гр

16. Суммарная лечебная очаговая доза при Х-гистиоцитозе костей должна составлять

- а) 8-15 Гр
- б) 20-30 Гр
- в) 35-40 Гр
- г) более 40 Гр

17. К радиочувствительным может быть отнесена

- а) фибросаркома
- б) веретеноклеточная саркома
- в) синовиальная саркома
- г) правильные ответы фибросаркома и веретеноклеточная саркома
- д) правильного ответа нет

18. При лечении злокачественных опухолей мягких тканей применение лучевой терапии наиболее целесообразно

- а) как самостоятельный метод лечения
- б) в предоперационном периоде
- в) в послеоперационном периоде
- г) правильные ответы как самостоятельный метод лечения и в предоперационном периоде
- д) правильные ответы в предоперационном периоде и в послеоперационном периоде

19. Злокачественные опухоли мягких тканей могут развиваться из следующих исходных тканей

- а) мезенхимы
- б) фиброзной ткани
- в) жировой ткани
- г) мышечной ткани
- д) все ответы верные: мезенхимы, фиброзной, жировой и мышечной тканей

20. К метастазирующим опухолям мягких тканей относятся

- а) ангиосаркомы
- б) миогенные бластомы
- в) злокачественные невриномы
- г) липосаркомы
- д) все перечисленные: ангиосаркомы, миогенные бластомы, злокачественные невриномы и липосаркомы

21. Метастазировать в кости может

- а) рак молочной железы
- б) рак яичников
- в) меланома
- г) правильные ответы рак молочной железы и яичников
- д) все ответы верные: рак молочной железы, рак яичников, меланома

22. К доброкачественным костеобразующим опухолям относятся

- а) остеома
- б) остеобластома
- в) остеома и остеобластома

23. К костномозговым опухолям относятся

- а) саркома Юинга
- б) остеобластокластома
- в) остеогенная саркома

24. К опухолям мягких тканей из фиброзной ткани относятся

- а) дерматофиброма
- б) эластофиброма
- в) фибросаркома
- г) все ответы верные: дерматофиброма, эластофиброма, фибросаркома

25. Опухоли мягких тканей могут развиваться

- а) из фиброзной ткани
- б) из жировой ткани
- в) из мышечной ткани
- г) из синовиальной ткани
- д) все ответы верные: из фиброзной ткани, из жировой ткани, из мышечной ткани, из

синовиальной ткани

26. Опухоли из синовиальных тканей могут быть

- а) доброкачественными
- б) злокачественными
- в) доброкачественными и злокачественными

Раздел 7. Опухоли кроветворной системы.

1. Течение миеломной болезни имеет неблагоприятный прогноз в возрасте

- а) моложе 20 лет
- б) от 21 года до 40 лет
- в) от 40 до 60 лет
- г) старше 60 лет
- д) течение болезни не зависит от возраста

2. При развитии острого лейкоза может нарушаться дифференцировка следующих ростков нормального кроветворения

- а) лимфоидного ростка
- б) гранулоцитарного ростка
- в) эритроцитарного ростка
- г) любого ростка кроветворения

3. При развитии хронического лейкоза может нарушаться дифференцировка следующих ростков нормального кроветворения

- а) лимфоидного ростка
- б) гранулоцитарного ростка
- в) эритроцитарного ростка
- г) любого ростка кроветворения

4. Четкий цитогенетический маркер (филадельфийская хромосома) наблюдается

- а) при остром лимфобластном лейкозе
- б) при остром миелобластном лейкозе
- в) при хроническом лимфолейкозе
- г) при хроническом миелолейкозе
- д) при хроническом моноцитарном лейкозе

5. Специфическое поражение оболочек мозга (нейролейкемия) наиболее часто наблюдается

- а) при остром лимфобластном лейкозе
- б) при остром миелобластном лейкозе
- в) при хроническом миелолейкозе
- г) при хроническом лимфолейкозе

6. При хроническом миелолейкозе с выраженной спленомегалией облучение селезенки

- а) может быть проведено мелкими фракциями, РОД (разовая очаговая доза) 0.5-2 Гр
- б) средними фракциями (РОД 3-4 Гр)
- в) крупными фракциями (РОД 5-6 Гр)
- г) облучение селезенки не применяют

7. Вакцинация противопоказана больным, страдающим

- а) хроническим лимфолейкозом
- б) лимфогранулематозом

- в) острым лейкозом
- г) миеломной болезнью

8. Поражение периферических лимфоузлов выше и ниже диафрагмы и селезенки при лимфогранулематозе означает

- а) I стадию
- б) II стадию
- в) III стадию
- г) I стадию

Раздел 8. Онкогинекология. Онкоурология.

1. К фоновым процессам шейки матки относятся

- а) дисплазия
- б) карцинома in situ
- в) эндоцервикоз
- г) эритроплакия
- д) лейкоплакия с атипией

2. К гиперпластическим процессам, связанным с гормональными нарушениями, относятся

- а) истинная эрозия
- б) цервицит
- в) шеечно-влагалищные свищи
- г) дисплазия
- д) эктопия

3. При лечении фоновых процессов шейки матки можно использовать

- а) криодеструкцию
- б) электрокоагуляцию
- в) электроконизацию
- г) лазерное лечение
- д) все ответы правильные: криодеструкцию, электрокоагуляцию, электроконизацию, лазерное лечение

4. Выраженная дисплазия относится

- а) к фоновым процессам, связанным с гормональными нарушениями
- б) к фоновым процессам, связанным с воспалением
- в) к предраку
- г) к раннему раку
- д) правильные ответы: к фоновым процессам, связанным с гормональными нарушениями и к фоновым процессам, связанным с воспалением

5. При осмотре в зеркалах выявлена грубая лейкоплакия на деформированной шейке матки.

Тактика предусматривает

- а) биопсию конхотомом
- б) биопсию скальпелем
- в) электрокоагуляцию
- г) конизацию шейки матки

6. Для возникновения рака шейки матки наибольшее значение придается

- а) вирусу папилломы человека
- б) разрывам шейки в родах

- в) курению
- г) все ответы верные: вирусу папилломы человека, разрывам шейки в родах, курению
- д) правильные ответы вирусу папилломы человека, разрывам шейки в родах

7. Регионарными лимфоузлами при раке шейки матки являются:

- 1) запираательные
- 2) наружные и внутренние подвздошные
- 3) общие подвздошные
- 4) парааортальные
- 5) паховые

а) все ответы правильные: запираательные, наружные и внутренние подвздошные, общие подвздошные, парааортальные и паховые

б) правильные ответы: запираательные, наружные и внутренние подвздошные, общие подвздошные, парааортальные

в) правильные ответы: запираательные, наружные и внутренние подвздошные, общие подвздошные

г) правильные ответы наружные и внутренние подвздошные, парааортальные и паховые

д) правильные ответы: общие подвздошные, парааортальные и паховые

8. К отдаленным лимфогенным метастазам при раке шейки матки относятся метастазы в лимфатические узлы

- а) запираательные
- б) внутренние подвздошные
- в) наружные подвздошные
- г) общие подвздошные
- д) парааортальные

9. Рак шейки матки чаще всего возникает

- а) у внутреннего зева
- б) у границы плоского и цилиндрического эпителиев
- в) на влагалищной порции шейки матки
- г) в железах шейки матки
- д) правильные ответы: у внутреннего зева; в железах шейки матки

10. Наиболее частыми симптомами при аденокарциноме цервикального канала являются

- а) боли
- б) меноррагия
- в) повышение температуры
- г) аменорея

11. Наиболее подозрительными на рак являются следующие кольпоскопические картины

- а) лейкоплакия
- б) образование полей
- в) папиллярная основа лейкоплакии
- г) атипическая зона превращения
- д) правильные ответы: папиллярная основа лейкоплакии; атипическая зона превращения

12. Для рака шейки матки наиболее характерно метастазирование

- а) лимфогенное
- б) гематогенное
- в) имплантационное
- г) все пути встречаются с одинаковой частотой

