

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

"ОНКОУРОЛОГИЯ"

(Б1.В.ДВ.1.3)

**основной профессиональной образовательной программы высшего
образования - программы ординатуры 31.08.57 Онкология**

**Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине (модулю) Онкоурология
(Б1.В.ДВ.1.3)**

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

Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины (модуля)

| № | Контролируемые разделы дисциплины | Индекс контролируемой компетенции (или её части) | Наименование оценочного средства и способ контроля |
|----------|---|---|---|
| 1. | Раздел 1. История онкоурологии. Проблемы развития онкоурологии. Методы современной диагностики опухолей мочеполовой системы. Принципы лечения онкоурологических больных | ПК-1, ПК-2 | Тест – письменно, Выполнение практических навыков(алгоритмы), Собеседование - устно |
| 2. | Раздел 2. Опухоли паренхимы почки. Классификация. Клиническая симптоматика ранних и поздних стадий болезни. Пути метастазирования. Диагностика. Лечение. | ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4 | Тест – письменно, Выполнение практических навыков(алгоритмы), Собеседование - устно |
| 3. | Раздел 3. Опухоли верхних мочевых путей. Классификация. Клиническая симптоматика ранних и поздних стадий болезни. Пути метастазирования. Диагностика. Лечение. | ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4 | Тест – письменно, Выполнение практических навыков(алгоритмы), Собеседование - устно |
| 4. | Раздел 4. Опухоли мочевого пузыря и уретры. Классификация. Клиническая симптоматика ранних и поздних стадий болезни. Пути метастазирования. Диагностика. Лечение. Реабилитация. | ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 | Тест – письменно, Выполнение практических навыков(алгоритмы), Собеседование - устно |
| 5. | Раздел 5. Опухоли предстательной железы. Классификация. Клиническая симптоматика ранних и поздних стадий болезни. Пути метастазирования. Диагностика. Лечение. Реабилитация. | ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 | Тест – письменно, Выполнение практических навыков(алгоритмы), Собеседование - устно |
| 6. | Раздел 6. Опухоли наружных | ПК-1 | Тест – письменно, |

| | | |
|---|----------------------|---|
| половых органов. Клиническая классификация семинозных и несеминозных опухолей. Клиническая симптоматика ранних и поздних стадий болезни. Пути метастазирования. Диагностика. Лечение | ПК-2 ПК-3 ПК-4 | Выполнение практических навыков(алгоритмы), Собеседование - устно |
|---|----------------------|---|

Шкала оценивания

Оценка результатов освоения обучающимся программы дисциплины в течение полугодия осуществляется преподавателем на занятиях по традиционной шкале «Зачтено», «Не зачтено».

Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Зачтено» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий.

Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты. Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов). Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Не зачтено» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работу не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

Результаты собеседования оцениваются:

- **«Зачтено»** – ординатор подробно отвечает на теоретические вопросы.
- **«Не зачтено»** – не владеет теоретическим материалом и допускает грубые ошибки.

Критерии оценки результатов тестового контроля:

«Зачтено» – 71-100% правильных ответов;

«Не зачтено» – 70% и менее правильных ответов.

Ординатор считается аттестованным (оценка - «зачтено») при наличии оценки «зачтено» на вариант тестового задания, за выполнение алгоритма практического навыка, собеседование.

2. Контрольные задания и иные материалы оценки знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины "Онкоурология" (Б1.В.ДВ.1.3)

2.1. Текущий контроль

Алгоритмы практических навыков

1. Алгоритм трактовки томограмм при наличии у пациента опухоли паренхимы почки.
2. Алгоритм трактовки томограмм при наличии у пациента опухоли почечной лоханки.
3. Алгоритм расшифровки томограмм при наличии у пациента опухоли мочевого пузыря.
4. Алгоритм выполнения пальцевого ректального обследования
5. Алгоритм выполнения биопсии предстательной железы
6. Алгоритм выполнения катетеризации мочевого пузыря
7. Алгоритм выполнения троакарной цистостомии
8. Алгоритм выполнения уретроцистоскопии
9. Алгоритм выполнения катетеризации (стентирования) мочеточника
10. Алгоритм выполнения чрескожной пункционной нефростомии.
11. Алгоритм выполнения и интерпретация результатов экскреторной урографии
12. Алгоритм выполнения цистографии
13. Алгоритм осмотра и пальпации наружных половых органов

Тестовые задания: (необходимо ответить на все вопросы теста)

1. Адъювантная андроген-депривационная терапия показана пациенту с раком предстательной железы, подвергнутому радикальной простатэктомии, со следующим фактором риска:
 - А. ангиолимфатическая инвазия;
 - Б. наличие метастазов в регионарных лимфоузлах;
 - В. инвазия опухоли в семенные пузырьки;
 - Г. опухолевые клетки по краю хирургического разреза;
 - Д. инвазия опухоли в капсулу железы.

