

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Семенов Юрий Алексеевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 12.03.2026 12:08:09
Уникальный программный ключ:
7ee61f7810e60557bee49df655173820137a66a7

Приложение к РПД

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра онкологии и лучевой диагностики

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной деятельности
к.м.н., доцент А.А. Ушаков

«20» июня 2025 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.О.12 Избранные вопросы онкологии для пластических хирургов**

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.60 Пластическая хирургия*

Квалификация: *Врач-пластический хирург*

г. Екатеринбург
2025

Фонд оценочных средств по дисциплине составлен в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.60 – Пластическая хирургия, утвержденного приказом Минобрнауки России № 547 от 10.06.2022 и Профессионального стандарта «Врач – пластический хирург», утвержденного Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 482н.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	Ученая степень	Ученое звание	Должность
1	Демидов С.М.	Доктор медицинских наук	Профессор	Заведующий кафедрой онкологии и лучевой диагностики
2	Берзин С.А.	Доктор медицинских наук	Профессор	Профессор кафедры онкологии и лучевой диагностики
3	Елишев В.Г.	Кандидат медицинских наук		Главный врач ГБУЗ Свердловского областного онкологического диспансера, главный внештатный специалист по онкологии Министерства здравоохранения Свердловской области, доцент кафедры
4	Демидов Д.А.	Кандидат медицинских наук	Доцент	Начальник Управления здравоохранения г.Екатеринбурга
5	Петкау В.В.	Кандидат медицинских наук		Заведующий центром амбулаторной химиотерапии ГБУЗ СООД, Секретарь Российского общества клинической онкологии (RUSSCO)

Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества. Рецензенты:

- Емельянов Д.Е., к.м.н., заместитель директора по лечебной работе ГБУЗ СООД, Председатель регионального отделения Российского общества клинической онкологии RUSSCO

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен

- на заседании кафедры хирургических болезней, сердечно-сосудистой хирургии, реконструктивной и пластической хирургии (протокол № 8 от 27.04.2025 г.),

- методической комиссией специальности ординатура (протокол № 5 от 10.05.2025 г)

1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий ФГОС и ПС представлен в таблице:

Дидактическая единица (ДЕ)		Контролируемые ЗУН, направленные на формирование компетенций		
		Знать (формулировка знания)	Уметь (формулировка умения)	Владеть (формулировка навыка)
ДЕ 1	<p>Организация онкологической помощи в РФ. Реализация онкологического компонента профилактических осмотров населения в условиях всеобщей диспансеризации, диспансерного наблюдения. Основные факторы риска ЗНО и их профилактика.</p> <p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Деонтологические аспекты в онкологии. • Вопросы организации онкологической помощи в России. • Вопросы скрининговых исследований, направленных на выявление ранних форм рака. • Систему диспансеризации лиц группы повышенного риска и излеченных от злокачественных новообразований. • Систему паллиативной помощи инкурабельным больным. • Ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях (амбулаторная история болезни, карта диспансеризации (ф.30), „Извещение“ (ф. 090); “Выписка из истории болезни” (ф. 27 - онко), “Выборочная карточка”). 	<ul style="list-style-type: none"> • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли; • Планировать, анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья населения и влияние на него факторов окружающей среды и производственной среды; • Выполнять профилактические, гигиенические и противоэпидемические мероприятия; • Использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины); 	<ul style="list-style-type: none"> • Оценками состояния общественного здоровья; • Консолидирующими показателями, характеризующими степень развития экономики здравоохранения, методикой расчёта показателей медицинской статистики.
ДЕ 2	<p>Современные представления о канцерогенезе. Заболеваемость злокачественными новообразованиями. Значение накопленных клинко-экспериментальных данных и эпидемиологических исследований по канцерогенезу для профилактики рака.</p> <p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака; • современные представления об этиологии и патогенезе злокачественных новообразований, механизмах канцерогенеза на уровне клетки, органа, организма; современную классификацию и меры профилактики злокачественных заболеваний; 	<ul style="list-style-type: none"> • Собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); • Провести анализ причин поздней диагностики рака (Заполнить необходимую документацию при первичном выявлении больного с запущенной 	<ul style="list-style-type: none"> • Правильным ведением медицинской документации; • Методами общеклинического исследования; • Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • Алгоритмом развернутого клинического диагноза • Наиболее распространенными врачебными манипуляциями

		<ul style="list-style-type: none"> • Симптомы наиболее частых злокачественных новообразований, патогенез их развития. • Научные исследования, направленные на улучшение ранней диагностики и результаты лечения онкологических больных, проводимыми в нашей стране и за рубежом; • Основы профилактической медицины, организацию профилактических мероприятий, направленных на укрепление здоровья населения; • Вопросы скрининговых исследований, направленных на выявление ранних форм рака; <ul style="list-style-type: none"> - Отличия и взаимосвязь злокачественных новообразований с предопухолевыми заболеваниями; - Принципы и закономерности метастазирования опухолей; - Морфологические проявления предопухолевых процессов; - Современные международные гистологические классификации опухолей (МКБ-О, МКБ); - Стандарты оказания медицинской помощи при злокачественных новообразованиях, клинические рекомендации. 	<p>стадий злокачественного новообразования);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Заполнить необходимую документацию при первичном выявлении больного со злокачественным новообразованием; 	<p>(выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.).</p>
ДЕ 3	<p>Общие принципы диагностики злокачественных опухолей.</p> <p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы, радиоизотопная диагностика, 	<ul style="list-style-type: none"> • Определить статус пациента: собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевое синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); <u>Провести:</u> • Пальцевое исследование прямой 	<ul style="list-style-type: none"> • Методами общеклинического обследования; • Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • Алгоритмом развернутого клинического диагноза • Наиболее распространенными врачебными манипуляциями

		<p>ультразвуковую диагностику, гистологическая и цитологическая диагностика).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Общие и специальные методы исследования в онкологии; - Методы первичной и уточняющей диагностики в онкологии; - Показания и противопоказания к применению эндоскопических, рентгенологических, радиоизотопных и др. методов, роль и значение биопсии в онкологии; • Клиническую симптоматику, макро- и микроскопическую 	<p>кишки;</p> <p>пункция и катетеризация магистральных сосудов с измерением венозного давления;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Взятие мазков для цитологического исследования, изготовление мазков-отпечатков; • Забор мазков из шейки матки, цервикального канала, аспирата из полости матки; • Взятие соскоба из новообразования для цитологического исследования; • Пункционная биопсия опухоли и периферических лимфатических узлов; • Пункция костного мозга (стерильная и из гребня подвздошной кости); • Плевральная пункция; • Пункция брюшной полости; • Пункция яичка и простаты (чрезкожная и трансректальная); • Пункция заднего свода; • Трансторакальная пункция опухоли легкого и средостения; • Пункционная биопсия почек под ультразвуковым контролем; • Катетеризация и дренирование плевральной полости; • Лапароцентез; • Ректороманоскопия с биопсией опухоли; • Трепан-биопсия опухолей костей; • Ректовагинальное исследование; • Бронхоскопия; • Эзофагоскопия; • Цистоскопия; • Гистероскопия; 	<p>(выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
--	--	--	---	---

			<ul style="list-style-type: none"> •Цервикоскопия с биопсией; •Раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки; •Биопсия периферических лимфоузлов, опухолевых образований молочной железы, кожи, мягких тканей, опорно-двигательного аппарата; •Стернальную пункцию; •Установить предварительный диагноз; •Провести анализ причин поздней диагностики рака (Заполнить необходимую документацию при первичном выявлении больного с запущенной стадией злокачественного новообразования); •Заполнить необходимую документацию при первичном выявлении больного со злокачественным новообразованием; •Сформулировать показания к консервативному и оперативному лечению. 	
ДЕ 4	<p>Обзор и оценка современных методов диагностики злокачественных заболеваний. Современные принципы и методы лечения онкологических больных.</p> <p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Современные методы диагностики злокачественных опухолей, роль и способы инструментальных и морфологических исследований. • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований. 	<ul style="list-style-type: none"> • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.); • Установить предварительный диагноз; • Сформулировать показания к консервативному и оперативному лечению; 	<ul style="list-style-type: none"> • Методами общеклинического обследования; • Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • Алгоритмом развернутого клинического диагноза • Наиболее распространенными врачебными манипуляциями (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.).

ДЕ 5	<p>Диагностика неотложных состояний в онкологии.</p> <p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Клиническую картину, особенности течения и возможные варианты осложнения; • Методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных (включая эндоскопические, рентгенологические методы ,ультразвуковую диагностику); • Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор лекарственных препаратов при лечении основных патологических синдромах и неотложных состояний. 	<ul style="list-style-type: none"> • Определить статус пациента: собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); • Установить приоритеты для решения проблем здоровья пациента: критическое (термальное) состояние, состояние с болевым синдромом, состояние с хроническим заболеванием; • Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата; • Сформулировать клинический диагноз; • Разработать план терапевтических, хирургических действий, с учётом протекания болезни и её лечения; • Сформулировать показание к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию; • Определить путь введения, дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения. 	<ul style="list-style-type: none"> • Методами общеклинического обследования; • Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • Алгоритмом развернутого клинического диагноза • Основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.
РАЗДЕЛ 2. Частная онкология				
ДЕ 6	<p>Опухоли кожи. Рак и меланома</p> <ul style="list-style-type: none"> • рак кожи; • меланомы 	<ul style="list-style-type: none"> • Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака 	<ul style="list-style-type: none"> • Собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, 	<ul style="list-style-type: none"> • Методами общеклинического исследования;

<p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Этиологию, патогенез, современную классификацию и меры профилактики злокачественных заболеваний; • Современные методы диагностики злокачественных опухолей, роль и способы инструментальных и морфологических исследований. • Критерии диагноза различных заболеваний • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований. • Принципы органосохранного и функциональнощадящего противоопухолевого лечения; • Принципы рационального питания больных на всех этапах терапии; • Принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; • Симптоматику предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях заболевания; • Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации; • Основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи онкологическим больным, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных; • Деонтологические аспекты в онкологии. 	<p>болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проводить физикальное и общеклиническое обследование онкологического больного. Анализировать данные общеклинического обследования; • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. Анализировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования; • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить предварительный диагноз онкологического заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли; • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.); 	<ul style="list-style-type: none"> • Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • Алгоритмом развернутого клинического диагноза • Наиболее распространенными врачебными манипуляциями (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.); • Современными методами диагностики и лечения; • Правильным ведением медицинской документации.
---------------------------	--	--	--

ДЕ7	<p>Опухоли костей и мягких тканей</p> <p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака • Этиологию, патогенез, современную классификацию и меры профилактики злокачественных заболеваний; • Современные методы диагностики злокачественных опухолей, роль и способы инструментальных и морфологических исследований. • Критерии диагноза различных заболеваний • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований. • Принципы органосохранного и функциональнощающего противоопухолевого лечения; • Принципы рационального питания больных на всех этапах терапии; • Принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; • Симптоматику предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях заболевания; • Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации; • Основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи онкологическим больным, принципы диспансеризации населения, 	<ul style="list-style-type: none"> • Собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); • Проводить физикальное и общеклиническое обследование онкологического больного. Анализировать данные общеклинического обследования; • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. Анализировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования; • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить предварительный диагноз онкологического заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли; • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.); 	<ul style="list-style-type: none"> • Методами общеклинического исследования; • Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • Алгоритмом развернутого клинического диагноза • Наиболее распространенными врачебными манипуляциями (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.). • Современными методами диагностики и лечения; • Правильным ведением медицинской документации.
-----	--	---	--	---

		<p>реабилитации больных;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Деонтологические аспекты в онкологии. 		
ДЕ 8	<p>Опухоли головы и шеи:</p> <ul style="list-style-type: none"> • рак нижней губы; • рак языка и слизистой оболочки полости рта; • опухоли слюнных желез; <p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака • Этиологию, патогенез, современную классификацию и меры профилактики злокачественных заболеваний; • Современные методы диагностики злокачественных опухолей, роль и способы инструментальных и морфологических исследований. • Критерии диагноза различных заболеваний • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований. • Принципы органосохранного и функциональнощающего противоопухолевого лечения; • Принципы рационального питания больных на всех этапах терапии; • Принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; • Симптоматику предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях заболевания; • Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации; • Основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и 	<ul style="list-style-type: none"> • Собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); • Проводить физикальное и общеклиническое обследование больного. Анализировать данные общеклинического обследования; • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. Анализировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования; • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить предварительный диагноз онкологического заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли; • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.); 	<ul style="list-style-type: none"> • Методами общеклинического исследования; • Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • Алгоритмом развернутого клинического диагноза • Наиболее распространенными врачебными манипуляциями (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.); • Современными методами диагностики и лечения; • Правильным ведением медицинской документации.

		<p>стационарной) помощи онкологическим больным, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Деонтологические аспекты в онкологии. 		
ДЕ 9	<ul style="list-style-type: none"> • рак гортани; • рак щитовидной железы. <p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака • Этиологию, патогенез, современную классификацию и меры профилактики злокачественных заболеваний; • Современные методы диагностики злокачественных опухолей, роль и способы инструментальных и морфологических исследований. • Критерии диагноза различных заболеваний • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований. • Принципы органосохранного и функциональнощадящего противоопухолевого лечения; • Принципы рационального питания больных на всех этапах терапии; • Принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; • Симптоматику предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях заболевания; • Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, 	<ul style="list-style-type: none"> • Собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); • Проводить физикальное и общеклиническое обследование онкологического больного. Анализировать данные общеклинического обследования; • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. Анализировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования; • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить предварительный диагноз онкологического заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли; • Выполнить наиболее распространенные врачебные 	<ul style="list-style-type: none"> • Методами общеклинического исследования; • Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • Алгоритмом развернутого клинического диагноза • Наиболее распространенными врачебными манипуляциями (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.) • Современными методами диагностики и лечения; • Правильным ведением медицинской документации.

		показания для плановой госпитализации; <ul style="list-style-type: none"> • Основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи онкологическим больным, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных; • Деонтологические аспекты в онкологии. 	манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.);	
ДЕ10	Предраковые заболевания и рак молочной железы <ul style="list-style-type: none"> • мастопатии; • рак молочной железы. УК-1, ОПК-4, ОПК-5	<ul style="list-style-type: none"> • Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака • Этиологию, патогенез, современную классификацию и меры профилактики злокачественных заболеваний; • Современные методы диагностики злокачественных опухолей, роль и способы инструментальных и морфологических исследований. • Критерии диагноза различных заболеваний • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований. • Принципы органосохранного и функциональнощающего противоопухолевого лечения; • Принципы рационального питания больных на всех этапах терапии; • Принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; • Симптоматику предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях заболевания; 	<ul style="list-style-type: none"> • Собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); • Проводить физикальное и общеклиническое обследование онкологического больного. Анализировать данные общеклинического обследования; • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. Анализировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования; • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить предварительный диагноз онкологического заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по 	<ul style="list-style-type: none"> • Методами общеклинического исследования; • Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • Алгоритмом развернутого клинического диагноза • Наиболее распространенными врачебными манипуляциями (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.); • Современными методами диагностики и лечения; • Правильным ведением медицинской документации.

		<ul style="list-style-type: none"> • Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации; • Основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи онкологическим больным, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных; • Деонтологические аспекты в онкологии. 	<p>возникновению злокачественной опухоли;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.); 	
ДЕ 11	Рак легкого УК-1, ОПК-4, ОПК-5	<ul style="list-style-type: none"> • Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака • Этиологию, патогенез, современную классификацию и меры профилактики злокачественных заболеваний; • Современные методы диагностики злокачественных опухолей, роль и способы инструментальных и морфологических исследований. • Принципы органосохранного и функциональнощающего противоопухолевого лечения; • Принципы рационального питания больных на всех этапах терапии; • Принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; • Симптоматику предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях заболевания; • Критерии диагноза различных заболеваний 	<ul style="list-style-type: none"> • Собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); • Проводить физикальное и общеклиническое обследование онкологического больного. Анализировать данные общеклинического обследования; • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. Анализировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования; • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить предварительный диагноз 	<ul style="list-style-type: none"> • Методами общеклинического исследования; • Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • Алгоритмом развернутого клинического диагноза • Наиболее распространенными врачебными манипуляциями (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.); • Современными методами диагностики и лечения; • Правильным ведением медицинской документации.

		<ul style="list-style-type: none"> • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований. • Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации; • Основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи онкологическим больным, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных; • Деонтологические аспекты в онкологии. 	<p>онкологического заболевания;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сформулировать показания к консервативному и оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли; • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.); 	
ДЕ 12	<p>Опухоли органов: пищеварительного тракта:</p> <ul style="list-style-type: none"> • рак пищевода; • рак желудка; • рак поджелудочной железы • опухоли гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны; • колоректальный рак. <p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака • Этиологию, патогенез, современную классификацию и меры профилактики злокачественных заболеваний; • Современные методы диагностики злокачественных опухолей, роль и способы инструментальных и морфологических исследований. • Критерии диагноза различных заболеваний • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований. • Принципы органосохранного и функциональнощающего противоопухолевого лечения; 	<ul style="list-style-type: none"> • Собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); • Проводить физикальное и общеклиническое обследование онкологического больного. Анализировать данные общеклинического обследования; • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. Анализировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования; • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе 	<ul style="list-style-type: none"> • Методами общеклинического исследования; • Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • Алгоритмом развернутого клинического диагноза • Наиболее распространенными врачебными манипуляциями (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.) • Современными методами диагностики и лечения; • Правильным ведением медицинской документации.

		<ul style="list-style-type: none"> • Принципы рационального питания больных на всех этапах терапии; • Принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; • Симптоматику предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях заболевания; • Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации; • Основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи онкологическим больным, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных; • Деонтологические аспекты в онкологии. 	<p>дифференциального диагноза;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Установить предварительный диагноз онкологического заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли; • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.); 	
ДЕ 13	<p>Лимфомы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • лимфогранулематоз; • неходжкинские лимфомы (лимфосаркомы) <p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака • Этиологию, патогенез, современную классификацию и меры профилактики злокачественных заболеваний; • Современные методы диагностики злокачественных опухолей, роль и способы инструментальных и морфологических исследований. • Критерии диагноза различных заболеваний • Современные принципы и 	<ul style="list-style-type: none"> • Собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); • Проводить физикальное и общеклиническое обследование онкологического больного. Анализировать данные общеклинического обследования; • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. 	<ul style="list-style-type: none"> • Методами общеклинического исследования; • Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • Алгоритмом развернутого клинического диагноза • Наиболее распространенными врачебными манипуляциями (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.); • Современными методами диагностики и лечения; • Правильным ведением медицинской

		<p>результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Принципы органосохранного и функциональнощающего противоопухолевого лечения; • Принципы рационального питания больных на всех этапах терапии; • Принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; • Симптоматику предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях заболевания; • Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации; • Основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи онкологическим больным, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных; • Деонтологические аспекты в онкологии. 	<p>Анализировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить предварительный диагноз онкологического заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли; • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.); 	<p>документации.</p>
ДЕ 14	<p>Злокачественные опухоли женской половой сферы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • рак шейки матки; • рак тела матки; • рак яичников; • трифобластические опухоли <p>УК-1, ОПК-4, ОПК-5</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака • Этиологию, патогенез, современную классификацию и меры профилактики злокачественных заболеваний; • Современные методы диагностики злокачественных 	<ul style="list-style-type: none"> • Собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); • Проводить физикальное и общеклиническое обследование онкологического больного. 	<ul style="list-style-type: none"> • Методами общеклинического исследования; • Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • Алгоритмом развернутого клинического диагноза • Наиболее распространенными врачебными манипуляциями

		<p>опухолей, роль и способы инструментальных и морфологических исследований.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Критерии диагноза различных заболеваний • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований. • Принципы органосохранного и функциональнощадящего противоопухолевого лечения; • принципы рационального питания больных на всех этапах терапии; • принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; • Симптоматику предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях заболевания; • Особенности организации и объем работы врача амбулаторно-поликлинического звена, современные диагностические возможности поликлинической службы, методы проведения неотложных мероприятий, показания для плановой госпитализации; • Основы организации медицинской (амбулаторно-поликлинической и стационарной) помощи онкологическим больным, принципы диспансеризации населения, реабилитации больных; • Деонтологические аспекты в онкологии. 	<p>Анализировать данные общеклинического обследования;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. <p>Анализировать данные лабораторных и инструментальных методов исследования;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить предварительный диагноз онкологического заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли; • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.); 	<p>(выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Современными методами диагностики и лечения; • Правильным ведением медицинской документации.
--	--	---	--	---

2. Аттестационные материалы

2.1. Тестовые задания

Тестовые задания разработаны для каждой ДЕ и содержат от 10 до 40 вопросов с возможностью выбора одного или нескольких правильных ответов из 4-5 предложенных.

Примеры тестовых заданий:

Канцерогенез

1. Мутации протоонкогена в онкоген способствуют
 - a. температурный фактор (повышенная или пониженная температура среды);
 - b. колебания атмосферного давления;
 - c. воздействие радиации и уфл.

2. Опухолевые клетки образуются
 - a. из молодых дифференцированных клеток;
 - b. из старых, готовящихся к апоптозу;
 - c. из стволовых клеток.

3. Экспрессия онкогена - это
 - a. размножение его в клетке;
 - b. инвазия его в другие клетки;
 - c. продукция им специфических белков, меняющих фенотип клетки.

4. Питание опухолевого очага осуществляется
 - a. путём осмоса из окружающих тканей;
 - b. через сосуды, образующиеся в самой опухоли;
 - c. через сосуды хозяина врастающие в опухоль.

5. Иммунные реакции организма на ранних стадиях опухолей
 - a. повышены;
 - b. полностью подавлены;
 - c. дезорганизованы.

6. Развитию метастазов способствует
 - a. только пассивное размывание клеточного массива опухоли кровотоком;
 - b. активное перемещение опухолевых клеток в кровяное русло, а из него - в ткани;
 - c. создание условий в тканях хозяина, благоприятствующих имплантации в них циркулирующих опухолевых клеток.

7. Наибольший удельный вес в этиологии злокачественных опухолей имеют
 - a. наследственное предрасположение (передача дефектных генов);
 - b. вредные факторы окружающей среды (радиация, уфл, химические канцерогены);
 - c. бытовые факторы: курение, нерациональное питание.

8. В ответе организма на опухолевый очаг более всего сходства
 - a. с ответом на воспалительный процесс;
 - b. с ответом на гематому;
 - c. с ответом на беременность.

