

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

Б.1.В.ДВ.3.2. «Опухоли костей и мягких тканей»

основной профессиональной образовательной программы высшего
образования - программы ординатуры
31.08.57 Онкология

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 Опухоли костей	ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Тестирование – письменно; доклад, выполнение практических навыков (алгоритмы), Собеседование - устно
2.	Раздел 2 Опухоли мягких тканей	ПК-1 ПК-2 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Тестирование – письменно; доклад, 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 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 сформированы 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 обнаружили 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, выступления с докладом оцениваются:

- **«Зачтено»** – всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии.

Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

- **«Не зачтено»** – не владеет теоретическим материалом и допускает грубые ошибки, тема не раскрыта.

Критерии оценивания задачи:

«Зачтено» - минимально правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Не зачтено» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

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, выполнение алгоритма практического навыка, выступления с докладом и за собеседование.

2. Контрольные задания и иные материалы оценки знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины Б.1.В.ДВ.1.5 «Опухоли костей и мягких тканей»

2.1. Текущий контроль

Тестовые задания в программе тестирования (необходимо ответить на 40 предложенных вопросов теста)

Выберите один правильный ответ:

Вопрос 1. Опухоли мягких тканей метастазируют преимущественно:

1. лимфогенным путем,
2. гематогенным путем,
3. внутриоргано,но,
4. всеми указанными выше путями.

Вопрос 2. Наиболее часто метастазами остеосаркомы поражаются:

1. лимфоузлы,
2. печень,
3. легкие,
4. головной мозг,
5. кости.

Вопрос 3. Какая локализация в конечностях наиболее характерна для ОС?

1. В области сустава.
2. В области метафиза.
3. В области диафиза.
4. В любом отделе конечности.

Вопрос 4. Какой из названных признаков характерен для ОС?

1. Остеонекроз на уровне опухоли.
2. Атрофия костей от давления на уровне опухоли.
3. Краевая деструкция кости на уровне опухоли.
4. Нарушение целостности надкостницы с образованием козырька.

Вопрос 5. Удельный вес ОС среди онкологических заболеваний в %:

1. Составляет 10%.
2. Составляет 3%.
3. Составляет 1%.

Вопрос 6. Первая стадия (T1) СМТ характеризуется размерами опухоли в см:

1. Размером до 10 см.
2. Размером до 2,0 см.
3. Размером до 8,0 см.
4. Размером до 5,0 см.

Вопрос 7. Какие размеры соответствуют СМТ при T2:

1. Размером более 10 см.
2. Размером до 15 см.
3. Размером до 8,0 см.
4. Размером более 5,0 см.

Вопрос 8. Какая степень злокачественности ОС G1:

1. Низкая степень злокачественности.
2. Средняя степень злокачественности.
3. Высокая степень злокачественности.

Вопрос 9. Какая степень злокачественности ОС G4:

1. Низкая степень злокачественности.
2. Средняя степень злокачественности.
3. Высокая степень злокачественности.

Вопрос 10. Характерный симптом при ОС:

1. Отсутствие болей.
2. Постоянные боли.
3. Ночные боли.
4. Боли только при ходьбе.

Вопрос 11. Основной путь метастазирования ОС:

1. Лимфогенный.
2. Гематогенный.
3. Имплантационный.

Вопрос 12. Что обозначает M1a при ОС и СМТ:

1. Метастазы в печень.
2. Метастазы в кости.
3. Метастазы в легкие
4. Рост в мягкие ткани

Вопрос 13. Гиперкальциемия клинически проявляется всем перечисленным кроме

1. Обезвоживание
2. Судороги
3. Аритмия
4. повышение массы тела.