2. Рекомендованная длительность адъювантной андроген-депривационной терапии после дистанционной лучевой терапии по радикальной программе у пациента с раком предстательной железы cT3bN0M0 (уровень простатического специфического антигена 25 нг/мл, сумма Глисона 4+ 3=7) составляет:

- А. 18-36 месяцев;
- Б. 12 месяцев;
- В. 6 месяцев;
- Г. 3 месяца;
- Д. до прогрессирования или непереносимой токсичности.

3. Какой вид системной противоопухолевой терапии не рекомендован при метастатическом гормоно-чувствительном раке предстательной железы?

- А. андроген-депривационная терапия + доцетаксел;
- Б. андроген-депривационная терапия + абиратерон + преднизолон;
- В. андроген-депривационная терапия + энзалутамид;
- Г. андроген-депривационная терапия + апалутамид;
- Д. андроген-депривационная терапия + кабазитаксел.

4. Какой вид системной противоопухолевой терапии не рекомендован при неметастатическом кастрационно-резистентном раке предстательной железы?

- А. андроген -депривационная терапия + энзалутамид;
- Б. андроген-депривационная терапия + абиратерон + преднизолон;
- В. андроген-депривационная терапия + апалутамид;
- Г. андроген-депривационная терапия + даролутамид;
- Д. андроген-депривационная терапия.

5. Какой вид системной противоопухолевой терапии не рекомендован при метастатическом кастрационно-резистентном раке предстательной железы?

- А. андроген-депривационная терапия + бикалутамид;
- Б. андроген-депривационная терапия + абиратерон + преднизолон;
- В. андроген-депривационная терапия + доцетаксел;
- Г. андроген-депривационная терапия + энзалутамид;
- Д. андроген-депривационная терапия + кабазитаксел.

6. Какой гистологический вариант почечно-клеточного рака является наиболее распространенным?

- А. папиллярный 1 типа;
- Б. папиллярный 2 типа;
- В. светлоклеточный;
- Г. хромофобный.

7. Обязательным этапом радикальной нефрэктомии у пациента с раком почки cT3aNOMO является:

- А. удаление лимфоузлов в области почечной ножки;
- Б. удаление забрюшинных лимфоузлов от ножек диафрагмы до бифуркации аорты;
- В. удаление паранефральной клетчатки;

- Г. удаление ипсилатерального надпочечника;
- Д. удаление мочеточника с резекцией его устья.

8. В стандарты первой линии терапии распространенного светлоклеточного почечно-клеточного рака не входит:

- А. пембролизумаб + акситиниб;
- Б. ниволумаб + кабозантиниб;
- В. авелумаб + акситиниб;
- Г. ниволумаб;
- Д. кабозантиниб.

9. В стандарты второй линии терапии распространенного светлоклеточного почечно-клеточного рака не входит:

- А. ниволумаб;
- Б. кабозантиниб;
- В. ленватиниб + эверолимус;
- Г. сунитиниб;
- Д. акситиниб.

10. Режимом предпочтения для терапии распространенного папиллярного почечно-клеточного рака является:

- А. кабозантиниб;
- Б. сунитиниб;
- В. пазопаниб;
- Г. темсиролимус;
- Д. эверолимус.

11. Какой самый распространенный гистологический вариант рака предстательной железы?

- А. плоскоклеточный;
- Б. переходно-клеточный;
- В. светлоклеточный;
- Г. аденокарцинома;
- Д. папиллярный.

12. Что такое сумма Глисона?

- А. степень дифференцировки клеток рака простаты;
- Б. степень дифференцировки ядер клеток рака простаты;
- В. степень дифференцировки железистых структур рака простаты;
- Г. сумма степени дифференцировки желез преобладающего и второго по распространенности компонента опухоли.