9. Онкологическая заболеваемость в динамике
 - a. постоянно растёт;
 - b. снижается;

с. суммарная - стабильна. в ответ на активные мероприятия при одних локализациях снижается, при других растёт.

10.Профилактика рака в настоящее время

- а. невозможна;
- б. возможна путём удаления органов, в которых риск развития рака предопределён наследственно;

Методы диагностики

1.Гиперкальциемия клинически проявляется всем перечисленным, кроме:

- а.обезвоживание;
- б.судороги;
- с.аритмия;
- д.повышение массы тела.

2.СА-125 используется для диагностики и контроля эффективности лечения:

- а.рака яичника;
- б.рака печени;
- с.рака желудка.

3.Какие основные симптомы при изучении легочной патологии:

- а.патологические изменения в легочной ткани;
- б.вентиляционные расстройства;
- с.патологические изменения корня легкого;
- д.все перечисленное.

4.Каковы этапы рентгеноскопии верхних дыхательных отделов пищеварительного тракта (глотки, пищевода, желудка и 12п кишки):

- а.изучение рельефа слизистой оболочки;
- б.тугое наполнение;
- с.двойное контрастирование;
- д.все перечисленное.

5.Для экзофитно растущих новообразований внутрь просвета органа характерно:

- а.дефект наполнения любой формы;
- б.органическое (стойкое) сужение просвета полного органа с его деформацией;
- с.ригидность стенки на ограниченном участке.

6.При злокачественном росте происходит:

- а.угнетение Т-клеточного звена иммунитета;
- б.угнетение В-клеточного звена иммунитета;
- с.все перечисленное.

7.Гиперкальциемия у онкологических больных развивается в результате:

- а.усиления резорбции кости при остеолитических метастазах;
- б.остеолиза - вследствие выделения опухолью паратгормоноподобного белка;
- с.все перечисленное.

8.Что включает в себя термин "первичная профилактика":

- а.модификация внутренних и внешних канцерогенных факторов;
- б.выявление и лечение предраковых заболеваний;

с.диагностика ранних стадий злокачественных новообразований;
d.санация хронических очагов инфекции.

9.Для инфильтративной формы рака, растущей в стенке органа и снаружи от него характерно:
а.органическое (стойкое) сужение просвета полного органа с его деформацией;
b.дефект наполнения любой формы;
с.ригидность стенки на ограниченном участке.

10.К вторичной профилактике злокачественных новообразований относятся все перечисленные, кроме:
а.скрининговая маммография;
b.тест на простатспецифический антиген;
с.ограничение употребления алкоголя;
d.цитологический скрининг мазков с шейки матки.

11.Альфа-фетопротеин применяется с целью диагностики:
а.рака легкого;
b.первичного рака печени;
с.рака молочной железы.

12.Какое контрастное вещество применяется при рентгенологическом исследовании органов желудочно-кишечного тракта:
а.бариевая взвесь;
b.урографин;
с.верографин;
d.все перечисленное.

13.Для инфильтративной формы рака с циркулярным распространением характерно:
а.органическое (стойкое) сужение просвета полного органа с его деформацией;
b.дефект наполнения любой формы;
с.ригидность стенки на ограниченном участке.

14.К маркерам злокачественного роста относятся:
а.антигены;
b.гормоны;
с.ферменты;
d.все перечисленное.

15.Факторами интоксикации у онкологических больных являются:
а.среднемолекулярные пептиды;
b.гиперферментация;
с.все перечисленное.

16.У онкологических больных в анализах периферической крови СОЭ:
а.повышается;
b.понижается;
с.остается стабильным.

17.Основными признаками злокачественного поражения костно-суставной системы являются все, кроме:
а.вздутие кости с ее деформацией;
b.деструкция;

- c.остеопластические очаги;
- d.остеопороз.

18.При злокачественных новообразованиях перекисное окисление липидов:

- a.снижается;
- b.активизируется;
- c.не изменяется.

19.Линейная томография используется при диагностике:

- a.периферического рака легкого или опухолей плевры;
- b.центрального рака легкого;
- c.корневой или медиастинальной лимфаденопатии;
- d.опухолей костей и суставов;
- e.все перечисленное.

20.Какие методы рентгенологического исследования относятся к основным:

- a.рентгеноскопия;
- b.флюорография;
- c.рентгенография;
- d.электрорентгенография;
- e.все перечисленное.

21.Перечислите основные симптомы рака при контрастной рентгеноскопии полых органов ЖКТ:

- a.органическое (стойкое) сужение просвета полого органа с его деформацией;
- b.дефект наполнения любой формы (отсутствие части изображения органа вместе занятом опухолью);
- c.ригидность стенки на ограниченном участке;
- d.все перечисленное.

Осложнения противоопухолевого лекарственного лечения

1.Какие из перечисленных препаратов относятся к высокоэметогенным

- a. метотрексат, митомицин;
- b. винорелбин, паклитаксел;
- c. схема ас (доксорубин+циклофосфамид), циклофосфамид (>1500 мг/м²);
- d. этопозид, блеомицин;
- e. доцетаксел, циклофосфамид (<750 мг/м²).

2.Оптимальная схема, применяемая для профилактики тошноты и рвоты при лечении высокоэметогенными химиопрепаратами:

- a. антагонисты допамина + глюкокортикостероиды;
- b. блокаторы 5-нТЗ-рецепторов + седативные препараты;
- c. антагонисты допамина + блокатор рецепторов вещества р и нейрокинина;
- d. блокаторы 5-нТЗ-рецепторов + глюкокортикостероиды;
- e. блокаторы 5-нТЗ-рецепторов + глюкокортикостероиды + блокатор рецепторов вещества р и нейрокинина.

3.Расположите препараты в порядке уменьшения их местно разрушающего действия при экстравазации (от самого сильного до самого слабого)

- 1-фторурацил, 2-дакарбазин, 3-доксорубин, 4-паклитаксел, 5-метотрексат
- a. 1,2,3,4,5;

- b. 3,4,2,1,5;
- c. 5,4,3,2,1;
- d. 4,1,3,2,5;
- e. 3,2,5,1,4.

4. О чем свидетельствует положительная реакция латекс-агглютинации для выявления токсина а у пациента, получающего лечение иринотеканом и фторурацилом?

- a. о выраженном положительном эффекте от лечения;
- b. о развитии сепсиса;
- c. о диарее, ассоциированной с *Clostridium difficile*;
- d. о непереносимости фторпиримидинов;
- e. о подозрении на метастазы в печень.

5. Какой препарат не применяется для лечения такого осложнения химиотерапии, как диарея?

- a. лоперамид;
- b. энтерол;
- c. мебеверин;
- d. лактулоза;
- e. регидрон.

6. Какой тип повреждения печени характеризуется повышением алт более 2 норм, отношением алт к щелочной фосфатазе более 5?

- a. гепатоцеллюлярный;
- b. холестатический;
- c. смешанный;
- d. тяжелый;
- e. паразитарный.

7. У пациента на фоне лечения препаратом блеомицин клиренс креатинина равен 40 мл/мин. о чем это говорит?:

- a. это случайная находка (креатинин не является обязательным показателем перед началом химиотерапии);
- b. это проявление сопутствующей хронической патологии и можно не менять план лечения;
- c. это вероятное осложнение химиотерапии блеомицином, которое требует коррекции дозы блеомицина;
- d. это экстраординарный случай, который требует обязательной регистрации на сайте Роспотребнадзора;
- e. это проявление острой почечной недостаточности, которое требует полной отмены блеомицина.

8. При лечении пациента с саркомой допущено превышение куммулятивной дозы доксорубина более 550 мг/м²:

- a. это недопустимо, это врачебная ошибка;
- b. это опасно необратимой алопецией;
- c. пациент умрет от инфаркта миокарда с вероятностью 83%;
- d. это потребует увеличить интервалы между курсами химиотерапии для того, чтобы успевали восстанавливаться показатели крови;
- e. это допустимо в некоторых ситуациях, но опасно развитием сердечной недостаточности

9. После первого курса химиотерапии по схеме этопозид + цисплатин у пациента с мелкоклеточным раком легкого отмечена гиперкалиемия, гиперфосфатемия, гипокальциемия, повышение уровня мочевины в крови:

- a. у пациента дегидратация;
- b. нет эффекта от проводимой химиотерапии;
- c. это клинически незначимо, можно продолжить лечение;
- d. у пациента синдром лизиса опухоли;
- e. у пациента фебрильная нейтропения, которая требует срочной госпитализации.

10. При проведении лечения по схеме mvac (рак мочевого пузыря) и схеме maid (саркома) применяется филграстим в дозе 5 мкг/кг/сут:

- a. для усиления противоопухолевого эффекта;
- b. для профилактики фебрильной нейтропении;
- c. для купирования тошноты и рвоты;
- d. для повышения качества жизни;
- e. это современные мировые тенденции.

Опухоли костей

1. Рентгенологическими признаками хондросаркомы является:

- a. наличие секвестров;
- b. участки остеопороза и остеосклероза, козырек Кодмана, спикулы;
- c. расширение костномозгового канала, отслоение надкостницы в виде луковичного периостита;
- d. участки утолщения надкостницы, патологические переломы;
- e. слоистые и бахромчатые периостальные наслоения;
- f. все вышеперечисленное.

2. Злокачественные опухоли костей метастазируют:

- a. лимфогенно;
- b. гематогенно;
- c. одинаково часто гематогенно и лимфогенно;
- d. имплантационно.

3. Наиболее опасной доброкачественной опухолью которая может малигнизироваться является:

- a. остеохондрома;
- b. остеома;
- c. остеонид-остеома;
- d. остеобластокластома;
- e. хондрома.

4. Калечащими операциями в костной онкологии считаются:

- a. порционные резекции кости, сегментарные резекции;
- b. краевые резекции кости, экскохлеация опухоли;
- c. ампутации конечностей, экзартикуляции, лопаточно-грудные ампутации;
- d. резекции кости с аутотрансплантацией;
- e. резекция кости с аллотрансплантацией;
- f. все вышеперечисленные.

5. Этапы лечения остеогенной саркомы следующие:

- a. облучение, операция;
- b. химиотерапия, операция, химиотерапия;
- c. облучение, операция, химиотерапия;
- d. облучение, химиотерапия;
- e. операция, облучение.

6.Опухоли костей встречаются чаще всего:

- a.в молодом возрасте;
- b.в пожилом возрасте;
- c.одинаково часто во всех возрастах.

7.По классификации ВОЗ к хрящобразующим злокачественным опухолям относятся:

- a.фиброма;
- b.саркома Юинга;
- c.остеобластокластома;
- d.остеогенная саркома;
- e.хондрома;
- f.хондросаркома.

8.Для злокачественных опухолей костей характерна триада симптомов:

- a.опухолевидное образование, повышение температуры, гиперемия;
- b.боль, опухолевидное образование, повышение температуры;
- c.нарушение функции в ближайшем суставе, опухолевидное образование, боль;
- d.нарушение функции в ближайшем суставе, деформация конечности, боль.

9.Пятилетняя выживаемость у больных ретикулосаркомой которым проведено лечение составляет:

- a.около 60%;
- b.менее 30%;
- c.менее 10%;
- d.более 90%.

10.Опухолями чувствительными к лучевой терапии являются:

- a.хондрома, саркома Юинга;
- b.ретикулосаркома, саркома Юинга;
- c.остеогенная саркома, ретикулосаркома;
- d.хондросаркома, фибросаркома;
- e.остеогенная саркома, злокачественная остеобластокластома.

11.Причиной возникновения опухолей костей является:

- a.травма;
- b.воспалительные заболевания;
- c.врожденные пороки;
- d.причина неизвестна.

12.Основным методом лечения хондросаркомы является:

- a.облучение, операция;
- b.химиотерапия, операция, химиотерапия;
- c.облучение, операция, химиотерапия;
- d.облучение, химиотерапия;
- e.операция, облучение;
- f.операция.

13.Пятилетняя выживаемость у больных хондросаркомой которым проведено лечение составляет:

- a.более 90%;
- b.около 75%;
- c.менее 30%;

d. менее 10%.

14. По классификации ВОЗ к доброкачественным опухолям мягких тканей относятся:

- a. хондрома;
- b. остеохондрома;
- c. фиброма;
- d. остеогенная саркома;
- e. фибросаркома;
- f. хондробластома.

15. Этапы лечения остеогенной саркомы следующие:

- a. облучение, операция;
- b. облучение, операция, химиотерапия;
- c. химиотерапия, операция, химиотерапия;
- d. операция, химиотерапия;
- e. операция, облучение.

16. Опухоли мягких тканей встречаются чаще всего:

- a. в молодом возрасте;
- b. в пожилом возрасте;
- c. одинаково часто во всех возрастах.

17. При остеогенной саркоме чаще всего поражаются:

- a. кости таза, позвоночника;
- b. большеберцовая кость и малоберцовая кость;
- c. плечевая кость и бедренная кость;
- d. бедренная кость и большеберцовая кость;
- e. плечевая кость и кости черепа.

18. Пятилетняя выживаемость у больных остеогенной саркомой которым проведено комбинированное лечение составляет:

- a. более 90%;
- b. около 50%;
- c. менее 30%;
- d. менее 10%.

19. При поражении трубчатых костей наиболее излюбленной локализацией остеогенной саркомы являются:

- a. эпифизы;
- b. диафизы;
- c. метафизы;
- d. одинаково часто поражаются все отделы.

20. Рентгенологическими признаками саркомы Юинга является:

- a. наличие секвестров;
- b. участки остеопороза и остеосклероза, козырек Кодмана, спикулы;
- c. расширение костномозгового канала, отслоение надкостницы в виде луковичного периостита;
- d. участки утолщения надкостницы, патологические переломы;
- e. все вышеперечисленное.

21. По классификации ВОЗ к костеобразующим доброкачественным опухолям относятся:

- a. хондрома;
- b. остеохондрома;

- c.остеобластокластома;
- d.остеогенная саркома;
- e.фиброма;
- f.хондробластома.

22.При поражении трубчатых костей наиболее излюбленной локализацией саркомы Юинга являются:

- a.эпифизы;
- b.диафизы;
- c.метафизы;
- d.одинаково часто поражаются все отделы.

23.По классификации ВОЗ к хрящобразующим доброкачественных опухолям относятся:

- a.фиброма;
- b.саркома Юинга;
- c.остеобластокластома;
- d.остеогенная саркома;
- e.хондрома;
- f.хондросаркома.

24.Для цитоморфологической диагностики злокачественных опухолей костей применяются:

- a.пункционная биопсия;
- b.трепан-биопсия;
- c.открытая биопсия;
- d.все вышеперечисленные методы.

25.По классификации ВОЗ к костномозговым злокачественным опухолям относятся:

- a.фибросаркома;
- b.саркома Юинга;
- c.остеобластокластома;
- d.остеогенная саркома;
- e.ангиосаркома;
- f.хондросаркома.

26.Рентгенологическими признаками остеогенной саркомы является:

- a.участки утолщения надкостницы, патологические переломы;
- b.участки остеопороза и остеосклероза, козырек Кодмана, спикулы;
- c.расширение костномозгового канала, отслоение надкостницы в виде луковичного периостита;
- d.наличие секвестров;
- e.все вышеперечисленное.

27.При отдаленном метастазировании злокачественных опухолей наиболее излюбленной локализацией являются:

- a.печень, костный мозг;
- b.поджелудочная железа, печень;
- c.периферические лимфоузлы, легкие;
- d.легкие, кости скелета;
- e.головной мозг, кости скелета.

28.Наиболее злокачественными вариантами остеогенной саркомы являются:

- a.смешанный;
- b.остеобластический;

- с.остеолитический;
- д.все варианты.

29.Хондросаркома-это опухоль которая растет:

- а.медленно в течении многих лет;
- б.растет в течении 1 года;
- с.растет стремительно в течении 1-2 месяцев;

30.По классификации ВОЗ к костеобразующим злокачественным опухолям относятся:

- а.фиброма;
- б.саркома Юинга;
- с.остеобластокластома;
- д.остеогенная саркома;
- е.хондрома;
- ф.хондросаркома.

Опухоли голова, шея

1.К скрытому раку щитовидной железы относятся опухоли, клинически не проявляющиеся, размером до:

- а.до 5 см;
- б.до 3 см;
- с.до 1,5 см;
- д.до 0,5 см.

2.Из методов лечения рака нижней губы применяются:

- а.криодеструкция;
- б.фотодинамическая терапия;
- с.хирургическое лечение;
- д.лучевая терапия;
- е.все перечисленное.

3.Факторами, способствующими возникновению рака слизистой полости рта, являются:

- а.курение;
- б.алкоголь;
- с.горячая пища;
- д.острые края кариозных зубов;
- е.все перечисленное.

4.Для рака нижней губы облигантным предраком является:

- а.травма губы;
- б.кожный рог;
- с.хейлит Манганотти;
- д.все перечисленное.

5.Пятилетняя выживаемость после радикального лечения у больных раком слизистой полости рта III стадии составляет:

- а.около 30%;
- б.около 50%;
- с.более 70%;
- д.около 90%.

6.Рак нижней губы- опухоль:

- a.чувствительная к лучевой терапии;
- b.нечувствительная к лучевой терапии;
- c.умеренно чувствительная к лучевой терапии.

7.Из гистологических вариантов рака щитовидной щелезы наиболее часто вситречается:

- a.папиллярная аденокарцинома;
- b.фолликулярная аденокарцинома;
- c.медуллярный рак;
- d.недифференцированный рак;
- e.все перечисленное.

8.Для рака нижней губы факультативным предраком является:

- a.травма губы;
- b.кожный рог;
- c.хейлит Манганотти;
- d.все перечисленное.

9.Профилактика рака щитовидной железы слагается из:

- a.оперативного лечения узловых образований щитовидной железы;
- b.восполнения недостатка алиментарного йода;
- c.ограничение показаний к лучевой терапии области головы и шеи в детском возрасте;
- d.всеми перечисленными.

10.Для рака слизистой полости рта факультативным предраком является:

- a.папиллома;
- b.кожный рог;
- c.лейкоплакия;
- d.послелучевой стоматит;
- e.все перечисленное.

11.Пятилетняя выживаемость после радикального лечения у больных раком нижней губы I-II стадии составляет:

- a.около 20%;
- b.около 40%;
- c.около 70%;
- d.около 90%.

12.Радиоизотопная диагностика рака щитовидной железы проводится с радиоизотопным препаратом:

- a.йодом;
- b.техницием;
- c.золотом;
- d.стронцием;
- e.всеми перечисленными.

13.Рак нижней губы злокачественная опухоль морфологически представленная:

- a.плоскоклеточным раком;
- b.мелкоклеточным раком;
- c.светлоклеточным раком;
- d.фолликулярным раком;
- e.всем перечисленным.

14. Факторами, способствующими возникновению рака нижней губы, являются:

- a. курение;
- b. алкоголь;
- c. горячая пища;
- d. острые края кариозных зубов;
- e. все перечисленное.

15. Факторами, способствующими возникновению рака щитовидной железы, являются:

- a. курение;
- b. алкоголь;
- c. ионизирующее излучение;
- d. все перечисленное.

16. В лечении рака щитовидной железы применяют методы:

- a. хирургический;
- b. хирургический и лучевой;
- c. химиотерапевтический;
- d. лучевой;
- e. все перечисленные.

17. Пятилетняя выживаемость после радикального лечения у больных раком слизистой полости рта при I-II стадии составляет:

- a. около 20%;
- b. около 40%;
- c. более 70%;
- d. около 90%.

18. Рак нижней губы чаще всего метастазирует:

- a. в подмышечные лимфоузлы;
- b. кости скелета;
- c. головной мозг;
- d. шейные лимфоузлы.

19. Для рака слизистой полости рта облигантным предраком является:

- a. папиллома;
- b. кожный рог;
- c. лейкоплакия;
- d. болезнь Боуэна;
- e. все перечисленное.

20. Пятилетняя выживаемость после радикального лечения у больных раком нижней губы III стадии составляет:

- a. около 20%;
- b. около 40%;
- c. около 70%;
- d. около 90%.

Лимфогранулематоз

Лимфогранулематоз впервые описан:

- a. Сперанским;

- в.Боткиным;
- с.Березовским;
- д.Ходжкиным;
- е.Штернбергом.

2.Лимфогранулематоз -это:

- а.опухоль соединительной ткани;
- в.опухоль лимфатической ткани;
- с.опухоль костного мозга;
- д.аутоимунное заболевание;
- е.инфекционное заболевание.

3.Радиоизотопным препаратом который используется для диагностики распространенности поражения у больных лимфогранулематозом является:

- а.золото;
- в.стронций;
- с.галлий;
- д.техниций;
- е.йод.

4.Диагностическими при лимфогранулематозе являются клетки:

- а.Ходжкина;
- в.Березовского-Рид-Штернберга;
- с.Пирогова-Ланганса;
- д.моноклеары;
- е.все перечисленные.

5.На рентгенограмме у больных лимфогранулематозом с поражением медиастинальных лимфатических узлов видно:

- а.округлую шаровидную тень в легком;
- в.усиление бронхолегочного рисунка;
- с.ателектаз долей легкого;
- д.расширение тени средостения, симптом " дымящей трубы".

6.К неблагоприятным прогностическим фактора у больных лимфогранулематозом относят:

- а.возраст старше 45 лет;
- в.массивное поражение средостения;
- с.наличие симптомов интоксикации;
- д.экстранодальное поражение;
- е.все перечисленное.

7.основным методом лечения лимфогранулематоза является:

- а.хирургический;
- в.лучевой;
- с.лучевой и химиотерапевтический;
- д.лучевой и хирургический.

8.Пятилетняя выживаемость у больных лимфогранулематозом сI- II стадией составляет:

- а.около 25%;
- в.более 40%;
- с.более 60%;
- д.более 90%.

9. Лимфогранулематоз встречается в возрастной группе:

- a. 10-14 лет;
- b. 14-25 лет;
- c. 25-45 лет;
- d. старше 45 лет;
- e. одинаково часто во всех группах.

10. Наиболее благоприятным гистологическим вариантом лимфогранулематоза является:

- a. лимфогистиоцитарный вариант;
- b. вариант нодулярного склероза;
- c. смешано-клеточный вариант;
- d. вариант лимфоидного истощения.

11. Наименее благоприятным гистологическим вариантом лимфогранулематоза является:

- a. лимфогистиоцитарный вариант;
- b. вариант нодулярного склероза;
- c. смешано-клеточный вариант;
- d. вариант лимфоидного истощения.

12. К гитологическим вариантам лимфогранулематоза относят:

- a. лимфогистиоцитарный вариант;
- b. вариант нодулярного склероза;
- c. смешано-клеточный вариант;
- d. вариант лимфоидного истощения;
- e. все перечисленные.