Вопрос 14. Основными признаками злокачественного поражения костно-суставной системы являются все, кроме:

1. Вздутие кости с ее деформацией;
2. Деструкция;
3. Остеопластические очаги;
4. Остеопороз

Вопрос 15. Гиперкальциемия у онкологических больных развивается в результате:

1. Усиления резорбции кости при остеолитических метастазах
2. Остеолиза – вследствие выделения опухолью паратгормоноподобного белка
3. все перечисленное

Вопрос 16. Первичные злокачественные опухоли костей необходимо дифференцировать

1. с фиброзной дисплазией
2. с хроническим остеомиелитом
3. с костно-хрящевым экзостозом
4. все ответы верные

Вопрос 17. Остеогенные саркомы чаще всего встречаются в возрасте

1. V до 25 лет
2. от 30 до 40 лет
3. от 40 до 50 лет
4. старше 50 лет

Вопрос 18. К факторам, влияющим на развитие первичных опухолей костей, относятся

1. нарушение внутриутробного развития
2. влияние физических факторов
3. влияние химических факторов
4. хронический остеомиелит
5. все ответы верные

Вопрос 19. К костно-мозговым саркомам относятся

1. остеогенная саркома
2. саркома Юинга
3. хондросаркома
4. паростальная саркома

Вопрос 20. Для остеогенной саркомы характерны следующие рентгенологические признаки

1. наличие "треугольника" (козырькКодмана)
2. наличие спикул
3. оссификациявнекостного компонента
4. все ответы верные

Вопрос 21. Остеогенная саркома, как правило, метастазирует

1. в легкие
2. в кости
3. к лимфоузлы
4. все ответы верные

Вопрос 22. Хондросаркома чаще возникает

1. в любой кости
2. в длинных трубчатых костях
3. в плоских костях
4. в мелких костях стопы и кисти

Вопрос 23. Для хондросаркомы высокой степени морфологической зрелости свойственно

1. медленное развитие с малой выраженностью симптомов
2. быстрый рост
3. наличие сильных постоянных болей
4. частые патологические переломы

Вопрос 24. Лучшие отдаленные результаты после хирургического лечения первичной хондросаркомы получены

1. при I степени злокачественности
2. при II степени злокачественности
3. при III степени злокачественности
4. степень злокачественности значения не имеет

Вопрос 25. У больной 48 лет выявлена хондросаркома бедренной кости II степени злокачественности. Наиболее целесообразно проведение

1. комплексного лечения
2. только хирургического лечения
3. лучевого лечения
4. лекарственного лечения

Вопрос 26. Применение комплексного лечения при остеогенной саркоме нижних конечностей позволяют получить 5-летнюю выживаемость

1. 12%
2. 20%
3. 30%
4. 50%

Вопрос 27. Первичной саркомой Юинга могут поражаться

1. только длинные трубчатые кости
2. только плоские кости
3. длинные трубчатые и плоские кости

Вопрос 28. Морфологическая верификация первичной саркомы костей необходима

1. для уточнения диагноза
2. для выбора метода лечения
3. для решения вопроса об объеме хирургического вмешательства
4. все ответы верные

Вопрос 29. Для злокачественной остеобластокластомы характерны

1. ограничения подвижности
2. локализация в метаэпифизарных отделах длинных трубчатых костей
3. умеренные боли локального характера
4. все ответы верные

Вопрос 30. Прогноз при хондросаркоме зависит 1) от формы опухоли (первичной или вторичной) 2) от степени морфологической зрелости 3) от возраста больного 4) от адекватного объема хирургического вмешательства 5) от дозы лучевой терапии 6) от методики послеоперационной химиотерапии

1. все ответы правильные
2. правильные 1, 2, 3 и 4
3. правильные 3, 4, 5 и 6
4. правильные 1, 2 и 3
5. правильные 4, 5 и 6

Вопрос 31. При выборе уровня ампутации нижней конечности целесообразно учитывать следующие моменты

1. локализацию опухоли
2. морфологическое строение опухоли
3. получение наиболее функциональной культи для протезирования
4. верные ответы 1 и 2
5. все ответы верные

Вопрос 32. Для диффузно-остеокластического типа остеобластокластомы не характерно

1. разрушение коркового слоя
2. симптом "пики"
3. периостальный козырек
4. отсутствие склеротического ободка