13. Что означает категория M1b при раке предстательной железы?

- А. метастазы в нерегионарные лимфоузлах;
- Б. висцеральные метастазы;
- В. метастазы в нерегионарных лимфоузлах и висцеральные метастазы;
- Г. метастазы в костях.

14. Выберите лечебную тактику, не являющуюся стандартом лечения неметастатического рака предстательной железы:

- А. дистанционная лучевая терапия;
- Б. андроген - депривационная терапия + доцетаксел;
- В. брахитерапия;
- Г. радикальная простатэктомия;
- Д. динамическое наблюдение.

15. Выберите показание к адъювантной андроген - депривационной терапии после радикальной простатэктомии у пациента с неметастатическим рак предстательной железы:

- А. категория pT3a;
- Б. категория pN1;
- В. категория pT3b;
- Г. опухолевые клетки обнаружены по краю хирургического разреза;
- Д. ангиолимфатическая инвазия.

16. Какой режим лекарственной терапии показан в первой линии лечения метастатического гормоно-чувствительного рака простаты?

- А. андроген-депривационная терапия + кабазитаксел;
- Б. андроген -депривационная терапия + бикалутамид;
- В. андроген -депривационная терапия + олапариб;
- Г. андроген-депривационная терапия + радий-223;
- Д. андроген-депривационная терапия + энзалутамид.

17. Какой вариант почечно-клеточного рака является самым распространенным?

- А. папиллярный;
- Б. хромофобный;
- В. рак из собирательных трубочек;
- Г. светлоклеточный;
- Д. переходноклеточный.

18. Какой из перечисленных признаков не характерен для рака почки?

- А. разнообразные паранеопластические симптомы
- Б. ранняя манифестация симптомов первичной опухоли
- В. лимфогенное метастазирование;
- Г. гематогенное метастазирование;
- Д. формирование опухолевых венозных тромбов.

19. Какой из перечисленных методов диагностики не является стандартом обследования при раке почки?

- А. компьютерная томография органов грудной полости;
- Б. компьютерная томография органов брюшной полости, забрюшинного пространства с контрастным усилением;
- В. сканирование костей скелета;
- Г. рентгенография участков повышенного накопления радиофармпрепарата;

Д. ПЭТ-КТ с глюкозой.

20. Какой вид лечения не применяется при клинически-локализованном раке почки?

- А. динамическое наблюдение;
- Б. неoadъювантная химиотерапия;
- В. резекция почки;
- Г. радикальная нефрэктомия;
- Д. радиочастотная абляция опухоли почки.

21. Какой вид лечения не применяется при местно-распространенном раке почки?

- А. дистанционная лучевая терапия первичной опухоли
- Б. резекция почки
- В. радикальная нефрэктомия
- Г. радикальная нефрэктомия, забрюшинная лимфодиссекция

22. Каков стандартный метод лечения рака почки с опухолевым венозным тромбозом?

- А. радикальная нефрэктомия, тромбэктомия;
- Б. радиочастотная абляция опухоли почки и опухолевого тромба;
- В. дистанционная лучевая терапия опухоли почки и опухолевого тромба;
- Г. системная противоопухолевая терапия;
- Д. индукционная химиотерапия с последующей радикальной нефрэктомией, тромбэктомией.

23. Какая группа препаратов не применяется при диссеминированном раке почки?

- А. ингибиторы тирозинкиназ;
- Б. антитела к VEGF;
- В. ингибиторы PD-1;
- Г. винкалкалоиды;
- Д. ингибиторы PD-L1.

24. Какой режим предпочтителен во второй линии терапии распространенного почечно-клеточного рака, резистентного к антиангиогенному лечению?

- А. ниволумаб;
- Б. пембролизумаб;
- В. сунитиниб;
- Г. пазопаниб;
- Д. бевацизумаб с интерфероном-альфа.

25. Какой режим предпочтителен в первой линии терапии распространенного почечно-клеточного рака с саркоматоидной дифференцировкой?

- А. ниволумаб + ипилимумаб;
- Б. пембролизумаб;
- В. сунитиниб;
- Г. пазопаниб;
- Д. бевацизумаб с интерфероном-альфа.