13. Только хирургический метод лечения применяется в основном при раке шейки матки
- а) интраэпителиальном
 - б) микрокарциноме
 - в) Iб стадии
 - г) IIа стадии
 - д) правильные ответы: интраэпителиальном; микрокарциноме
14. При раке шейки матки возможны следующие анатомические формы роста опухоли
- а) экзофитная
 - б) эндофитная
 - в) смешанная
 - г) все ответы верные: экзофитная, эндофитная и смешанная
 - д) верно: экзофитная; эндофитная
15. К доброкачественным опухолям матки относятся все перечисленные, кроме
- а) фибромиомы
 - б) лейомиомы
 - в) эндометриоза
 - г) хориокарциномы
16. Боли и кровотечение сильнее выражены при локализации саркоматозного узла
- а) интрамурально
 - б) субмукозно
 - в) субсерозно
 - г) в миоматозном узле
17. Хориокарцинома матки чаще встречается
- а) у детей
 - б) в репродуктивном возрасте
 - в) в пременопаузальном периоде
 - г) в постменопаузе
18. Хориокарцинома - это первичная опухоль
- а) децидуальной ткани
 - б) трофобласта
 - в) миометрия
 - г) недифференцированных клеток гонад
19. К триаде симптомов рака почки относятся
- а) гематурия, боль, слабость
 - б) гематурия, боль, ускоренная СОЭ
 - в) гематурия, потеря веса, слабость
 - г) гематурия, боль, пальпируемая опухоль
 - д) гематурия, боль, повышенная температура тела
20. Наиболее частым симптомом рака почки является
- а) боль
 - б) пальпируемая опухоль
 - в) гематурия
 - г) слабость
 - д) ускоренная СОЭ

21. Противопоказанием для нефрэктомии является
- а) опухоль более 5 см
 - б) метастаз в легком размером 2 см
 - в) сердечно-сосудистая недостаточность
 - г) наличие двух опухолевых узлов в почке
22. После радикальной нефрэктомии, при отсутствии отдаленных метастазов, необходима
- а) профилактическая химиотерапия
 - б) профилактическая лучевая терапия
 - в) профилактическая гормонотерапия
 - г) профилактическая иммунотерапия
 - д) лечения не требуется
23. Лучевая терапия рака почки используется при всех перечисленных моментах, кроме
- а) в качестве метода лечения
 - б) в качестве предоперационного метода
 - в) в качестве послеоперационного метода
 - г) в качестве паллиативного метода лечения
24. Удельный вес опухолей мочевого пузыря среди всех новообразований равен
- а) 4%
 - б) 15%
 - в) 25%
 - г) 30%
 - д) 34%
25. К биологическим особенностям рака мочевого пузыря относятся:
- 1) частое рецидивирование
 - 2) редкое рецидивирование
 - 3) частое отдаленное метастазирование
 - 4) редкое отдаленное метастазирование
 - 5) множественность поражения
- а) правильно 1, 3 и 5
 - б) правильно 1, 4 и 5
 - в) правильно 2, 3 и 5
 - г) правильно 2, 4 и 5
26. Наиболее часто рак предстательной железы метастазирует
- а) в кости
 - б) в легкие
 - в) в печень
 - г) в головной мозг
 - д) по плевре
27. Наиболее частыми клиническими симптомами рака предстательной железы являются
- а) дизурические расстройства
 - б) боль в промежности, крестце
 - в) микроскопическая гематурия
 - г) нарушение акта дефекации
28. Опухолевым маркером рака предстательной железы является

- а) АКТГ, кортизон
- б) ХГ, ТБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический b-глобулин)
- в) кислая, щелочная фосфатаза, PSA
- г) СА-125 (канцеро-антиген 125)
- д) а-фетопроtein

40. Радикальная простатэктомия включает

- а) удаление предстательной железы с капсулой
- б) удаление предстательной железы с капсулой и семенными пузырьками
- в) удаление предстательной железы с капсулой, семенными пузырьками, предстательной частью мочеиспускательного канала, шейкой мочевого пузыря и тазовыми лимфоузлами
- г) правильного ответа нет

Раздел 9. Общие принципы лечения онкологических заболеваний.

1. Лечение больных II и IIa клинических групп должно быть начато в течение ближайших:

- а) – 5 дней
- б) – 7 дней
- в) – 10 дней
- г) – 14 дней

2. Цель проведения профилактических мед. осмотров

- а) Ранняя диагностика злокачественных опухолей
- б) Отбор больных, подлежащих наблюдению у онколога
- в) Лечение предраковых заболеваний

3. Основные причины «запущенности» онкологической патологии

- а) позднее обращение больных к врачу
- в) отсутствие онкологической настороженности врачей
- б) неполное обследование больных
- г) ошибки при морфологическом исследовании

4. К методам вторичной профилактики злокачественных опухолей относятся

- а) лечение предраковых состояний
- б) проведение диспансерного наблюдения за больными с предраковыми состояниями
- в) проведение мероприятий по улучшению экологии
- г) проведение проф. осмотров с использованием скрининговых тестов

5. К основным принципам химиотерапии опухолей относят

- а) выбор препаратов соответственно спектру противоопухолевого действия
- б) выбор адекватных доз и режима введения
- в) учет факторов, требующих коррекции доз во избежании тяжелых осложнений
- г) включение в схемы препаратов одинакового механизма действия

6. Основной целью адъювантной лекарственной терапии является

- а) усиление степени повреждения опухоли
- б) уменьшение размеров опухоли
- в) эрадикация микрометастазов после излечения первичной опухоли
- г) изучение лекарственного патоморфоза для планирования дальнейшего лечения

7. Неоадъювантная химиотерапия используется с целью

- а) уменьшить массу опухоли

- б) приблизить сроки системного воздействия на опухолевый процесс
- в) определить лекарственный патоморфоз для планирования дальнейшего лечения
- г) избежать оперативного вмешательства

8. Колонистимулирующие факторы используют для

- а) синхронизации деления опухолевых клеток
- б) ликвидации карциноидного синдрома

9. Каким категориям больных можно планировать радикальное лечение при генерализованных опухолевых процессах

- а) МКРЛ с метастазами в головной мозг
- б) рак желудка с метастазами в головной мозг
- в) рак щитовидной железы с метастазами в легкие и кости
- г) резектабельный рак желудка с метастазом в яичник

10. Какие виды облучения относят к брахитерапии

- а) дистанционное
- б) внутрисполостное
- в) внутритканевое
- г) аппликационное

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ НА ПРОВЕРКУ ЗНАНИЙ ПО ОБЩИМ ДИСЦИПЛИНАМ БЛОКА 1:

«Педагогика», «Патология», «Медицина чрезвычайных ситуаций»

«Общественное здоровье и здравоохранение»

Дисциплина «ПЕДАГОГИКА»

Проверяемые компетенции: УК-3

Выберите правильный ответ

1. Медицинская психология является областью науки, которая:
 - а) занимается только решением практических задач
 - б) занимается разработкой только теоретических вопросов
 - в) занимается изучением широкого спектра как теоретических, так и практических проблем в психологии и медицине
 - г) занимается решением только тех практических задач, которые связаны с разработкой психологической помощи
 - д) занимается только теми вопросами, которые связаны с экспертизой
2. Областью медицинской психологии является:
 - а) психофармакотерапия
 - б) психопатология
 - в) неврология
 - г) патопсихология
3. Психотерапия как метод лечебного воздействия – включает применение:
 - а) биологической терапии
 - б) как психологических, так и лекарственных методов
 - в) различных психологических техник и методов
 - г) любых методов лечебного воздействия
 - д) только методов внушения

4. В современной медицинской психологии используются:
 - a) только психодиагностические методы
 - b) исключительно методы психологического воздействия
 - c) и психодиагностические и психокоррекционные методы
 - d) психодиагностические, психокоррекционные, а также психофармакотерапевтические методы
 - e) фармакотерапевтические методы
5. Анозогнозический тип отношения к болезни проявляется в:
 - a) активном отбрасывании мыслей о болезни
 - b) адекватной оценке больным своего состояния
 - c) стремлении сохранить работоспособность
 - d) поисках выгод в связи с болезнью
 - e) желании причинить вред окружающим
6. Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях характерно для
 - a) паранойяльного типа отношения к болезни
 - b) ипохондрического типа отношения к болезни
 - c) апатического типа отношения к болезни
 - d) дисфорического типа отношения к болезни
 - e) меланхолического типа отношения к болезни
7. «Уход от болезни в работу», стремление сохранить, не утратить работоспособность является характеристикой:
 - a) паранойяльного типа отношения к болезни
 - b) сенситивного типа отношения к болезни
 - c) эргопатического типа отношения к болезни
 - d) дисфорического типа отношения к болезни
 - e) тревожного типа отношения к болезни
8. Чрезмерная ранимость, озабоченность неприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни – составляют характеристику:
 - a) сенситивного типа отношения к болезни
 - b) меланхолического типа отношения к болезни
 - c) паранойяльного типа отношения к болезни
 - d) дисфорического типа отношения к болезни
 - e) эргопатического типа отношения к болезни
9. Смысл качественного анализа в патопсихологии заключается в том, что:
 - a) необходимо соотнести показатели шкал со средне-нормативными значениями
 - b) важно проанализировать частоту встречаемости определённых ответов обследуемого
 - c) интерпретация результатов исследования должна быть полной
 - d) анализ результатов должен осуществляться высококвалифицированным специалистом
 - e) целесообразно анализировать ход размышлений, эмоциональные реакции, отношение к собственным ошибкам, отношение к обследованию у пациента при выполнении заданий
10. Термин «процесс обучения» толкуется как...
 - a) дидактически обоснованные способы усвоения содержания конкретных учебных предметов;
 - b) процесс управления формированием активной личности, развития ее психических свойств, социальных и профессиональных качеств;