Вопрос 33. К радиочувствительным может быть отнесена

1. фибросаркома
2. веретенноклеточная саркома
3. синовиальная саркома
4. правильные ответы 1 и 2
5. правильного ответа нет

Вопрос 34. Злокачественные опухоли костей относятся к соединительнотканным

1. злокачественным мезенхима
2. фибросаркомам
3. все ответы верные

Вопрос 35. Энхондромы озлокачествляются редко при локализации

1. в ребрах
2. в костях таза
3. в длинных костях кистей и стоп
4. в прочих длинных костях

Вопрос 36. Наиболее часто среди белого населения встречаются

1. остеосаркома
2. хондросаркома
3. опухоль Юинга
4. хордома
5. фибросаркома

Вопрос 37. Рентгенологическая картина остеобластокластомы характеризуется

1. крупным литическим очагом в эпифизе кости, иногда с остатками ячеистой структуры
2. нарушением кортикального слоя
3. экстраосальным компонентом, не содержащим дополнительных включений
4. периостальной реакцией в виде "козырька"

5. все ответы верные

Вопрос 38. Наиболее высокие показатели заболеваемости раком кожи отмечены:

1. Среди лиц негроидной расы
2. Среди лиц монголоидной расы
3. Среди лиц белого населения Африки и Австралии
4. В северных широтах

Вопрос 39. Плоскоклеточный рак кожи наиболее часто развивается:

1. На фоне хронических заболеваний кожи
2. На здоровой коже (denovo)
3. С одинаковой частотой и в том, и в другом случае
4. На фоне меланомы
5. В местах рубцовых изменений кожи

Вопрос 40. Первичная профилактика ЗНО:

1. Активное выявление ранних форм
2. Оздоровление окружающей среды
3. Предупреждение и лечение хронических, предопухолевых заболеваний

Вопрос 41. Вторичная профилактика ЗНО:

1. Снижение вредных последствий болезней
2. Активное выявление ранних форм опухолевых заболеваний
3. Все перечисленное

Вопрос 42. Какой путь распространения и метастазирования опухоли практически невозможен?

- 1) лимфатический;
- 2) по кровеносным сосудам;
- 3) контактный;
- 4) имплантационный от одного больного к другому.

Вопрос 43. К дисэмбриональным опухолям шеи следует относить

- 1) менингиому
- 2) хеMODEКТому
- 3) хордому
- 4) бронхиогенный рак
- 5) Верно 1 и 2
- 6) Верно 3 и 4
- 7) Все ответы верные

Вопрос 44. Наиболее выраженным инфильтративным ростом и тенденцией к метастазированию обладают:

- 1) плоскоклеточный рак кожи на фоне пигментной ксеродермы
- 2) плоскоклеточный рак кожи на фоне сифилиса
- 3) Люпус-карцинома (на фоне красной волчанки)
- 4) Особой разницы не выявляется.

Вопрос 45. Ведущим методом в диагностике хемодектом шеи является

- 1) компьютерная томография
- 2) ангиография
- 3) ультразвуковая томография

Вопрос 46. Плоскоклеточный рак кожи наиболее часто развивается:

- 1) на фоне хронических заболеваний кожи
- 2) на здоровой коже
- 3) С одинаковой частотой и в том и другом случае.

Вопрос 47. Рак кожи волосистой части головы без деструкции костей черепа, без регионарных метастазов, размерами более 5,0 см соответствует

- 1) I стадии
- 2) II стадии
- 3) III стадии
- 4) IV стадии

Вопрос 48. Одна из основных особенностей мягкотканых сарком:

- 1) лимфогенное метастазирование
- 2) склонность к прогрессированию
- 3) частое рецидивирование
- 4) локализация в забрюшинном пространстве
- 5) метастазы в головной мозг

Вопрос 49. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей:

- 1) поджелудочной железы
- 2) желудка
- 3) щитовидной железы
- 4) все ответы правильные
- 5) правильного ответа нет

Вопрос 50. Рак развивается из:

- 1) незрелой соединительной ткани;
- 2) железистого или покровного эпителия;
- 3) кровеносных сосудов;
- 4) лимфатических узлов;
- 5) гладкой или поперечно-полосатой мускулатуры.

