

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Владимирский филиал ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 3**

Специальность 31.08.57 Онкология  
*код, наименование*

Кафедра: онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики им профессора Н.Е.  
Яхонтова

Форма обучения: очная

Владимир  
2023

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

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 3» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 3». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной практике.

### 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике «Производственная (клиническая) практика 3» используются следующие оценочные средства:

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	Кейс-задание	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

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

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы практики	Оценочные средства
УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Текущий	Раздел 1. Общие вопросы онкологии	Кейс-задания
		Раздел 2. Опухоли головы и шеи	Кейс-задания
		Раздел 3. Опухоли органов грудной клетки	Кейс-задания
		Раздел 4. Онкогематология	Кейс-задания
		Раздел 5. Опухоли брюшной полости	Кейс-задания
		Раздел 6. Онкоурология	Кейс-задания
		Раздел 7. Общие вопросы онкологии. Амбулаторный прием больных с впервые установленным онкологическим диагнозом, доброкачественными опухолями и предраковыми заболеваниями	Кейс-задания
		Раздел 8. Онкогинекология	Кейс-задания
		Раздел 9. Опухоли молочных желез	Кейс-задания
		Раздел 10. Гинекологический прием	Кейс-задания

		Раздел 11. Опухоли кожи, мягких тканей, опорнодвигательного аппарата	Кейс-задания
		Раздел 12. Детская онкология	Кейс-задания
		Раздел 13. Паллиативная, симптоматическая терапия	Кейс-задания
	Промежуточный	Все разделы практики	Кейс-задания

#### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем практики при проведении занятий в форме: кейс-заданий.

4.1. Кейс-задания для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<b>У</b>	Пациентка 45 лет обратилась за медицинской помощью с жалобами на резкую боль при дефекации, сопровождающаяся примесью алой крови, эпизодически недержание стула. Данные жалобы беспокоят в течении последних 6 месяцев, лечилась самостоятельно – без эффекта. При осмотре и дополнительном обследовании выявлены следующие изменения: РРС - опухоль анального канала размером 4 см, опухолевый рост начинается сразу от анодермальной линии, ограниченно подвижный, пальцевое исследование резко болезненное. Гистология – плоскоклеточный неороговевающий рак. ФКС – ободочная кишка осмотрена полностью – без патологии, в анальном канале опухоль с контактной кровоточивостью, занимает весь анальный канал. МРТ органов малого таза – опухоль анального канала, размером 4см, прорастающая все стенки кишки, без врастания в окружающие ткани. УЗИ паховых л/у – патологических изменений паховых л/у не выявлено. КТ органов брюшной полости и грудной клетки – признаков диссеминации не выявлено. Показатели анализов крови и мочи в пределах нормы.
<b>В</b>	Предположите наиболее вероятный диагноз
<b>В</b>	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>В</b>	Какой план лечения в данной ситуации наиболее верный?
<b>В</b>	После проведённого химиолучевого лечения опухоль полностью регрессировала. Больной предложено динамическое наблюдение. Верно ли данное решение?
<b>В</b>	Через 1 год после проведённого лечения у пациента верифицированы локальный рецидив размером 1,5 см и диссеминация в паховые л/у справа. Признаков другой отдалённой диссеминации нет. Предложено оперативное лечение в объёме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки и операция Дюкена справа. Верна ли данная тактика?