26. Какой режим химиотерапии является стандартом первой линии лечения распространенной уротелиальной карциномы у больных без противопоказаний к цисплатину?
- А. GC;
 - Б. GemCarbo;
 - В. PF;
 - Г. TTP;
 - Д. EP.
27. Какой режим терапии является стандартом второй линии лечения прогрессирующей распространенной уротелиальной карциномы у больных, получавших химиотерапию на основе препаратов платины?
- А. GC;
 - Б. MVAC;
 - В. DD-MVAC;
 - Г. авелумаб;
 - Д. пембролизумаб.
28. Каков самый распространенный гистологический вариант рака мочевого пузыря?
- А. аденокарцинома;
 - Б. уротелиальная карцинома;
 - В. пл оскоклеточный рак;
 - Г. светлоклеточный рак;
 - Д. папиллярный рак.
29. Какое лечение уротелиальной карциномы мочевого пузыря G 1 является стандартным в группе низкого риска?
- А. трансуретральная резекция мочевого пузыря;
 - Б. трансуретральная резекция мочевого пузыря с однократной инстилляцией противоопухолевого антибиотика;
 - В. радикальная цистэктомия;
 - Г. неoadъювантная химиотерапия, радикальная цистэктомия;
 - Д. химиолучевая терапия.
30. Какое лечение мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря является стандартным?
- А. неoadъювантная иммунотерапия + радикальная цистэктомия;
 - Б. неoadъювантная химиотерапия, основанная на цисплатине + радикальная цистэктомия;
 - В. неoadъювантная химиотерапия, основанная на карбоплатине + радикальная цистэктомия;
 - Г. радикальная цистэктомия + адъювантная химиотерапия, основанная на карбоплатине;
 - Д. трехмодальное лечение.
31. Какой категории пациентов с распространенной уротелиальной карциномой в первой линии терапии рекомендовано назначение ингибиторов PD-(L) 1?
- А. пациенты с гиперэкспрессией PD-L1 в опухоли и противопоказаниями к цисплатину;
 - Б. пациенты с гиперэкспрессией PD-L1 в опухоли;
 - В. пациенты с позитивным мутационным статусом генов FGFR;

- Г. пациенты с позитивным мутационным статусом HRR;
- Д. пациенты с MSIh.

32. Какой отдел мочевыводящих путей чаще поражается уротелиальной карциномой?

- А. почечная лоханка;
- Б. уретра;
- В. мочевого пузырь;
- Г. мочеточник.

33. К какой градации относится CIS мочевого пузыря?

- А. всегда highgrade;
- Б. в зависимости от градации папиллярного компонента опухоли;
- В. всегда G 1;
- Г. всегда lowgrade.

34. Стандартным объемом хирургического вмешательства при раке лоханки cT2N0M0 является:

- А. радикальная нефрэктомия;
- Б. радикальная нефруретерэктомия с резекцией мочевого пузыря;
- В. радикальная нефрэктомия, резекция мочеточника;
- Г. эндоскопическая резекция лоханки;
- Д. лазерная вапоризация опухоли лоханки.

35. В каком отделе мужской уретры преимущественно развивается плоскоклеточный рак?

- А. простатический;
- Б. дистальный отдел висячей уретры;
- В. мембранозный;
- Г. все отделы;
- Д. проксимальная треть уретры.

36. Опухолевыми маркерами герминогенных опухолей яичка являются:

- А. только альфа-фетопротеин;
- Б. Простатический специфический антиген;
- В. альфа-фетопротеин, бета субъединица хорионического гонадотропина, лактатдегидрогеназа;
- Г. раковый эмбриональный антиген;
- Д. СА-125.

37. Наиболее распространенным гистологическим вариантом рака полового члена является:

- А. саркоматоидный вариант светлоклеточного рака;
- Б. веррукозная карцинома;
- В. аденокарцинома;
- Г. переходно-клеточный рак;
- Д. плоскоклеточный рак.

38. Что означает категория M1b при раке предстательной железы?

- А. метастазы в нерегионарные лимфоузлах;
- Б. висцеральные метастазы;
- В. метастазы в нерегионарных лимфоузлах и висцеральные метастазы;
- Г. метастазы в костях.