13. При лимфогранулематозе наиболее часто поражаются:

- a. шейные лимфоузлы;
- b. паховые лимфоузлы;
- c. лимфоузлы средостения;
- d. селезенка.

14. Симптомы интоксикации при лимфогранулематозе -это:

- a. повышение температуры выше 37,0 в вечерние часы;
- b. кожный зуд;
- c. снижение массы тела на 10 % за последние 6 месяцев;
- d. повышение СОЭ выше 30 мм в час;
- e. проливные ночные поты;
- g. все перечисленное.

15. Какие химиопрепараты для лечения больных лимфогранулематозом:

- a. 5-фторурацил; метотрексат, винбластин;
- b. винкристин, циклофосфан, блеомицин, дакарбацин;
- c. циклофосфан, цисплатин, сарколизин;
- d. блеомицин, платидиам, дактиномицин.

Рак поджелудочной железы

1. Ведущим фактором риска развития рака поджелудочной железы является:

- a. курение;
- b. ожирение;

- c. травмы поджелудочной железы;
- d. паразитарные инфекции;
- e. нерегулярность питания.

2.Какая операция применяется при локализации опухоли в головке:

- a. гастропанкреатодуоденальная резекция;
- b. стандартная дистальная резекция;
- c. радиочастотная абляция;
- d. химиоэмболизация опухоли.

3.Наиболее часто рак поджелудочной железы встречается:

- a. у мужчин в 2 раза чаще;
- b. у женщин в 2 раза чаще;
- c. у мужчин в 4 раза чаще;
- d. у женщин в 4 раза чаще;
- e. одинаково встречается у мужчин и женщин.

4.К предраковым заболеваниям поджелудочной железы относят:

- a. абсцесс поджелудочной железы;
- b. острый панкреатит;
- c. хронический панкреатит;
- d. травма поджелудочной железы.

5.Где чаще встречается рак поджелудочной железы:

- a. австралия;
- b. европа;
- c. африка;
- d. северная америка;
- e. азия.

6.Какой опухолевый маркер используется для диагностики рака поджелудочной железы:

- a. ca 125;
- b. ca 19-9;
- c. ca 72-4;
- d. hse;
- e. ингибин;
- f. scca.

7.В какой возрастной группе чаще встречается рак поджелудочной железы:

- a. 30-40;
- b. 40-50;
- c. 50-60;
- d. 60-70.

8. Какой химиопрепарат чаще используется в лечении рака поджелудочной железы:

- a. паклитаксел;
- b. карбоплатин;
- c. гемцитабин;
- d. эрибулин.

9.Наиболее часто встречающаяся локализация рака поджелудочной железы:

- a. тело;

- b. хвост;
- c. головка;
- d. крючковидный отросток.

10.Какая операция применяется при локализации опухоли в теле и хвосте:

- a. гастропанкреатодуоденальная резекция;
- b. стандартная дистальная резекция;
- c. радиочастотная абляция;
- d. химиоэмболизация опухоли.

Первичный рак печени

1.Наиболее высокая заболеваемость первичным раком печени встречается в следующих странах:

- a. китай;
- b. страны восточной европы;
- c. северная америка;
- d. норвегия;
- e. австралия.

2.Наиболее значимый фактор риска развития первичного рака печени:

- a. курение;
- b. гепатит в;
- c. злоупотребление алкоголем;
- d. некоторые лекарственные препараты;
- e. гормональная терапия.

3.Кто чаще болеет первичным раком печени:

- a. мужчины;
- b. женщины;
- c. дети;
- d. одинаково встречается у мужчин и женщин.

4.В каком возрасте чаще встречается первичный рак печени:

- a. 20-40 лет;
- b. 40 лет и старше;
- c. одинаково встречается во всех возрастных группах;
- d. 50 лет и старше;
- e. 60 лет и старше.

5.Уровень какого опухолевого маркёра повышен при первичном раке печени:

- a. альфа-фетопротеин;
- b. са 125;
- c. са 15-3;
- d. рэа;
- e. hce.

6.Наиболее часто встречающийся метод лечения при раке печени:

- a. хирургическое лечение;
- b. химиотерапия;
- c. лучевая терапия;
- d. циторедуктивные методы лечения.

7.Какие химиопрепараты наиболее часто применяют при гепатоцеллюлярном раке печени:

- a. доксорубицин;
- b. эрибулин;
- c. доцетаксел;
- d. цисплатин, метотрексат.

8.Химиопрепараты применяемые в лечении холангиоцеллюлярного рака:

- a. гемцитабин;
- b. доцетаксел;
- c. митоксантрон;
- d. гозерелин.

9.Первичный рак печени чаще метастазирует в:

- a. кости;
- b. легкие;
- c. головной мозг;
- d. надпочечник.

10.Выживаемость при первичном раке печени I стадии:

- a. 10%;
- b. 40%;
- c. 58%;
- d. 71%.

11.Общая выживаемость при первичном раке печени:

- a. 71%;
- b. 58%;
- c. 25%;
- d. 10%.

Опухоли прямой кишки

1.При раке прямой кишки преобладает:

- a.общие симптомы;
- b.общие и местные симптомы;
- c.местные симптомы;
- d.ни один из перечисленных.

2.Опухоли каких отделов прямой кишки удастся обнаружить при пальцевом исследовании:

- a.нижнеампулярный;
- b.среднеампулярный;
- c.верхнеампулярный;
- d.ректосигмальный;
- e.дистальная треть сигмовидной кишки.

3.При меланоме прямой кишки из радикальных операций больному показано:

- a.брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки;
- b.брюшно-анальная резекция прямой кишки;
- c.черезбрюшинная резекция прямой кишки;
- d.допустимо выполнение всех перечисленных операций.

4. При гематогенном метастазировании рака прямой кишки наиболее часто поражаются:

- а. легкие;
- б. печень;
- в. брюшина;
- г. тонкая кишка;
- д. все выше перечисленные органы.

5. Отток крови от прямой кишки осуществляется:

- а. в систему нижней брыжеечной вены;
- б. в систему подвздошной вены;
- в. и той и другой.

6. Прогноз при раке прямой кишки зависит от:

- а. стадии рака;
- б. морфологической формы;
- в. профессии;
- г. места жительства.

7. Регионарными коллекторами лимфатических узлов для прямой кишки являются:

- а. параректальные;
- б. внутренние подвздошные;
- в. наружные подвздошные;
- г. забрюшинные (нижнебрыжеечные);
- д. пахово-бедренные.

8. На выбор вида радикальной операции при раке прямой кишки оказывает влияние:

- а. локализация опухоли в прямой кишке;
- б. степень распространенности опухолевого процесса;
- в. наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах;
- г. наличие осложнений заболевания;
- д. все перечисленное.

9. Предоперационная гамма-терапия наиболее эффективна при раке прямой кишки гистологической формы:

- а. аденокарцинома;
- б. плоскоклеточный рак;
- в. слизистый рак.

10. Брюшно-анальная резекция с низведением сигмовидной кишки оптимально выполняема при локализации опухоли от анального канала:

- а. 4-6 см;
- б. 7-12 см;
- в. 12-16 см.

11. Наиболее часто рак прямой кишки локализуется в:

- а. в ампулярном отделе;
- б. в ректосигмоидном отделе;
- в. анальном канале.

12. Радикальными операциями при раке прямой кишки являются:

- а. экстирпация прямой кишки;
- б. операция Гартмана;

- с. операция Микулича;
- d. брюшно-анальная резекция прямой кишки.

13. Кровоснабжение прямой кишки осуществляется за счет артерий, отходящих:

- a. от нижней брыжеечной артерии;
- b. от внутренней подвздошной артерии;
- с. от обеих артерий.

14. Формы роста рака прямой кишки:

- a. экзофитный;
- b. эндофитный;
- с. смешанный;
- d. все перечисленные формы.

15. К облигатным предраковым заболеваниям прямой кишки относятся:

- a. болезнь Крона;
- b. неспецифический язвенный проктосигмоидит;
- с. ворсинчатая опухоль;
- d. аденоматозный полип;
- e. все перечисленные заболевания.

16. Наиболее часто больные раком прямой кишки жалуются на:

- a. слабость;
- b. боли по всему животу;
- с. примесь крови в каловых массах;
- d. тошноту;
- e. рвоту;
- f. боли внизу живота;
- g. тенезмы.

17. Химиопрепараты эффективные при раке прямой кишки:

- a. тиотеф;
- b. бруломицин;
- с. 5-фторурацил;
- d. фторафур;
- e. митомицин-С;
- f. адриамицин.

18. Паллиативными операциями при раке прямой кишки являются:

- a. наложение двухствольной сигмостомы;
- b. гемиколэктомия;
- с. наложение отходного анастомоза.

19. Предоперационная гамма-терапия рака прямой кишки выполняется при локализации опухоли в:

- a. нижеампулярном отделе;
- b. среднеампулярном отделе;
- с. вышеампулярном отделе;
- d. ректосигмоидном отделе.

20. Из перечисленных операций к сфинктеросохраняющим не относится:

- a. чрезбрюшинная резекция прямой кишки;

- b.брюшно-анальная резекция прямой кишки;
- c.брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки;
- d.все перечисленные операции следует относить к сфинктеросохраняющим.

21.Больные, оперированные по поводу рака прямой кишки:

- a.нуждаются в диспансерном наблюдении и реабилитации;
- b.не нуждаются в диспансерном наблюдении;
- c.остаются на усмотрение оперирующего хирурга.

22.Метастазирует рак прямой кишки:

- a.гематогенно;
- b.лимфогенно;
- c.имплантационно;
- d.всеми перечисленными путями.

23.В какие коллекторы лимфоузлов происходит отток лимфы из нижеампулярного и анального отделов прямой кишки:

- a.наружные подвздошные;
- b.внутренние подвздошные;
- c.пахово-бедренные;
- d.илеоцекальные.

24.К какому отделу прямой кишки прилежит предстательная железа:

- a.надампулярному;
- b.среднеампулярному;
- c.нижеампулярному;
- d.анальному.

25.Лимфогенное метастазирование при раке средней и верхней трети прямой кишки происходит:

- a.вдоль верхней прямокишечной артерии;
- b.вдоль нижней прямокишечной артерии;
- c.вдоль средней прямокишечной артерии;
- d.в парааортальные лимфатические узлы;
- e.в анарктальные лимфоузлы;
- f.в забрюшинные лимфоузлы;
- g.все выше перечисленное.

26.Передняя резекция прямой кишки выполняется при расположении опухоли на расстоянии:

- a.5см от ануса;
- b.7-8см от ануса;
- c.12см от ануса;
- d.35-40см от ануса.

27.К облигатным предраковым заболеваниям прямой кишки относятся:

- a.полип или полипоз;
- b.хронический неспецифический язвенный ректит (проктосигмоидит);
- c.ворсинчатая опухоль;
- d.трещины и свищи анальной области;
- e.геморрой.

28.Гистологические формы рака прямой кишки:

- a.аденокарцинома;

- в.меланома;
- с.плоскоклеточный рак;
- д.слизистый рак;
- е.ангиосаркома.

29.Обследование больного, обратившегося к врачу с жалобами на нарушение функции кишечника, следует начинать:

- а.с рентгенологического исследования толстой кишки (ирригоскопия);
- в.с фиброколоноскопии;
- с.ректороманоскопии;
- д.с ректального пальцевого исследования;
- е.с ультразвукового исследования брюшной полости.

30.К методу скрининга рака толстой кишки в настоящее время можно отнести регулярно проводимые:

- а.исследование кала на скрытую кровь, в том числе гемокульттест и криптогемтест;
- в.пальцевое исследование прямой кишки;
- с.ректороманоскопию;
- д.все перечисленное.

31.Среди больных раком прямой кишки преобладают:

- а.мужчины;
- в.женщины;
- с.мужчины и женщины поровну.

32.Экстирпация прямой кишки заключается в:

- а.удалении всей прямой кишки;
- в.удаление прямой кишки с сохранением сфинктера.

33.При подозрении на онкопатологию прямой кишки обязательными методами исследования являются:

- а.пальцевое исследование прямой кишки;
- в.ректороманоскопия;
- с.осмотр прямой кишки ректальными зеркалами;
- д.реакция Грегерсена;
- е.взятие мазков-отпечатков или биопсия опухоли для морфологического исследования.

34.Операция Гартмана при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки и раке ректосигмоидного изгиба целесообразно отдавать предпочтение в случаях:

- а.наличия обтурационной кишечной непроходимости;
- в.наличия воспалительных изменений стенки кишки;
- с.у лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации;
- д.во всех перечисленных ситуациях.

35.Прямая кишка имеет отделы:

- а.надампулярный;
- в.ампулярный;
- с.анальный (промежностный).

36.В плане комбинированного лечения рака прямой кишки после проведения предоперационной крупнофракционной гамма-терапии выполнение операции показано не позднее:

- a.72 часов;
- b.2 недель;
- c.3 недель.

37.В систему воротной вены отток крови осуществляется из:

- a.верхней прямокишечной вены;
- b.средней прямокишечной вены;
- c.нижней прямокишечной вены.

38.Какие отделы прямой кишки покрыты брюшиной со всех сторон:

- a.надампулярный;
- b.ампулярный;
- c.анальный (промежностный).

39.Лимфогенное метастазирование при раке нижней трети прямой кишки происходит:

- a.вдоль верхней прямокишечной артерии;
- b.вдоль нижней прямокишечной артерии;
- c.вдоль средней прямокишечной артерии;
- d.в парааортальные лимфатические узлы;
- e.в анаректальные лимфоузлы;
- f.в забрюшинные лимфоузлы;
- g.в подчревные лимфоузлы;
- h.в подвздошные лимфоузлы;
- i.в паховые лимфоузлы;
- J.все выше перечисленное.

Опухоли желудка

1.Чаще всего рак поражает:

- a.Пилороантральный отдел желудка;
- b.Передние и задние стенки;
- c.Кардиальный отдел.

2.Химиотерапию больным раком желудка проводят:

- a.При первично - нерезектабельном раке желудка, рецидивах и метастазах опухоли;
- b.используют, как самостоятельный метод лечения;
- c.Все перечисленное.

3.К этиологическим факторам, оказывающим воздействие на возникновение рака желудка, в промышленной сфере относят производства:

- a.Резины, асбеста, винилхлорида, минеральных масел, хрома;
- b.Стекловолокна, брома, магния, селена;
- c.Все перечисленное.

4.Чаще раком желудка болеют:

- a.Мужчины;
- b.Женщины;
- c.Мужчины и женщины болеют одинаково часто.

5.К факторам риска возникновения рака желудка относятся:

- a.Постоянное употребление соленой, жареной, консервированной, маринованной пищи;
- b.Обсеменение слизистой желудка *Helicobacter pylori*;

с. Все перечисленное.

6. Наиболее часто рак желудка выявляют у лиц в возрасте:

а. 35-45 лет;

б. 45-59 лет;

с. 65-79 лет.

7. Рак желудка метастазирует преимущественно:

а. Лимфогенным путем;

б. Гематогенным путем;

с. Имплатационным путем.

8. При раке желудка со стороны периферической крови наблюдается:

а. Анемия;

б. Лимфоцитоз;

с. Все перечисленное.

9. Для рака антрального отдела желудка наиболее часто проявляется:

а. Изжогой;

б. Дисфагией;

с. Чувством быстрого насыщения;

д. Все перечисленное.

10. Основным симптомом рака кардиального отдела желудка является:

а. Дисфагия;

б. Отрыжка тухлым;

с. Рвота;

д. Все перечисленное.

11. Окончательное подтверждение диагноза получают во время:

а. Рентгеноскопии желудка;

б. Гастроскопии с биопсией опухоли;

с. Все перечисленное.

12. Состояние кислотообразования в желудке имеет значение в возникновении рака:

а. Да;

б. Нет.

13. Лучевая терапия при лечении рака желудка используется как:

а. самостоятельный метод лечения;

б. в комбинации с хирургическим лечением;

с. все перечисленное.

14. С учетом понятия абластичности ревизию органов брюшной полости следует начинать с:

а. Периферических органов, исследуя в последнюю очередь желудок;

б. Желудка, затем периферические органы для исключения метастазов.

15. При выполнении радикальных операций на желудке, лимфаденэктомия является обязательной:

а. Да;

б. Нет.

16. Гематогенно наиболее часто рак желудка метастазирует:

- a. Печень;
- b. Легкие;
- c. Надпочечники.

17. Основной метод лечения рака желудка:

- a. Хирургический;
- b. Лучевой;
- c. Лекарственный.

18. В биохимических анализах крови при запущенной стадии рака отмечается:

- a. Диспротеинемия, повышение щелочной фосфатазы, увеличение АлАТ, АсАТ;
- b. Гиперпротеинемия, снижение щелочной фосфатазы. Уменьшение АлАТ и АсАТ.

Рак кожи, меланома

1. При рецидивах после лучевой терапии рака кожи применяется лечение:

- a. хирургическое;
- b. химиотерапия;
- c. криотерапия.

2. В общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России рак кожи занимает:

- a. 1%;
- b. 10%;
- c. 20%.

3. Малигнизации пигментных невусов способствуют все перечисленные факторы, кроме:

- a. механические травмы;
- b. солнечная радиация;
- c. гормональные сдвиги в организме;
- d. курение.

4. Признаками малигнизации невусов являются все перечисленные, кроме:

- a. изменение размеров;
- b. изменение цвета и характера распределения пигмента;
- c. изменение контуров;
- d. оволосение.

5. Факторами риска возникновения рака кожи являются все перечисленные, кроме:

- a. солнечная радиация;
- b. вирусы;
- c. механические и термические травмы;
- d. химические канцерогены.

6. Меланома кожи чаще метастазирует:

- a. имплантационным путем;
- b. лимфогенно;
- c. гематогенно.

7. Близкофокусная рентгенотерапия как самостоятельный радикальный метод лечения применяют при :

а.при поверхностных опухолях небольшого размера; (T1)

б.для лечения регионарных метастазов;

с.при рецидивах после лучевой терапии.

8.При меланоме кожи абсолютным противопоказанием является:

а.биопсия;

б.взятие мазков-отпечатков;

с.все перечисленное.

9.Наиболее частой локализацией рака кожи является:

а.голова и шея;

б.туловище;

с.нижние и верхние конечности.

10.Средний возраст больных раком кожи составляет:

а.30-40 лет;

б.40-50 лет;

с.60-70 лет.

11.Профилактическими мерами озлокачествления пигментных невусов являются:

а.ограничение длительного пребывания на солнце;

б.иссечение травмируемых невусов;

с.все перечисленное.

12.К облигатным предракам кожи относят все перечисленные, кроме:

а.пигментная ксеродерма;

б.системная красная волчанка;

с.болезнь Педжета;

д.эритроплазия Кейра.

13.Базальноклеточный рак кожи:

а.обладает местнодеструирующим медленным ростом;

б.отличается инфильтративным ростом.

14.К факультативным предракам относят все перечисленные, кроме:

а.кожный рог;

б.болезнь Боуэна;

с.рубцы;

д.трофические язвы.

15.Базальноклеточный рак кожи:

а.не метастазирует;

б.обладает способностью к гематогенному метастазированию;

с.метастазирует лимфогенно.

16.Лучевая терапия применяется при лечении меланомы кожи:

а.в качестве самостоятельного метода лечения;

б.в комбинации с хирургическим методом;

с.все перечисленное.

17.Основным методом лечения меланомы кожи является:

а.хирургический;

- в.химиотерапия;
- с.лучевая терапия.

18.Окончательно диагноз рака устанавливается на основании:

- а.осмотра кожных покровов;
- б.данных морфологического исследования;
- с.данных биохимического исследования сыворотки крови.

19.Заболеваемость меланомой кожи выше:

- а.в странах с жарким климатом;
- б.в северных регионах.

20.Цитологическая диагностика меланомы кожи проводится с использованием:

- а.мазков-отпечатков;
- б.пункционной биопсии;
- с.все перечисленное.

21.Прогноз при меланоме кожи:

- а.благоприятный;
- б.неблагоприятный.

22.В радиоизотопной диагностике меланомы кожи используется изотоп:

- а.золота;
- б.йода;
- с.фосфора.

23.Гематогенные метастазы меланомы обнаруживаются:

- а.в костях скелета;
- б.в сердце;
- с.в легких;
- д.все перечисленное.

Рак лёгкого

1.Стадия центрального рака легкого складывается из:

- а.Размера первичной опухоли, числа пораженных сегментов и долей, наличия регионарных и отдаленных метастазов;
- б.Уровня пораженного бронха (ов), наличия регионарных и отдаленных метастазов;
- с.Интенсивности болевого синдрома и наличия симптомов обтурационного пневмонита.

2.Росту заболеваемости раком легкого способствуют:

- а.Канцерогенные вещества, находящиеся в табачном дегте;
- б.Полициклические ароматические углеводороды;
- с.Хром и его соединения;
- д.Мышьяк и его соединения;
- е.Радиоизотопы;
- ф.Асбест;
- г.Все перечисленное.

3.Центральный рак легкого развивается из:

- а.Эпителия альвеол;
- б.Эпителия бронхов;

- c.Перибронхиальной соединительной ткани;
- d.Медиастенальной плевры.

4.Атипичные формы рака легкого выделены потому, что:

- a.Они имеют особое гистологическое строение;
- b.Они имеют особенности клинического течения и метастазирования;
- c.Сначала манифестирует метастаз, а потом - основной процесс.

5.Заболеваемость раком легкого на территории РФ составляет:

- a.20,0 на 100000 населения;
- b.30,0 на 100000 населения;
- c.35,0 на 100000 населения;
- d.свыше 40,0 на 100000 населения.

6.К физикальным методам обследования грудной клетки относятся:

- a.рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях, флюорография, томография и компьютерная томография, бронхография;
- b.осмотр грудной клетки, пальпация, перкуссия и аускультация;
- c.бронхоскопия, биопсия опухоли и ее морфологическое исследование.

7.А.И.Савицкий выделил центральную форму рака легкого потому, что опухоль:

- a.Располагается в центре легкого;
- b.Прилежит к средостению;
- c.Исходит из главного, долевого или сегментарного бронха (бронхов 1-2-3 порядка);
- d.Имеет плоскоклеточное гистологическое строение.

8.Основными симптомами центрального рака легкого являются:

- a.Кашель, кровохаркание, одышка, явления обтурационной пневмонии;
- b.Боли в грудной клетке, паранеопластический синдром, повышение температуры тела;
- c.Боли в грудной клетке, кашель, повышение температуры тела.

9.Предраковыми заболеваниями легкого являются:

- a.Острые и хронические заболевания легких, паразиты легкого;
- b.Хронические заболевания легких, аденомы и карциноиды бронхов, перенесенный туберкулез легких;
- c.Все заболевания, оставляющие после себя рубцовую ткань в легком.

