

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ КОЖИ**

Специальность: 31.08.09 Рентгенология
(код, наименование)

Кафедра: кожных и венерических болезней

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2022

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

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

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Ранняя диагностика опухолей кожи» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3.	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по разделам

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 дисциплины	Оценочные средства
УК-1, ОПК-5, ПК-3	Текущий	Раздел 1. Меланоцитарные новообразования и меланома	Ситуационные задачи, тестовые задания
		Раздел 2. Эпителиальные опухоли	Ситуационные задачи, тестовые задания
		Раздел 3. Лимфомы и псевдолимфомы	Ситуационные задачи, тестовые задания
		Раздел 4. Паранеопластические процессы в дерматологии	Ситуационные задачи, тестовые задания
		Раздел 5. Дерматоскопия меланоцитарных новообразований и меланомы	Ситуационные задачи, тестовые задания

		Раздел 6. Дерматоскопия немеланоцитарных образований и эпителиальных опухолей	Ситуационные задачи, тестовые задания
		Раздел 7. Дерматоскопия образований особых локализаций, инфекционных и неинфекционных дерматозов	Ситуационные задачи, тестовые задания
УК-1, ОПК-5, ПК-3	Промежуточный	Все разделы дисциплины	Вопросы по разделам

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач, тестовых заданий

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1, ОПК-5, ПК-3

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/текст элемента мини-кейса
Ф		
Ф	A/03.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
Н	-	001
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	К врачу дерматологу поликлиники обратилась пациентка 46-ти лет. Поводом для обращения послужило появление розового пятна на боковой поверхности туловища слева. Заметила его более 3 месяцев назад. Самостоятельно использовала местно мазь «Элоком» без эффекта. Наоборот, обратила внимание, что пятно медленно увеличивалось в размерах. Объективно: на боковой поверхности туловища слева пятно розового цвета 2,0 см в диаметре неправильной формы с четкими границами, на поверхности которого отмечаются геморрагические и серозные корочки до 1 мм; при дерматоскопическом исследовании визуализируются древовидные сосуды.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Базальноклеточный рак кожи боковой поверхности туловища слева
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно определена дерматоскопическая картина новообразования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Дальнейшая тактика ведения данного пациента.
Э	-	Пациента необходимо направить к онкологу для проведения инцизионной биопсии и определения дальнейшей терапевтической тактики.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
Н	-	002
Ф	-	-

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной М. обратился к врачу косметологу с просьбой удалить множественные новообразования кожи боковых поверхностей шеи. Жалуется на постоянную травматизацию и зуд этих элементов. При осмотре обращает на себя внимание множественные узловые образования цвета окружающей кожи на тонкой ножке мягкой консистенции диаметром до 2-3 мм. Дерматоскопическая картина представлена бесструктурной областью светло-коричневого цвета и единичным сосудом в виде «шпильки».
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Множественные акрохордоны кожи боковых поверхностей шеи
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно определена дерматоскопическая картина новообразования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Требуется ли консультация онколога перед проведением амбулаторной деструкции?
Э	-	При постановке клинического диагноза «акрохордоны» пациент направляется в врачу дерматологу
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
В	3	Какой метод деструкции предпочтительнее?
Э	-	При акрохордонах кожи рекомендуется проведение деструктивных методов лечения, таких как радиоволновая деструкция, электрокюретаж, лазерная деструкция; в крайнем случае, может использоваться криогенное воздействие.
P2	-	Ответ верный. Все методы деструкции указаны верно.
P1	-	Ответ не полный. Не все методы деструкции указаны верно.
P0	-	Ответ неверный. Методы деструкции выбраны неверно.
Н	-	003
Ф	-	-
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной В., 57 лет, обратился к врачу онкологу поликлиники с жалобами на появление многочисленных новообразований кожи туловища. Со слов пациента новообразования появились практически одновременно за короткий промежуток времени, характеризуются медленным ростом и сопровождаются незначительным зудом. Объективно множественные папулезные элементы серо-коричневого цвета с четкими границами, диаметром до 1,0 см. При дерматоскопическом исследовании идентифицируются структуры по типу «мозговых извилин», «комедоноподобных и милиумподобных структур». Больной переживает, что новообразования могут быть злокачественными.