2.2. Промежуточный контроль

Вопросы для собеседования

1. Для чего пациенту после удаления предстательной железы перед выпиской необходимо провести цистографию?
2. Что такое сумма Глисона?
3. Когда пациенту с раком предстательной железы, подвергнутому радикальной простатэктомии назначается адъювантная андроген-депривационная терапия?
4. Какой вид лечения применяется при клинически-локализованном раке почки?
5. Какой этап является обязательным при радикальной нефрэктомии у пациента с раком почки сT3aNOMO?
6. Какое лечение мышечно-инвазивного рака мочевого пузыря является стандартным?
7. Что означает категория M1b при раке предстательной железы?
8. В каких случаях рекомендованы методы ранней диагностики рака предстательной железы? генетическое тестирование на наличие герминальных мутаций генов BRCA1,2 у пациентов с раком предстательной железы
9. Какой вид лечения не применяется при местно-распространенном раке почки?
10. Вследствие чего возникает анемия при раке почки?
11. Почему в дистальном отделе висячей уретры преимущественно развивается плоскоклеточный рак?
12. По какой причине в проксимальном отделе уретры преимущественно развивается переходно-клеточный рак?
13. Что означает символ T2 при раке мочевого пузыря по классификации TNM Международного противоракового союза?
14. Какие изменения характерны при пальцевом ректальном исследовании для рака предстательной железы?
15. Можно ли принять решение об ампутации полового члена только на основании внешнего вида типичного рака в виде язвы полового члена и пальпируемых паховых лимфоузлов?
16. При каких опухолях мочевого пузыря применяется системная терапия?
17. Почему при раке головки полового члена T3NoM1 (легкие) недостаточно только хирургического лечения в объеме ампутации полового члена?
18. Чем обусловлена макрогематурия при аденокарциноме почки?
19. Каков механизм развития ХПН при раке мочевого пузыря?
20. Из-за чего при раке мочевого пузыря может образоваться острая задержка мочи?
21. Почему на стадиях Ta, T1 и Tin situ рака мочевого пузыря возможен внутривезикулярный способ введения химиопрепаратов?
22. Какие главные факторы риска рака предстательной железы?
23. Назовите методы диагностики рака предстательной железы

24. Назовите ранние симптомы рака мочевого пузыря
25. Чему соответствует показатель Глисона при раке предстательной железы?
26. Для чего во время гематурии при опухоли мочевого пузыря целесообразно установить катетер Фолея?
27. Почему при постановке уретрального катетера Фолея, перед раздуванием баллона нужно дождаться поступления мочи в мочеприёмник?
28. Из чего состоит классическая триада клинических симптомов при раке?
29. Как характеризуется рак предстательной железы в стадии T1NoMo при ректальном исследовании?
30. Что означает индекс T4 по классификации TNM при раке предстательной железы?
31. С какой стороны опухолевый венозный тромбоз почечной вены способен вызвать развитие варикоцеле?
32. Какое исследование показано всем пациентам при подозрении на ПКР?
33. Почему при раке предстательной железы необходимо в обязательном порядке назначить пациенту остеосцинтиграфию?
34. Почему около 50 % пациентов, страдающих ПКР, нуждаются или будут нуждаться в системной противоопухолевой терапии?
35. Где чаще всего встречается светлоклеточный почечно-клеточный рак?
36. Какие существуют основные прогностические факторы, определяющие стадию опухолевого процесса РПЖ?
37. По какой причине на ранних стадиях РПЖ у пациентов отсутствует симптоматика?
38. С чем связано, что при РПЖ пациенты имеют симптомы инфравезикальной обструкции?
39. С какой целью пациентам с суммой баллов по шкале Глисона ≥ 7 рекомендовано выполнение мМРТ с использованием системы оценки Pi-RADS?
40. По какой причине пациентам с выраженной сопутствующей патологией и ожидаемой продолжительностью жизни менее 10 лет рекомендована тактика тщательного наблюдения?
41. В каком случае целесообразен переход от тактики тщательного наблюдения к гормональной терапии при РПЖ?
42. Почему не рекомендуется рутинное проведение неоадьювантного гормонального лечения перед РПЭ?
43. В чём заключается суть брахитерапии?
44. Возможно ли проведение низкоэнергетической брахитерапии при РПЖ при уровне ПСА 15 нг/мл?
45. Возможно ли проведение брахитерапии в монорежиме при РПЖ при наличии метастазов?
46. Почему при РПЖ перед введением агониста ЛГРГ и в течение 1-й недели терапии следует назначать антиандрогены?
47. Каков механизм действия агонистов ЛГРГ?
48. Какое принципиальное отличие есть у антагонистов ЛГРГ от агонистов ЛГРГ?
49. С какой целью мужчинам при проведении АДТ по поводу РПЖ рекомендован контроль ПСА раз в 3 месяца?
50. Почему Доцетаксел является одним из препаратов, рекомендованных для терапии пациентов с метастатическим КРРПЖ в первой линии?
51. Какой наиболее значимый фактор риска развития рака мочевого пузыря?
52. Какая имеется связь между шистосоматозом и развитием РМП?