- с) взаимосвязанная деятельность преподавателя и обучающихся, направленная на достижение педагогических целей;
 - д) деятельность преподавателя по организации обучения;
 - е) преподавание различных предметов.
11. Педагогическая деятельность явилась результатом...
- а) заботы родителей о счастье детей;
 - б) объективных потребностей в подготовке человека к жизни и труду;
 - с) биологических законов сохранения рода;
 - д) формирования государственной системы образования;
 - е) прогресса науки и техники.
12. Отраслью педагогики не является:
- а) история педагогики;
 - б) коррекционная педагогика;
 - с) тифлопедагогика.
 - д) эстетика;
 - е) андрагогика.
13. Кто, как правило, является большим авторитетом для пациента-подростка?
- а) родитель;
 - б) друг, неформальный лидер;
 - с) учитель;
 - д) врач;
 - е) старший родственник.
14. Какой должна быть речь врача при работе с пациентом, страдающим аутизмом?
- а) письменной;
 - б) комичной и ироничной;
 - с) с использованием метафор и сравнений;
 - д) ассоциативной;
 - е) простой и четкой.
15. Что из нижеперечисленного НЕ относится к специфическим педагогическим функциям врача:
- а) лечебно-профилактическая;
 - б) просветительская;
 - с) профессиональное консультирование;
 - д) креативная;
 - е) мотивационная.
16. Цель внедрения Государственных образовательных стандартов:
- а) характеристика разнообразных современных образовательных учреждений;
 - б) сочетание базисного учебного плана и регионального учебного содержания;
 - с) требования к усвоению всеми обучающимися обязательного минимума знаний, умений, навыков во всех образовательных областях;
 - д) обеспечение вариативности учебных планов, образовательных программ, учебников, форм, методов и средств обучения;
 - е) введение в содержание образования новых учебных дисциплин.
17. К активным методам обучения в медицинском вузе относят:
- а) ролевые, деловые игры;

- b) решение клинических задач;
- c) лабораторные практикумы;
- d) рассказ;
- e) наблюдение.

18. Проблемное обучение основывается на деятельности обучающегося
- a) репродуктивной;
 - b) конструктивной;
 - c) исследовательской;
 - d) аналитико-синтетической;
 - e) репродуктивно-интуитивной.

Дополните определение.

19. Область медицинской психологии, занимающая «пограничное положение» между психологией и психиатрией, изучающая изменения психической деятельности человека вследствие психических заболеваний: _____
20. Постигание эмоциональных состояний другого человека в форме сопереживания и сочувствия – это: _____
21. Чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избирательной уязвимости личности по отношению к определенным психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим, называется: _____
22. Направленность образования на обобщенные и универсальные знания, усиление взаимосвязи теоретической и прикладной подготовки, формирование общей культуры и развитие научного мышления - образования
23. В наибольшей степени учитываются данные психологии о тесной взаимосвязи процессов обучения (учения) и познания, исследования, мышления при обучении.
24. модель общения врача и пациента подразумевает стиль общения, сходный с отношениями родителя и ребенка. Врач относится к пациенту с заботой и вниманием. Однако вместе с тем, может проявлять настойчивость и в определенном смысле диктовать своему подопечному правила лечения.

Дисциплина «ПАТОЛОГИЯ»

Проверяемые компетенции: ПК-5

Выберите правильный ответ

1. Какой вирус, обладает максимальной кардиотропностью и вызывает острый миокардит:
 - a) Вирус Коксаки В3
 - b) Вирус гепатита С
 - c) Вирус Эпштейна-Барр
 - d) Парвовирус В19}
2. Укажите механизмы уничтожения опухолевых клеток натуральными киллерами:
 - a) Индукция апоптоза
 - b) Фагоцитоз
 - c) Активация комплемента

- d) Стимуляция открытия кальциевых каналов плазмалеммы
3. Выберите вирус, для которого доказано наличие канцерогенной активности:
- a) Вирус гепатита В
 - b) Вирус кори
 - c) Вирус гепатита А
 - d) Вирус полиомиелита
4. Какие эндогенные вещества могут оказывать канцерогенное действие:
- a) Эстрадиол
 - b) Билирубин
 - c) Инсулин
 - d) Фосфолипиды
5. Какое из перечисленных проявлений относится к общему действию опухоли на организм:
- a) Анемия
 - b) Болевой синдром
 - c) Дыхательная недостаточность
 - d) Кишечная непроходимость

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-5

6. Ведущий патогенетический механизм развития сердечных отеков это:
- a) Гидростатический
 - b) Гипопротеинемический
 - c) Лимфогенный
 - d) Мембраногенный.
7. Для доброкачественных опухолей характерно следующее:
- a) Высокая степень дифференцировки
 - b) Инвазивный рост
 - c) Системное действие на организм
 - d) Метастазирование
8. Для злокачественных опухолей характерно следующее:
- a) Метастазирование
 - b) Медленный рост
 - c) Высокая степень дифференцировки
 - d) Хорошее отграничение от окружающих тканей

Проверяемые компетенции: УК-1

9. К какой группе компенсаторных механизмов относится активация симпатoadреналовой системы при хронической сердечной недостаточности:
- a) Смешанные
 - b) Кардиальные
 - c) Эстракардиальные
 - d) Интракардиальные
10. За счет каких внутриклеточных структур в основном происходит увеличение объема кардиомиоцитов при гипертрофии:
- a) Митохондрии и саркомеры
 - b) Рибосомы

- c) Саркоплазматический ретикулум
- d) Ядро

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-5

Выберите правильный ответ

11. В клиническом диагнозе основным заболеванием считается:
- a) Заболевание, диагностированное при поступлении в стационар
 - b) Состояние, которое имелось у больного задолго до поступления в стационар
 - c) Состояния, указанные в амбулаторной карте
 - d) Состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование, диагностированное в конце эпизода обращения за медицинской помощью.
12. Первоначальная причина смерти:
- a) Нозологическая единица, послужившая непосредственной причиной смерти
 - b) Болезнь или травма, которая обусловила последовательный ряд болезненных процессов, приведших больного к смерти
 - c) Заболевания, указанные в амбулаторной карте
 - d) Заболевание, диагностированное при поступлении в стационар
13. Непосредственная причина смерти — это:
- a) Нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть
 - b) Нозологическая единица, явившаяся основной причиной смерти больного
 - c) Проявления механизма наступления смерти
 - d) это смертельное осложнение, определяющее развитие терминального состояния и механизма смерти
14. Рубрики патологоанатомического диагноза включают в себя:
- a) Первоначальную причину смерти
 - b) Непосредственную причину смерти
 - c) Основное заболевание, его осложнения, сопутствующие заболевания
 - d) Сопутствующие заболевания
15. Структура патологоанатомического диагноза при наличии комбинированного основного заболевания включает в себя:
- a) Два основных конкурирующих заболевания
 - b) Любую комбинацию конкурирующих, фоновых и сочетанных заболеваний
 - c) Основное и фоновое заболевания
 - d) Два сочетанных заболевания
16. Основные задачи патологоанатомической службы включают в себя:
- a) Посмертную и прижизненную диагностику болезней
 - b) Контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела
 - c) Уточнение структуры причин смертности населения
 - d) Посмертную и прижизненную диагностику болезней; Контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела; Уточнение структуры причин смертности населения
17. При вскрытии трупа оформляются следующие документы:
- a) Протокол патологоанатомического исследования
 - b) Врачебное свидетельство о смерти
 - c) Протокол патологоанатомического исследования; Врачебное свидетельство о смерти}

d) Танатогенез

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-5

Дополните определение.