## Задача №2

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<b>У</b>	Пациентка 75 лет обратилась за медицинской помощью с жалобами на резкую боль при дефекации, частые прямокишечные кровотечения, постоянное недержание стула. Данные жалобы беспокоят около года, лечилась самостоятельно – без эффекта. При осмотре и дополнительном обследовании выявлены следующие изменения: при наружном осмотре обращает на себя внимание наличие опухоли анального канала по типу «цветной капусты», кровоточащей, занимающей всю полость канала, пальцевое исследование резко болезненное, тонус наружного сфинктера отсутствует. От РРС и ФКС больная отказалась. Гистология – плоскоклеточный неороговевающий рак. МРТ органов малого таза – опухоль анального канала, размером 6см, прорастающая все стенки кишки, без врастания в окружающие ткани. УЗИ паховых л/у – патологических изменений паховых л/у не выявлено. КТ органов брюшной полости и грудной клетки – признаков диссеминации нет. Консультация гинеколога – стенки влагалища не инфильтрированы, признаков врастания опухоли нет. Показатели анализов крови и мочи без выраженных патологических сдвигов.
<b>В</b>	Предположите наиболее вероятный диагноз
<b>В</b>	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
<b>В</b>	Какой план лечения в данной ситуации наиболее верный?
<b>В</b>	После проведённого химиолучевого лечения опухоль полностью регрессировала. Больной предложено ликвидировать сигмостому. Верно ли данное решение?
<b>В</b>	Через 3 года после проведённого лечения у пациента верифицированы локальный рецидив размером 1см и диссеминация в паховые л/у справа. Кроме того, по данным КТ ОБП с контрастированием определяются множественные метастазы в обеих долях печени до 3см в диаметре. При КТ органов грудной клетки определяются очаги в обоих лёгких, размером до 8 мм, подозрительные в отношении метастазов. Предложено проводить полихимиотерапию. Верна ли данная тактика?

## Задача №3

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
<b>У</b>	Пациент 55 лет обратился за медицинской помощью с жалобами на частый стул небольшими порциями, отметил похудание на 5 кг. Данные жалобы беспокоят в течении последних 6 месяцев. Лечился у терапевта, обследование кишечника не предлагалось. Консультирован онкологом. При осмотре и дополнительном обследовании выявлены следующие изменения: пальцевое исследование – патологии не определяется, РРС – на уровне 10 см от ануса определяется циркулярно-суживающая просвет кишки опухоль. Гистология – умеренно-дифференцированная аденокарцинома. ФКС – ободочная кишка осмотрена полностью – опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки, циркулярно-

	суживающая до 1см просвет кишки. КТ органов брюшной полости и грудной клетки – признаков диссеминации не выявлено. При пальпации живота патологических образований не определяется. Лабораторные показатели крови и мочи без выраженных патологических сдвигов.
В	Предположите наиболее вероятный диагноз
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
В	Какой план лечения в данной ситуации наиболее верный?
В	На 5-е сутки послеоперационного периода у больного появились боли в нижних отделах живота, лихорадка с ознобом до 38,7С, слабость, отделяемое мутного характера по дренажу из малого таза около 350мл/сут, в лабораторных анализах крови лейкоцитоз до $13,2 \times 10^6/\text{л}$ . При осмотре больной малоподвижен, язык сухой, обложен серым налётом, черты лица заострены, живот вздут, сомнительные симптомы раздражения брюшины по левому флангу, перистальтика вялая, АД – 110/80 мм.рт.ст., ЧСС – 88 в мин. Заподозрена несостоятельность межкишечного анастомоза. Больному предложена экстренная лапаротомия, ревизия брюшной полости и формирование трансверзостомы. При лапаротомии выявлены следующие патологические изменения: признаков разлитого перитонита нет, петли толстой кишки раздуты, в малом тазу умеренное количество (до 300мл) мутной серого цвета жидкости, фибрин, область анастомоза в инфильтрате при его разделении выявлен дефект левой боковой стенки анастомоза диаметром 5мм. Выполнена санация брюшной полости, установлено дополнительно 2 дренажа в малый таз к анастомозу, сформирована двуствольная трансверзостома в левом подреберье. Согласны ли Вы с такой тактикой лечения?
В	У больного при патоморфологическом исследовании выявлена диссеминация в два л/у 1 порядка. Больному показано проведение полихимиотерапии. С учётом наличия несостоятельности анастомоза решено воздержаться от её проведения до восстановления больного. Верна ли данная тактика?

#### Задача №4

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Пациент 65 лет обратился за медицинской помощью на наличие болезненного гиперемированного уплотнения в околопупочной области передней брюшной стенки. В приёмном покое хирургической клиники по месту жительства заподозрено острое гнойное воспаление мягких тканей передней брюшной стенки, произведено вскрытие, после которого через сформированный свищевой ход стали отходить каловые массы.
В	Какова причина данного осложнения?
В	Какие диагностические мероприятия необходимо провести в данной ситуации?