Вопрос 51. Какая опухоль, поражающая соединительную ткань, является злокачественной?

- 1) фиброма;
- 2) липома;
- 3) хондрома;
- 4) остеома;
- 5) саркома.

Вопрос 52. Что характерно для доброкачественной опухоли?

- 1) быстрый рост;
- 2) инфильтрирующий рост;
- 3) кахексия;
- 4) быстрая утомляемость;
- 5) неспаянность с окружающими тканями.

Вопрос 53. Что характерно для доброкачественной опухоли?

- 1) быстрый рост;
- 2) инфильтрирующий рост;
- 3) склонность к рецидивам после операции;
- 4) отсутствие способности давать метастазы;
- 5) резкое влияние на обмен веществ.

Вопрос 54. Что не характерно для злокачественной опухоли?

- 1) наличие капсулы;
- 2) атипизм строения;
- 3) метастазирование;
- 4) полиморфизм строения;
- 5) относительная автономия роста.

Вопрос 55. Выявлению опухоли способствуют все исследования, кроме:

- 1) анамнеза больного;
- 2) эндоскопических исследований;
- 3) лабораторных данных;
- 4) биопсии;
- 5) бактериологического посева.

Вопрос 56. Опухоли могут вызваться:

- 1) химическими агентами
- 2) физическими агентами
- 3) биологическими агентами
- 4) все ответы верные
- 5) правильные ответы 1) и 2)

Вопрос 57. Морфологические признаки высокой степени злокачественности сарком мягких тканей:

- 1) высокая степень дифференцировки
- 2) мало стромы
- 3) слабая васкуляризация
- 4) большое число митозов
- 5) слабая выраженность некроза

Вопрос 58. Какое морфологическое исследование позволяет поставить окончательный диагноз саркомы мягких тканей?

- 1) пункционная аспирационная биопсия
- 2) плановое гистологическое исследование

- 3) интраоперационное экстренное исследование
- 4) исследование на диспансерном этапе
- 5) интраоперационные отпечатки

Вопрос 59. Для диагностики опухолей используют методы исследования:

- 1) клинические, лабораторные и эндоскопические;
- 2) диагностические операции;
- 3) рентгено- и радиологические;
- 4) цито- и морфологические;
- 5) все вышеперечисленные.

Вопрос 60. Для высоко злокачественных сарком мягких тканей характерно:

- 1) Инфильтративный местно-деструктивный рост
- 2) Частое рецидивирование
- 3) Гематогенное метастазирование
- 4) Все перечисленное

Вопрос 61. Основными жалобами больного со злокачественным новообразованием является все, кроме:

- 1) быстрой утомляемости;
- 2) потери аппетита, похудания;
- 3) тошноты по утрам;
- 4) апатии;
- 5) прогрессирующей перемежающейся хромоты

Практические навыки

1. Провести беседу для населения на онкологическую тему – СК и МТ.
2. Назначить необходимый объем обследования при подозрении на СК и МТ.
3. Интерпретировать рентгенограммы больных СК и МТ.
4. Сформировать диагноз СК и МТ с оценкой стадии, клинической группы.
5. Выбрать метод лечения СК и МТ с учетом локализации опухоли, стадии и гистологического строения.
6. Составить план диспансерных мероприятий больного СК и МТ.
7. Сформировать группу высокого риска возникновения СК и МТ.
8. Интерпретировать клиническую картину СК и МТ в зависимости от патогенетического варианта.
9. Назначить необходимый объем обследования при СК и МТ.
10. Сформулировать диагноз СК и МТ.
11. Выбрать метод лечения с учетом возраста больной и патогенетического варианта СК и МТ.
12. Составить план диспансерных мероприятий у больного СК и МТ.
13. Назначить необходимый объем обследования при подозрении на СК и МТ.
14. Выбрать метод лечения СК и МТ с учетом прогностических факторов.
15. Составить план диспансерного наблюдения больной СК и МТ III клинической группы.