18. При субэпикардальном инфаркте миокарда (ИМ) зона некроза локализуется в:
19. Дополните определение. При интрамуральном инфаркте миокарда (ИМ) зона некроза локализуется в: _____
20. Дополните определение. Какой онкогенный вирус является РНК-содержащим: _____
21. Дополните определение. Какие клетки обеспечивают «экранирование» опухолевых клеток и их кластеров в кровотоке: _____
22. Дополните определение. Развитие гипонатриемии при паранеопластическом синдроме связано с продукцией гормона: _____

Проверяемые компетенции: ПК-5

Дополните определение.

23. При сличении клинического и патологоанатомического диагнозов категории расхождений устанавливаются по: _____
24. Клинико-патологоанатомический эпикриз включает в себя следующие основные клинические, патологоанатомические данные и: _____
25. Посмертный клинический эпикриз включает в себя следующие анамнестические и клинические, лабораторные и рентгенологические, заключение о причине смерти больного и: _____

Дисциплина «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Проверяемые компетенции УК-1, ПК-3, ПК-12

Выберите правильный ответ

1. Для предупреждения ЧС, обеспечения безопасности жизнедеятельности населения и уменьшения ущерба народному хозяйству, а в случае их возникновения – для ликвидации последствий в стране создана:
 - a) система спасения на земле, воде, воздухе;
 - b) Государственная система спасения при пожарах, наводнениях, смерчах и техногенных катастрофах;
 - c) Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций;
 - d) общая система органов управления субъектов РФ.
2. Функциональная подсистема Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций создается:
 - a) общественными организациями;
 - b) федеральными органами исполнительной власти в министерствах, агентствах и службах Российской Федерации;
 - c) международными организациями;
 - d) главными руководителями лечебных учреждений.

Проверяемые компетенции УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12

Выберите правильный ответ

3. Когда осуществляется постэкспедиционный медицинский осмотр лиц, принимавших участие в ликвидации последствий ЧС:

- a) на следующий день после прибытия из зоны ЧС;
 - b) не позднее 7 дней после прибытия из зоны ЧС;
 - c) плановые осмотры в течение текущего года;
 - d) не осматриваются.
4. В основе организации лечебно-эвакуационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций во Всероссийской службе медицины катастроф лежит:
- a) система организации оказания медицинской помощи на месте (в зоне) ЧС;
 - b) система этапного лечения пораженных с эвакуацией по назначению;
 - c) система оказания специализированной медицинской помощи в очаге массовых санитарных потерь;
 - d) система оказания квалифицированной медицинской помощи при проведении аварийно-спасательных работ.
5. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания первичной врачебной медико-санитарной (первой врачебной) помощи, относятся:
- a) подвижные группы специалистов, врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.
 - b) подвижные группы специалистов.
 - c) нештатные бригады специализированной медицинской помощи.
 - d) группы эпидемической разведки (ГЭР), врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.
 - e) врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.
6. Основное мобильное лечебно-диагностическое формирование Федерального центра медицины катастроф федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический центр имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации – это:
- a) отдельная медицинская бригада;
 - b) мобильный многопрофильный госпиталь;
 - c) полевой многопрофильный госпиталь;
 - d) отдельный медицинский батальон.
7. Начальником службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации является:
- a) Министр здравоохранения Российской Федерации;
 - b) первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации;
 - c) начальник Главного военно-медицинского управления;
 - d) министр по делам ГО и ЧС.
8. Укажите основной показатель, необходимый для расчета количества медицинских бригад в чрезвычайных ситуациях:
- a) количество обслуживаемого населения поликлиникой;
 - b) количество детей;
 - c) количество пораженных;
 - d) количество медперсонала поликлиники;
 - e) количество санитарного автотранспорта.
9. Органом повседневного управления службы медицины катастроф субъекта Российской Федерации являются:

- a) областной отдел здравоохранения;
- b) управление здравоохранения области, края;
- c) управление социальной защиты области, края;
- d) территориальный центр медицины катастроф;
- e) штаб ГО ЧС территории субъекта РФ.

10. Гражданская оборона – это:

- a) формирования групп людей на объектах экономики согласно штату, оснащенные специальной техникой, имуществом и предназначенные для выполнения определенных мероприятий гражданской обороны;
- b) формирования, создаваемые по территориально-производственному принципу, не входящие в состав Вооруженных Сил Российской Федерации, владеющие специальной техникой и имуществом и подготовленные для защиты населения и организаций от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий;
- c) система мероприятий по подготовке к защите и по защите населения, материальных и культурных ценностей на территории Российской Федерации от опасностей, возникающих при военных конфликтах или вследствие этих конфликтов, а также при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;
- d) имеет своей задачей оказание медицинской помощи, осуществление лабораторного контроля, материального и технического обеспечения невоенизированных формирований и населения, проведение работ по обеззараживанию территории, сооружений, транспорта, одежды и других специальных работ при ликвидации последствий нападения противника.

Для трёх последующих тестовых заданий укажите правильные ответы

11. Ведение гражданской обороны на территории Российской Федерации или в отдельных ее местностях начинается (укажите все правильные ответы):

- a) с момента объявления состояния войны, фактического начала военных действий;
- b) с момента принятия решения о введении гражданской обороны министром по делам ГО и ЧС;
- c) с момента введения гражданской обороны решением федеральных органов исполнительной власти субъектов РФ;
- d) введения Президентом Российской Федерации военного положения на территории Российской Федерации или в отдельных ее местностях.

12. Результаты медицинской сортировки на сортировочной площадке этапа медицинской эвакуации закрепляются (укажите все правильные ответы):

- a) записью в рабочем блокноте регистратора;
- b) сортировочной маркой;
- c) записью в единой истории болезни;
- d) записью в карте оказания медицинской помощи;
- e) справкой военно-врачебной комиссии;

e) в сопроводительном листе (для пораженного в чрезвычайной ситуации).

13. В зависимости от задач, решаемых в процессе медицинской сортировки раненых и больных, различают следующие ее виды (укажите все правильные ответы):

- a) одномоментную;
- b) многократную;
- c) внутрипунктовую;
- d) групповую;
- e) эвакуационно-транспортную;

f) по предназначению.

Выберите правильный ответ для следующих тестовых заданий

14. Медицинская сортировка пораженных (больных) проводится по ряду критериев:
- a) по опасности для окружающих;
 - b) по нуждаемости в медицинской помощи, для определения места и очередности ее оказания;
 - c) по целесообразности и возможности дальнейшей эвакуации;
 - d) по опасности для окружающих; по нуждаемости в медицинской помощи, для определения места и очередности ее оказания; по целесообразности и возможности дальнейшей эвакуации.
15. Оптимальный состав сортировочной бригады для носилочных больных и раненых:
- a) врач, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
 - b) два врача, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
 - c) врач, медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
 - d) врач, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и два звена носильщиков.

Проверяемые компетенции ПК-3, ПК-7, ПК-12

Выберите правильный ответ

16. Химическая авария – это:
- a) непланируемый и неуправляемый (пролив, россыпь, утечка) опасных химических веществ, вызывающих отрицательное воздействие на человека и окружающую среду;
 - b) внезапный взрыв химических реагентов;
 - c) утечка при утилизации химического оружия;
 - d) место где произошла катастрофа.
17. Преобладающий путь поступления ядов в организм в производственных условиях:
- a) желудочно-кишечный тракт;
 - b) дыхательные пути;
 - c) кожные покровы;
 - d) желудочно-кишечный тракт; дыхательные пути; кожные покровы;
18. При авариях с выбросом хлора или аммиака формируется очаг:
- a) нестойкий, быстродействующий;
 - b) стойкий, быстродействующий;
 - c) нестойкий, медленно действующий;
 - d) стойкий, медленно действующий.
19. По скорости развития патологических нарушений – формирования санитарных потерь химические вещества делятся:
- a) мгновенного и отложенного действия;
 - b) быстрого и замедленного действия;
 - c) скоротечного и медленнодействующего действия;
 - d) условно быстрые и безопасные.
20. Глубина зоны заражения аварийными химически опасными веществами определяется:
- a) агрегатным состоянием вещества, влажностью воздуха, температурой воздуха;