53. Какой симптом является самым распространенным при раке мочевого пузыря?
54. Каков механизм появления болей в пояснице при раке мочевого пузыря?
55. По какой причине у пациентов пожилого возраста или имеющих выраженные сопутствующие патологии предпочтительным методом является уретерокутанеостомия после проведения цистэктомии?
56. Что необходимо сделать, если нет возможности остановить гематурию консервативным путем при неоперабельном раке почки?
57. Что относится к стадии T3a по современной классификации опухолей почек?
58. Дайте характеристику опухоли по градации 1 шкалы Глисона
59. Дайте характеристику опухоли по градации 2 шкалы Глисона
60. Дайте характеристику опухоли по градации 4 шкалы Глисона
61. Укажите значение подраздела cT1c по классификации TNM
62. Когда необходимо перевязывать основные почечные сосуды во время выполнения радикальной нефрэктомии у пациентов раком паренхимы почки?
63. Какая самая частая локализация развития герминогенных опухолей?
64. Какой основной принцип лечения немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря?
65. Когда желательно проводить внутрипузырную адьювантную лекарственную терапию при раке мочевого пузыря?
66. Какая дополнительная адьювантная терапия показана больным с раком мочевого пузыря?
67. Как часто необходимо делать цистоскопию после ТУР по поводу рака мочевого пузыря при низком риске рецидива?
68. Чем характеризуется низкая распространенность процесса при метастатическом гормоночувствительном РПЖ?
69. Чем характеризуется высокая распространенность процесса при метастатическом гормоночувствительном РПЖ?
70. Что подразумевает активное наблюдение при РПЖ?
71. Каковы показания для двусторонней нефростомии при опухоли мочевого пузыря?
72. В каком случае показано наложение эпицистостомы при опухоли мочевого пузыря?
73. Какова основная причина болей при раке почки?
74. По какой причине в первой линии терапии светлоклеточного ПКР группы благоприятного прогноза предпочтительно проведение терапии комбинациями пембролизумаб + ленватиниб или ниволумаб + кабозантиниб?
75. В чём основная сложность лекарственной терапии несветлоклеточного ПКР?
76. В каких случаях метастазы в паховые лимфоузлы при герминогенных опухолях яичка расцениваются как регионарные, а не отдаленные?
77. У мужчины 60 лет гематурия, боли в правой поясничной области, при УЗИ выявлена округлая опухоль в нижнем полюсе правой почки, рентгенологически в правом легком три округлые тени диаметром 3,5, 3 и 2 см. Общее состояние хорошее.
Назовите предполагаемый диагноз и тактику лечения.
78. Мужчина 50 лет жалуется на чувство тяжести в надлобковой области, учащенное мочеиспускание, рези при мочеиспускании, моча бывает окрашена в красноватый цвет. На протяжении последних 5 лет несколько раз страдал уретритами.
Каковы предположительный диагноз и тактика обследования?

79. Почему при радикальной простатэктомии необходимо полностью удалить семенные пузырьки?
80. Почему CIS мочевого пузыря всегда относится к градации highgrade?

2.3. Задания по самостоятельной работе ординатора

1. Ознакомление с руководствами и монографиями по онкоурологии.
2. Работа с прослушанными лекциями и подготовка к практическим занятиям.
3. Подготовка литературного обзора по индивидуальному выбору или выбору руководителя
4. Представление результатов практической и самостоятельной работы на конференциях, семинарах.