10.В классификации рака легкого А.И. Савицкого выделена периферическая форма, потому что:

- a.Опухоль расположена к периферии от средостения;
- b.Опухоль имеет, в основном, железистую форму гистологического строения;
- c.Опухоль исходит из эпителия бронхов 4-7 порядка, бронхиол и альвеол;
- d.Основным методом его диагностики является рентгенологический метод.

11.Рак легкого развивается:

- a.из эпителия покрывающего слизистую бронха и бронхиальных желез;
- b.из хрящевой и мембранозной части бронха и перибронхиальной ткани;
- c.из перибронхиальной ткани, клетчатки, лимфатических сосудов и узлов.

12.При подозрении на рак легкого материал для цитологического исследования забирается:

- a.из утренней мокроты больного;
- b.при бронхоскопии;

с.при трансторакальной пункции;
d.при медиастиноскопии;
е.во всех перечисленных случаях.

13.Саркома легкого развивается:

а.из эпителия покрывающего слизистую бронха и бронхиальных желез;
b.из хрящевой и мембранозной части бронха и перибронхиальной ткани;
с.из перибронхиальной ткани, клетчатки, лимфатических сосудов и узлов.

14.Отдаленными для рака легкого считаются:

а.Бронхопульмональные и бифуркационные лимфатические узлы;
b.Пульмональные и бронхопульмональные лимфатические узлы;
с.Бифуркационные и трахеобронхиальные лимфатические узлы;
d.Паратрахеальные лимфатические узлы;
е.Надключичные и шейные лимфатические узлы.

15.Между курением табака и заболеваемостью раком легкого:

а.Связи нет, т.к. заболевают и некурящие;
b.Связь прямая, т.к. большинство заболевших курили в прошлом и (или) продолжают курить;
с.Связь не доказана, т.к. большинство курильщиков не заболевают раком легкого;
d.Существует связь рака легкого с нарушением гигиены дыхания.

16.Полное рентгенологическое обследование легких включает:т тогда, когда:

а.остальные методы исчерпаны;
b.необходимо верифицировать процесс;
с.необходимо назначить лучевую или химиотерапию.

18.При центральном раке легкого различают:

а.Эндобронхиальную, перибронхиально-узловую и перибронхиально-разветвленную формы;
b.Приобронхиально-узловую, медиастенальную и шаровидную формы;
с.Перибронхиально-разветвленную, пневмониеподобную и плевральную формы.

19.При раке легкого гематогенные метастазы бывают в:

а.Лимфатические узлы средостения, шеи, надключичные;
b.Головной мозг, кости, надпочечники.

20.Наиболее часто из опухолей легкого встречается:

а.мезотелиома плевры;
b.рак;
с.гамартома;
d.саркома;
е.карциноид.

21.Основным методом лечения рака легкого является:

а.хирургический;
b.лучевой;
с.лекарственный.

22.Формами периферического рака легкого являются:

а.Эндобронхиально-узловая, мозговая и шаровидный рак;
b.Медиастенальная, костная, плевральная;
с.Шаровидная опухоль, пневмониеподобная и Пенкоста.

23.Рак легкого метастазирует:

- а.Лимфогенно;
- б.Лимфогенно и гематогенно;
- с.Лимфогенно, гематогенно и имплантационным путем.

24.Саркома легкого развивается:

- а.из эпителия покрывающего слизистую бронха и бронхиальных желез;
- б.из хрящевой и мембранозной части бронха и перибронхиальной ткани;
- с.из перибронхиальной ткани, клетчатки, лимфатических сосудов и узлов

Рак ободочной кишки

1.Перфорации кишечной стенки при раке ободочной кишки способствует:

- а.распад опухоли;
- б.повышенное давление в просвете кишки;
- с.трофические расстройства стенки кишки вследствие ее перерастяжения;
- д.травматизация стенки кишки при прохождении твердых каловых масс через суженный участок;
- е.все перечисленные факторы.

2.Осложнения воспалительного характера (абсцессы, флегмоны) чаще развиваются при локализации опухоли:

- а.в слепой и восходящей кишке;
- б.в поперечно-ободочной кишке;
- с.в нисходящей ободочной кишке;
- д.в сигмовидной кишке;
- е.в слепой, восходящей и нисходящей ободочной кишке.

3.При раке ободочной кишки в исследовании обязательным является:

- а.пальцевое ректальное исследование;
- б.ирригоскопия и ирригография;
- с.лапароскопия;
- д.УЗИ;
- е.ректороманоскопия;
- ф.фиброколоноскопия;
- г.гемокульт-тест.

4.При гематогенном метастазировании рака ободочной кишки наиболее часто поражаются:

- а.легкие;
- б.печень;
- с.брюшина;
- д.тонкая кишка;
- е.все перечисленные органы.

5.Гемиколэктомия слева выполняется при локализации опухоли в:

- а.слепой кишке;
- б.восходящей ободочной кишке;
- с.поперечной ободочной кишке;
- д.нисходящей ободочной кишке;
- е.сигмовидной кишке;
- ф.печеночном изгибе ободочной кишки;
- г.селезеночном изгибе ободочной кишки.

6. Для токсико-анемического синдрома характерно:

- a. слабость;
- b. боли по всему животу;
- c. кровь в каловых массах;
- d. тошнота;
- e. рвота;
- f. боль внизу живота;
- g. анемия;
- h. интоксикация;
- i. все перечисленные симптомы.

7. Регионарными коллекторами лимфатических узлов для ободочной кишки являются:

- a. параколические (эпиколические);
- b. промежуточные (собственно брыжеечные);
- c. забрюшинные (парааортальные);
- d. подвздошные.

8. Эндофитная форма рака наиболее часто локализуется в:

- a. слепой кишке;
- b. восходящей ободочной;
- c. поперечно-ободочной;
- d. нисходящей ободочной;
- e. сигмовидной кишке;
- f. во всех отделах.

9. Эффективные химиопрепараты при раке ободочной кишки:

- a. тиотеф;
- b. бруломицин;
- c. 5-фторурацил;
- d. фторафур;
- e. митомицин - С;
- f. лейковорин;
- g. адриамицин.

10. Сравнительно более частое развитие кишечной непроходимости при опухолях левой половины ободочной кишки обусловлено:

- a. преобладанием опухоли с инфильтративным типом роста;
- b. более плотным содержимым кишки;
- c. нарушением моторной функции кишки вследствие прорастания ее стенки опухолью;
- d. воспалительным отеком кишечной стенки;
- e. всеми перечисленными факторами.

11. Противопоказанием к радикальной операции при раке ободочной кишки является:

- a. прорастание опухоли в смежные органы и ткани;
- b. анатомические особенности;
- c. возраст более 70 лет;
- d. обширный канцероматоз брюшины;
- e. асцит.

12. Паллиативными операциями при раке ободочной кишки являются:

- a. внутрибрюшная резекция поперечно-ободочной кишки;

- b.внутрибрюшная резекция сигмовидной кишки;
- c.передняя резекция ректосигмы;
- d.операция Гартмана;
- e.гемиколэктомия;
- f.колэктомия;
- g.колостомирование;
- h.наложение обходного анастомоза;
- i.все перечисленные операции.

13.Синдром кишечной непроходимости характерен для рака:

- a.правой половины ободочной кишки;
- b.левой половины ободочной кишки;
- c.прямой кишки;
- d.поперечно-ободочной кишки.

14.Гемиколэктомия справа выполняется при локализации опухоли в:

- a.слепой кишке;
- b.восходящей ободочной кишке;
- c.поперечной ободочной кишке;
- d.нисходящей ободочной кишке;
- e.сигмовидной кишке;
- f.печеночном изгибе ободочной кишки;
- g.селезеночном изгибе ободочной кишки.

15.Токсико-анемический синдром характерен для рака:

- a.правой половины ободочной кишки;
- b.левой половины ободочной кишки;
- c.поперечно-ободочной кишки;
- d.прямой кишки;
- e.всех перечисленных отделов.

16.Наиболее частым осложнением рака ободочной кишки является:

- a.кишечная непроходимость;
- b.перфорация опухоли;
- c.присоединение воспаления с развитием абсцессов, флегмон;
- d.массивное кишечное кровотечение;
- e.все перечисленные осложнения встречаются примерно с одинаковой частотой.

17.К предраковым заболеваниям ободочной кишки относятся:

- a.гранулематозный колит; (болезнь Крона)
- b.хронический неспецифический язвенный колит;
- c.полип (полипоз);
- d.дивертикулез (дивертикулит);
- e.периаппендикулярный инфильтрат.

18.Гистологические формы рака ободочной кишки:

- a.аденокарцинома;
- b.меланома;
- c.плоскоклеточный рак;
- d.слизистая аденокарцинома;
- e.ангиосаркома;
- f.перстневидноклеточный рак;

- g. недифференцированный рак;
- h. неклассифицируемый рак;
- i. все перечисленные формы.

19. Для обструктивного синдрома характерно:

- a. слабость;
- b. боли по всему животу;
- c. кровь в каловых массах;
- d. тошнота;
- e. рвота;
- f. боль внизу живота;
- g. анемия;
- h. интоксикация;
- i. илеус;
- k. все перечисленные симптомы.

20. В ободочной кишке происходит:

- a. переваривание кишечного химуса;
- b. всасывание воды и электролитов;
- c. всасывание питательных веществ;
- d. формирование и транспорт каловых масс.

21. Радикальными операциями при раке ободочной кишки являются:

- a. внутрибрюшная резекция поперечно-ободочной кишки;
- b. внутрибрюшная резекция сигмовидной кишки;
- c. передняя резекция ректосигмы;
- d. операция Гартмана;
- e. гемиколэктомия;
- f. колэктомия;
- g. колостомирование;
- h. наложение обходного анастомоза;
- i. все перечисленные операции.

22. Метастазирует рак ободочной кишки:

- a. лимфогенно;
- b. гематогенно;
- c. имплантационно;
- d. всеми перечисленными путями.

23. Резекция кишки выполняется при локализации опухоли в:

- a. слепой кишке;
- b. восходящей ободочной кишке;
- c. поперечной ободочной кишке;
- d. нисходящей ободочной кишке;
- e. сигмовидной кишке;
- f. печеночном изгибе ободочной кишки;
- g. селезеночном изгибе ободочной кишки.

24. Экзофитный тип роста рака ободочной кишки наиболее часто встречается:

- a. в слепой и восходящих отделах;
- b. в поперечно-ободочной кишке;
- c. в нисходящей ободочной кишке;

- d. в сигмовидной кишке;
- e. во всех отделах.

РАК ПЕЧЕНИ

1. Лабораторная диагностика первичного рака печени основана на обнаружении в сыворотке крови:

- a. HbS-антигена;
- b. Альфа-фетопротеина;
- c. Все перечисленное.

2. Размеры печени при первичном раке:

- a. Увеличиваются;
- b. Уменьшаются;
- c. Не меняются.

3. Из методов рентгенологической диагностики при первичном раке печени наиболее информативным является:

- a. Рентгенография печени;
- b. Холангиография;
- c. Компьютерная томография.

4. Желтуха при первичном раке печени:

- a. Гемолитическая;
- b. Механическая;
- c. Паренхиматозная;
- d. Механическая и паренхиматозная.

5. Печень при первичном раке печени при пальпации имеет консистенцию:

- a. Плотно-эластичную;
- b. Плотную;
- c. Мягко-эластичную.

6. Странами с наибольшей заболеваемостью первичным раком печени являются:

- a. Страны Африки, Япония, Китай;
- b. Россия, Украина;
- c. Мексика, Канада;
- d. США, Куба.

7. Количество сегментов печени равно:

- a. Двум;
- b. Шести;
- c. Восьми;
- d. Десяти.

8. Нормальная концентрация фетопротеина в сыворотке крови взрослых (исключая беременных):

- a. до 15 мкг/л;
- b. 15-150 мкг/л;
- c. до 500 мкг/л.

9. Частота гепатоцеллюлярного рака среди первичных опухолей печени:

- a. 10-15%;

- b.30-40%;
- c.50-60%;
- d.70-80%.

10.Странами с наименьшими показателями заболеваемости первичным раком печени являются:

- a.Куба, Испания, Иран, Мексика, Шри-Ланка;
- b.Австралия, Новая Зеландия;
- c.Япония, Китай;
- d.ЮАР.

11.Боли при раке печени носят характер:

- a.Схваткообразный;
- b.Опоясывающий;
- c.Ноющий;
- d.Все перечисленное.

12.Причиной смерти при раке печени являются:

- a.гепатитическая кома;
- b.кровотечение из опухоли или из варикозно расширенных вен пищевода;
- c.кахектическое состояние;
- d.все перечисленное.

13.К макроскопическим формам первичного рака печени относят:

- a.Диффузную;
- b.Узловую;
- c.Массивную;
- d.Все перечисленные.

14.Положительная реакция на альфа-фетопротеин отмечается у больных гепатоцеллюлярным раком:

- a.В 30-50% случаев;
- b.В 70-90% случаев;
- c.В 100% случаев.

15.Основным методом лечения первичного рака печени является:

- a.Хирургический;
- b.Лучевая терапия;
- c.Химиотерапия;
- d.Комплексный.

16.К эпителиальным опухолям печени относят:

- a.Гепатоцеллюлярный рак;
- b.Тератобласту;
- c.Саркому.

17.Средняя продолжительность болезни с момента клинической манифестации и до смерти пациента при первичном раке печени составляет:

- 6 месяцев;
- 1 год;
- 3 года;
- 5 лет.

18. Вторичные (метастатические) опухоли составляют среди всех новообразований печени:

- a. 25%;
- b. 50%;
- c. 75%;
- d. 90%.

19. Химиопрепараты применяемые в лечении холангиоцеллюлярного рака:

- a. Гемцитабин;
- b. Доцетаксел;
- c. Митоксантрон;
- d. Гозерелин.

20. Какие химиопрепараты наиболее часто применяют при гепатоцеллюлярном раке печени:

- a. Доксорубицин;
- b. Эрибулин;
- c. Доцетаксел;
- d. Цисплатин, Метотрексат.

21. Уровень какого опухолевого маркера повышен при первичном раке печени:

- a. Альфа-фетопротеин;
- b. СА 125;
- c. СА 15-3;
- d. РЭА;

22. Кто чаще болеет первичным раком печени:

- a. Мужчины;
- b. Женщины;
- c. Дети;
- d. Одинаково встречается у мужчин и женщин.

23. В каком возрасте чаще встречается первичный рак печени:

- a. 20-40 лет;
- b. 40 лет и старше;
- c. Одинаково встречается во всех возрастных группах;
- d. 50 лет и старше;
- e. 60 лет и старше.

24. Первичный рак печени чаще метастазирует в:

- a. Кости;
- b. Легкие;
- c. Головной мозг;
- d. Надпочечник.

25. Выживаемость при первичном раке печени I стадии:

- a. 10%;
- b. 40%;
- c. 58%;
- d. 71%.

26. Общая выживаемость при первичном раке печени:

- a. 71%;
- b. 58%;

- c. 25%;
- d. 10%.

Рак молочных желёз

1. При диспансеризации больных раком молочной железы контрольный осмотр первые 2 года осуществляется:

- a. 1 раз в 2 года;
- b. 1 раз в 3 месяца;
- c. 1 раз в 6 месяцев;
- d. 1 раз в год.

2. При проведении эндокринотерапии рака молочной железы необходимо:

- a. определение уровня рецепторов эстрогенов и прогестерона опухоли;
- b. определение степени злокачественности опухоли;
- c. определение гистологической формы рака;
- d. определение степени патоморфоза опухоли.

3. У больной раком молочной железы опухоль 4 см в диаметре, не прорастает окружающую ткань, регионарные метастазы отсутствуют. Какая стадия заболевания:

- a. I стадия;
- b. IIa стадия;
- c. IIb стадия;
- d. IIIa стадия;
- e. IIIb стадия;
- f. IV стадия.

4. Оптимальной частотой мониторинга пациенток группы при диффузных формах дисгормональных заболеваний молочных желез является:

- a. 6 месяцев;
- b. 3 месяца;
- c. 12 месяцев;
- d. 24 месяца.

5. Для какого доброкачественного заболевания молочной железы является характерным выделение крови из соска:

- a. внутрипротоковая папиллома;
- b. болезнь Педжета;
- c. узловая мастопатия;
- d. киста;
- e. фибroadенома.

6. В какие сроки необходимо проводить самообследование молочных желез:

- a. на 18-24 день от начала менструации;
- b. во время менструации;
- c. на 6-12 день от начала менструации;
- d. на 22-28 день от начала менструации.

7. Средние сроки временной нетрудоспособности при лечении рака молочной железы составляют:

- a. 3-4 месяца;
- b. 2 месяца;

- c.10 месяцев;
- d.1 год.

8.При мастопатии должно проводиться:

- a.комплексное лечение;
- b.комбинированное лечение;
- c.монотерапия.

9.Какая частота мастопатий в популяции женского населения:

- a.составляет от 45% до 50%;
- b.составляет от 20% до 30%;
- c.составляет от 10% до 20%;
- d.составляет от 40% до 90%;
- e.составляет от 5% до 10%.

10.Какой из способов лечения не применяется при раке молочной железы:

- a.овариоэктомия;
- b.химиотерапия;
- c.гормонотерапия;
- d.лучевая терапия;
- e.пангистерэктомия.

11.Предоперационная лучевая терапия рака молочной железы крупными фракциями по биологическому изоэффекту соответствует:

- a.40 Грей;
- b.60 Грей;
- c.25 Грей.

12.Рецептороположительными и чувствительными к гормонотерапии считают опухоли рака молочной железы, содержание рецепторных белков в которых превышает:

- a.20 фентамоль на 1 мг белка;
- b.60 фентамоль на 1 мг белка;
- c.10 фентамоль на 1 мг белка.

13.Основным путем лимфогенного метастазирования рака молочной железы является:

- a.надключичный;
- b.подмышечный;
- c.парастернальный;
- d.медиастинальный (или позадигрудинный);
- e.межреберный перекрестный по подкожному и кожным лимфатическим сосудам к f06. f06. контрлатеральным подмышечным и надключичным лимфатическим узлам.

14.Метастазирование рака молочной железы в подмышечные лимфатические узлы наиболее часто происходит из опухолей, расположенных:

- a.в подареолярной зоне;
- b.на границе наружных и внутренних квадрантов железы;
- c.в медиальных отделах молочной железы;
- d.в центральных отделах молочной железы;
- e.1, 2;
- f.3, 4.

15. По анатомической форме роста рака молочной железы различают три типа роста рака, выберите эти формы:

- a. узловые формы;
- b. диффузные формы;
- c. атипичные формы;
- d. распространенные формы;
- e. отграниченные формы;

16. Какие симптомы характерны для больных мастопатией:

- a. боль в молочных железах, связанная или не связанная с менструальным циклом;
- b. наличие уплотнений диффузного характера;
- c. сероватые или желтого цвета, водянистые или слизеподобные выделения из соска;
- d. кровянистые выделения из соска;
- e. наличие уплотнения плотной консистенции;
- f. втянутость соска;

17. Какие три метода показаны при комплексной диагностике рака молочной железы:

- a. дуктография (галактография);
- b. клинический;
- c. чрезгрудинная флебография;
- d. маммографический (или ультразвуковой);
- e. пневмоцистография;
- f. цитологический;
- g. компьютерная томография;
- h. (диафаноскопия);

18. Профилактика рака молочной железы подразделяется на:

- a. первичную;
- b. вторичную;
- c. третичную;

19. При гематогенном метастазировании рака молочной железы чаще всего поражаются:

- a. легкие;
- b. кости;
- c. печень;
- d. яичники;
- e. кожа;
- f. 1,2,3;
- g. 4,5.

20. Современный скрининг рака молочной железы включает:

- a. дуктография;
- b. маммография;
- c. квалифицированное ежегодное физикальное обследование молочных желез в смотровых кабинетах;
- d. ежемесячное самообследование;
- e. компьютерная томография;

21. Методом выбора в хирургии рака молочной железы являются:

- a. мастэктомия по Холстеду;
- b. мастэктомия по Пейти;
- c. мастэктомия по Маддену;

- d. секторальная резекция;
- e. органосохраняющие операции;
- f. 1, 2;
- g. 3, 5.

22. Какая дифференцировка опухоли соответствует I степени злокачественности опухоли:

- a. высокодифференцированный рак;
- b. умереннодифференцированный рак;
- c. низкодифференцированный и недифференцированный рак.

23. Назовите два ведущих фактора риска рака молочной железы:

- a. нарушения в репродуктивной системе организма;
- b. эндокринно-метаболические нарушения;
- c. курение;
- d. злоупотребление алкоголем;
- e. стрессы;

24. Реабилитация больных раком молочной железы включает:

- a. психологическая реабилитация;
- b. лучевая терапия;
- c. реконструктивно-восстановительная хирургия;
- d. гормонотерапия;
- e. 1, 3;
- f. все ответы.

25. Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной железы:

- a. умбиликация;
- b. лимонная корка;
- c. втяжение соска;
- d. гиперпигментация соска и ареолы;
- e. изъязвление.

26. Золотым стандартом адъювантной химиотерапии рака молочной железы является:

- a. комбинация CMF;
- b. антрациклины;
- c. таксаны;
- d. герцептин;
- e. тамоксифен.

27. Каким лечением принято считать использование двух принципиально различных по характеру воздействий, направленных на местнорегионарные очаги и на весь организм, например: операция и лучевая терапия:

- a. комбинированное;
- b. комплексное;
- c. симптоматическое;
- d. паллиативное;
- e. радикальное.

28. Развитие рака молочной железы имеет тесную связь с нарушением функции органов, укажите каких:

- a. гормонопродуцирующих и участвующих в метаболизме гормонов;
- b. органов выделительной системы;

с.сердечно-сосудистой системы.

29.Симптомом какого заболевания является симптом Краузе:

- а.отечно-инфильтративная форма рака;
- б.диффузно-фиброзная мастопатия;
- с.рак Педжета;
- д.липома молочной железы;
- е.внутрипротоковая папиллома.

30.Какая форма мастопатии у пациентки, когда на фоне диффузных изменений определяются узлы:

- а.диффузная;
- б.узловая;
- с.смешанная.

31.Мишени противоопухолевых лекарств:

- а.первичная опухоль;
- б.рецидивная опухоль;
- с.макрометастазы;
- д.микрометастазы;
- е.ферменты;
- ф.нуклеотиды;
- г.гены;
- h.все ответы.

32.5-летняя выживаемость при I стадии рака молочной железы составляет:

- а.90%;
- б.87%;
- с.96%;
- д.67%;
- е.80%.