В	1	О каком синдроме можно подумать в первую очередь?
Э	-	При одномоментном появлении многочисленных себорейных кератом необходимо помнить о синдроме Лезера-Трела
Р2	-	Синдром предложен верно.
Р1	-	Синдром предложен неверно: неправильно определена патогенетическая взаимосвязь.
Р0	-	Синдром не выявлен.
В	2	Дальнейшая тактика ведения пациента
Э	-	При выявлении синдрома Лезера-Трела, как факультативного паранеопластического синдрома, пациента необходимо направить на проведение диагностического поиска в отношении злокачественных новообразований других локализаций, в том числе и кожных покровов: общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, кал на скрытую кровь, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, УЗИ органов малого таза, УЗИ щитовидной железы, УЗИ регионарных лимфатических узлов, УЗИ молочных желез, ФГДС, колоноскопию, МСКТ органов грудной клетки.
Р2	-	Ответ верный. Все диагностические мероприятия указаны верно.
Р1	-	Ответ не полный. Не все диагностические мероприятия указаны верно.
Р0	-	Ответ неверный. Диагностические мероприятия не указаны.
Н	-	
Ф	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Т., 44 лет, обратилась к врачу терапевту поликлиники с жалобами на новообразование кожи тыльной поверхности левой кисти. Со слов пациента новообразование существует длительно с подросткового возраста и практически не изменяется. Повод обращения к врачу – недавняя травматизация. После травматизации отмечает появление белого участка на поверхности. Объективно узловое образование овальной формы с четкими границами плотно-эластической консистенции серо-голубого цвета, диаметром до 0,4 см. При дерматоскопическом исследовании идентифицируются бесструктурная область серо-голубого и белого цвета. Больной переживает, что новообразование может стать злокачественным.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Голубой невус кожи тыльной поверхности левой кисти
Р2	-	Диагноз поставлен верно.
Р1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно определена дерматоскопическая картина новообразования.
Р0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Требуется ли консультация онколога при постановке такого диагноза?

Э	-	При постановке клинического диагноза «голубой невус» пациенту не требуется консультация врача онколога
P2	-	Ответ верный. План маршрутизации пациента описан полностью
P1	-	Ответ неполный. План маршрутизации пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План маршрутизации пациента не определен.
В	3	Какой метод удаления предпочтительнее при желании пациента?
Э	-	При голубых невусах кожи рекомендуется проведение эксцизионной биопсии.
P2	-	Ответ верный. Метод удаления указан верно.
P1	-	Ответ не полный. Метод эксцизионной биопсии дополнен другими методами удаления – методами деструкции.
P0	-	Ответ неверный. Указаны методы деструкции.
Н	-	
Ф	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная Л., 49 лет, обратилась к врачу дерматовенерологу поликлиники с жалобами на внезапное появление новообразования кожи на внутренней поверхности плеча слева. Элемент характеризуется быстрым ростом, сопровождающийся незначительным зудом. Объективно элемент представлен папулой округлой формы с четкими границами плотно-эластической консистенции розового цвета с пупковидным вдавлением в центре, диаметром до 0,5 см. При дерматоскопическом исследовании идентифицируются бесструктурная область розового и желтого цвета с тонкими извитыми и непересекающимися сосудами в центре по типу «короны». Больной просит удалить, так как элемент находится на месте постоянного контакта и трения.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Контагиозный моллюск кожи внутренней поверхности плеча слева
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно определена дерматоскопическая картина новообразования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Требуется ли консультация онколога при постановке такого диагноза?
Э	-	При постановке клинического диагноза «контагиозный моллюск» пациенту не требуется консультация врача онколога
P2	-	Ответ верный. План маршрутизации пациента описан полностью
P1	-	Ответ неполный. План маршрутизации пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План маршрутизации пациента не определен.
В	3	Какой метод удаления предпочтительнее?