В	При обследовании выявлены следующие патологические изменения: ФКС – на уровне с/з поперечно-ободочной кишки определяется опухолевый рост протяжённостью до 10 см. для эндоскопа проходим; гистология – низко-дифференцированная аденокарцинома; КТ ОБП – опухоль поперечно-ободочной кишки, растущая в переднюю брюшную стенку, размером около 14 см, не исключается врастание в желудок; ФГДС – антральный отдел желудка инфильтрирован по большой кривизне, ограничен в подвижности, слизистая оболочка не изменена – больше данных за врастание опухоли из-вне; КТ ОГК – признаков диссеминации не определяется. Больному предложено оперативное вмешательство. Выполнена комбинированная резекция поперечно-ободочной кишки, дистальная резекция желудка по Бильрот-2 – Ру, резекция передней брюшной стенки. Верный ли выбран объём оперативного пособия?
В	После заживления послеоперационной раны, больному предложено проведение 12 курсов адьювантной полихимиотерапии по схеме FOLFOX. Верно ли данное решение?
В	Через 2 года после проведённого лечения в послеоперационном рубце передней брюшной стенки реализовался солитарный метастаз размером 2см. Признаков другой диссеминации не выявлено. Больному предложено иссечь метастатический очаг с последующим проведением ПХТ. Верна ли данная тактика?

#### Задача №5

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

	стадию опухолевого процесса у данного пациента?
В	Какое лечение необходимо проводить после оперативного лечения?
В	Как целесообразнее поступить с выявленными полипами ободочной кишки?

## Задача №6

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина, 56 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение полугода. Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией 2 ст в течение 6 лет, у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет установились сразу по 4 дня через 28 дней в умеренном количестве, родов двое, аборт один, постменопауза 6 лет. По поводу кровянистых выделений из влагалища на фоне менопаузы пациентке выполнено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание с гистероскопией, результат гистологии – умереннодифференцированная аденокарцинома. При гистероскопическом исследовании выявлена экзофитнорастающая опухоль дна матки размером 3 см в диаметре. При проведении МРТ исследования органов малого таза и брюшной полости данных за увеличение лимфоузлов не получено. Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме расширенной экстирпации матки с придатками. Результат гистологии - умереннодифференцированная аденокарцинома с инвазивным ростом в миометрии на 15 мм, при толщине последнего в данном месте 20 мм, перехода опухоли на истмическую часть матки и цервикальный канал нет. Придатки – возрастные изменения. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено.
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
В	Через 6 месяцев после проведенного лечения появился кашель со скудным отделением слизистой мокроты. На контрольных снимках при проведении КТ исследования ОГК выявлена дополнительная тень размерами 2 см в верхней доле левого легкого. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.

## Задача №7

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина, 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение 12-ти месяцев, сопровождающиеся ноющими болями внизу живота больше слева. Из анамнеза известно, что пациентка страдает артериальной гипертензией в течение года. Акушерский анамнез: менархе с 11 лет. Роды одни, аборт один, менопауза 1 год. Пациентке проведено раздельное лечебно-диагностическое выскабливание с гистероскопией. При гистероскопическом исследовании

	<p>выявлена экзофитно растущая опухоль трубного угла матки размером 1 см в диаметре. Результат гистологии – высокодифференцированная аденокарцинома. При проведении МРТ исследования органов малого таза и брюшной полости данных за вторичную лимфоаденопатию не получено. Выявлено увеличение левого яичника до размеров 4x5 см. Тумор яичника имеет мелкоклеточную структуру.</p> <p>Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме нижнесрединной лапаротомии, экстирпации матки с придатками, удаления большого сальника. Взяты смывы с висцеральной и париетальной брюшины. Результат гистологического исследования: высокодифференцированная аденокарцинома с инвазивным ростом в миометрий на 5 мм, при толщине последнего в данном месте 10 мм, перехода опухоли на истмическую часть и цервикальный канал нет. В лимфатических сосудах – опухолевые эмболы. Яичник № 1 – серозная цистаденома. Яичник № 2 – на поверхности капсулы опухолевые разрастания до 5 мм. Маточные трубы—склерозированы. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено. Злокачественных клеток в смывах из брюшной полости не получено. Опухоль эндометрия экспрессирует стероидные гормоны.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 38. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 80 уд. в мин., АД – 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: общий холестерин – 5,9 ммоль/л, глюкоза венозная – 5,8 ммоль/л; креатинин – 95 мкмоль/л, мочевины 3,8 ммоль/л.</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
В	Через 12 месяцев после проведенного лечения появились мажущие кровянистые выделения из вагины. При обследовании выявлена опухоль на передней стенке слизистой культы влагалища 1 см в диаметре. Опухоль плотно-эластичной консистенции, ограничена в подвижности. Инфильтрации в параметриях не определяется. На контрольных снимках при проведении МРТ исследования органов малого таза данных за вторичное поражение мочевого пузыря и прямой кишки не выявлено. При гистологическом исследовании опухоли - метастаз высокодифференцированной аденокарциномы эндометрия с инвазивным ростом 2 мм при толщине препарата 3 мм.