- b) особенностью местности, количеством вылившегося вещества, его агрегатным состоянием;
 - c) количеством выброшенного (вылившегося) при аварии вещества, скоростью ветра, степенью вертикальной устойчивости воздуха, характером местности;
 - d) не определяется;
 - e) характером местности, стойкостью вещества, скоростью ветра, температурой воздуха.
21. Исходные данные для определения величины и структуры потерь населения в зоне заражения аварийными химически опасными веществами:
- a) площадь зоны заражения, плотность населения в зоне заражения, условия нахождения людей (открыто, в простейших укрытиях, зданиях), обеспеченность противогазами;
 - b) концентрация вещества в воздухе, наличие противогазов, метеоусловия, характер местности;
 - c) агрегатное состояние вещества в момент аварии, внезапность выброса (разлива) вещества, наличие средств защиты, метеоусловия;
 - d) токсичность вещества, масштаб аварии, метеоусловия, наличие средств защиты;
 - e) время суток, масштаб разлива вещества, наличие средств защиты, готовность здравоохранения к ликвидации последствий аварии.
22. Укажите лишнее в классификации аварий на ядерной энергетической установке:
- a) глобальная авария;
 - b) тяжелая авария;
 - c) авария с риском для окружающей среды;
 - d) авария в пределах ядерной энергетической установки;
 - e) серьезное происшествие;
 - f) происшествие средней тяжести;
 - g) несерьезное происшествие;
 - h) незначительное происшествие;
 - i) происшествия, не имеющие значения для безопасности.
23. Какую фазу при радиационных авариях не выделяют:
- a) ранняя фаза;
 - b) промежуточная фаза;
 - c) средняя фаза;
 - d) поздняя (восстановительная) фаза.
24. Какими радионуклидами обусловлена доза внутреннего облучения населения, в первые два месяца после аварии, проживающего на зараженной территории:
- a) радионуклидами йода;
 - b) радионуклидами плутония;
 - c) радионуклидами цезия;
 - d) радионуклидами стронция.
25. Наиболее вероятная патология при аварии на ядерной энергетической установке:
- a) ионизирующая радиация;
 - b) радиационные ожоги;
 - c) механические, термические травмы, лучевые поражения, реактивные состояния;
 - d) ослепление, лучевая болезнь травмы;
 - e) ранения вторичными снарядами, синдром длительного сдавления, ожоги, заражение радиоактивными веществами.

26. Гематологический показатель, по которому можно судить о заболевании острой лучевой болезнью:
- a) гемоглобин;
 - b) число лейкоцитов;
 - c) уровень снижения количества лимфоцитов на 3-5-е сутки;
 - d) тромбоцитопения, лейкопения, агранулоцитоз;
 - e) тромбоцитопения.
27. Основными способами защиты населения от поражающих факторов чрезвычайной ситуации техногенного характера являются:
- a) оказание медицинской помощи;
 - b) вывод из очага катастрофы;
 - c) укрытие в защитных сооружениях;
 - d) прием медикаментов и эвакуация;
 - e) укрытие в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты, эвакуация и рассредоточение.
28. Под лечебно-эвакуационной системой следует понимать:
- a) одну из важнейших составных частей медицинского обеспечения вооруженных сил в военное время, изменяющуюся и совершенствующуюся по мере изменения факторов, оказывающих решающее влияние на деятельность медицинской службы;
 - b) совокупность взаимосвязанных принципов организации медицинской помощи раненым и больным, их лечения, эвакуации, реабилитации и предназначенных для этого сил, и средств службы медицины катастроф, свойственных определенному историческому этапу и уровню развития медицинской науки и экстремальной медицины (медицины катастроф).

Укажите правильные ответы для тестового задания

29. Лечебно-эвакуационные мероприятия включают (укажите все правильные ответы):
- a) розыск, сбор раненых;
 - b) оповещение администрации района, города о ранении гражданина;
 - c) оказание раненым и больным всех видов помощи;
 - d) эвакуацию раненых и больных;
 - e) лечение раненых и больных;
 - f) медицинскую реабилитацию;
 - g) проведение профилактических прививок.

Выберите правильный ответ для последующих тестовых заданий

30. Под этапом медицинской эвакуации понимают:
- a) медицинские формирования и медицинские организации, расположенные на путях эвакуации из очага поражения в тыл в определенной последовательности для оказания медицинской помощи раненым и больным и их лечения с целью максимального ограничения многоэтапности в лечебно-эвакуационном процессе и широкого маневра объемом и видами медицинской помощи;
 - b) формирования и медицинские организации службы медицины катастроф, а также другие медицинские организации, развернутые на путях эвакуации пораженных и обеспечивающие их прием, медицинскую сортировку, оказание регламентируемой медицинской помощи, лечение и подготовку (при необходимости) к дальнейшей эвакуации.
31. Медицинская сортировка представляет собой:
- a) медико-организационное мероприятие, осуществляющееся на каждом этапе медицин-

ской эвакуации с целью обеспечения четкой работы по своевременному оказанию медицинской помощи раненым и больным;

- б) распределение пораженных на группы по признакам нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями, установленным объемом помощи на данном этапе медицинской эвакуации и принятым порядком эвакуации.

Проверяемые компетенции УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12

Дополните определение

32. Предметы разового пользования (лекарственные препараты, перевязочные средства и др.), а также предметы, приходящие в негодность при кратковременном применении (перчатки, иглы и пр.). относятся к _____ имуществу.
33. Метод работы сортировочной бригады называется _____
34. Медицинская сортировка осуществляется в _____ отделении.
35. Диагностический алгоритм первичного осмотра, пораженного в зоне чрезвычайной ситуации, называется методикой _____.

Проверяемые компетенции ПК-3, ПК-7, ПК-12

Дополните определение

36. Мероприятия, выполняемые с помощью подручных средств, относятся к _____ помощи.
37. Для измерения поглощённой дозы используется _____ при радиационных поражениях
38. Индивидуальный противохимический пакет используется для проведения частичной _____
39. К простейшим средствам защиты органов дыхания относят _____
40. Индивидуальный контроль облучения в очаге радиационного поражения осуществляется с помощью следующего типа дозиметров:
41. Н. И. Пирогов выдвинул свои организационные принципы лечебно-эвакуационных мероприятий в период _____ войны.

Дисциплина «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Тестовые задания закрытого типа

Выберите правильный ответ для последующих тестовых заданий

Проверяемые компетенции: ПК-1, ПК-9

1. Укажите определение здоровья, данное в Уставе ВОЗ:
- а) здоровье - это состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции;
- б) здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов;
- в) здоровье - это состояние организма, при котором он функционирует оптимально без признаков заболевания или какого-либо нарушения.
2. Демография изучает:
- а) здоровье населения
- б) численность, состав и воспроизводство населения

- в) вопросы брачности и плодovitости
- г) закономерности маятниковой миграции населения

ПК-2, ПК-9

3. Данные о заболеваемости применяются для всех перечисленных целей, кроме одной:
- а) комплексной оценки общественного здоровья;
 - б) оценки качества и эффективности деятельности учреждений здравоохранения;
 - в) комплексной оценки демографических показателей;
 - г) определения потребностей населения в различных видах лечебно-профилактической помощи;
 - д) совершенствования социально-экономических, медицинских мероприятий, направленных на сохранение здоровья населения.

ПК-1, ПК-2

4. Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируют:
- а) экологические;
 - б) биологические;
 - в) образ жизни;
 - г) уровень образования

ПК-1, ПК-2, ПК-9

5. В структуре причин смертности в России в настоящее время первое ранговое место занимают:
- а) злокачественные новообразования;
 - б) болезни системы кровообращения;
 - в) инфекционные и паразитарные болезни;
 - г) травмы и отравления;
 - д) болезни органов дыхания
6. Основными группами показателей общественного здоровья являются:
- а) показатели соотношения, наглядности, инвалидности
 - б) показатели инвалидности, заболеваемости, физического развития, демографические показатели
 - в) показатели заболеваемости, летальности, инвалидности
7. Что является предметом изучения общественного здоровья и здравоохранения:
- а) здоровье населения и факторы, влияющие на него
 - б) здоровье работающего населения
 - в) эпидемиология заболеваний
 - г) здоровье неработающего населения

ПК-1, ПК-2, ПК-10

8. Профессиональный стандарт — это:
- а) характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции
 - б) раздел должностной инструкции, регламентирующий функциональные обязанности
 - в) часть образовательного стандарта, описывающая знания, умения, навыки
 - г) норматив нагрузки на медицинский персонал медицинской организации

ПК-1, ПК-11

9. Основанием для записи в трудовую книжку является

- а) трудовой договор;
- б) заявление с резолюцией руководителя;
- в) приказ по личному составу.