Э	-	При контагиозном моллюске кожи рекомендуется проведение механической деструкции.
P2	-	Ответ верный. Метод деструкции указан верно.
P1	-	Ответ не полный. К основному методу указаны другие методы деструкции.
P0	-	Ответ неверный. Указанные методы деструкции выбраны неверно.
Н	-	
Ф	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Л., 22 лет, обратился к врачу дерматовенерологу поликлиники для динамического наблюдения за новообразованием кожи крыла носа слева, которое существует с рождения. Элемент не характеризуется какими-либо изменениями. Объективно элемент представлен узлом полушаровидной формы с четкими границами мягко-эластической консистенции коричневого цвета с папилломатозной поверхностью и щетинистыми волосами, диаметром до 1,5 см. При дерматоскопическом исследовании идентифицируются бесструктурная область розового и желтого цвета с тонкими извитыми и непересекающимися сосудами в центре по типу «короны». Родители больного хотят быть уверенными в доброкачественном характере элемента и отсутствии возможности трансформации в злокачественную опухоль.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Врожденный невус кожи крыла носа слева, маленького размера
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно определена дерматоскопическая картина новообразования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Требуется ли консультация онколога при постановке такого диагноза?
Э	-	При постановке клинического диагноза «врожденный невус, маленького размера» пациенту не требуется консультация врача онколога
P2	-	Ответ верный. План маршрутизации пациента описан полностью
P1	-	Ответ неполный. План маршрутизации пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План маршрутизации пациента не определен.
В	3	Какой метод удаления предпочтительнее?
Э	-	При врожденном невусе кожи маленького размера рекомендуется проведение динамического наблюдения.
P2	-	Ответ верный. Предпочтительнее проведение динамического наблюдения – указано верно.
P1	-	Ответ не полный. В качестве методов удаления помимо эксцизионной биопсии указаны другие методы деструкции.

P0	-	Ответ неверный. Указаны методы деструкции в качестве вариантов удаления.
H	-	
Ф	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная М., 82 лет, обратилась к врачу хирургу поликлиники с жалобами на появление черного новообразования кожи лба слева. Элемент характеризуется медленным ростом. Объективно элемент представлен пятном неправильной формы с четкими границами темно-коричневого цвета гладкой поверхностью, диаметром до 0,4 см. При дерматоскопическом исследовании идентифицируются бесструктурная область черного, коричневого, серого и розового цвета с тонкими извитыми сосудами в центре; асимметричный по цвету, форме и структурам. Больную беспокоит «некрасивый вид родинки, окружающие обращают внимание».
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Пигментированная форма базальноклеточного рака кожи лба слева
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно определена дерматоскопическая картина новообразования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Требуется ли консультация онколога при постановке такого диагноза?
Э	-	При постановке клинического диагноза «пигментированная форма базальноклеточного рака кожи» пациента необходимо направить к онкологу для проведения инцизионной биопсии и определения дальнейшей терапевтической тактики.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
H	-	
Ф	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной Е., 58 лет, обратился к врачу дерматовенерологу поликлиники с жалобами на новообразование кожи передней брюшной стенки слева. Элемент характеризуется медленным периферическим ростом и изменением цвета. Объективно элемент представлен асимметричной полихромной бляшкой неправильной формы с четкими границами гладкой поверхностью, диаметром до 1,4 см. При дерматоскопическом исследовании идентифицируются точки, глобулы, бесструктурные области, точечные и клубочковые сосуды; асимметричный по цвету, форме и структурам. Больной просит удалить родинку, так как боится, что она злокачественная.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.

Э	-	Меланома кожи передней брюшной стенки слева
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно определена дерматоскопическая картина новообразования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Требуется ли консультация онколога при постановке такого диагноза?
Э	-	При постановке клинического диагноза «меланома кожи передней брюшной стенки слева» пациента необходимо направить к онкологу для проведения лабораторного и инструментального обследования и определения дальнейшей терапевтической тактики.
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
Н	-	
Ф	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная И., 32 лет, обратилась к врачу косметологу частной клиники с жалобами на новообразование кожи инфрамаммарной складки справа. Элемент характеризуется быстрым вертикальным ростом, связанным с регулярной травматизацией и трением. Объективно элемент представлен узлом значительно элеватным над поверхностью кожи округлой формы с четкими границами папилломатозной поверхностью, диаметром до 1,3 см. При дерматоскопическом исследовании идентифицируется бесструктурная область серо-коричневого цвета, сосуды по типу шпилек, комедоноподобные структуры, милиумподобные кисты; симметричный по цвету, форме и структурам. Больной просит удалить родинку без рубца, так как «цепляется за все».
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Себорейная кератома кожи инфрамаммарной складки справа
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно определена дерматоскопическая картина новообразования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Требуется ли консультация онколога перед проведением амбулаторной деструкции?
Э	-	При постановке клинического диагноза «себорейная кератома» пациент направляется в врачу дерматологу
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
В	3	Какой метод деструкции предпочтительнее?