**Задача №8**

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Женщина, 32 лет, обратилась к врачу с жалобами на контактные кровянистые выделения из влагалища в течение полугода, сопровождающиеся периодическими ноющими болями внизу живота. Из анамнеза известно, что пациентка страдает хроническим воспалением придатков матки в течение 5 лет. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет,



	<p>родов 2, аборт 3. Пациентке проведена кольпоскопия с биопсией подозрительного участка шейки матки. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль задней губы шейки матки 4 см в диаметре. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 58 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. При проведении МРТ исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства данных за вторичную лимфоаденопатию не получено.</p> <p>Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме расширенной экстирпации матки с придатками (экстирпации матки с придатками и тазовая лимфаденэктомия). Сохранение яичников было нецелесообразным ввиду хронического воспалительного процесса придатков матки в анамнезе. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки IB2 стадии (pT1v2N0M0), эндометрий— фаза секреции. Придатки № 1 и № 2 – хронический сальпингоофорит. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 4,2 ммоль/л, мочевины 3,8 ммоль/л, креатинин – 67 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
В	Через 18 месяцев после проведенного лечения появился кашель со скудным отделением слизистой мокроты. На контрольных снимках при проведении КТ исследования ОГК выявлена дополнительная тень размерами 4 см в верхней доле левого легкого. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.

### Задача №9

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение года, сопровождающиеся ноющими болями внизу живота, на отсутствие менструации в течение 2-х месяцев. Из анамнеза известно, что у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет, роды одни, аборт 5.</p> <p>Пациентке проведена кольпоскопия с биопсией подозрительного участка шейки матки. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль шейки матки, распространяющаяся на верхнюю и среднюю треть влагалища, достигающая стенки таза с одной стороны. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 33 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. При проведении УЗИ органов малого таза выявлена беременность 7 недель. При МРТ исследовании</p>

	<p>органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства выявлено увеличение группы обтураторных и внутренних подвздошных лимфоузлов с обеих сторон. Выполнена экскреторная урография для оценки функции почек с обеих сторон.</p> <p>Пациентке был выработан консервативный план лечения: первым этапом лечения был проведена дистанционная лучевая терапия на область малого таза в СОД 40 Гр, РОД 2 Гр с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м. После спонтанного выкидыша продолжено проведение химиолучевой терапии: сочетано-лучевого лечения с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, мочевины 3,4 ммоль/л; креатинин – 97 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
В	Через 8 месяцев после проведенного лечения появился отек правой ноги, боли внизу живота справа. При контрольном МРТ – исследовании выявлено прогрессирование заболевания в виде увеличения размеров опухоли шейки матки, конгломерата тазовых лимфоузлов справа, гидроуретер и гидронефроз. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.

### Задача №10

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 32 лет, обратилась к врачу с жалобами на контактные кровянистые выделения из влагалища в течение полугода. Из анамнеза известно, что пациентка страдает хроническим воспалением придатков матки в течение 2 лет. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет, родов двое, аборт три. Пациентке проведена кольпоскопия с биопсией подозрительного участка шейки матки. При осмотре выявлен участок лейкоплакии задней губы шейки матки. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 серотипа. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки, инвазия 2 мм. При проведении МРТ - исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства данных за вторичную лимфаденопатию не получено.</p> <p>Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме конизации шейки матки, выскабливание оставшейся части цервикального канала. В соскобе из цервикального канала обнаружены клетки рака, в удаленном конусе – инвазия плоскоклеточного рака 3 мм, присутствуют опухолевые эмболы и в кровеносных и в лимфатических сосудах. Учитывая риск поражения регионарных лимфоузлов пациентке была выполнена</p>