33.Организационные мероприятия при профилактике рака молочной железы включают:

- а.маммологический скрининг;
- б.обучение самообследованию молочных желез;
- с.диспансеризация и лечение предраковых состояний молочных желез;
- д.все ответы.

34.Ведущими факторами прогноза у больных раком молочной железы являются:

- а.размер и локализация опухоли;
- б.состояние лимфатических узлов;
- с.наличие гормональных рецепторов в опухоли;
- д.наследственность;
- е.отек кожи молочной железы;
- ф.состояние менструальной функции (возраст);
- г.гистологическая структура и степень злокачественности опухоли, степень патоморфоза опухоли при ранее проведенном лечении;
- h.сопутствующая патология;
- и.1, 2, 3, 5, 6, 7;
- к.все ответы.

35.К иммуномодуляторам относятся:

- a. цитокины;
- b. гормоны;
- c. моноклональные антитела;
- d. дифференцирующие агенты;
- e. химиопрепараты;
- f. антиангиогенезные факторы;

36. К какому уровню относят подмышечные лимфатические узлы, расположенные медиально по отношению к медиальному краю малой грудной мышцы, включая подключичные и апикальные:

- a. уровень I;
- b. уровень II;
- c. уровень III.

37. Принципами хирургического лечения РМЖ являются:

- a. асептика;
- b. радикализм;
- c. абластика;
- d. сохранение органа;
- e. антибластика;

38. В России в структуре онкологической заболеваемости у женщин занимает первое место:

- a. рак молочной железы;
- b. рак легкого;
- c. рак толстой кишки;
- d. рак гортани;
- e. рак кожи.

39. В целях профилактики рака молочной железы в возрастных группах до 47 лет наиболее эффективным гормональным средством при пролиферативной дисплазии являются:

- a. прогестины;
- b. сочетание эстрогенов и прогестинов;
- c. антиэстрогены, прогестины, даназол;

Рак шейки матки

1. В структуре всех ЗН первые 3 места у женщин занимает рак:

- a. молочной железы, кожи, желудка;
- b. легкого, желудка, шейки матки;
- c. молочной железы, шейки матки, эндометрия;
- d. молочной железы, кожи, яичников;
- e. молочной железы, ободочной кишки, эндометрия.

2. Зона стыка плоского и цилиндрического эпителия (зона "трансформации") шейки матки у женщин локализуется:

- a. на влажной порции шейки матки;
- b. в области внутреннего зева;
- c. в средней трети цервикального канала;
- d. в области наружного зева;
- e. в зависимости от возраста на разных уровнях цервикального канала.

3. К раннему РШП относят:

- a. интраэпителиальный рак (рак in siti);
- b. тяжелая степень дисплазии;
- c. РШМ IA стадия;
- d. РШМ II стадии;
- e. верно а и б;
- f. все перечисленные стадии.

4.Методом скрининга для диагностики дисплазий и рака шейки матки является:

- a. осмотр на зеркалах;
- b. маркер СА- 125;
- c. цитологическое исследование мазка по Папаниколау (Пап- тест);
- d. кольпоскопия;
- e. верно в и г;
- f. верно а и б.

5.РШМ чаще развивается у женщин:

- a. ведущих ассоциальный образ жизни;
- b. имеющих частые случайные половые связи;
- c. рано начавших половую жизнь;
- d. начавших половую жизнь после 18 лет;
- e. верно а и б;
- f. верно а, б, в.

6.Стандартное вращение "цервикобранш"для полноценного забора материала из шейки матки и цервикального канала является:

- a. 10- кратное (5 в одну сторону и 5 в другую);
- b. 5- кратное(3 в одну и 2 в другую);
- c. 3-кратное(2 в одну и 1 в другую);
- d. 1 -кратное;
- e. число вращений не имеет значения.

7.Мазок с шейки матки называют информативным, если при цитологическом исследовании находят клетки:

- a. плоского эпителия;
- b. цилиндрического эпителия;
- c. базальных слоев;
- d. верно а и б;
- e. верно а, б, в.

8.Комитет ВОЗ устанавливает новые приоритеты в скрининге РШМ:

- a. Пап- тест от 18 до 65 лет + ПЦР HPV на;
- b. Пап- тест от 18 до 65 лет + ПЦР на HPV групп риска;
- c. Пап- тест от 18 до 65 лет + мазок на чистоту влагалища;
- d. Пап- тест + HPV + влагалищная обработка 3 % раствором уксусной кислоты(ВОУК) от 30 до 65 лет 1 раз в 3 года при нормальной цитограмме(если в анамнезе LSIL или HLSI до 80 лет);
- e. при ранней половой жизни Пап-тест от 21, а при LSIL HLSIL-HPV;
- f. Правильно а и б;
- g. правильно г и д.

9.Дисплазия(цервикальная интраэпителиальная неоплазия I и II)отличается от фоновых изменений (эрозия шейки матки, цервициты,полипы)при цитологическом

исследовании мазков:

- a. наличие опухолевых клеток;
- b. атипической пролиферации;
- c. наличие лейкоцитов и клеток воспалительного типа;
- d. физиологической пролиферацией;
- e. стратификацией.

10. Нормальная слизистая шейки матки при смазывании 2% раствором Люголя (без глицерина) окрашивается:

- a. в фиолетовый цвет;
- b. коричневый цвет;
- c. не окрашивается;
- d. становится синюшной.

11. Задачи кольпоскопии:

- a. оценить состояние слизистой матки, влагалища, вульвы;
- b. Выявить локализацию и границу очага поражения;
- c. дифференцировать доброкачественные изменения и подозрительные на рак;
- d. осуществлять прицельное взятие мазков и инцизионную биопсию;
- e. верно а, б, в, г.

12. При кольпоскопии оценивают:

- a. цвет и поверхность эпителия;
- b. состояние сосудистого рисунка;
- c. характер и локализацию стыка;
- d. реакцию слизистой на растворы уксусной кислоты или Люголя;
- e. границу опухолевого образования;
- f. верно а, б, в, г.

13. При обработке 3% раствором уксусной кислоты при атипии:

- a. сосуды кратковременно сужаются и исчезают;
- b. эпителий длительно сохраняется бело-серый цвет;
- c. эпителий становится коричневым;
- d. зона стыка плоского и цилиндрического эпителия напоминает булыжную мостовую.

14. Наиболее частое поражение шейки матки связано с онкогенным типом вируса:

- a. герпес-вирус II типа;
- b. HPV 32-го типа;
- c. HPV 16-го типа;
- d. HPV 18-го типа;
- e. верно а, б, г.

15. Субклиническим и клиническим признаками HPV-вирусоносительства являются:

- a. генитальные бородавки;
- b. папиломы кожи подмышечной области;
- c. койлоцитоз при цитологическом исследовании мазков;
- d. верно а, б, в;
- e. атипичная цитограмма шейки матки.

16. Морфологически определяемый рак шейки матки с прорывом базальной мембраны до 3 мм следует отнести к стадии:

- a. 0

- b. IA
- c. IB
- d. IIA
- e. IIB

17. По гистологическому строению рак шейки матки преимущественно:

- a. железистый;
- b. плоскоклеточный;
- c. плоскоклеточный малодифференцированный;
- d. переходноклеточный;
- e. цилиндрический,

18. При какой морфологической форме рак шейки матки, независимо от стадии, целесообразно проводить дополнительные курсы химиоэмболизации:

- a. плоскоклеточный ороговевающий;
- b. плоскоклеточный неороговевающий;
- c. плоскоклеточный малодифференцированный;
- d. аденокарцинома;
- e. верно а, г.

19. Рак шейки матки на первых стадиях преимущественно распространяется :

- a. по протяжению;
- b. гематогенно;
- c. имплантационно;
- d. лимфогенно;
- e. одинаково часто;
- f. верно а, г.

20. Варианты рака шейки матки в зависимости от преимущественного распространения называют:

- a. влагалищный;
- b. маточный;
- c. параметральный;
- d. верно а, б, в.;
- e. верно а,б.

Рак яичников

1. Для злокачественных опухолей яичников не характерно:

- a. тенденция к увеличению частоты РЯ;
- b. интраперитонеальное расположение;
- c. многообразие форм и тканевых источников возникновения опухолей;
- d. преимущественное развитие рака яичников до 35 лет;
- e. развитие опухоли на фоне или под "маской" или в сочетании с другими опухолевыми заболеваниями.

2. Удельный вес запущенных форм рака яичников достигает:

- a. 30-40%;
- b. 41-50%;
- c. 51-60%;
- d. 61-70%;
- e. 80%.

3. Кистозное образование, предшествующее развитию рака яичников:

- a. воспалительная киста;
- b. серозная киста;
- c. эндометриодная киста;
- d. муцинозная киста;
- e. верно b, c.

4. Для кистомы в отличие от кисты не характерно:

- a. киста развивается в результате пролиферативных изменений внутреннего слоя;
- b. стенки кистомы более толстые, чем кисты;
- c. киста располагается сбоку и спереди от матки;
- d. нередко многокамерная;
- e. малигнизация.

5. Гистологическая классификация ВОЗ опухолей яичников не включает:

- a. биологические признаки агрессивности опухоли (доброкачественные, пограничные, злокачественные);
- b. тканевую принадлежность;
- c. гормональную зависимость;
- d. нарушение эмбриогенеза;
- e. первичный и вторичный рак;
- f. возрастные рамки встречаемости.

6. Злокачественная опухоль яичников, чувствительная к лучевой терапии, встречающаяся преимущественно у девочек и молодых женщин, является:

- a. серозной цистаденокарциномой;
- b. тератомой;
- c. дисгерминомой;
- d. муцинозной цистаденокарциномой;
- e. гранулезно-клеточным раком.

7. Исключить рак яичников врач должен при:

- a. немотивированном увеличении или вздутии живота;
- b. нарушении функции соседних органов;
- c. болевых ощущениях внизу живота или пояснице;
- d. немотивированной анемии, наследственной предрасположенности;
- e. независимо от жалоб у всех женщин старше 35 лет.

8. Методами первичного выявления опухоли яичников являются:

- a. ректовагинальное исследование;
- b. МРТ;
- c. фракционное диагностическое выскабливание;
- d. УЗИ малого таза;
- e. верно a, d.

9. Яичники по отношению к углам матки располагаются:

- a. выше углов матки;
- b. на уровне углов;
- c. ниже углов;
- d. верно a, b;
- e. зависит от возраста женщины.

10. Характерной особенностью рака яичников является:

- a. поэтапное развитие отеков на ногах, затем асцита;
- b. "изолированное" развитие асцита;
- c. появление симптома "шипа" в заднем своде;
- d. верно b, c;
- e. нарушение функций мочевого пузыря.

11. Патогенез асцита на этапах развития рака яичников связан с:

- a. физиологической фильтрацией сыворотки крови через брюшину и ее всасыванием в верхних отделах и большом сальнике;
- b. слущиванием опухолевых клеток с ОЯ и увеличением их с током серозной жидкости;
- c. оседанием опухолевых клеток в "люках" брюшины;
- d. блокированием люков брюшины опухолевыми клетками;
- e. верно a, b, c, d.

12. Методами уточняющей диагностики при обнаружении опухоли малого таза являются:

- a. определение биологических маркеров (СА-125, НЕ-4, хорионический гонадотропин человека (ХГЧ), альфа-фетопротеин);
- b. пункция заднего свода;
- c. лапароскопия с удалением кистозного образования или биопсией со срочным гистологическим исследованием, при необходимости конверсия в лапаротомию;
- d. поэтапно a, b, c.

13. К медико-генетическим факторам развития рака яичников не относится:

- a. наиболее высокий риск рака яичников у женщин в возрасте 35-50 лет;
- b. риск РЯ у кровных родственников повышается в 2-3 раза в семьях, где прослеживается более 1 родственника, заболевших раком яичников;
- c. семейный РМЖ, наблюдавшийся в молодом возрасте (до 50 лет), повышает риск рака яичников в 2-4 раза, по сравнению с общей популяцией;
- d. гены BRCA 1 и BRCA 2, ответственные за наследственные формы РМЖ и рака яичников;
- e. синдром Линча характеризует появление колоректального рака, РМЖ, рака эндометрия и рака яичников среди членов одной семьи.

14. Доброкачественную опухоль яичников, сопровождающуюся полисерозитом (асцитом и плевритом - синдром Мейгса), обычно называют:

- a. опухолью Бреннера;
- b. текомой;
- c. фибромой;
- d. муцинозной кистой;
- e. тератомой.

15. Осложнениями рака яичников являются:

- a. перекрут опухоли;
- b. некроз;
- c. разрыв;
- d. образование асцита и пупочной грыжи;
- e. верно a, b, c.

16. Основными методами лечения злокачественных опухолей яичников являются:

- a. хирургический при ранних стадиях репродуктивного возраста и благоприятном варианте;
- b. хирургический при пограничных опухолях;

- c. комбинированный (хирургический + химиотерапия);
- d. комплексный (хирургический + химиотерапия + лучевая терапия);
- e. верно a,b,c,d.

17. Этапами хирургического лечения рака яичников 3с стадии являются все, кроме:

- a. срединного лапаротомного доступа;
- b. радикального объема операции (экстирпации матки с придатками + удаление большого сальника);
- c. экстирпация матки с придатками;
- d. циторедуктивного удаления депозитов по брюшине более 2 см.;
- e. лимфодиссекции забрюшинных лимфатических узлов;

18. Процедура хирургического стадирования рака яичников не включает :

- a. взятие мазков для цитологического исследования с диафрагмы;
- b. биопсию подозрительных участков брюшины боковых каналов;
- c. пузырно - маточной и прямокишечно-маточных складок;
- d. биопсию печени;
- e. биопсию подвздошных и парааортальных лимфатических узлов.

19. Органосохраняющее лечение ОЯ 1 стадии (G1-3) у молодых женщин включает:

- a. одностороннее удаление придатков матки;
- b. резекцию контрлатерального яичника со срочным гистоисследованием;
- c. удаление большого сальника;
- d. ревизию брюшной полости с выполнением всех процедур хирургического стадирования;
- e. верно a,b,c,d.

20. Для уточнения диагноз в первую очередь следует провести:

- a. УЗИ;
- b. УЗИ и пункцию заднего свода;
- c. лапароскопию;
- d. рентгеноскопию органов брюшной полости и органов грудной клетки;
- e. лапаротомию с иссечением грыжевого мешка.

Тошнота и рвота при химиотерапии

1. Выберите наиболее эметогенные препараты:

- a. доцетаксел;
- b. винбластин;
- c. дакарбазин;
- d. блеомицин.

2. С чем связана рефрактерная рвота:

- a. психологический настрой пациента;
- b. эметогенность препарата;
- c. использование транквилизаторов;
- d. нарушение работы кишечника.

3. Через сколько возникает отсроченная рвота:

- a. через 6 часов;
- b. через 12 часов;
- c. через 24 часа;
- d. через 48 часов.

4. Каким основным медиатором активируется периферический путь развития эметогенности:
- нейрокинин 1;
 - серотонин;
 - норадреналин;
 - гистамин.
5. Каким основным медиатором активируется периферический путь развития эметогенности:
- нейрокинин 1;
 - серотонин;
 - норадреналин;
 - гистамин.
6. Первый препарат, который был использован в лечении тошноты и рвоты при химиотерапии:
- дексаметазон;
 - ондансетрон;
 - метоклопрамид;
 - преднизолон;
 - тропасетрон.
7. Основной механизм глюкокортикостероидов в снижении эметогенности:
- ингибция синтеза простагландинов;
 - ингибция синтеза норадреналина;
 - ингибция синтеза гистамина;
 - не изучен.
8. В каком возрасте наиболее выражен механизм развития тошноты:
- молодой;
 - средний;
 - пожилой.
9. При использовании химиотерапии максимальная концентрация рецепторов нейрокина 1 встречается в:
- цнс;
 - тонкий кишечник;
 - желудок;
 - поджелудочная железа;
 - надпочечники.
10. При использовании химиотерапии максимальная концентрация рецепторов серотонина встречается в:
- цнс;
 - тонкий кишечник;
 - желудок;
 - поджелудочная железа;
 - надпочечники.

Промежуточное тестирование

1. Местнодеструкующим ростом в гинекологической патологии обладает:
- фиброма;
 - лейомиома;

- В. эндометриоз;
- Г. кистама;
- Д. невринома.

2. К опухолевым процессам яичников относится:

- А. фолликулярная киста;
- Б. фиброма яичников;
- В. кистама яичника;
- Г. дермоидная киста;
- Д. хеMODEKТОМА.

3. Для достижения критической массы, несовместимой с жизнью, опухолевая клетка должна пройти:

- А. 10 удвоений;
- Б. 20 удвоений;
- В. 30 удвоений;
- Г. 40 удвоений;
- Д. более 50 удвоений.

4. Рак почки наиболее часто метастазирует:

- А. в плевру и печень;
- Б. в кости и легкие;
- В. в печень и головной мозг;
- Г. в мягкие ткани и забрюшинные лимфоузлы;
- Д. в забрюшинные лимфоузлы и яичники.

5. Ионизирующие излучения обладают канцерогенным действием при воздействии:

- А. в малых дозах;
- Б. в больших дозах;
- В. не обладают канцерогенным действием;
- Г. не доказано;
- Д. только в сочетании с другими факторами.

6. Генетические маркеры не обнаружены:

- А. при раке желудка;
- Б. при ретинобластоме;
- В. при опухоли Вилмса;
- Г. при хроническом миелолейкозе;
- Д. при медулярном раке щитовидной железы.

07. К наследственно-детерминированным могут быть отнесены опухоли:

- А. рабдомиосаркома;
- Б. ретинобластома;
- В. острый лимфобластный лейкоз;
- Г. лимфосаркома;
- Д. опухоль Юинга.

8. К комбинированной операции следует относить:

- А. удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером;
- Б. удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции;

- В. удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс;
- Г. удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого заболевания;
- Д. все ответы правильные.

9. Термину «операбельность» больше всего соответствует:

- А. состояние больного, позволяющее выполнить операцию;
- Б. состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию;
- В. выявленная во время хирургического вмешательства возможность выполнить радикальную операцию;
- Г. правильного ответа нет;
- Д. выполнение комбинированной операции.

10. Радикальная резекция молочной железы оправдана при локализации опухоли:

- А. в верхневнутреннем квадранте;
- Б. в верхненаружном квадранте;
- В. в нижневнутреннем квадранте;
- Г. в нижненаружном квадранте;
- Д. в центральном квадранте.

11. Основная цель радикальной лучевой терапии:

- А. подведение максимально возможной дозы излучения;
- Б. снижение биологической активности опухолевых клеток;
- В. вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток;
- Г. достижение частичной регрессии опухоли;
- Д. достижение полной регрессии опухоли.

12. Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются:

- А. повышение операбельности;
- Б. повышение резектабельности;
- В. достижение значительного уменьшения опухоли;
- Г. получение полной регрессии опухоли;
- Д. понижение жизнеспособности опухолевых клеток.

13. К радиочувствительным могут быть отнесены все перечисленные ниже опухоли, кроме:

- А. лимфогранулематоза;
- Б. лимфосаркомы;
- В. семиномы;
- Г. аденокарциномы желудка;
- Д. мелкоклеточного рака легкого;

14. Наиболее радиорезистентной опухолью из перечисленных является:

- А. плоскоклеточный неороговевающий рак;
- Б. семинома;
- В. опухоль Юинга;
- Г. остеогенная саркома;
- Д. мелкоклеточный рак легкого.

15. На радиочувствительность опухоли оказывают влияние:

- А. напряжение кислорода опухоли;
- Б. дифференцировка опухолевых клеток;

- В. форма роста опухоли;
- Г. возраст больного;
- Д. величина опухоли.

16. Следующие факторы модификации радиочувствительности опухоли и нормальных тканей используют в лучевой терапии:

- А. локальная гипертермия;
- Б. искусственная гипергликемия;
- В. гипербарическая оксигенация;
- Г. иммуномодуляторы;
- Д. кратковременная гипоксия.

17. Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является:

- А. пожилой возраст;
- Б. молодой возраст;
- В. активный туберкулез;
- Г. субфебрильная температура;
- Д. хронический гепатит.

18. Единицей измерения экспозиционной дозы излучения является:

- А. Грей;
- Б. Рад;
- В. Кюри;
- Г. Рентген;
- Д. Зиверт.

19. На частоту местных лучевых реакций не влияет:

- А. пожилой возраст;
- Б. аллергические заболевания;
- В. сахарный диабет;
- Г. тиреотоксикоз;
- Д. воспалительные изменения тканей.

20. Для профилактики и лечения лучевых реакций слизистых оболочек применяют:

- А. антисептические растворы;
- Б. витаминизированные растворы;
- В. электрофорез;
- Г. низкоинтенсивное излучение лазера;
- Д. метилурацил;

21. Для профилактики и лечения общих лучевых реакций применяют:

- А. антигистаминные препараты;
- Б. витамины;
- В. седативные средства;
- Г. амифостин;
- Д. антибиотики.

22. Механизм действия противоопухолевых антибиотиков состоит:

- А. в реакции алкилирования молекул ДНК;
- Б. в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты;
- В. в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы;
- Г. в денатурации тубулина - белка микротрубочек;

Д. в образовании сшивков молекул ДНК.

23. Наиболее часто лекарственная терапия может считаться самостоятельным высокоэффективным методом при лечении:

- А. рака почки;
- Б. мелкоклеточного рака легкого;
- В. рака мочевого пузыря;
- Г. рака желудка;
- Д. сарком мягких тканей.

24. Наиболее уязвима для цитостатиков опухолевая клетка, находящаяся в фазе:

- А. М;
- Б. G;
- В. S;
- Г. G2;
- Д. G₀.

25. Целью I фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является:

- А. определение допустимой для человека разовой и суммарной дозы цитостатика и спектра токсичности;
- Б. изучение противоопухолевой активности цитостатика при разных видах опухоли;
- В. сравнительное изучение нового агента с другими цитостатиками;
- Г. изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками;
- Д. детальное изучение токсичности.

26. Целью II фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является:

- А. определение максимально переносимой дозы цитостатика;
- Б. изучение противоопухолевой активности цитостатика и ее спектра при «сигнальных опухолях» - десяти наиболее часто встречающихся опухолей человека;
- В. сравнительное изучение с другими «цитостатиками»;
- Г. изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками;
- Д. детальное изучение токсичности.

27. Целью III фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является:

- А. определение максимально переносимой дозы цитостатика;
- Б. изучение противоопухолевой активности цитостатика и ее спектра при «сигнальных опухолях»;
- В. сравнительное изучение с другими цитостатиками;
- Г. изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками;
- Д. детальное изучение токсичности.