Э	-	При себорейных кератомах кожи рекомендуется проведение деструктивных методов лечения, таких как радиоволновая деструкция, электрокюретаж, лазерная деструкция; в крайнем случае, может использоваться криогенное воздействие.
P2	-	Ответ верный. Все методы деструкции указаны верно.
P1	-	Ответ не полный. Не все методы деструкции указаны верно.
P0	-	Ответ неверный. Методы деструкции выбраны неверно.
Н	-	
Ф	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная О., 34 лет, обратилась к врачу дерматовенерологу поликлиники с жалобами на новообразование кожи переднего декольте. Элемент характеризуется быстрым периферическим и вертикальным ростом. Появление изменений ни с чем не связывает. Объективно элемент представлен пятнисто-узловым элементом кожи овальной формы с четкими границами гладкой поверхностью светло- и темно-коричневого цвета, диаметром до 1,2 см. При дерматоскопическом исследовании идентифицируется бесструктурная область серо-коричневого цвета, сосуды по типу шпилек, комедоноподобные структуры, милиумподобные кисты; симметричный по цвету, форме и структурам. Больная просит удалить родинку, так как «выглядит некрасиво».
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Смешанный невус кожи переднего декольте
P2	-	Диагноз поставлен верно.
P1	-	Диагноз поставлен неполностью: неправильно определена дерматоскопическая картина новообразования.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Требуется ли консультация онколога перед проведением амбулаторной деструкции?
Э	-	При постановке клинического диагноза «смешанный невус» пациент направляется к врачу дерматологу
P2	-	Ответ верный. План ведения пациента описан полностью
P1	-	Ответ неполный. План ведения пациента раскрыт не полностью.
P0	-	Ответ неверный. План ведения пациента не определен.
В	3	Какой метод деструкции предпочтительнее?
Э	-	При смешанных невусах кожи при желании пациента удалить новообразование рекомендуется проведение деструктивных методов лечения, таких как радиоволновая деструкция, электрокюретаж, лазерная деструкция.
P2	-	Ответ верный. Все методы деструкции указаны верно.
P1	-	Ответ не полный. Не все методы деструкции указаны верно.
P0	-	Ответ неверный. Методы деструкции выбраны неверно.

4.2. Тестовые вопросы с вариантами ответом для оценки компетенций: УК-1, ОПК-5, ПК-3

1. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ КОЖИ ОТНОСЯТСЯ
1) невус 2) дерматофиброма 3) гемангиома 4) базалиома 5) меланома
1. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ КОЖИ ОТНОСЯТСЯ
1) болезнь Боуэна 2) актинический кератоз 3) кератоакантома 4) невус 5) себорейная кератома
2. У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ НА КОЖЕ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ
1) невусы 2) себорейные кератомы 3) гемангиомы 4) бородавки 5) актинический кератоз
3. УФО-ИЗЛУЧЕНИЕ ВЫЗЫВАЕТ В КОЖЕ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОЦЕССЫ
1) выработка витаминов группы В 2) канцерогенез 3) воспаление 4) фотостарение
4. К ГРУППЕ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ ОТНОСЯТСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛИ
1) I фототипа 2) II фототипа 3) III фототипа 4) IV фототипа 5) V фототипа
5. ФАКТОРАМИ РИСКА ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МЕЛАНОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
1) травма невуса 2) использование солярия 3) автозагар 4) иммуносупрессоры 5) хирургическое удаление невуса
6. КЛИНИЧЕСКИ МЕЛАНОМА ДИАГНОСТИРУЕТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ
1) правила Аргензиано 2) мнемонических правил ФИГАРО и ДОКТОР 3) правила ABCDE 4) правило Фицпатрика 5) правило «Слона»
7. ПРИ ОПИСАНИИ МЕЛАНОМЫ ОЦЕНИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ
1) выраженность шелушения 2) симптом Кебнера 3) цвет 4) границы 5) асимметрия

9. КЛИНИЧЕСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ МЕЛАНОМЫ ВКЛЮЧАЕТ
<ol style="list-style-type: none"> 1) поверхностно-распространяющаяся 2) бляшечная 3) узловая 4) импетигиозная 5) акральная
10. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ
<ol style="list-style-type: none"> 1) морфологический 2) люминисцентный 3) культуральный 4) дерматоскопия 5) иммуногистохимический
11. К ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ МЕЛАНОМЫ ОТНОСЯТСЯ
<ol style="list-style-type: none"> 1) древовидные сосуды 2) край изъеденный молью 3) лакуны 4) атипичная пигментная сеть 5) бело-голубая вуаль
12. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ
<ol style="list-style-type: none"> 1) лентигиозная 2) поверхностная 3) десмопластическая 4) эрозивно-язвенная 5) узловая
13. ИЗЛЮБЛЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА
<ol style="list-style-type: none"> 1) ладони и подошвы 2) крупные складки 3) лицо 4) голени 5) верхняя часть туловища
14. ПРОВОЦИРУЮЩИМ ФАКТОРОМ ДЛЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЯВЛЯЮТСЯ
<ol style="list-style-type: none"> 1) хроническое ультрафиолетовое повреждение 2) солнечный ожог 3) длительная травматизация 4) факторы профессиональной вредности 5) длительное использование топических кортикостероидов
15. ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА
<ol style="list-style-type: none"> 1) псевдоподии 2) миллиумподобные структуры 3) древовидные сосуды 4) микроэрозии 5) пигментная сеть
16. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ
<ol style="list-style-type: none"> 1) самая частая форма рака кожи 2) результат трансформации актинического кератоза 3) результат воздействия профессиональных факторов 4) не обладает метастатическим потенциалом 5) возникает в молодом возрасте

17.	БОЛЕЗНЬ БОУЭНА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
1)	доброкачественное новообразование
2)	хронический дерматоз
3)	рак in situ
4)	псориазиформную единичную бляшку
18.	НЕВУСЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА
1)	поверхностные
2)	глубокие
3)	врожденные
4)	приобретенные
5)	ихтиозиформные
19.	НЕВУСЫ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ
1)	трансформируются в меланомы
2)	увеличиваются в размерах
3)	инволюционируют
4)	покрываются щетинистыми волосами
	становятся бородавчатыми
20.	ПРИ ДЕРМАТОСКОПИИ НЕВУСОВ ВЫЯВЛЯЮТСЯ
1)	«листья клена»
2)	глобулы по типу булыжной мостовой
3)	древовидные сосуды
4)	пигментная сеть
5)	бесструктурные области
21.	НЕВУСЫ НЕОБХОДИМО
1)	профилактически удалять
2)	защищать от ультрафиолета
3)	подвергать динамическому наблюдению
4)	фотодокументировать
5)	консультировать со специалистом при появлении любых изменений
22.	НЕВУСЫ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
1)	базальноклеточным раком кожи
2)	меланомой
3)	болезнью Боуэна
4)	бородавками
5)	себорейным кератозом
23.	СЕБОРЕЙНЫЙ КЕРАТОЗ - ЭТО
1)	доброкачественное новообразование
2)	наиболее часто встречаемое новообразование у пожилых
3)	рак in situ
4)	вирусный дерматоз
5)	симптом синдрома Лезера-Треля
24.	ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗА
1)	пигментная сеть
2)	древовидные сосуды
3)	мозговые извилины
4)	бело-голубая вуаль
5)	точки