ПК-2, ПК-10

- 10.** Пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 7 лет, если его заболевание входит в специальный перечень, выплачивается
- а) по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - б) не более чем за 45 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - в) не более чем за 60 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - г) не более чем за 90 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - д) не более чем за 30 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком.

ПК-10

- 11.** Субъектами вневедомственного контроля качества медицинской помощи являются...
- а) органы управления здравоохранением
 - б) СМО, ТФОМС
 - в) медицинские учреждения
 - г) зам. главного врача по КЭР
 - д) арбитражный суд.

УК-2, ПК-2, ПК-9, ПК-10, ПК-11

- 12.** Что из перечисленного не является целью создания территориальной системы контроля качества медицинской помощи
- а) защита прав пациента в части получения медицинской помощи гарантированного объема и качества
 - б) создание рациональной и эффективной системы контроля за использованием финансовых средств здравоохранения
 - в) создание механизма возмещения ущерба здоровью и трудоспособности, возникающих по вине медицинского учреждения
 - г) защита прав пациента в части получения медицинской помощи гарантированного объема и качества; создание рациональной и эффективной системы контроля за использованием финансовых средств здравоохранения; создание механизма возмещения ущерба здоровью и трудоспособности, возникающих по вине медицинского учреждения
 - д) формирование действенной системы премирования медицинского персонала

ПК-2, ПК-10, ПК-11

- 13.** Размер санкций в случае выявления некачественно оказанной медицинской помощи...
- а) определяется в МРОТ
 - б) превышает стоимость медицинской услуги
 - в) не превышает стоимость медицинской услуги
 - г) устанавливается ЛПУ и органами управления здравоохранения
 - д) определяется страховой медицинской компанией

ПК-10, ПК-11

- 14.** Требование к наличию свидетельства об аккредитации специалиста для осуществления медицинской деятельности утверждается:
- а) федеральным законом «Об образовании в РФ»

- б) приказом Минтруда России
- в) Трудовым кодексом РФ
- г) федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»

15. Репрезентативность – это

- а) способность выборочной совокупности наиболее полно представлять генеральную
- б) достаточный объем выборочной совокупности
- в) достаточный объем генеральной совокупности
- г) непохожесть выборочной совокупности на генеральную

ПК-9, ПК-10

16. Фельдшер может единолично выдать листки нетрудоспособности максимальным сроком до

- а) пяти календарных дней включительно;
- б) десяти календарных дней включительно;
- в) трех календарных дней включительно;
- г) семи календарных дней включительно.

17. В структуре причин инвалидности в России в настоящее время первое ранговое место принадлежит:

- а) злокачественным новообразованиям;
- б) болезням системы кровообращения;
- в) инфекционным и паразитарным болезням;
- г) травмам и отравлениям;

ПК-9, ПК-10, ПК-11

18. Показатель суточной летальности определяется:

- а) отношением числа поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки
- б) отношением числа умерших в первые сутки после поступления к числу умерших в больнице
- в) отношением числа выбывших из стационара к числу умерших в первые сутки

19. Для качества врачебной диагностики в стационарных учреждениях используется показатель:

- а) частота осложнений;
- б) средняя длительность лечения больного;
- в) частота повторных госпитализаций;
- г) частота расхождений стационарных и патологоанатомических диагнозов.

ПК-10, ПК-11

20. Репрезентативностью выборки называют

- а) способность выборочной совокупности наиболее полно представлять генеральную
- б) достаточный объем выборочной совокупности
- в) достаточный объем генеральной совокупности
- г) непохожесть выборочной совокупности на генеральную

21. Документом, дающим допуск к медицинской деятельности, является:

- а) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) учебного заведения;
- б) сертификат специалиста;
- в) лицензия;

г) свидетельство об аккредитации.

22. Должностная инструкция – это:

- а) инструкция директора, которую необходимо выполнять в обязательном порядке;
- б) документ, в котором прописан распорядок дня в организации, формы наказания за его нарушения;
- в) организационно-распорядительный документ, в котором описаны требования к квалификации работника на определённой должности, его полномочия, обязанности, ответственность;
- г) соглашение между работником и работодателем, которое устанавливает их взаимные права и обязанности

23. Младенческая смертность определяется как смертность детей на _____ жизни:

- а) первой неделе;
- б) первом месяце;
- в) первом году;
- г) первых сутках

Тестовые задания открытого типа

Дополните определение

ПК-1, ПК-2, ПК-9

24. В настоящее время демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется _____ приростом

ПК-2 ПК-10

25. Началом истории отечественной страховой медицины является _____ год

ПК-1, ПК-2, ПК-10

26. Основателем кафедры общественного здоровья и здравоохранения в нашей стране является _____

ПК-11

27. Листок временной нетрудоспособности по уходу за детьми в возрасте до 18 лет при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, выдается на _____

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА II ЭТАПА ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Задача № 1.

Больной 60 лет, курильщик, жалуется на кашель, боли в левой половине грудной клетки, одышку при физической нагрузке. Считает себя больным в течение 6 мес. На рентгенограммах органов грудной клетки — расширение тени левого корня, имеющего полицилический контур. В периферических отделах нижней доли левого легкого — затемнение округлой формы, связанное «дорожкой» с корнем, диаметром 4см.

Вопросы:

Предварительный диагноз

Методы верификации диагноза

Лечение

В каком объеме операция возможна операция у данного больного

Задача № 2.

Больная Ж., 45 лет, обнаружила покраснение кожи и отек в верхненаружном квадранте правой молочной железы. Через 2 месяца покраснение и отек распространились на верхние квадранты молочной железы, почувствовала дискомфорт в правой подмышечной области. Обратилась к хирургу. Диагностирован нелактационный мастит в фазе инфильтрации, подмышечный лимфаденит. Назначена противовоспалительная терапия. Однако, отмечена отрицательная динамика. Рекомендована смена антибиотиков, что также не дало положительного результата.

Вопросы:

Предварительный диагноз

Алгоритм диагностических мероприятий

Тактика лечения

Задача № 3.

Больная Д. 65 лет. В анамнезе: рак молочной железы. Жалобы на слабость, запоры, примеси слизи в кале, вздутие живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в левом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эдифитно-растущего новообразования, легкокровотокающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Вопросы:

Диагноз

Тактика лечения

Диспансерное наблюдение

Задача № 4.

Больной М., 60 лет, поступил с жалобами на чувство тяжести и боль в правом подреберье. В анамнезе гепатит В. В правом подреберье пальпируется уплотненный край печени с наличием бугристого образования.

Вопросы:

Диагностика

Дифференциальная диагностика первичного образования и метастатических изменений печени

Тактика лечения

Задача № 5.

Больной Ф. 40 лет, механик. В анамнезе: в течении 8 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. По данным МСКТ: в легких - без патологии; пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. ФГДС: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, доходящая до кардиального жома. Биопсия.

Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Диагноз

Тактика лечения.

Объем хирургического вмешательства

Задача № 6.

Больной О., 60 лет, поступил по поводу частичного нарушения кишечной проходимости. При пальцевом исследовании и ректороманоскопии - патологии не выявлено. По данным ирригографии в проксимальной части сигмовидной кишки циркулярное сужение до 6 см с раздутыми петлями кишечника.

Вопросы:

Предварительный диагноз

Тактика лечения

Объем хирургического вмешательства

Задача № 7.

Больная Я. 35 лет, предъявляет жалобы на контактные кровянистые выделения и водянистые бели из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки в виде мелкобугристых разрастаний, напоминает цветную капусту, покрыта темными корками. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.

Вопросы:

Предварительный диагноз?

Методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?

Лечение. Методы профилактики

Диспансерное наблюдение

Задача № 8.

Больной Д. 67 лет, курит 40 лет. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: слева в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 5 см в диаметре. Имеется поражение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Выполнена чрескожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопросы:

Диагноз. Обоснование.

Дифференциальная диагностика с центральным раком легкого, метастатическим поражением легкого

Тактика лечения.

Задача № 9.

Больной В., 50 лет, курильщик, по поводу правосторонней пневмонии находился на лечении в районной больнице. При обзорной рентгенографии подтвержден диагноз нижнедолевой пневмонии справа с ателектазом 6-го сегмента. Проводились антибактериальная, инфузионная терапия. Общее состояние улучшилось, но появилось кровохарканье. С подозрением на туберкулез переведен в ПТД. При дообследовании: КТ грудной клетки, фибробронхоскопия - выявлено эндобронхиальное образование нижнедолевого бронха правого легкого. По данным гистологического исследования - умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак. Госпитализирован в онкологическое учреждение.