16. Интерпретировать клиническую картину СК и МТ в зависимости от локализации и степени распространения опухоли.
17. Назначить необходимый объем обследования при подозрении на СК и МТ.
18. Интерпретировать рентгенограммы больных с СК и МТ.
19. Сформулировать диагноз СК и МТ с учетом стадии, клинической группы.
20. Выбрать метод и объем лечения с учетом локализации опухоли, стадии и гистологического строения.
21. Анализировать гомограммы онкологических больных при проведении им лучевого и химиотерапевтического лечения.
22. Заполнить сигнальной медицинской документации на первичных больных (ф.№0-90/у; №27-1/у; №27-2/у).
23. Оценить стадию и TNM конкретных больных.
24. Оценить клинические группы и прогноз заболеваний.
25. На основании анамнеза и клинической картины болезни выработать алгоритм лечения.

Перечень тем докладов по дисциплине «Опухоли костей и мягких тканей»

1. Этиопатогенез СК и МТ.
2. Варианты клинического течения СК и МТ.
3. Дифференциальный диагноз СК и МТ.
4. Основные принципы лечения СК и МТ.
5. Расширенные и комбинированные операции при СК и МТ.
6. Варианты паллиативного и симптоматического лечения, виды операций при СК и МТ.
7. Осложнения СК и МТ.
8. Опухоли длинных трубчатых костей.
9. Опухоли костей таза.
10. Опухоли мягких тканей, этиология и патогенез.
11. Современные классификации СК и МТ, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования
12. Дифференциальная диагностика СК и МТ, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию
13. Основные ошибки в диагностике и лечении СК и МТ, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.
14. Закономерности метастазирования СК и МТ.

15. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.

2.2. Промежуточный контроль

Вопросы для собеседования

1. Какой основной морфологический признак высокой степени злокачественности сарком мягких тканей?
2. Этиология и патогенез опухолей костей.
3. Наиболее высокие показатели заболеваемости раком кожи отмечены
4. Гиперкальциемия у онкологических больных развивается в результате
5. Лучшие отдаленные результаты после хирургического лечения первичной хондросаркомы получены
6. У больной 48 лет выявлена хондросаркома бедренной кости I степени злокачественности. Наиболее целесообразно проведение
7. Почему при саркоме Юинга делают исследование костного мозга
8. Почему при саркоме Юинга делают ИГХ
9. Какие моменты необходимо учитывать при выборе уровня ампутации нижней конечности.
10. Что свойственно для хондросаркомы высокой степени морфологической зрелости
11. С какой целью необходимо произвести морфологическую верификацию первичной саркомы костей
12. Больному 52 лет 1,5 года назад удалена рабдомиосаркома правого бедра. В настоящее время в нижней трети послеоперационного рубца пальпируется уплотнение размером 2х3 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При рентгенологическом исследовании органов грудной полости очаговых изменений не обнаружено.
Какие методы диагностики следует применить для подтверждения диагноза?
13. Больной А., 25 лет, имеющий рыжий цвет волос, после интенсивной инсоляции во время командировки в Австралию обнаружил рост и воспалительную реакцию вокруг невуса на боковой поверхности шеи. При биопсии поставлен диагноз нодулярной меланомы толщиной 3 мм, опухоль удалена с прилежащими тканями.
Какие факторы риска имел данный больной для развития меланомы?
14. Больной А., 25 лет, имеющий рыжий цвет волос, после интенсивной инсоляции во время командировки в Австралию обнаружил рост и воспалительную реакцию вокруг невуса на боковой поверхности шеи. При биопсии поставлен диагноз нодулярной меланомы толщиной 3 мм, опухоль удалена с прилежащими тканями.
Каков прогноз послеоперационной выживаемости у данного пациента?
15. Больной А., 25 лет, имеющий рыжий цвет волос, после интенсивной инсоляции во время командировки в Австралию обнаружил рост и воспалительную реакцию вокруг невуса на боковой поверхности шеи. При биопсии поставлен диагноз нодулярной меланомы толщиной 3 мм, опухоль удалена с прилежащими тканями.
Назовите другие возможные локализации меланомы.