25.	ФОНОВЫЕ СОСТОЯНИЯ ДЛЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА
1)	себорейный кератоз
2)	множественные невусы
3)	актинический кератоз
4)	болезнь Боуэна
5)	псориаз
26.	КЕРАТОАКАНТОМА – ЭТО
1)	доброкачественное новообразование кожи
2)	встречается на закрытых участках кожного покрова
3)	высокодифференцированный плоскоклеточный рак
4)	может самостоятельно регрессировать
5)	встречается в молодом возрасте
27.	НЕВУСЫ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИМИ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИМИ СТРУКТУРАМИ:
1)	глобулярными структурами
2)	древовидными сосудами
3)	признак «листья клена»
4)	бело-голубая вуаль
5)	признак «взрыв звезды»
28.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕЛАНОМЫ НЕ ПРОВОДИТСЯ С:
1)	пигментной формой базальноклеточного рака
2)	пиогенной гранулемой (ботриомикомой)
3)	меланоакантомой
4)	болезнью Боуэна, пигментированной формой
5)	мелазмой
29.	ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ ЛЕНТИГО КОЖИ ЛИЦА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:
1)	актиническим лентиго
2)	мелазма
3)	пигментированная форма актинического кератоза
4)	себорейная кератома
5)	лихеноидный кератоз
30.	НЕВУС ШПИТЦ/РИДА КОЖИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:
1)	встречается только у детей
2)	характеризуется радиальным и периферическим ростом
3)	может быть пигментированным и беспигментным
4)	у взрослых является показанием для проведения эксцизионной биопсии
5)	локализуется только на коже лица

ОТВЕТЫ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

- 1 – 4,5
- 2 – 2,4,5
- 3 – 2,3,5
- 4 – 2,3,4
- 5 – 1,2
- 6 – 2,4
- 7 – 2,3
- 8 – 3,4,5
- 9 – 1,3,5

- 10 – 1,4,5
- 11 – 4,5
- 12 – 2,4,5
- 13 – 3,5
- 14 – 1
- 15 – 3,4
- 16 – 2,3
- 17 – 3,4
- 18 – 3,4
- 19 – 3,4,5
- 20 – 2,4,5
- 21 – 3,4,5
- 22 – 2
- 23 – 1,2,5
- 24 – 3
- 25 – 3,4
- 26 – 3
- 27 – 1,5
- 28 – 5
- 29 – 2
- 30 – 2,3,4

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: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Вопросы к зачёту по дисциплине «Ранняя диагностика опухолей кожи»:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Меланоцитарные невусы. Клиника. Диагностика. Тактика ведения 2. Пограничный невус. Клиника. Диагностика. Тактика ведения 3. Смешанный невус. Клиника. Диагностика. Тактика ведения 4. Дермальный невус. Клиника. Диагностика. Тактика ведения 5. Lentigo. Клиника. Диагностика. Тактика ведения 6. Атипичные меланоцитарные невусы Клиника. Диагностика. Тактика ведения 7. Поверхностно-распространяющаяся меланома. Клиника. Диагностика. Тактика ведения 8. Lentigo-меланома. Клиника. Диагностика. Тактика ведения 9. Акральная меланома. Клиника. Диагностика. Тактика ведения 10. Узловая меланома. Клиника. Диагностика. Тактика ведения 11. Себорейный кератоз. Прозрачно-клеточная акантома 12. Эпидермальный невус 13. Комедоновый невус 14. Линейный лишай 15. Кисты эпидермального происхождения 16. Бородавчатая дискератома 17. Actinic keratosis 	<p>УК-1, ОПК-5, ПК-3</p>

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none">18. Кератозы вследствие воздействия профессиональных факторов и ПУВА-кератозы19. Кератоакантома20. Вирусные кератозы21. Бовеноидный папулез22. Верруциформная эпидермодисплазия23. Болезнь Бовена24. Эритроплазия Кейра25. Плоскоклеточный рак кожи26. Базальноклеточный рак кожи27. Эпидемиология, этиология, патогенез28. Первичные Т-клеточные лимфомы29. Грибовидный микоз30. Синдром Сезари31. Первичные В-клеточные лимфомы32. Первичные лимфомы кожи фолликулярного центра33. Первичная лимфома кожи краевой зоны34. Кожная лимфоидная лимфоплазия35. Болезнь Кимуры и ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией36. Грибовидный псевдомикоз37. Лимфатоидный контактный дерматит38. Лимфоцитарная инфильтрация кожи39. Черный акантоз40. Симптом Лезера-Трела41. Паранеопластический акрокератоз Базекса42. Некролитическая мигрирующая эритема43. Дерматомиозит44. Системная склеродермия45. Ползущая кольцевидная эритема46. Некролитическая мигрирующая эритема47. Синдром Свита48. Гангренозная пиодермия49. Многоочаговый ретикулогистиоцитоз50. Некробиотическая ксантогранулема51. Склеромикседема52. Системный амилоидоз53. Паранеопластический пемфигус54. Герпетиформный дерматит55. Буллезный пемфигоид56. Приобретенный пушковый гипертрихоз57. Синдром Труссо58. Семейные синдромы раковых опухолей59. Непосредственное опухолевое поражение кожи60. Оптические свойства различных структур кожи61. Принципы ультразвуковой диагностики кожи62. Оптическая когерентная томография в дерматологии63. Возможности конфокальной микроскопии в диагностике опухолей кожи64. История метода дерматоскопия65. Перспективы применения | |
|---|--|