28. Согласно рекомендации ВОЗ под полным эффектом (полной ремиссией) понимают:

- А. полную резорбцию опухоли;
- Б. полную резорбцию опухоли сроком не менее, чем на 1 месяц;
- В. полную резорбцию опухоли сроком не менее, чем на 2 месяца;
- Г. уменьшение опухоли и улучшение состояния больного;
- Д. уменьшение опухоли более чем на 50%.

29. Основным видом токсичности препаратов платины I поколения является:

- А. нефро- и нейротоксичность;
- Б. кардиотоксичность;
- В. дерматологическая токсичность;

- Г. легочная токсичность;
- Д. миелосупрессия.

30. Основным видом токсичности препаратов платины II поколения является:

- А. нефро- и нейротоксичность;
- Б. кардиотоксичность;
- В. дерматологическая токсичность;
- Г. легочная токсичность;
- Д. миелосупрессия.

31. Криодеструкция первичной опухоли нижней губы может применяться

- А) при I стадии
- Б) при Па стадии
- В) при Иб стадии
- Г) при рецидиве опухоли
- Д) при всех перечисленных стадиях

32. У больного 70 лет рак нижней губы На стадии. Наиболее целесообразный метод лечения:

- А. близкофокусная рентгенотерапия;
- Б. внутритканевая g-терапия;
- В. облучение электронами 4-6 МЭВ;
- Г. контактная аппликационная g-терапия на шланговом аппарате;
- Д. операция.

33. Неоадьювантная химиотерапия применяется:

- А. при раке щитовидной железы;
- Б. при плоскоклеточных опухолях головы и шеи;
- В. при раке полости носа;
- Г. показания для адьювантной химиотерапии не разработаны;
- Д. при раке слюнных желез.

34. При опухолях головы и шеи в настоящее время считается наиболее эффективной о:

- А. системная химиотерапия;
- Б. регионарная внутриартериальная инфузия;
- В. эндолимфатическое введение;
- Г. все методы одинаково эффективны;
- Д. внутриартериальная.

35. Одной из наиболее эффективной схем применения химиопрепаратов при опухолях головы и шеи является:

- А. платидиам + 5-фторурацил (инфузия);
- Б. оливомицин + циклофосфан;
- В. винбластин + блеомицин;
- Г. циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил;
- Д. таксаны.

36. Эффективность наиболее активных цитостатиков при плоскоклеточном раке головы и шеи (метотрексат, платидиам, 5-фторурацил) в монокимиотерапии составляет:

- А. 4-5%;
- Б. 15-30%;
- В. 50-60%;
- Г. 80-90%;

Д. более 90%.

37. Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является:

- А. язык;
- Б. дно полости рта;
- В. слизистая щеки;
- Г. слизистая мягкого неба;
- Д. слизистая альвеолярного отростка челюсти.

38. Наиболее часто рак слизистой оболочки полости рта метастазирует в регионарные лимфатические узлы при локализации:

- А. в подвижной части языка;
- Б. в корне языка;
- В. в мягком и твердом небе;
- Г. на слизистой щеки;
- Д. на слизистой альвеолярных отростков.

39. При наличии у больного меланомы слизистой мягкого неба предпочтительнее проводить:

- А. хирургическое лечение;
- Б. лучевое лечение;
- В. химиотерапию;
- Г. химиолучевое лечение;
- Д. комбинированное лечение (операция и лучевая терапия).

40. Превентивное облучение регионарных зон (лимфоузлов шеи) при раке языка требует подведения суммарных доз:

- А. 30 Гр;
- Б. 45-50 Гр;
- В. 60 Гр;
- Г. правильного ответа нет;
- Д. более 60 Гр.

41. При метастазах в легкие цилиндрами околоушной слюнной железы наиболее эффективна следующая схема химиотерапевтического лечения:

- А. САР (циклофосфан + адриамицин + платидиам);
- Б. СМФ (циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил);
- В. блеомицин + винбластин;
- Г. оливомицин + циклофосфан;
- Д. эффективны в одинаковой мере все схемы.

42. У больного 65 лет плоскоклеточный рак нижней носовой раковины I стадии. Из методов лучевой терапии ему наиболее целесообразна:

- А. дистанционная g-терапия;
- Б. внутритканевая лучевая терапия;
- В. внутрисполостная лучевая терапия;
- Г. сочетанная лучевая терапия (дистанционная g-терапия + внутрисполостная лучевая терапия);
- Д. хирургическое лечение.

43. Наиболее радиочувствительной среди опухолей носоглотки является:

- А. плоскоклеточный ороговевающий рак;
- Б. плоскоклеточный рак с высокой степенью лимфатической инфильтрации;
- В. лимфосаркома;

- Г. аденокарцинома;
- Д. саркомы.

44. У больного 65 лет плоскоклеточный низкодифференцированный рак корня языка T3N2M0. Наиболее целесообразным методом лечения является:

- А. резекция языка в сочетании с операцией Крайля;
- Б. сочетанная лучевая терапия;
- В. дистанционное облучение языка и регионарных зон в сочетании с локальной гипертермией;
- Г. внутритканевая лучевая терапия;
- Д. химио-лучевое лечение с последующей операцией.

45. Больному 45 лет по поводу плоскоклеточного рака гортани Ша стадии с преимущественно экзофитной формой роста проведено предоперационное облучение в дозе 40 Гр. Через 2 недели отмечено клинически практически полное исчезновение опухоли. Ему следует:

- А. выполнить резекцию гортани;
- Б. выполнить лагинэктомию;
- В. продолжить лучевую терапию по радикальной программе;
- Г. наблюдать;
- Д. назначить химиотерапию.

46. Частота высокодифференцированных аденокарцином щитовидной железы составляет:

- А. 10%;
- Б. 20%;
- В. 50%;
- Г. 70%;
- Д. нет данных.

47. Частота регионарного метастазирования рака щитовидной железы составляет:

- А. от 10 до 20%;
- Б. от 25 до 35%;
- В. от 40 до 50%;
- Г. от 60 до 80%;
- Д. нет данных.

48. Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются:

- А. лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены;
- Б. надключичные;
- В. паратрахеальные;
- Г. претрахеальные;
- Д. за грудиной.

49. У больного 55 лет медуллярный рак щитовидной железы r jg M Ему наиболее целесообразно:

- А. выполнить тиреоидэктомию с фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи;
- Б. провести комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией на I этапе с последующей тиреоидэктомией и фасциальнофулярным иссечением клетчатки шеи;
- В. провести комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией с последующим лечением радиоактивным йодом;
- Г. провести самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе;
- Д. провести химио-лучевое лечение.

50. Больному 55 лет произведена гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка по поводу аденоматоза щитовидной железы. В двух узлах - фолликулярная аденома. В 1-м (размером в 1 см) - папиллярный рак. Ему следует назначить:

- А. повторную операцию - в объеме тиреоидэктомии;
- Б. профилактическую лучевую терапию;
- В. профилактическую химиотерапию;
- Г. лечение радиоактивным йодом;
- Д. наблюдение.

51. Эффективность адриомидина при раке щитовидной железы составляет:

- А. 5-10%;
- Б. 25-30%;
- В. 55-60%;
- Г. 70-75%;
- Д. 90-95%.

52. Химиотерапия наиболее эффективна:

- А. при папиллярном раке щитовидной железы;
- Б. при фолликулярном раке щитовидной железы;
- В. при низкодифференцированном раке щитовидной железы;
- Г. эффективность не зависит от морфологической структуры;
- Д. химиотерапия не эффективна.

53. У больного 47 лет неоперабельная хемодектома шеи. Ему следует:

- А. провести дистанционную лучевую терапию по радикальной программе;
- Б. провести дистанционную лучевую терапию с паллиативной целью;
- В. провести сочетанную лучевую терапию;
- Г. симптоматическое лечение;
- Д. назначить химио-лучевое лечение.

54. Частота внеорганных опухолей среди всех новообразований шеи составляет:

- А. от 3 до 5%;
- Б. от 20 до 25%;
- В. от 30 до 40%;
- Г. от 50 до 60%;
- Д. более 60%.

55. При локализации опухоли в задне-боковом парафарингеальном пространстве в первую очередь следует исключить новообразования:

- А. эпителиальной природы;
- Б. нейрогенной природы;
- В. мезенхимальной природы;
- Г. метастазы рака;
- Д. опухоли околоушной слюнной железы.

55. Ведущим методом лечения внеорганных опухолей шеи является:

- А. хирургический;
- Б. лучевой;
- В. химиотерапия;
- Г. комбинированный;
- Д. зависит от морфологии опухоли.

56. Типичным хирургическим доступом к парафарингеальным новообразованиям является:
- А. наружный шейный доступ;
 - Б. чрезротовой;
 - В. комбинированный;
 - Г. разрез по Муру;
 - Д. поперечный надключичный.
57. У больного 60 лет рак околоушной слюнной железы Па стадии. Какой вариант лечения предпочтителен?:
- А. комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией;
 - Б. комбинированное лечение с послеоперационной дистанционной лучевой терапией;
 - В. сочетанная лучевая терапия;
 - Г. только хирургическое лечение;
 - Д. химио-лучевое лечение.
58. При метастазах в легкие цилиндromaми околоушной слюнной железы наиболее эффективна следующая схема:
- А. САР (циклофосфан, адриамицин, платидиам);
 - Б. СМФ (циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил);
 - В. блеомицин + винбластин;
 - Г. оливомицин + циклофосфан;
 - Д. схемы с таксанами;
59. Среди новообразований средостения отмечено следующее отношение доброкачественных и злокачественных форм:
- А. 3:1;
 - Б. 2:1;
 - В. 1:1;
 - Г. 1:3;
 - Д. 1:2.
60. Неврогенные опухоли в абсолютном большинстве наблюдений локализуются:
- А. в реберно-позвоночном углу;
 - Б. в центральном средостении;
 - В. в верхних отделах переднего средостения;
 - Г. в переднем средостении на уровне основания сердца;
 - Д. в верхней апертуре.
61. Неврогенные опухоли в процессе своего развития могут:
- А. малигнизировать;
 - Б. «вызреть» - превращаться из незрелой (злокачественной) в доброкачественную;
 - В. распространяться из средостения на шею;
 - Г. проникать в спинномозговой канал и вызывать сдавление спинного мозга;
 - Д. все ответы правильные.
62. Общим для строения зрелых тератом средостения является обязательное наличие в них элементов:
- А. нервной ткани;
 - Б. кожи;
 - В. эндодермы;
 - Г. мезодермы;

Д. всех перечисленных.

63. Внегонадная семинома средостения характеризуется:

- А. быстрым ростом;
- Б. медленным ростом;
- В. закономерностей роста не выявляется;
- Г. скачкообразным темпом роста;
- Д. прогрессирующим темпом.

64. Миастения может иметь место у больных:

- А. тимомой;
- Б. фибромой средостения;
- В. ганглионевромой средостения;
- Г. феохромоцитомой средостения;
- Д. внегонадной семиномой средостения.

65. Наиболее яркой клинической картиной сопровождается развитие следующих групп бронхиальных кист средостения:

- А. паратрахеобронхиальных;
- Б. параперикардиальных;
- В. парапищеводных;
- Г. при локализации в задне-нижних отделах средостения;
- Д. при локализации в верхней апертуре.

66. Свойством изменять свою конфигурацию в фазе максимального вдоха и максимального выдоха, выявляемым при рентгеноскопии, обладают следующие новообразования средостения:

- А. тератомы;
- Б. тимомы;
- В. большие однокамерные перикардиальные кисты;
- Г. липомы;
- Д. менингоцеле.

67. Рентгенологическим признаком распространения неврогенной опухоли средостения в спинномозговой канал является:

- А. интимное прилегание тела опухоли к телам позвонков;
- Б. истончение ребра в области его шейки и угла;
- В. узурация заднего отдела ребра;
- Г. увеличение диаметра межпозвонкового отверстия;
- Д. нет рентгенологических признаков.

68. Выраженное смещение и сдавление трахеи, пищевода и магистральных сосудов в области верхней апертуры грудной клетки, выявляемое при рентгенологическом исследовании, наиболее характерно:

- А. для тимомы;
- Б. для злокачественных лимфом средостения;
- В. для загроудинного зоба;
- Г. для тератомы средостения;
- Д. для хемодектомы.

69. Диагностический пневмоперитонеум может применяться при локализациях опухоли:

- А. в передних отделах верхнего средостения;
- Б. в задних отделах верхнего средостения;

- В. в средних отделах средостения (на уровне основания сердца);
- Г. в нижних отделах средостения;
- Д. не принимается вовсе.

70. Плоскоклеточный рак среди заболевших раком пищевода встречается примерно:

- А. у 20% больных;
- Б. у 40% больных;
- В. у 60% больных;
- Г. у 90% больных;
- Д. более 90% больных.

71. Симптомы глоточной недостаточности вследствие поражения нервного аппарата глотки развиваются, как правило, при раке:

- А. шейного и верхнегрудного отделов пищевода;
- Б. среднегрудного отдела пищевода;
- В. нижнегрудного отдела пищевода;
- Г. абдоминального сегмента пищевода;
- Д. с переходом на кардию.

72. Расширение просвета пищевода при раке на уровне опухоли отмечается, как правило:

- А. при полиповидной форме роста;
- Б. при язвенно-инфильтративной форме роста;
- В. при скirrosной форме роста;
- Г. при эндофитном типе роста;
- Д. при смешанном типе.

73. При резекции или экстирпации пищевода по поводу рака нижнегрудного отдела пищевода с ним должны быть удалены все перечисленные лимфатические узлы, кроме:

- А. бифуркационных;
- Б. околопищеводных;
- В. паракардиальных;
- Г. левых желудочных;
- Д. передних средостенных.

74. Методика классического фракционирования дозы лучевой терапии при комбинированном лечении рака пищевода наиболее целесообразна:

- А. при I стадии;
- Б. при II стадии;
- В. при III стадии;
- Г. при всех перечисленных стадиях;
- Д. при IV стадии.

75. Реканализация опухоли при раке пищевода может быть осуществлена:

- А. с помощью трубки во время лапаротомии и гастротомии;
- Б. во время торакотомии и эзофаготомии;
- В. путем лазерной деструкции (испарения) опухоли во время эзофагоскопии;
- Г. с помощью интубационной трубки во время эндоскопии;
- Д. всеми вышеперечисленными методами.

76. Наиболее часто лучевая терапия рака пищевода в качестве самостоятельного метода применяется при локализации опухоли:

- А. в шейном отделе пищевода;

- Б. в верхнегрудном отделе пищевода;
- В. в среднегрудном отделе пищевода;
- Г. в нижнегрудном отделе пищевода;
- Д. в верхнегрудном и шейном отделах пищевода.

77. У больного 50 лет рак пищевода на уровне нижнегрудного и метастазами в параэзофагеальные лимфатические узлы отдела, протяженностью 4 см с начальными проявлениями дисфагии.

Адекватными методами лечения можно считать все перечисленные, кроме:

- А. самостоятельного курса лучевой терапии по радикальной программе;
- Б. оперативного лечения;
- В. комбинированного лечения с предоперационной лучевой терапией;
- Г. комбинированного лечения с послеоперационной лучевой терапией;
- Д. химио-лучевое лечение.

78. Наиболее эффективны при раке пищевода все препараты, за исключением:

- А. митомицина;
- Б. адриамицина;
- В. цисплатина;
- Г. винбластин;
- Д. таксаны.

79. От всех опухолей легких доброкачественные составляют:

- А. менее 1-2%;
- Б. 7-10%;
- В. 25-30%;
- Г. до 40%;
- Д. более 40%.

80. Большинство доброкачественных центральных опухолей легких составляют:

- А. аденомы бронха;
- Б. папилломы бронха;
- В. сосудистые опухоли;
- Г. тератомы;
- Д. гладкомышечные опухоли.

81. Большинство периферических доброкачественных опухолей легких составляют:

- А. фибромы;
- Б. тератомы;
- В. гамартомы;
- Г. аденомы;
- Д. лейомиомы.

82. Решающим методом диагностики центральных доброкачественных опухолей легкого является:

- А. рентгеноскопия;
- Б. рентгенография;
- В. томография;
- Г. бронхография;
- Д. фибробронхоскопия с биопсией.

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

- А. энуклеации опухоли;
- Б. клиновидной или краевой резекции;
- В. сегментарной резекции легких;
- Г. билобэктомии и пульмонэктомии;
- Д. пульмонэктомии.

84. Примесь крови в мокроте (кровохарканье) наблюдается преимущественно при метастазировании в органы грудной полости (легкие):

- А. рака желудка;
- Б. рака легкого;
- В. рака почки;
- Г. рака предстательной железы;
- Д. меланомы кожи.

85. Солитарные метастазы в паренхиме легких наиболее часто встречаются у больных:

- А. остеогенной саркомой;
- Б. опухолями яичка;
- В. раком молочной железы;
- Г. раком толстой кишки;
- Д. раком щитовидной железы.

86. Наиболее часто метастатическое поражение легких, выявляемое одновременно или до определения локализации первичной опухоли, имеет место:

- А. при раке молочной железы;
- Б. при раке желудка;
- В. при раке почки;
- Г. при раке легкого;
- Д. при раке предстательной железы.

87. Наиболее часто метастатическое изолированное поражение плевры у женщин отмечается при раке:

- А. желудка;
- Б. толстой кишки;
- В. яичников;
- Г. хорионэпителиоме матки;
- Д. щитовидной железы.

88. Общее количество удаленных сегментов легких при неоднократных операциях по поводу солитарных метастазов, как правило, не должно превышать:

- А. два;
- Б. четыре;
- В. шесть;
- Г. десять;
- Д. четырнадцать.

89. При выборе метода лечения метастазов саркомы Юинга в легкие предпочтение следует отдать:

- А. хирургическому методу;
- Б. иммунотерапии;
- В. симптоматическому лечению;

- Г. лучевому лечению и химиотерапии;
- Д. хирургическому лечению в комбинации с лучевым.

90. Пятилетняя выживаемость после хирургических вмешательств по поводу солитарных метастазов в легкие (при соблюдении показаний) примерно составляет:

- А. 5%;
- Б. 10-15%;
- В. 20-30%;
- Г. 50-60%;
- Д. более 60%.

91. Периферический рак у женщин чаще бывает:

- А. плоскоклеточным;
- Б. железистым;
- В. мелкоклеточным;
- Г. крупноклеточным;
- Д. светлоклеточный рак.

92. Периферический рак легкого диаметром 4 см, не прорастающий висцеральной плевры, с одиночными метастазами в бронхо-пульмональных лимфатических узлах соответствует:

- А. I стадии заболевания;
- Б. На стадии;
- В. Пб стадии;
- Г. Ша стадии;
- Д. Шб стадии.

93. Наиболее часто острая сердечно-сосудистая недостаточность развивается у больных после операции:

- А. сегментэктомии;
- Б. лобэктомии;
- В. типичной пневмонэктомии;
- Г. комбинированной или расширенной пневмонэктомии;
- Д. пробной торокотомии.

94. Одной из наиболее частых причин смерти больных после пневмонэктомии по поводу рака является:

- А. бронхиальный свищ и эмпиема плевры;
- Б. пневмония;
- В. сердечно-сосудистая недостаточность;
- Г. тромбоэмболия легочной артерии;
- Д. инфаркт миокарда.

95. Хирургический метод в лечении мелкоклеточного рака:

- А. не применяется;
- Б. применяется у абсолютного большинства больных в качестве самостоятельного метода;
- В. применяется, как правило, в комбинации с химиотерапией;
- Г. применяется только в сочетании с лучевой терапией;
- Д. применяется в сочетании с иммунотерапией.

96. Применение комбинированного лечения (предоперационная лучевая терапия+операция) плоскоклеточного рака легкого наиболее обосновано у больных:

- А. с I стадией заболевания;

- Б. со Па стадией заболевания;
- В. с Шб стадией заболевания;
- Г. с III стадией заболевания;
- Д. с IV стадией заболевания.

97. Оптимальным сроком между завершением предоперационной лучевой терапии и операцией (с методикой облучения укрупненными фракциями по 4-6 Гр) является интервал:

- А. 1-3 дня;
- Б. 7-10 дней;
- В. 14-21 день;
- Г. больше 3 недель;
- Д. не имеет значения.

98. Наиболее частым клиническим симптомом мелкоклеточного центрального рака легкого является:

- А. кашель;
- Б. одышка;
- В. повышение температуры тела;
- Г. осиплость голоса;
- Д. похудание.

99. Наиболее чувствительным опухолевым маркером мелкоклеточного рака легкого является:

- А. РЭА: раково-эмбриональный антиген;
- Б. ХГ, ГБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический Б-глобулин);
- В. нейроспецифическая енолаза;
- Г. ЛДГ (лактатдегидрогеназа);
- Д. щелочная фосфатаза.

100. Наибольшей эффективностью в монорежиме при лечении мелкоклеточного рака легкого обладает:

- А. тио-тэф;
- Б. циклофосфан;
- В. метотрексат;
- Г. винкристин;
- Д. таксаны.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИИ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Организация онкологической помощи. Предраковые заболевания. Основные принципы диагностики и лечения.

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков диссеминации процесса нет.

Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы.

T4N0M0. Больной рекомендовано провести лучевое лечение.

Вопрос:

- Каковы основные принципы предлучевой подготовки больной?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Х., 65 лет. Предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак среднеампулярного отдела прямой кишки. Принято решение о проведении комбинированного лечения: предоперационная лучевая терапия + чрезбрюшная резекция прямой кишки.

Вопрос:

- Какие возможны осложнения при облучении тазовой области?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле. При осмотре выявлены увеличенные шейные лимфоузлы. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит. Установлен диагноз: рак гортаноглотки. Планируется комбинированное лечение: операция и лучевая терапия.

Вопрос:

- Какие возможны побочные реакции при проведении лучевой терапии у данной больной?

Задача №4 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких): метастазы в правом легком. Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы. T4N0M1. Метастазы в легкие. Больной планируется комбинированное лечение: неoadьювантная ПХТ, ЛТ, хирургическое лечение.

Вопрос:

- Каковы основные цели неoadьювантной химиотерапии?

Задача №5 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Б., 36 лет. Жалуется на боли в животе, преимущественно в области поясницы, чаще возникающие ночью, отеки нижних конечностей. Обследован гастроэнтерологом: патологии желудочно-кишечного тракта не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены увеличенные парааортальные лимфоузлы, спленомегалия. При РКТ органов малого таза: увеличенные подвздошные лимфоузлы. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, лимфопения. Выставлен диагноз: лимфогранулематоз. Больному начато лечение: проведено 3 цикла ПХТ.

Вопросы:

- Каковы критерии оценки эффективности химиотерапии?