	<p>расширенная экстирпация матки с трубами, с транспозицией яичников (экстирпации матки с трубами и тазовая лимфаденэктомия). Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки I A 2 стадии (pT1a2N0M0), эндометрий—фаза секреции. Трубы № 1 и № 2 – хронический сальпингит. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 4,8 ммоль/л, мочевины 3,2 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
В	Через 6 месяцев после проведенного лечения у пациентки появились мажущие кровянистые выделения из вагины. При проведении МРТ исследования органов малого таза выявлено прогрессирование заболевания: опухоль в области культы влагалища. Результат гистологического исследования: плоскоклеточный неороговевающий рак культы вагины с инвазией в ткани более 3 мм. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.

### 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: кейс- задачи по разделам дисциплины.

5.1.1 Кейс- задачи по практике «Производственная (клиническая) практика 3» для оценки компетенций УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

#### Задача №1

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 30 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение года, сопровождающиеся ноющими болями внизу живота, на отсутствие менструации в течение 2-х месяцев.</p> <p>Из анамнеза известно, что у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет установились сразу по 4 дня через 26 дней в умеренном количестве, роды одни, аборт пять.</p> <p>Пациентке проведена кольпоскопия с биопсией подозрительного участка шейки матки. При осмотре выявлена смешанно растущая опухоль шейки матки, распространяющаяся на верхнюю и среднюю треть влагалища, достигающая стенки таза с одной стороны. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 и 33 серотипов. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. При проведении УЗИ органов малого таза выявлена беременность 7 недель. При МРТ исследовании органов малого таза и</p>

	<p>брюшной полости, забрюшинного пространства выявлено увеличение группы обтураторных и внутренних подвздошных лимфоузлов с обеих сторон. Выполнена экскреторная урография для оценки функции почек с обеих сторон.</p> <p>Пациентке был выработан консервативный план лечения: первым этапом лечения был проведена дистанционная лучевая терапия на область малого таза в СОД 40 Гр., d=2 Гр. С радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м. После спонтанного выкидыша продолжено проведение химиолучевой терапии: сочетано-лучевого лечения с радиомодификацией: еженедельное введение цисплатина по 40 мг/кв.м.</p> <p>При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.</p> <p>В анализах: глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, мочевины 3,4 ммоль/л; креатинин – 97 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
В	Через 8 месяцев после проведенного лечения появился отек правой ноги, боли внизу живота справа. При контрольном МРТ –исследовании выявлено прогрессирование заболевания в виде увеличения размеров опухоли шейки матки, конгломерата тазовых лимфоузлов справа, гидроуретер и гидронефроз. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.
	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно и правильно обоснована.
В	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.

### Задача №2

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

	<p>толщине последнего в данном месте 1,5 см. Перехода опухоли на истмус и цервикальный канал нет. Яичник № 2 – белые тела. Маточная труба – хронический сальпингит. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено. В биоптатах брюшины со стенок малого таза опухоли не выявлено. Сальник – жировая ткань.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: СА -125 – 200 Ед/л, глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, мочевины -3,4 ммоль/л; креатинин – 121 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
В	Через 24 месяца после проведенного лечения появились головные боли, чувство онемения в левой кисти и левой стопе. На контрольных снимках при проведении КТ исследования головного мозга выявлена солитарная опухоль размерами 2 см в правой теменной доле. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.

### Задача №3

<b>И</b>	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 25 лет, обратилась к врачу с жалобами на схваткообразные боли внизу живота больше справа в течение 2-х суток. Из акушерского анамнеза известно, что пациентка страдает бесплодием. Менархе с 12 лет, родов 0, аборт 0, последняя менструация в текущем месяце. Пациентке проведено УЗИ органов малого таза, брюшной полости. Выявлено увеличение правых придатков до 5 см в диаметре. При проведении МРТ исследования органов малого таза и брюшной полости данных за вторичную лимфоаденопатию не получено.</p> <p>Пациентке было выполнено оперативное вмешательство в объеме одностороннего удаления правых придатков, биопсия второго яичника. Результат гистологии – дисгерминома 1 А стадии (pTaNxM0). В ткани второго яичника элементов новообразования не выявлено. В удаленных лимфоузлах метастазов не выявлено.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: повышение АФП до 100 нг/мл (норма 8 нг/мл), повышение ЛДГ, ХГЧ до 1000 ед/л. Глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л, мочевины 3,2 ммоль/л; креатинин – 61 мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.