16. Подросток 14 лет, жалуется на постоянную боль в правом плече, которая усиливается ночью и при физической нагрузке, повышение температуры тела до 38 С. Болеет в течение 3 недель, принимал антибиотики без эффекта. В анамнезе 2 года назад была тупая травма плеча. Объективно отмечается гиперемия кожи, припухлость в средней трети плеча. Пальпаторно – плотная болезненная опухоль без чётких границ, которая охватывает кость. Регионарные лимфоузлы не увеличены. На рентгенограмме – очаг деструкции до 3 см в диаметре в диафизе плечевой кости с периостальной реакцией по типу «луковичной шелухи»

Какое заболевание достовернее всего развилось?

17. Хирург после удаления саркомы мягких тканей произвел установку по краям выполненной резекции металлические клипсы, после чего произведено ушивание раны.

С какой целью это было сделано?

18. Пациентка 27 лет. Диагноз Остеосаркома дистального метадиафиза бедренной кости, состояние после индукционной химиотерапии. Стабилизация. Планируется выполнение хирургического этапа. По данным МРТ мягкотканый компонент располагается по задней поверхности кости, оттесняет сосудистый пучок. Жировая прослойка между сосудами и капсулой опухоли не прослеживается на протяжении 90 мм. Выбрать оптимальную тактику дальнейших действий
19. Основной критерий, определяющий необходимость смены режима химиотерапии после выполнения хирургического этапа лечения при остеосаркоме:
20. Хирург выполнил удаление липомы, располагавшейся межмышечно в области бедра. Опухоль имела капсулу, размеры 130х80 мм. На разрезе ткань желтого цвета жирового строения. Нужно ли выполнять гистологическое исследование в данном случае
21. При определении степени злокачественности сарком (G) основываются на следующих критериях:
22. Пациент 39 лет, саркома мягких тканей в/3 правого плеча. Опухоль инфильтрирует кожу с сохранением ее целостности. Локтевой сустав и кисть функция 100%.
Выбрать оптимальную тактику
23. Когда показана Лучевая терапия в лечении сарком Юинга
24. Что такое симптом козырька:
25. Постоянным признаком, который наблюдается у больных саркомами мягкими тканями, является:
26. Есть ли у сарком мягких тканей капсула
27. Как надо хирургически удалять опухоли с псевдокапсулой
28. Для каких сарком мягких тканей оперативное вмешательство является стандартом лечения
29. Какой хирургический отступ надо оставить на хирургическом этапе лечения местно-распространённых СМТ низкой степени злокачественности
30. Почему примерно 50% костных сарком диагностируется в возрасте до 35 лет и гораздо чаще встречаются у детей и молодых людей
31. С чем связано развитие остеосарком у пожилых людей старше 60 лет
32. Почему Хирургическое лечение в самостоятельном варианте нецелесообразно при наличии локализованной остеосаркомы
33. Почему ХТ важна как часть комплексного лечения при остеосаркомах
34. В чём преимущества предоперационной ХТ при остеосаркомах