- | | |
|---|--|
| <p>66. Методика дерматоскопии. Фотодокументирование</p> <p>67. Модельный анализ дерматоскопической картины кожи</p> <p>68. Дерматоскопические признаки простого и диспластического невуса</p> <p>69. Дерматоскопические признаки врожденного невуса</p> <p>70. Дерматоскопические признаки невуса Шпитц и невуса Рида</p> <p>71. Дерматоскопические признаки гало невуса и рецидивирующего невуса</p> <p>72. Дерматоскопические признаки невуса Ота и монгольского пятна</p> <p>73. Алгоритмы дерматоскопической диагностики меланомы кожи</p> <p>74. Диагностический алгоритм CASH</p> <p>75. Диагностический алгоритм ABCD, ABCDE</p> <p>76. Диагностический алгоритм Мейнзеса</p> <p>77. Диагностический алгоритм Аргензиано</p> <p>78. Дерматоскопия различных вариантов себорейного кератоза. «Ключи» дерматоскопического изображения себорейного кератоза</p> <p>79. Дерматоскопия актинического кератоза. «Ключи» дерматоскопического изображения актинического кератоза</p> <p>80. Дерматоскопия поверхностной формы БКРК. «Ключи» дерматоскопического изображения БКРК</p> <p>81. Дерматоскопия узловой формы БКРК. «Ключи» дерматоскопического изображения БКРК</p> <p>82. Дерматоскопия язвенной формы БКРК. «Ключи» дерматоскопического изображения БКРК</p> <p>83. Дерматоскопия пигментной формы БКРК. «Ключи» дерматоскопического изображения БКРК</p> <p>84. Дерматоскопия различных вариантов лентиго (простого, меланоза Дюбрея и лентиго-меланомы). «Ключи» дерматоскопического изображения лентиго</p> <p>85. Дерматоскопия ангиомы и ангиокератомы. «Ключи» дерматоскопического изображения сосудистых образований</p> <p>86. Дерматоскопия кератоакантомы. Дерматоскопические дифференциально-диагностические признаки кератоакантомы и ПКРК</p> <p>87. Дерматоскопия различных вариантов дерматофибромы</p> <p>88. Особенности анатомии кожи лица</p> <p>89. Дерматоскопические признаки здоровой кожи лица и новообразований на лице</p> <p>90. Особенности строения толстой кожи</p> <p>91. Дерматоскопия акральных невусов</p> <p>92. Дерматоскопия акральной меланомы</p> <p>93. Дерматоскопия чесотки и педикулеза</p> <p>94. Дерматоскопия микозов и контагиозного моллюска</p> <p>95. Дерматоскопия слизистых оболочек</p> <p>96. Дерматоскопические признаки псориаза</p> <p>97. Дерматоскопические признаки красного плоского лишая</p> <p>98. Дерматоскопические признаки саркомы Капоши</p> <p>99. Дерматоскопические признаки склератрофического лишая</p> <p>100. Дерматоскопические признаки эритематоза</p> | |
|---|--|

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 незначительные 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 незначительные 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 незначительные 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

Для тестирования:

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

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

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

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик(и):

Гаранина Оксана Евгеньевна, к.м.н., доцент кафедры кожных и венерических болезней

Дата «_18_»_марта 2022 г.