Задача №6 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Пациент пришел на прием к онкологу с жалобами на плотное, подкожное образование в области грудины.

Вопросы:

- К какой клинической группе он относится?
- За какой срок надо поставить диагноз?

Задача №7 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Пациент после резекции желудка по поводу рака через 6 месяцев пришел на прием к онкологу для диспансерного наблюдения.

Вопросы:

- Какие обследования он должен пройти и для чего?

- Как часто он должен обследоваться в дальнейшем?

Задача №8 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У пациента 4 стадия рака предстательной железы.

- К какой клинической группе он относится?
- Определите план его лечения?

Задача №9 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной по поводу рака молочной железы планируется провести химиотерапию препаратами антрациклинового ряда.

Вопросы:

- Какие непосредственные осложнения надо ожидать?
- Как их купировать?
- Какие возможные отдаленные осложнения могут быть?

Задача №10 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

После лучевой терапии у больного кожа в месте облучения гиперемирована.

Вопросы:

- К какой группе осложнений относится данное проявление?
- Как помочь больному?

Задача №11 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной предстоит химиотерапия препаратами группы антрациклинов и таксанов.

Вопросы:

- Какие осложнения могут быть?
- Как с ними бороться?

Задача №12 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

При патологоанатомическом вскрытии трупа после ДТП случайной находкой выявлен рак желудка 1 стадии.

Вопросы:

- Какие документы заполняет патологоанатом и для чего?

Задача №13 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной узнал, что после обследования в поликлинике по месту жительства у него рак почки. Он просит направление в онкодиспансер и ОНЦ для повторной диагностики.

Вопросы:

- Причины поведения больного?
- Как помочь больному в плане психологической адаптации?

Задача №14 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больной выявлен рак молочной железы 1 стадии.

- К какой клинической группе она относится?
- Какие дальнейшие действия онколога по месту жительства?

Задача №15 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

На мебельной фабрике участились случаи заболеваемости раком.

Вопросы:

- Рак какой локализации преобладает в данном случае?
- Какой вид диспансеризации нужно провести?
- Какая профилактика должна быть проведена на фабрике?

Задача №16 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

К гинекологу на контрольное обследование пришла женщина 52 лет с отсутствием специфических жалоб. При гинекологическом осмотре врач не обнаружил какой-либо выраженной патологии.

Вопросы:

- Какие манипуляции с данной пациенткой должен произвести врач?
- На какие дополнительные исследования он должен ее направить?

Задача №17 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

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

Вопросы:

- Правильная ли тактика выбрана хирургом?
- Какие дополнительные обследования вы порекомендуете?
- Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением аксиллярных лимфатических узлов?

ОПУХОЛИ КОЖИ

Рак кожи. Меланомы.

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

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 1,5x2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная М., 39 лет. Жалобы на наличие новообразования на наружной поверхности правого плеча, которое увеличилось в размерах за последние 2 месяца. При осмотре: на латеральной поверхности плеча имеется узловое образование, размерами 3x4см, на широком основании, с выраженным сосудистым компонентом, бордово-коричневого цвета, легко кровоточит при пальпации, безболезненно. В правой подмышечной впадине пальпируются увеличенные до 2 см лимфоузлы. Отдаленных метастазов не выявлено.

Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз?
- Какова ваша схема лечения данного больного?

- Какие пути метастазирования данной опухоли?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

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 плотно-эластическую консистенцию. Безболезненны.

Вопросы:

- Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
- Назовите необходимые дополнительные исследования.
- Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Задача №4 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У пациента 37 лет при обследовании обнаружено увеличение паховых лимфатических узлов слева. При осмотре на коже передней поверхности левой голени пигментное образование неправильной формы до 12 мм, с неровной поверхностью, неоднородной окраски. Из анамнеза: Пациент отмечает наличие этого образования с детства, однако за последние полгода отметил увеличение его в размере, изменение формы.

Вопросы:

- Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Предположительная стадия заболевания.
- Назовите необходимые дополнительные исследования.
- Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Задача №5 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У пациента 38 лет в косметологической клинике 4 месяца назад было удалено пигментное образование правого предплечья. В настоящее время в области послеоперационного рубца появилось уплотнение с черным пигментным окрашиванием размером 4 мм. Также в подмышечной области справа определяются подмышечные лимфоузлы, увеличенные до 1,5 см, плотноэластичной консистенции.

Вопросы:

- Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
- Назовите необходимые дополнительные исследования.
- Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Задача №6 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больного 47 лет, длительное время работавшего с радиоактивными веществами, на коже тыльной поверхности правой кисти появилось образование размером 1,5 см с мокнущей поверхностью и инфильтрацией подлежащих тканей, отеком и гиперемией вокруг. Обратился к врачу в поликлинику, где назначена противовоспалительная терапия местного и общего характера, что привело к регрессу новообразования и формированию струпа.

Вопросы:

- Правильно ли выбран метод лечения?
- Какова дальнейшая тактика?

Задача №7 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больного 48 лет, недавно перенесшего острую респираторную вирусную инфекцию, при контрольном осмотре спустя 2 года после лечения хирургическим методом меланомы кожи грудной стенки II уровня инвазии по Кларку обнаружены увеличенные до 3см лимфатические узлы в подмышечной области справа.

Вопрос:

- Ваши действия?

Задача №8 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на изменение цвета, формы и размеров пигментного новообразования на коже передней брюшной стенки. При осмотре выявлен новообразование размером 2,5см, темно-коричневое, без пушковых волос, с венчиком гиперемии по окружности. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Вопросы:

- Ваш диагноз?
- Назначьте план обследования и лечения.

Задача №9 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больному 62 лет в поликлинике три месяца назад произведено иссечение опухоли кожи височной области справа. В выписке указан диагноз: пигментный невус (гистологическое исследование не проводилось). При осмотре на коже височной области справа обнаружен окрепший послеоперационный рубец. Рядом с ним в толще кожи пальпируется узелок с синеватым оттенком. В правой околоушной слюной железе пальпаторно выявлена плотная подвижная округлой формы опухоль размерами 1,5x2,0см.

Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз?
- Укажите на ошибки, допущенные хирургом поликлиники.

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Рак нижней губы

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У курильщика 68 лет появилась образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытая корочкой. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см.

Вопросы:

- А) Ваш предварительный диагноз?
- Б) С помощью какого метода это можно установить?
- В) Тактика лечения этого больного?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Через 2 года после лечения рака нижней губы у женщины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области слева.

Вопросы:

- А) Ваш предварительные диагноз?
- Б) Ваша дальнейшая тактика дообследования и лечения?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной обратился в поликлинику с жалобами на наличие язвенного образования на красной кайме нижней губы в течении последних 6-7 месяцев.

Вопросы:

- А) Ваша тактика действия?
- Б) К какому специалисту следует направить этого больного?

Рак языка и слизистой оболочки полости рта.

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больному 5 лет назад выполнена радикальная операция по поводу рака языка. При контрольном осмотре жалоб не предъявляет. Рецидива и метастазов нет.

Вопросы:

- А) Когда ему явиться на следующий контрольный осмотр?
- Б) Какой минимальный метод обследования необходимо при этом выполнить?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больного в течение последнего года беспокоят периодические боли на левой боковой поверхности языка. Около 2 месяцев назад появилась уплотнение на этом месте. Обратился к врачу.

Вопрос:

Тактика действия врача?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Через 4 года после лечения рака слизистой дна полости рта у мужчины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области справа.

Вопрос:

Тактика действия врача?

Опухоли слюнных желез.

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

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

Вопросы:

- А) Тактика действия врача?
- Б) Наиболее вероятный диагноз?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Через 2 года после лечения рака правой подчелюстной слюнной железы у мужчины появились плотные лимфатические узлы на шее слева.

Вопросы:

- А) Тактика действия врача?
- Б) Наиболее вероятный диагноз?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

В поликлинику обратился молодой человек, 23 лет с жалобами на опухолевидное образования в околоушной области справа, которая появилась около 3 месяцев назад после удара. В течение этого времени опухолевидное образование увеличивается в размере.

Вопросы:

- А) Наиболее вероятный диагноз?
- Б) Ваша тактика действия?

Рак щитовидной железы и гортаноглотки.

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа роста зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа

увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина.

Вопросы:

А) Ваш диагноз?

Б) С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

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

Вопросы:

А) Ваш диагноз?

Б) Тактика лечения?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Т., 45 лет. Предъявляет жалобы на снижение звучности голоса, затруднение акта глотания, боли в костях, за грудиной. Больной длительно лечился тиреостатиками. При осмотре щитовидная железа увеличена в размерах, отмечается ограничение ее смещаемости, увеличение шейных лимфоузлов.

Вопросы:

А) Ваш предварительный диагноз?

Б) Какие современные методы диагностики позволяют подтвердить диагноз?

Задача №4 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле. При осмотре шейные лимфоузлы не увеличены. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит. При дообследовании отдаленных метастазов не обнаружено.

Вопросы:

А) Ваш диагноз?

Б) Каков предполагаемый объем лечения?

Задача №5 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Н., 53 лет. Предъявляет жалобы на поперхивание, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле, охриплость. При осмотре шейные лимфоузлы не увеличены. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована опухолью, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит, голосовые складки фиксированы. Выполнена биопсия. Гистологическое заключение: аденокарцинома. При дообследовании отдаленных метастазов не обнаружено.

Вопросы:

А) Ваш диагноз?

Б) Каков предполагаемый объем лечения?

Задача №6 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больной 46 лет с жалобами на чувство тяжести за грудиной и непостоянную одышку при физической нагрузке при рентгенологическом исследовании грудной клетки за рукояткой грудины выявлена опухоль с четкими контурами, 8 см в диаметре, смещающая трахею вправо. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, мягкой консистенции.

Вопросы:

- А) Ваш предварительный диагноз?
- Б) Какой метод обследования дает возможность определить, что это не щитовидная железа? В) Какие методы лечения можно проводить этой пациентке?

Задача №7 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больной 50 лет диагностирован рак щитовидной железы. При осмотре определяется плотный узел в правой доле, лимфоузлы 3×4 см по ходу кивательной мышцы плотные, увеличенные, безболезненные.

Вопросы:

- А) Как радикально лечить больную?
- Б) Следует ли после операции проводить еще дополнительное специализированное лечение?

Задача №8 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больной 60 лет 10 лет назад диагностирован узловой эутиреоидный зоб размерами 5×3 см. За последние полгода образование увеличилось вдвое, ухудшилось общее состояние больной, появились слабость, быстрая утомляемость. При пальпации поверхность щитовидной железы неровная, консистенция плотная. Образование малоподвижное. Лимфоузлы на левой половине шеи увеличены, плотные.

Вопросы:

- А) Ваш предварительный диагноз?
- Б) С помощью какого метода можно установить точный диагноз?
- В) Тактика лечения этой больной?

Задача №9 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной 45 лет был прооперирован по поводу рака щитовидной железы. Сразу же после операции появилась осиплость голоса, больной стал поперхиваться.

Вопросы:

- А) Какое осложнение струмэктомии возникло у данного больного?
- Б) Какие последствия это может это за собой повлечь?

Задача №10 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Считает себя больным 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен – 30%. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено. При рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы размером 5×5 см с четкими границами.

Вопросы:

- А) Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
- Б) У каких специалистов должна лечиться это больная?

Задача №11 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У курильщика 58 лет появилась охриплость постоянного характера и одышка при малейшей физической нагрузке. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2 см.

Вопросы:

- А) Ваш наиболее вероятный диагноз?
- Б) Какой метод это может точно подтвердить?

В) Тактика лечения этого больного?

Задача №12 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной обратился в поликлинику с жалобами на охриплость и боли в горле усиливающиеся при глотании. При фиброларингоскопии слизистая гортаноглотки и гортани не изменены, но отмечается отечность и сужение просвета гортани.

Вопросы:

А) Какие дополнительные методы исследования нужно провести?

Б) С помощью какого метода диагностики можно взять прицельно пункцию и верифицировать диагноз?

Задача №13 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной 3 года назад оперировался по поводу рака гортани. Выполнена резекция гортани. За последние 2-3 месяца появились жалобы на одышку при малейшей физической нагрузке и усиление охриплости.

А) Вопросы:

Б) Дальнейшая тактика действия врача?

В) Какие методы лечения нужно применить у этого больного?

Задача №14 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной поступил с диагнозом рак гортани и метастазами в лимфатические узлы шеи с обеих сторон.

Вопросы:

А) Какой объем операции требуется на первом этапе?

Б) Какой метод лечения требуется на втором этапе?

В) Какое минимальное специализированное лечение в послеоперационном периоде больному еще требуется проводить?

Задача №15 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больного диагноз рак гортаноглотки с метастазами в лимфатические узлы шеи инфильтративного характера с обеих сторон.

Вопросы:

А) Какой метод лечения нужно применить?

Б) При obturации опухолью просвета гортани, дополнительно, какую операцию необходимо выполнить?

**ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Мастопатии. Рак молочной железы.**

Задача № 1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Пациентка 43 лет обратилась с жалобами на обильные выделения из соска правой молочной железы. Беспокоят в течение 2х месяцев. Вначале выделения были светло-желтого цвета, в последнее время приобрели бурый оттенок. Во время последней маммографии, выполненной 6 месяцев назад, патологии не обнаружено. При осмотре: Молочные железы симметричны. При надавливании на правый сосок отмечается наличие выделений бурого цвета. Выделения из левого соска отсутствуют. При пальпации узловые образования не определяются. Региональные лимфатические узлы не увеличены.

Вопрос:

• Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.

• Назовите необходимые дополнительные исследования.

- Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе заболевания.

Задача № 2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли 2 недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6 С. При осмотре: Левая молочная железа больше левой, кожа железы диффузно отечна, гиперемирована. Отмечается повышение локальной температуры. При пальпации умеренно болезненна, диффузно уплотнена за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные.

Вопрос:

- Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
- Назовите необходимые дополнительные исследования.
- Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Задача № 3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У пациентки 58 лет в постменопаузе при маммографическом исследовании выявлено узловое образование в верхне-наружном квадранте левой молочной железы. Образование неправильной формы, с тяжами в окружающие ткани, размером 1,5 см. При пункционной биопсии получено подтверждение наличия рака молочной железы, а также высокий уровень рецепторов к эстрогену и прогестерону в опухоли и отсутствие гиперэкспрессии HER2/neu. В анамнезе у больной лимфогранулематоз с поражением загрудных лимфатических узлов, по поводу которого она получала химиолучевое лечение.

Вопрос:

- Определите объем обследования для определения стадии заболевания.
- Какой объем оперативного вмешательства будет предложен этой пациентке и почему?
- Какая системная терапия может быть предложена этой пациентке, если у нее нет метастазов в подмышечные лимфатические узлы?

Задача №4 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Ж. 41 год, секретарь. Жалобы на уплотнение в левой молочной железе. Мать умерла от рака молочной железы. В анамнезе 10 аборт, детей нет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте левой молочной железы пальпируется уплотнение до 3х см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте левой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 3х см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: в обоих препаратах обнаружены атипические клетки.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №5 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Ш. 50 лет. Жалобы на уплотнение в правой молочной железе. В анамнезе сахарный диабет, ожирение. Менструации с 11 лет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение до 2х см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре.

Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 2,5х см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: папиллярная карцинома.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №6 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная М. 43 лет. Жалобы на уплотнение в правой молочной железе. Менструации с 11 лет, регулярные. Имеет двое детей. Страдает гипотиреозом. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение более 5 см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируются увеличенные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами 5х6 см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: протоковый рак. При УЗИ брюшной полости обнаружены очаговые образования в печени.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №7 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Пациентка 64 лет поступила с жалобами на плотное безболезненное образование в правой молочной железе размером 3 см, которое она обнаружила при самообследовании 8 месяцев назад.

Вопрос:

- Поставьте предварительный диагноз?
- Какие обследования надо сделать?

Задача №8 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной 32 года, самостоятельно обнаружила опухоль в левой молочной железе. При обследовании по месту жительства выявлено: опухоль в молочной железе размером 1,5 см, при цитологическом заключении поставлен диагноз рак. При исследовании зон регионарного и отдаленного метастазирования данных за Mts не получено.

Вопрос:

- Назовите зоны регионарного и отдаленного метастазирования.
- Поставьте стадию заболевания?
- Определите тактику лечения.

Задача №9 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная 25 лет, жалобы на уплотнение, боли в молочных железах и увеличение желез в размерах. Данная симптоматика появляется перед менструацией в течение последних 6 месяцев.

Вопрос:

- Поставьте предварительный диагноз?
- Какие обследования надо провести?

Задача №10 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной 85 лет, жалобы на плотное безболезненное образование в левой молочной железе, которое пальпируется на протяжении 5 лет. К врачам не обращалась? При осмотре в верхненаружном квадранте левой молочной железы плотное, бугристое образование без четких контуров размером 3 см. В левой подмышечной области плотный, увеличенный, подвижный,

безболезненный лимфоузел. При сканировании костей скелета накопление радиофармпрепарата в головке бедренной кости.

Вопрос:

- Какие обследования надо провести?
- Поставьте стадию заболевания?
- Определите план лечения?

Задача №11 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная 50 лет, жалобы на кровянистые выделения из сосков.

Вопрос:

- Ваш предварительный диагноз?
- План обследования?
- Основной метод лечения?

Задача №12 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная 56 лет, страдает сахарным диабетом. В течение 2 недель правая молочная железа гиперемирована, отечна, сосок втянут.

Вопрос:

- Ваш предварительный диагноз?
- Определите алгоритм диагностики?
- С чего надо начать лечение данной больной?

Задача №13 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Вопрос:

У больной 40 лет рак правой молочной железы T2 N0M0.

- Определите варианты возможного лечения?

Задача №14 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больной 60 лет обнаружена опухоль в левой молочной железе 4 см, конгломерат лимфатических узлов в левой подмышечной области. В зонах отдаленного метастазирования данных за Mts не получено.

Вопрос:

- Назовите зоны отдаленного метастазирования и методы их обследования?
- Поставьте стадию заболевания?
- Определите тактику лечения?

Задача №15 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больной 47 лет язва в области соска правой молочной железы, которая наблюдается в течение 2 лет.

Вопрос:

- Ваш диагноз?
- Алгоритм обследования?
- План лечения?

Задача №16 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больной 64 лет правая молочная железа за последние 3 месяца резко увеличилась в размере, стала плотной и бугристой, но безболезненной. Кожа железы не изменена.

Вопрос:

- Каков предварительный диагноз?
- Составьте план обследования.

Задача №17 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больной 70 лет правая молочная железа за последние 6 месяцев уменьшилась в размере в два раза. Стала плотной, как «камень». Из-за боли в бедре появилась хромота.

Вопрос:

- Поставьте предварительный диагноз?
- Определите план обследования?

Задача №18 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больной 18 лет пальпируется круглое эластичное образование в молочной железе.

Вопрос:

- Поставьте диагноз?
- Какие исследования надо провести для его уточнения?

Рак легкого

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. РКТ головного мозга - без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Тактика лечения?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа - без патологии, слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Тактика лечения?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха

щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак.

Вопрос:

- Диагноз?
- Какую лечебную манипуляцию необходимо выполнить больному?
- Тактика обследования больного?

Задача №4 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Вопрос:

- Диагноз?
- Тактика обследования?

Задача №5 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Ш. 51 год, курит 20 лет. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3-х см в диаметре. Имеется поражение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Выполнена чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика.

Задача №6 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Б. 57 лет, курит 37 лет. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: слева в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 5 см в диаметре. Имеется поражение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Выполнена чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика.

Задача №7 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Е. 62 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, снижение работоспособности, сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов

грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 6 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза?
- Лечебная тактика.

Задача №8 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Х. 63 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, боли в верхней части плеча с распространением на локтевую поверхность, охриплость голоса, опущение верхнего века, слабость мышц кисти. Объективно: обращает на себя внимание наличие синдрома Горнера, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах верхней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза?
- Лечебная тактика.

Задача №9 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной К. 59 лет. Жалобы на сухой кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку, слабость. Похудел за 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого, имеется увеличение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. КТ головного мозга - без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Тактика лечения?

Задача №10 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Г. 65 лет. Жалобы на кровохарканье, боли в правом боку, одышку, слабость, утомляемость. В анамнезе: хронический бронхит, частые пневмонии. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание в норме. Проведено цитологическое исследование мокроты: обнаружены атипичные клетки.

Вопрос:

- Предположительный диагноз?

- Каков план обследования?
- Предположите объем лечения.

ОПУХОЛИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА **Рак пищевода. Рак желудка.**

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной В. 60 лет, шофер 40 лет. Курит 45 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по правозадней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 29 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Е. 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течение 15 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе - патологии не выявлено. В нижней трети желудка имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидноклеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №4 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной К. 74 лет, хирург. Жалобы на похудание, снижение аппетита, затруднение глотания. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается незначительная болезненность в эпигастральной области. Рентгенологически: сужение просвета верхней трети желудка с переходом на розетку кардии. ЭГДС: слизистая верхней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, отмечается сужение розетки кардии, инфильтрация распространяется на пищевод. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, забрюшинных лимфоузлов не выявлено.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №5 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной К. 65 лет. Курит 40 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 3 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №6 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Б. 60 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №7 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Н. 62 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в нижней трети имеется сужение просвета

за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в нижней трети пищевода по задней стенке имеется опухолевое образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см, с преимущественно инфильтративным ростом. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №8 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Н. 62 лет. В анамнезе: системная склеродермия. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи. За последние 4 месяца похудела на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, на всем протяжении пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №9 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Т. 68 лет. В анамнезе: химический ожог пищевода. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи, усиленное слюноотделение, рвоту. За последние 4 месяца похудела на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, на всем протяжении пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №10 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная К. 67 лет. В анамнезе: синдром Пламмера-Винсона. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи, усиленное слюноотделение, рвоту. За последние 3 месяца похудела на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в верхнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в верхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,3 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №11 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной М. 67 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи, усиленное слюноотделение, охриплость голоса, слабость, похудание. За последние 3 месяца похудел на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в верхнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в верхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,3 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №12 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Л., 69 лет. В анамнезе: пептические язвы пищевода. Жалобы на боль за грудиной, изжогу, усиленное слюноотделение, слабость, похудание, затрудненное глотание. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в средне- и нижнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средне- и нижнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №13 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Н., 70 лет. В анамнезе: ахалазия пищевода. Жалобы на боли за грудиной, чувство полноты за грудиной при приеме пищи, усиленное слюноотделение, слабость, затрудненное глотание. Объективно: больной астенического телосложения, пониженного ирритпитания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в средне- и нижнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, неровность контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средне- и нижнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №14 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Ф. 40 лет, механик. В анамнезе: в течении 8 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При обследовании: в легких - без патологии; пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. Гастроскопия: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №15 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Н. 53 лет. Мать, бабушка умерли от рака желудка. В анамнезе: хронический анацидный гастрит. Жалобы на боли в эпигастриальной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 12 кг. При рентгеноконтрастном исследовании желудка обнаружено, что в нижней его трети имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. ЭГДС: пищевод без патологии, в желудке признаки атрофии слизистой оболочки, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети, имеется застойное содержимое. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №16 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная К. 34 лет. Мать, бабушка умерли от рака желудка. Жалобы на боли в эпигастриальной области, рвоту съеденной пищей, увеличение живота в объеме. Похудела за последние 2 месяца на 12 кг. При ЭГДС и рентгеноконтрастном исследовании желудка и пищевода установлено наличие опухоли, инфильтрирующей слизистую желудка по большой и малой кривизне на всем протяжении от кардиального жома до привратника. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: имеется свободная жидкость в брюшной полости, по брюшине определяются очаги инфильтрации до 1 см в диаметре.