Вопросы:

Диагноз

Алгоритм обследования

Задача № 10.

Больная М., 47 лет. Жалобы на увеличение в размерах подмышечных лимфоузлов справа. При осмотре в правой аксиллярной области обнаружены единичные плотные лимфоузлы с ограниченной подвижностью, размером до 1-1,5 см не спаянные между собой. При физикальном осмотре в молочных железах узловые образования не определяются. Соски, ареолы не изменены. Другие группы регионарных лимфоузлов не увеличены. Признаков воспаления в правой молочной железе не выявлено. Пациентка направлена на маммографическое исследование, при котором в обеих молочных железах обнаружена картина умеренно выраженной двусторонней фиброзно-кистозной мастопатии. Узловые образования в ткани молочных желез не выявлены. Пациентке было рекомендовано контрольное обследование через 3 месяца.

Вопросы:

Правильная ли тактика выбрана хирургом?

Какие дополнительные обследования необходимо выполнить?

Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением аксиллярных лимфатических узлов?

Задача № 11.

Больная М., 39 лет. Жалобы на наличие новообразования на наружной поверхности правого плеча, которое увеличилось в размерах за последние 2 месяца. При осмотре: на латеральной поверхности плеча имеется узловое образование, размерами 3х4см, на широком основании, с выраженным сосудистым компонентом, бордово-коричневого цвета, легко кровоточит при пальпации, безболезненно. В правой подмышечной впадине пальпируются увеличенные до 2 см лимфоузлы. Отдаленных метастазов не выявлено.

Вопросы:

Предварительный диагноз?

Тактика лечения данного больного?

Какие пути метастазирования данной опухоли?

Задача № 12.

Больной Д., 65 лет, рабочий в области резиновой промышленности. Жалобы на тошноту, ноющие боли в правом подреберье, снижение аппетита. В анамнез ЖКБ. Объективно: кожные покровы обычного цвета, сухие. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот обычной формы, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. При КТ грудной клетки данных за патологические новообразования, лимфаденопатию не получено. По данным УЗИ и КТ органов брюшной полости: в области S4 и S5 печени отмечаются 3 очаговых гиподенсных образования размерами от 1 до 2.5см с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, стенка желчного пузыря инфильтрирована, в просвете определяется объемное образование 2см в диаметре. СА19-9 – 569Ед/мл.

Вопросы:

Предварительный диагноз

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику

Тактика лечения

Задача № 13.

Больной Х., 60 лет. Поступил с жалобами на затруднение прохождения пищи по пищеводу, боли в области мечевидного отростка. По данным рентгенологического исследования – сужение просвета абдоминальной части пищевода. По данным ФГДС – сужение просвета пищевода опухолью. Гистологическое заключение – аденокарцинома.

Вопросы:

Диагноз. Обоснование.

Тактика лечения. Объем хирургического вмешательства.

Задача № 14.

Пациент Б. поступил в травматологическое отделение больницы с множественными переломами костей таза, полученными при падении на горнолыжной трассе. При обследовании выявлена гиперпротеинемия, протеинурия с наличием белка Бенс-Джонса. Общий анализ крови: лейкоциты - $7,5 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты - $3,07 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин - 85 г/л, средний объем эритроцита - 85,0 фл, среднее содержание гемоглобина в эритроците - 27,8 пг, средняя концентрация гемоглобина в эритроцитарной массе - 339 г/л, тромбоциты - $225,0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 75%, эозинофилы - 1%, моноциты - 2% лимфоциты - 20%. СОЭ - 140 мм/ч.

Вопросы:

Предварительный диагноз. Патогенез заболевания.

Диагностика

Лечение

Задача № 15.

Больная Х., 16 лет, обратилась к хирургу с жалобами на боли в области левого коленного сустава, которые появились после травмы в общественном транспорте. Последние 10-15 дней стала прихрамывать. Врач с диагнозом травматический бурсит назначил согревающие компрессы, физиотерапию, обезболивающие препараты. Лечение без эффекта. При рентгенологическом исследовании выявлены изменения, характерные для остеогенной саркомы (склеротический вариант). Направлена в онкологическое учреждение, где выполнена резекция коленного сустава с эндопротезированием.

Вопросы:

Алгоритм диагностики

Тактика лечения

Какие рентгенологические изменения характерны для остеогенной саркомы

Задача № 16.

Через 10 мес таргетной терапии препаратом Кризотиниб у пациента с генерализованным раком легкого с метастатическим поражением печени и забрюшинных лимфатических узлов выявлено бурное прогрессирование заболевания в виде появления новых множественных очагов в печени. На момент обследования пациент находится в удовлетворительном состоянии, статус по шкале ECOG - 0.

Вопросы:

Тактика дальнейшего лечения.

Задача № 17.

Больной Ф., 45 лет, жаловался на безболезненную опухоль до 4 см на наружной поверхности мягких тканей левого бедра. К врачу обратился спустя 8 месяцев. С диагнозом липома левого бедра рекомендовано наблюдение. Опухоль продолжала увеличиваться в размерах. Осмотрен онкологом. Безболезненная опухоль, овальной формы, плотноэластической консистенции достигла 10 см. располагалась внутримышечно. Диагностирована саркома мягких тканей левого бедра. Произведено широкое иссечение опухоли. При по данным гистологического исследования полиморфная липосаркома.

Вопросы:

Дальнейшая тактика лечения

Пути метастазирования саркомы мягких тканей

Методы диагностики сарком мягких тканей

Задача № 18.

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

Вопросы:

Выбор дальнейшей тактики

Предварительный диагноз

С какими заболеваниями необходимо провести дифф. диагностику

Задача № 19.

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

Вопросы:

Предварительный диагноз

Необходимые методы диагностики

Дальнейшая тактика лечения

Объем оперативного вмешательства

Задача № 20.

У пациента остеосаркома бедра, опухоль до 7 см, низкой степени злокачественности, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов.

Вопросы:

Стадия заболевания

Тактика лечения

Прогноз, пятилетняя выживаемость.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

I. ОНКОЛОГИЯ

Раздел 1. Общие вопросы онкологии

1. Злокачественные опухоли (статистика, организация онкологической помощи и ее эффективность).
2. Рак как возрастная патология, общие механизмы патогенеза старения и рака, молекулярные основы. Гормонозависимые опухоли и возраст.
3. Принципы первичной профилактики рака (определение, условия разработки мероприятий, направления).
4. Принципы классификации злокачественных опухолей
5. Канцерогенные агенты и современные представления о механизмах их действия.
6. Современное представление о предраке.
7. Принципы диагностики злокачественных новообразований.
8. Доброкачественные опухоли. Этапы развития. Патологоанатомическая характеристика.
9. Органосохраняющее лечение в онкологии (предпосылки, современные возможности, варианты).
10. Организация онкослужбы в РФ. Задачи онкослужбы. Организация скрининга

злокачественных новообразований в РФ. Принципы диспансерного наблюдения.

Раздел 2. Онкологические заболевания головы и шеи

1. Злокачественные новообразования полости рта, ротоглотки. Этиология. Морфологическая характеристика. Клиника. Диагностика. Методы лечения
2. Злокачественные новообразования полости носа, носоглотки. Злокачественные новообразования полости носа, носоглотки. Этиология. Патологоанатомическая картина. Клиника. Методы диагностики. Принципы лечения.
3. Злокачественные новообразования гортани. Этиология. Патологоанатомическая картина. Особенности клинической картины. Принципы диагностики и лечения.
4. Доброкачественные новообразования щитовидной железы. Морфологическая характеристика. Клиническая картина. Диагностика. Методы лечения. Показания к оперативному лечению.
5. Рак щитовидной железы: эпидемиология, эндокринология, факторы и механизмы канцерогенеза. Современный алгоритм диагностики и лечения.

Раздел 3. Онкологические заболевания органов грудной клетки

1. Рак легкого. Этиология. Классификация. Особенности клинической картины. Методы диагностики. Принципы лечения.
2. Рак плевры. Классификация. Морфологическая характеристика. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Рак средостения. Классификация. Гистологическое строение. Особенности клинической картины. Методы диагностики. Лечение.
4. Метастатическое поражение легких и плевры.