35. Почему локальное лечение саркомы Юинга (операция или ЛТ) должно обязательно дополняться системной (лекарственной) терапией.
36. В чем особенность кровотока в остеокластоме?
37. Какую опухоль раньше называли бурой опухолью?
38. Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере. При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотноэластическую консистенцию. Безболезненны. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
39. Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере. При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотноэластическую консистенцию. Безболезненны.
Назовите необходимые дополнительные исследования.
40. Больной 18 лет обратился к хирургу по поводу уплотнения дистальной фаланги III пальца кисти, а также в области IV пястной кости. Опухоли не тревожат, но медленно увеличиваются. На рентгенограмме кисти: нарушение структуры кости в области уплотнения в виде очагов просветления и обызвествления. Корковый слой не нарушен. Регионарные лимфоузлы не увеличены.
Какой предварительный диагноз?
41. Вторичная профилактика ЗНО направлена на
42. Какой путь распространения и метастазирования опухоли практически невозможен
43. К дисэмбриональным опухолям шеи следует относить
44. Наиболее выраженным инфильтративным ростом и тенденцией к метастазированию обладают
45. Ведущим методом в диагностике хемодектом шеи является
46. Плоскоклеточный рак кожи наиболее часто развивается на
47. Рак кожи волосистой части головы без деструкции костей черепа, без регионарных метастазов, размерами более 5,0 см соответствует
48. Одна из основных особенностей мягкотканых сарком
49. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей:
50. Рак развивается из
51. Назовите опухоль злокачественного происхождения, развивающуюся из соединительной ткани. На какие две основные группы их разделяют?
52. Назовите отличительные признаки доброкачественной опухоли.
53. Назовите особенности злокачественных опухолей.
54. Назовите основные типы возможных путей метастатического поражения

55. Для верификации типа опухоли необходимо провести исследование:
56. Больная 52 года, в зоне ожога образование кожи в области правого плеча на протяжении 3 лет, болезненность при поднятии правой верхней конечности. При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотноэластическую консистенцию. Безболезненны.
- Ваша тактика?
57. Хирургическое лечение пациентов с остеосаркомой кости.
58. Больной 16 лет обратилась к хирургу по поводу уплотнения дистальной фаланги III пальца кисти, а также в области IV пястной кости. Опухоли не тревожат, но медленно увеличиваются. На рентгенограмме кисти: нарушение структуры кости в области уплотнения в виде очагов просветления и обызвествления. Корковый слой не нарушен. Регионарные лимфоузлы не увеличены.
- Какой предварительный диагноз?
59. Эпидемиология Саркомы Юинга.
60. При выборе уровня ампутации нижней конечности целесообразно учитывать следующие моменты
61. Какой прогноз при саркомах
62. Самые распространенные гистологические подтипы сарком мягких тканей
63. Что характерно для доброкачественной опухоли
64. Где должна проводиться Биопсия при подозрении на саркому кости
65. У больной 30 лет выявлена хондросаркома бедренной кости I степени злокачественности. Наиболее целесообразно проведение
66. Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: В области лба поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.
- Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
67. Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: В области лба поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.
- Назовите необходимые дополнительные исследования.
68. Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: В области лба поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.
- Какое лечение предпочтительно для этого пациента?

- 69. Адекватным объемом хирургического лечения при костных саркомах является G2-3
- 70. Наиболее информативный метод диагностики сарком мягких тканей
- 71. Саркомы мягких тканей (СМТ) – это:
- 72. Критерии установления диагноза/состояния:
- 73. Физикальное обследование при подозрении на СМТ
- 74. Инструментальные диагностические исследования при подозрении на СМТ
- 75. Лабораторные диагностические исследования с подтвержденным диагнозом СМТ
- 76. Хирургическое лечение СМТ
- 77. Интраоперационная лучевая терапия СМТ
- 78. Химиотерапия при СМТ
- 79. Неоадьювантная химиотерапия при СМТ
- 80. Адьювантная химиотерапия при СМТ

2.3. Виды и задания по самостоятельной работе ординатора (примеры)

- 1. Ознакомление с руководствами и монографиями по опухолям костей и мягких тканей.
- 2. Работа с прослушанными лекциями и подготовка к практическим занятиям.
- 3. Выполнение докладов по индивидуальному выбору или выбору руководителя.
- 4. Подготовка литературного обзора по индивидуальному выбору или выбору руководителя.
- 5. Представление результатов в виде обзорных статей или рефератов.
- 6. Представление результатов практической и самостоятельной работы на конференциях, семинарах.