В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
В	Через 24 месяца после проведенного лечения при контрольном осмотре выявлен тумор малого таза до 10 см в диаметре. На контрольных МРТ снимках выявлен рецидив в области малого таза, повышение уровня опухолевых маркеров. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.

#### Задача №4

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	<p>Женщина, 53 лет, обратилась к врачу с жалобами на мажущие кровянистые выделения из влагалища в течение полугода, сопровождающиеся периодическими ноющими болями внизу живота.</p> <p>Из анамнеза известно, что пациентка страдает АГ около 6 лет, у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет, родов 2, аборт 1, менопауза с 50 лет. Пациентке проведено обследование: при ректовагинальном осмотре выявлена опухоль верхней трети влагалища. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 серотипа. Результат гистологии – плоскоклеточный неороговевающий рак верхней трети влагалища с распространением на правую боковую стенку вагины, среднюю треть и на передний свод вагины. При бимануальном исследовании—имеется инфильтрация паракольпиев больше справа. Инфильтраты не достигают стенок таза. Инвазия опухоли на всю глубину биоптата - 5 мм. При проведении МРТ - исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства получены данные за вторичную лимфаденопатию – увеличение группы правых обтураторных и внутренних подвздошных лимфоузлов.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 6,2 ммоль/л, мочевины ммоль/л; креатинин – 81мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
В	Тактика лечения. Обоснуйте свой выбор.
В	Через 6 месяцев после проведенного лечения появился кашель со скудным отделением слизистой мокроты. На контрольных снимках при проведении КТ исследования ОГК выявлена дополнительная тень размерами 2 см в верхней доле левого легкого. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.

#### Задача №5

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

У	<p>Женщина, 66 лет, обратилась к врачу с жалобами на боли в области опухоли промежности, мажущие кровянистые выделения из опухоли в течение полугода. Из анамнеза известно, что пациентка страдает АГ около 16 лет, у пациентки избыточная масса тела. Акушерский анамнез: менархе с 12 лет, родов 2, аборт 5, менопауза с 50 лет. Выполнен тест на ВПЧ. Выявлено 10 в пятой степени ДНК 16 серотипа. Пациентке проведена вульвоскопия с биопсией. Результат гистологии – инвазивный плоскоклеточный неороговевающий рак правой большой половой губы с распространением на правую малую половую губу и на заднюю спайку до ануса. При проведении МРТ - исследования органов малого таза и брюшной полости, забрюшинного пространства получены данные за вторичную лимфоаденопатию поверхностных и глубоких паховых лимфоузлов.</p> <p>При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – от 70 до 98 уд.в мин., АД – 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурий нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: глюкоза натощак – 7,2 ммоль/л, мочевины 4,5 ммоль/л; креатинин – 101мкмоль/л,</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.
В	Через 12 месяцев после проведенного лечения появилась рецидивная опухоль на задней спайке. На контрольных МРТ снимках выявлена рецидивная опухоль до 2 см в диаметре. Результат гистологии—плоскоклеточный неороговевающий рак, инвазия 1 мм. Выработать и обосновать тактику дальнейшего лечения.

### Задача №6

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

В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента для назначения лечения.

**Задача №7**

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Больной В. 45 лет, поступил с жалобами на слабость, снижение работоспособности, тупые, ноющие боли в эпигастральной области, чувство тяжести после еды, рвоту съеденной пищей. Болен в течение 2 месяцев, лечился самостоятельно - принимал но-шпу и анальгин. В первое время, после приема лекарств, боли беспокоили меньше. В последние дни участились рвоты. Потерял в весе около 10 кг
В	Ваш предварительный диагноз?
В	Какие исследования целесообразно произвести для его подтверждения?
В	Что, по Вашему мнению, имеет значение в определении тактики ведения (оперировать – не оперировать) больного?
В	Какой объем оперативного вмешательства вы предполагаете?
В	Как может измениться ход операции в зависимости от находок в брюшной полости?