Раздел 4. Онкологические заболевания брюшной полости и забрюшинного пространства

1. Опухоли гепато-панкреато-дуоденальной зоны. Этиология. Классификация. Гистологическое строение. Особенности метастазирования.
2. Рак печени. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Прогноз.
3. Метастатическое поражение печени. Особенности клинической картины. Методы диагностики. Лечение. Прогноз.
4. Рак поджелудочной железы. Классификация. Особенности клинической картины. Принципы диагностики и лечения. Возможные осложнения. Прогноз.
5. Рак желудка. Этиология. Классификация. Патологоанатомическая характеристика. Клиническая картина. Методы диагностики. Принципы лечения. Пути метастазирования.
6. Гастроинтестинальные стромальные опухоли. Этиология. Патологоанатомическая картина. Клинические проявления. Методы диагностики и лечения. Объемы хирургического вмешательства в зависимости от локализации опухоли.
7. Нейроэндокринные опухоли ЖКТ. Клиническая картина. Методы диагностики и лечения.
8. Рак тощей и подвздошной кишки. Этиология. Классификация. Патологоанатомическая картина. Клинические проявления. Методы диагностики. Принципы лечения.
9. Рак ободочной кишки. Этиология. Классификация. Морфологическое строение. Клиническая картина. Особенности метастазирования. Методы диагностики и лечения. Объем хирургического вмешательства в зависимости от локализации опухоли.
10. Этиология. Классификация. Гистологическое строение. Клиническая картина. Особенности метастазирования. Методы диагностики и принципы лечения колоректального рака.
11. Опухоли забрюшинного пространства. Этиология. Классификация. Гистологическое строение. Клиника. Диагностика. Методы лечения. Особенности метастазирования.

12. Ургентные состояния и болевой синдром в онкологии.
13. Послеоперационные осложнения. Классификация. Клиническая картина. Принципы диагностики. Лечение. Методы профилактики.

Раздел 5. Опухоли кожи, молочной железы.

1. Меланоцитарные опухоли кожи. Классификация. Гистологическое строение.
2. Доброкачественные меланоцитарные опухоли кожи. Гистологическая картина. Особенности клинических проявлений. Диагностика. Методы лечения.
3. Злокачественные меланоцитарные опухоли кожи. Патологоанатомическая картина. Клиническая картина и диагностика. Современные принципы лечения.
4. Эпителиальные и неэпителиальные опухоли кожи. Классификация. Гистологическое строение.
5. Доброкачественные новообразования кожи. Клиника. Диагностика. Лечение.
6. Предопухолевые заболевания кожи. Клиническая картина. Методы диагностики. Принципы лечения.
7. Злокачественные опухоли кожи. Эпидемиология. Этиология. Классификация. Патогенез. Особенности патологоанатомической картины. Клинические формы. Методы диагностики. Лечение.
8. Доброкачественные опухоли из соединительной, жировой, мышечной ткани. Гистологическое строение. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
9. Злокачественные неэпителиальные опухоли кожи. Этиология. Патогенез. Патологоанатомическая картина. Клинические проявления. Методы диагностики и лечения.
10. Доброкачественные новообразования молочной железы. Этиология, классификация, патологическая картина. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
11. Злокачественные новообразования молочной железы. Этиология. Классификация. Гистологическое строение. Клиника. Диагностика. Методы лечения.

Раздел 6. Опухоли мягких тканей, опорно-двигательного аппарата.

1. Опухоли мягких тканей. Гистологическая характеристика. Методы диагностики.
2. Доброкачественные новообразования из жировой, соединительной ткани, из сосудов. Особенности клинической картины в зависимости от морфологической формы опухоли. Методы диагностики и лечения.
3. Злокачественные новообразования мягких тканей. Классификация. Патологоанатомическая характеристика. Пути метастазирования. Особенности клинической картины в зависимости от локализации. Методы диагностики. Принципы лечения.
4. Доброкачественные новообразования костей. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики и лечения.
5. Злокачественные опухоли костей. Классификация. Гистологическое строение. Методы диагностики.
6. Первичные и метастатические опухоли костей. Патологоанатомическая характеристика. Клиническая картина. Методы диагностики. Основные рентгенологические симптомы. Принципы лечения.

Раздел 7. Опухоли кроветворной системы.

1. Лимфопролиферативные заболевания.
2. Неходжкинские лимфомы. Этиология. Классификация. Патологоанатомическая картина. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения.
3. Лимфома Ходжкина. Этиология. Современные представления о патогенезе. Гистологическая характеристика. Клиника. Методы диагностики. Дифференциальная

- диагностика. Принципы лечения в зависимости от стадии заболевания.
4. Миеломная болезнь. Патогенез. Особенности клинической картины. Современные методы диагностики и лечения. Принципы лекарственной и лучевой терапии.
 5. Лейкозы. Классификация. Патогенез. Особенности клинической картины.
 6. Миелодиспластический синдром. Клиническая картина. Методы диагностики и лечения.
 7. Острые лейкозы. Особенности клиники, диагностики. Классификация и этапность лекарственной терапии. Побочные реакции лекарственной терапии.
 8. Хронические лейкозы. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики и лечения в различных стадиях хронического миелолейкоза.
 9. Хронический лимфолейкоз. Особенности клинической картины. Методы диагностики и лечения в различных стадиях.

Раздел 8. Онкогинекология. Онкоурология.

1. Фоновые заболевания шейки матки. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики. Первичная и вторичная профилактика.
2. Рак шейки матки. Патогенез. Гистологическая характеристика. Клиническая картина. Пути метастазирования. Принципы диагностики и лечения. Методы профилактики.
3. Рак тела матки. Классификация. Патогенез. Гистологическое строение. Клиническая картина. Пути метастазирования. Принципы диагностики и лечения.
4. Опухоли яичников. Классификация. Особенности клинической картины. Закономерности метастазирования. Современные принципы диагностики и лечения.
5. Трофобластическая болезнь. Классификация. Патогенез. Клинические проявления. Пути метастазирования. Принципы диагностики. Выбор тактики лечения.
6. Опухоли мочеполовой системы. Классификация. Гистологическая характеристика.
7. Доброкачественные опухоли почки, лоханки, мочеточника. Морфологические особенности. Клинические проявления. Методы диагностики. Принципы лечения.
8. Рак почки. Классификация. Патогенез. Патологоанатомическая картина. Клинические проявления. Методы лабораторной, рентгенологической, радиоизотопной диагностики. Дифференциальная диагностика. Радикальное и паллиативное лечение.
9. Злокачественные опухоли лоханки и мочеточника. Заболеваемость и смертность. Морфологическая характеристика. Клиническая картина. Методы лабораторных, рентгеновских и радиоизотопных методов диагностики. Пути метастазирования. Принципы лечения. Выбор тактики лечения.
10. Предопухолевые заболевания мочевого пузыря. Патологоанатомическая характеристика. Клиническая картина. Методы диагностики. Лечение. Диспансерное наблюдение.
11. Рак мочевого пузыря. Классификация. Особенности гистологического строения. Клиническая картина. Пути метастазирования. Диагностика. Лечение.
12. Предопухолевые заболевания предстательной железы. Роль хронических воспалительных заболеваний.
13. Рак предстательной железы. Классификация. Патологоанатомическая картина. Клинические проявления. Пути метастазирования. Методы диагностики. Принципы лечения.

Раздел 9. Общие принципы лечения онкологических заболеваний.

1. Общие принципы хирургического лечения злокачественных опухолей. Понятия об операбельности и резектабельности. Понятие абластики и антибластики.
2. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Определение объема оперативного вмешательства. Радикальные, паллиативные и симптоматические операции.
3. Физические основы лучевой терапии.

4. Ионизирующее излучение. Классификация. Характеристика видов излучения.
5. Лучевая терапия. Классификация. Доза. Виды. Единицы измерения доз.
6. Общие принципы лучевой терапии злокачественных опухолей. Радиочувствительность и радиорезистентность опухолей. Подготовка больных к лучевой терапии. Методы лучевой терапии злокачественных новообразований.
7. Осложнения лучевой терапии. Общие и местные лучевые реакции. Лучевая болезнь. Клинические проявления. Лечение и профилактика.
8. Монохимиотерапия и полихимиотерапия. Выбор лекарственных препаратов. Расчет дозы. Выбор пути введения лекарственного препарата.
9. Адьювантная химиотерапия. Неoadьювантная химиотерапия. Показания и противопоказания к назначению химиотерапии. Побочные действия химиотерапии. Профилактика и лечение осложнений.
10. Гормонотерапия злокачественных новообразований. Показания и противопоказания. Выбор препарата. Определение дозы и пути введения препарата. Механизм действия. Возможные побочные реакции и осложнения.
11. Паллиативное лечение пациентов с онкологической патологией.