**Задача №8**

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	Больной 48 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, похудание, слабость, периодическое возникновение рвоты, отсутствие аппетита. На протяжении 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. Неоднократно лечился в стационарах и амбулаторно. В последние полгода отмечает резкое ухудшение состояния. За медицинской помощью обратился только сейчас. Анализ крови: эритроциты - $3,7 \times 10^{12}$ , Hb-96 г/л, лейкоциты - 6700 в мкл. Общий белок плазмы- 58 г/л
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?



В	Составьте план обследования больного.
Э	ыбрана неверная тактика лечения.
В	Объем предполагаемого оперативного вмешательства в зависимости от локализации и распространенности процесса в желудке?

#### Задача №9

И	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
У	У больного 48 лет с гигантской каллезной язвой желудка (язвенной болезнью страдает на протяжении 11 лет с рецидивирующим течением) выявлена гистаминорефрактерная ахлоргидрия.
В	С чем необходимо дифференцировать язву желудка?
В	Какой метод диагностики позволяет достоверно дифференцировать диагноз?
В	Какое лечение показано данному больному?
В	Каков прогноз в данном случае?

#### Задача № 10

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

У	<p>Мужчина, 56 лет, обратился к врачу с жалобами на жидкий черный стул, периодическую рвоту цвета «кофейной гущи», похудение на 5 кг за месяц. Из анамнеза известно, что ухудшение самочувствия пациент отмечает в течение четырех месяцев, когда стал отмечать боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи, снижение аппетита, немотивированную слабость. Лечился самостоятельно, обезболивающие средства, фосфалюгель, омез. Курит (около 25 лет, 1 пачка сигарет в день), злоупотребление алкоголем – отрицает. Употребление наркотиков – отрицает.</p> <p>При осмотре: состояние удовлетворительное. Астенического типа телосложения. Рост 180 см, вес 69 кг. Кожные покровы чистые, бледные. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно - звук ясный легочный. Аускультативно – дыхание везикулярное. ЧД – 15 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 78 уд.в мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации немного болезненный в эпигастральном отделе, перитонеальных симптомов нет. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. В анализах: <math>E_r - 4,1 \cdot 10^{12}/л</math>, <math>H_b - 90 г/л</math>, <math>Le - 6,2 \cdot 10^9/л</math>, <math>COЭ - 9 мм/ч</math>.</p> <p><b>ФГДС:</b> Желудочное кровотечение Forest 2b, инфильтративно-язвенный процесс антрального отдела желудка. Взята биопсия.</p> <p><b>Гистологическое исследование:</b> в препаратах преобладают фрагменты язвенного детрита, к ним прилегают микрофокусы низкодифференцированной аденокарциномы желудка.</p> <p><b>ФЛГ:</b> без патологических изменений</p> <p><b>УЗИ органов брюшной полости:</b> диффузные изменения печени, поджелудочной железы, признаки хронического холецистита. Очаговой патологии не выявлено.</p>
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
В	Укажите, какой дополнительный метод инструментального исследования необходимо применить для дообследования больного. Обоснуйте свой выбор.
Э	<p>Пациенту необходимо: биохимический анализ крови для оценки протеинемии и прочих биохимических показателей крови (амилаза, трансаминазы, мочевины, билирубин, креатинин, глюкоза крови)</p> <p>проведение МРТ органов брюшной полости для исключения метастатического поражения лимфатических узлов и отдаленных метастазов, для чего желателен назначить и ПЭТ. Также целесообразно провести эндоскопическое УЗИ стенки желудка в зоне поражения и регионарных лимфатических узлов.</p>
P2	Методы дообследования указаны правильно и обоснованы верно.
P1	Методы дообследования указаны правильно, но не обоснованы или обоснованы неверно.

P0	Методы дообследования указаны неправильно.
B	Предложите лечение пациента. Обоснуйте свой выбор.
B	Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Какова тактика дальнейшего амбулаторного наблюдения. Обоснуйте Ваш выбор.

### 6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Разработчик рабочей программы:

Масленникова Анна Владимировна, д.м.н., профессор заведующего кафедрой онкологии, лучевой терапии и лучевой диагностики им профессора Н.Е. Яхонтова.