Вопрос:

- Диагноз?
- Стадия?
- Лечебная тактика?

Задача №17 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Р. 72 лет. В анамнезе: хронический атрофический гастрит. Жалобы на слабость, похудание, боли в эпигастриальной области, затруднение глотания. Похудел за последние 2 месяца на 10 кг. При ЭГДС: в желудке признаки атрофии слизистой оболочки, в верхней трети слизистая инфильтрирована по большой кривизне до средней трети, имеется инфильтрация розетки карди. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №18 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная В. 62 лет, профессор орнитологии. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области. Похудела за 3 месяца на 13 кг. Объективно: увеличены надключичные лимфоузлы слева, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно - дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в печени имеется 3 округлых образования, без четких границ, размерами до 2 см в диаметре, забрюшинное пространство без очаговых образований, в брюшной полости определяется свободная жидкость.

Вопрос:

- Диагноз?
- Стадия?
- Лечебная тактика?

Задача №19 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная В. 62 лет, профессор орнитологии. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области. Похудела за 3 месяца на 13 кг. Объективно: увеличены надключичные лимфоузлы слева, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно - дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области.

Вопрос:

- Предположительный диагноз?
- Объем обследования.

Задача №20 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Щ. 41 лет. В анамнезе: в течении 5 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка, анемии. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При обследовании: в легких - без патологии; пищевод не изменен, в нижней трети желудка по малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. ЭГДС: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, доходящая до привратника, при пальпации кровоточит. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника, очаги инфильтрации по брюшине.

Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?
- Какое необходимо дополнительное исследование провести в данном случае?

Рак ободочной кишки.

Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны.

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Л. 55 лет, механик. Мать умерла от рака желудка. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли внизу живота. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в сигмовидной кишке сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в сигмовидной кишке просвет

сужен за счет инфильтрации. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: обнаружено опухолевое поражение сигмовидной кишки, печень, почки без патологии. Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной А. 56 лет, профессор истории. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: в печени в области 7 сегмента имеется округлое образование, без четких границ, в головке поджелудочной железы определяется объемное образование 3х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Н. 70 лет. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище, за последние две недели отметил желтушность кожи, зуд. Похудел за 2 месяца на 9 кг. В анамнезе хронический панкреатит. Объективно: кожные покровы и склеры желтушны, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, отмечается сдавление общего желчного протока, поджелудочная железа неоднородной структуры, отечна, вирсунгов проток расширен, в области головки поджелудочной железы определяется объемное образование 3х4см; в брюшной полости свободная жидкость; забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: определяется объемное образование в области головки поджелудочной железы, размерами 3х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 700 Ед/мл.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №4 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной А. 69 лет, слесарь. Злоупотребляет алкоголем. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище. Похудел за 2 месяца на 8 кг. В анамнезе хронический панкреатит, страдает тромбозом. Без эффекта лечился по поводу язвенной болезни желудка. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, в области тела поджелудочной железы определяется объемное образование 4х4см, структура поджелудочной железы неоднородная, отечна, забрюшинное пространство без особенностей. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование в головке поджелудочной железы, размерами 4х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 654 Ед/мл.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №5 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной А. 60 лет, рабочий в области резиновой промышленности. Жалобы на тошноту, боли в эпигастральной области, отвращение к пище. В анамнезе желчно-каменная болезнь. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации,

отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ, РКТ органов брюшной полости: в области 4 и 5 сегментах печени отмечаются 3 очаговых образования размерами от 1 до 1,5 см с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, стенка желчного пузыря инфильтрирована, в просвете определяется объемное образование 2 см в диаметре. Положительны маркеры: СА 19-9, щелочная фосфатаза.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №6 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Х. 56 лет, инженер. Отец умер от рака толстой кишки. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота, слабость. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в правой половине кишки просвет сужен за счет экзофитного образования, легкокровотокающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №7 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Р. 63 лет. Отец, брат умерли от рака толстой кишки. В анамнезе: семейный полипоз. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота, слабость. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в правой отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в правой половине кишки просвет сужен за счет экзофитного образования, размерами до 6 см в диаметре, легкокровотокающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в правой доле печени имеется очаг размерами 2 см в диаметре, с нечетким контуром.

Диагноз? Лечебная тактика? Какое дополнительное исследование нужно провести больному?

Задача №8 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Р. 63 лет. В анамнезе: рак молочной железы. Жалобы на слабость, запоры, примеси слизи в кале, вздутие живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в левом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эндофитно-растущего новообразования, легкокровотокающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №9 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная К. 60 лет. В анамнезе: неспецифический язвенный колит. Жалобы на слабость, тошноту, иногда рвоту, тяжесть в животе, урчание, запоры. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эндофитно-растущего новообразования, легкокровотокающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в правой доле печени имеется очаг размерами 2 см в диаметре, с нечетким контуром.

Диагноз? Лечебная тактика? Какое дополнительное исследование нужно провести больной?

Задача №10 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной П. 62 лет. В анамнезе: семейный полипоз. Жалобы на периодические боли в правой половине живота, слабость, наличие опухолевидного образования в правой половине живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование размерами до 8 см в диаметре. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет восходящего отдела сужен за счет экзофитного бугристого образования (6 см в диаметре), легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №11 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной А. 60 лет. В анамнезе: хронический колит. Жалобы слабость, наличие опухолевидного образования в правой половине живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование размерами до 7 см в диаметре. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет восходящего отдела сужен за счет экзофитного бугристого образования (6 см в диаметре), легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии. На рентгенограмме органов грудной полости обнаружены множественные очаги с нечеткими контурами в левом легком.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №12 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Т. 68 лет. Страдает наследственным полипозом. Жалобы на слабость, тошноту, тяжесть в животе, урчание, запоры. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эндофитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости, по брюшине – множественные очаги от 0,5 до 1,5 см в диаметре.

Диагноз? Лечебная тактика? Какое дополнительное исследование нужно провести больному?

Задача №13 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной К. 71 года. Страдает наследственным полипозом. Жалобы на тошноту, тяжесть в животе, урчание, запоры, боли в животе. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в поперечном отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет поперечного отдела толстой кишки сужен за счет эндофитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологическое заключение: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости, по брюшине – множественные очаги от 0,5 до 1,5 см в диаметре, в печени 2 очага до 3 см в диаметре с нечеткими контурами.

Диагноз? Лечебная тактика? Какие дополнительные исследования нужно провести больному?

Задача №14 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Ж., 53 года. Страдает хроническим колитом. Жалобы нет. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, безболезненный, опухолевое образование не пальпируется.

Пришел на контрольное обследование по поводу своего заболевания. При фиброколоноскопии в нисходящем отделе толстой кишки обнаружено экзофитно-растущее новообразование, размерами более 3 см, взята биопсия. Гистологическое заключение: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Рак прямой кишки.

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной И. 65 лет, шофер, мать умерла от рака прямой кишки. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки (суживающий ее просвет). Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная К. 65 лет, страдает геморроем 20 лет. В прошлом работник химкомбината в течении 45 лет. Жалобы на запоры, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудела на 8 кг. Объективно: невоспаленный геморрой. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологически: инфильтративный рак, низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Х., 65 лет. Жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак прямой кишки. Отдаленных метастазов не выявлено. Поскольку опухоль локализована в нижеампулярном отделе, принято решение о проведении комбинированного лечения: лучевая терапия + операция в объеме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

Каковы основные принципы реабилитации больного с колостомой (что должен знать больной, чтобы научиться управлять колостомой)?

Рак печени.

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной С. 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, отмечается гепатомегалия. УЗИ, КТ брюшной полости: 4,5,6 сегменты печени занимает объемное образование размерами 4x5 см в диаметре с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, асцит. Маркер: АФП 700 нг\мл. Гистологическое заключение: гепатоцеллюлярный рак.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной И., 36 лет. В течение 4-х лет болен вирусным гепатитом С. При настоящем обследовании в правой доле печени, на фоне цирротических изменений. Определяется объемное образование до 7,0 см в диаметре.

Определите диагностическую и лечебную тактику? Назовите возможные варианты заболеваний?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной А., 45 лет. 2 года назад перенес резекцию сигмовидной кишки по поводу рака. При настоящем обследовании в проекции 5 и 8 сегментов печени определяется два опухолевых очага, максимальным размером до 5,0 см.

Определите диагностическую и лечебную тактику.

Задача №4 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной А., 68 лет. 2 года назад перенес переднюю резекцию прямой кишки по поводу рака. При настоящем обследовании в проекции 2, 5 и 8 сегментов печени определяется два опухолевых очага, максимальным размером до 5,0 см.

Определите диагностическую и лечебную тактику.

Опухоли костей и мягких тканей

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Х., 23 лет. Жалобы на боли в левой ноге, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: в области латеральной поверхности средней трети левого бедра пальпируется опухолевидное образование, малоподвижное, каменистой плотности, размерами 5х6 см. Паховые лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, размерами от 1 до 2 см, безболезненны. Больной выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ: опухоль располагается в средней трети бедренной кости, протяженностью до 6 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ.

Вопросы:

- Ваш диагноз?
- Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли?
- Какова схема лечения?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной П., 19 лет. Жалобы на боли в правом плече, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: правое плечо обычной конфигурации, кожные покровы не изменены, при пальпации отмечается локальная болезненность в средней трети. Больному выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ, МРТ: опухоль располагается в средней трети плечевой кости, протяженностью до 5см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

Вопросы:

- Ваш диагноз?
- Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли?
- Какова схема лечения?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Е., 41 года. Жалобы на наличие опухолевидного образования в верхней трети левого бедра. Объективно: на латеральной поверхности верхней трети левого бедра определяется опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размерами 5х6 см, ограниченной подвижности, кожа над ним гиперемирована. Больному выполнено РКТ, МРТ, УЗИ: опухоль располагается в мягких тканях средней трети бедра, размерами до 5см в диаметре, прорастания бедренной кости нет, выражен сосудистый компонент. При

рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

Вопросы:

- Ваш диагноз?
- Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли?
- Какова схема лечения?

Задача №4 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У пациента липосаркома забрюшинного пространства, опухоль до 15 см, низкой степени дифференцировки, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов.

Вопросы:

- Какая стадия?
- Как классифицируются опухоль по глубине залегания?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №5 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больного 30 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома правого бедра, опухоль 6 см, высокой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

Вопросы:

- Какая стадия?
- Как классифицируются опухоль по глубине залегания?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №6 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больного 50 лет ангиосаркома плеча, опухоль 8 см, низкой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

Вопросы:

- Какая стадия?
- Как классифицируются опухоль по глубине залегания?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №7 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больного 39 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома бедра, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, имеются множественные метастазы в легкие.

Вопросы:

- Какая стадия?
- Как классифицируются опухоль по глубине залегания?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №8 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больного 40 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома голени, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, опухоль располагалась над поверхностной фасцией. Регионарные лимфатические узлы не были поражены, отдаленных метастазов не было. Проведено хирургическое лечение голени, послеоперационный курс дистанционной лучевой терапии на голень. Через 6 месяцев выявлены метастазы в легкие.

Вопросы:

- Какая была стадия?

- Как классифицировалась опухоль по глубине залегания?
- Какая СОД при проведении послеоперационного курса дистанционной лучевой терапии подводится в подобных случаях?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №9 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

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

Вопросы:

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении остеосаркомы конечности?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №10 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больного 20 лет саркома Юинга плеча, опухоль 9 см, низкой степени дифференцировки. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

Вопросы:

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении саркомы Юинга конечности?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №11 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больного 50 лет хондросаркома плеча, опухоль 8,5 см, низкой степени злокачественности. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

Вопросы:

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при хирургическом лечении хондросаркомы конечности?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №12 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больного 19 лет саркома Юинга крестца, опухоль 10 см, низкой степени дифференцировки. Регионарные лимфатические узлы не поражены, имеются множественные метастазы в легкие.

Вопросы:

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении саркомы Юинга с наличием метастазов в легкие?
- Тактика лечения.

Задача №13 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больного 25 лет остеосаркома голени, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки. Регионарные лимфатические узлы не были поражены, отдаленных метастазов не было. Проведено 6 курсов предоперационной химиотерапии, хирургическое лечение, 6 курсов послеоперационной химиотерапии. Через 6 месяцев выявлен рецидив в голени и метастазы в легкие.

Вопросы:

- Какая была стадия?

- Какова пятилетняя выживаемость при лечении остеосаркомы с наличием рецидива и метастазов в легкие?

- Тактика лечения.

ЛИМФОМЫ Лимфогранулематоз.

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Р., 35 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38⁰ в течении нескольких дней подряд, ночную потливость, похудание, кожный зуд, наличие опухолевидного образования в области шеи. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный. В анализе крови: СОЭ 30 мм\ч, фибриноген 570 мг%, лимфоциты 27%.

Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз?
- Каков объем обследования данной больной?
- Какие клетки обнаруживаются при гистологическом исследовании данного вида опухоли?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Г., 37 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38⁰ в течении нескольких дней подряд, кашель, одышку, боли за грудиной. В анамнезе: длительно лечился по поводу бронхита, антибиотикотерапия без эффекта. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, селезенка, печень не увеличены. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, фибриноген 600 мг%, лимфоциты 17%.

Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз?
- Какую манипуляцию необходимо выполнить для морфологической верификации болезни? Что является морфологическим субстратом данного вида опухоли?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больной Б., 36 лет. Жалуется на боли в животе, преимущественно в области поясницы, чаще возникающие ночью, отеки нижних конечностей. Обследован гастроэнтерологом: патологии желудочно-кишечного тракта не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены увеличенные парааортальные лимфоузлы, спленомегалия. При РКТ органов малого таза: увеличенные подвздошные лимфоузлы. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, лимфопения.

Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз?
- Какова ваша схема лечения данного больного?

Задача №4 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больной 20 лет лимфомы Ходжкина, нодулярный склероз, Ia стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области, факторы риска не выявлены.

Вопросы:

- Имеются ли у данной больной симптомы интоксикации?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №5 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больного 30 лет ЛХ, смешанно-клеточный вариант IIb стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области и средостения, без других факторов риска.

Вопросы:

- Имеются ли у данной больной симптомы интоксикации?

- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №6 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больного 28 лет ЛХ, смешанно-клеточный вариант Пв стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области и средостения, индекс массы тела более 0,33.

Вопросы:

- Имеются ли у данной больной симптомы интоксикации?
- Имеются ли дополнительные факторы риска?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №7 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больной 58 лет ЛХ, вариант лимфоидное истощение с поражением лимфоузлов правой надключичной области и локальным поражением печени.

Вопросы:

- Какая стадия?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №8 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больного 31 года ЛХ, вариант лимфоидное истощение с поражением лимфоузлов области средостения и локальным до 1 см, единичным очагом в правом легком. Предъявляет жалобы на ночной профузный пот.

Вопросы:

- Какая стадия?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №9 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная М., 30 лет, 2 года назад обратилась к участковому врачу в связи с увеличением до 2 см в диаметре лимфоузла в правой надключичной области. Незадолго до этого перенесла ОРВИ. Врач не назначил никаких дополнительных исследований, рекомендовал спиртовые компрессы. Через полгода у больной в этом же месте появились еще два плотных лимфоузла размерами 1,5x2,0 см, а в надключичной области слева появился лимфоузел такого же размера.

Врач поликлиники снова назначил тепловые процедуры и антибиотики. Лимфоузлы сначала незначительно уменьшились в размерах, затем снова увеличились до 2,0-3,0 см в диаметре.

Больная решила больше к врачам не обращаться, самочувствие оставалось удовлетворительным.

Через 2 года внезапно поднялась температура до 38,5-39,0°C ежедневно, не снижалась от применения антибиотиков. По ночам отмечалась обильная потливость. Периодически отмечала кожный зуд. При ходьбе несколько раз отмечала колющие боли в левом подреберье. Во время врачебного осмотра на этот раз были выявлены увеличенные немногочисленные плотные лимфоузлы (не менее 3 см в диаметре) в обеих шейно-надключичных областях. При пальпации селезенка выступала на 4 см из-под края реберной дуги.

Вопросы:

- Какой диагноз можно предположительно поставить больной?
- Какие дополнительные методы исследования необходимы?
- Можно ли считать проявлениями одного и того же заболевания симптомы, возникшие 2 года назад и появляющиеся в дальнейшем?

- Что можно сказать о характере течения болезни, какие клинические стадии заболевания можно отметить у больной за время трех ее обращений к врачу в течение 2-х лет?

Неходжкинские лимфомы (Лимфосаркомы).

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

К участковому терапевту обратилась пациентка Н, 30 лет с жалобами на увеличение подмышечных, паховых лимфоузлов с обеих сторон. За последние 6 месяцев пациентка похудела на 10 кг, отмечает вечерний подъем температуры тела до 38 С, повышенную ночную потливость. При осмотре: выраженная астения, подмышечные и паховые лимфоузлы резко увеличены, малоподвижны, безболезненны.

Вопросы:

- Какое заболевание можно предположить у данной пациентки на основании данных анамнеза и осмотра?
- Какие диагностические мероприятия могут подтвердить диагноз?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

В отделение гематологии областной больницы поступила пациентка Д., 45 лет с диагнозом: неходжкинская лимфома, 2 стадия, небластный вариант. Диагноз подтвержден гистологическим исследованием с иммунофенотипированием.

Вопросы:

- От каких факторов зависит дальнейшее лечение пациентки?
- Приведите схему химиотерапию используемую в данном случае?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

В отделение гематологии городской больницы поступила пациентка И., 28 лет, с жалобами на увеличение всех групп периферических лимфоузлов, похудание за 3 месяца на 8 кг, общую слабость, повышение температуры тела к вечеру до 38,5 С, ночные поты. При осмотре: все группы периферических лимфоузлов увеличены в размерах, астения, кожные покровы и видимые слизистые незначительно эктеричны.

Вопросы:

- Какое заболевание можно предположить у пациентки?
- Как подтвердить правильность диагноза?
- Какой режим химиотерапии назначают при таком варианте течения заболевания?

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Рак шейки матки. Рак тела матки. Рак яичников.

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная К.Т.М. - 70 лет, считает себя больной с декабря 2008 года, когда впервые отметила появление кровянистых выделений из половых путей на фоне менопаузы. В январе 2009 года больную госпитализировали. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободны.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больной К.Л.Г. – 50 лет появились жалобы на кровянистые выделения из половых путей на

фоне менопаузы. По месту жительства выполнили раздельное диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные. Выполнили операцию в объеме - экстирпация матки с придатками. Гистологическое заключение: шейка матки выстлана многослойным плоским и цилиндрическим эпителием. В эндометрии разрастание умереннодифференцированной эндометриоидной аденокарциномы с плоскоклеточной метаплазией, с инвазией в миометрий до 5 мм (менее толщины миометрия). Яичники и маточные трубы с признаками возрастной инволюции.

Вопросы:

- Сформулируйте заключительный диагноз, стадию?
- У данной больной метастазы не обнаружены.

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная К.В.Л. 70 лет предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей последние 3 месяца на фоне 20-летней менопаузы. При гинекологическом осмотре: женские половые органы развиты правильно. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Тело матки увеличено до 7-8 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №4 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

У больной И.Е.Д. 60 лет, появились боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные. Произведено раздельное диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Выполнена операция в объеме экстирпация матки с придатками. Результат гистологического исследования: высокодифференцированная аденокарцинома, прорастающая более? толщи миометрия. У данной больной метастазы не обнаружены.

Вопросы:

- Сформулируйте заключительный диагноз, стадию?
- Ваши рекомендации?

Задача №5 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная И.Н.Я. 47 лет предъявляет жалобы на ациклические кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота, слабость. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Тело матки увеличено в размерах за счет миоматозных узлов. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, параметрии свободные.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №6 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Т.Н.В. 42 лет, предъявляет жалобы на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. В зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, деформирована опухолью до 4 см в диаметре. Тело матки не увеличено. Придатки с обеих сторон без особенностей. Параметрии свободные, своды глубокие.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №7 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Т.Н.И. 59 лет. Жалоб нет. При проф. осмотре взяты мазки на онкоцитологию с шейки матки. Заподозрен рак шейки матки.

Вопросы:

- Какие методы диагностики нужно применить для уточнения диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №8 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Т.Л.А. 39 лет предъявляет жалобы на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Анамнез: в течение 3-х лет стояла ВМС. Стали беспокоить ациклические кровянистые выделения из половых путей, в связи с чем ВМС удалили. Затем провели противовоспалительное лечение. Через месяц вновь установили ВМС. Через три месяца появились контактные кровянистые выделения из половых путей. Через месяц ВМС удалили. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки несколько гипертрофирована, слизистая ее не изменена. При пальпации шейка матки эластичная. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №9 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Т.Р.М. 51 года. В течение последних 2-х месяцев предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, водянистые бели из половых путей и контактные кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки раздута, плотная, слизистая оболочка темно-багрового цвета. При пальпации шейка матки ригидная. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №10 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Т.Н.Я. 35 лет, предъявляет жалобы на контактные кровянистые выделения и водянистые бели из половых путей.

Обратилась к гинекологу по месту жительства.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки в виде мелкобугристых разрастаний, напоминает цветную капусту, покрыта темными корками. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №11 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Т.В.И. 44 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость. При УЗИ органов малого таза обнаружено: увеличение левого яичника до 12 см, правого до 5 см. СА – 125 = 1595,0 МЕ/мл. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище рожавшей. Слизистая влагалища и шейки матки не изменена. Тело матки нормальных размеров. Слева от матки определяется образование до 12 см в диаметре, плотноэластической консистенции, подвижное, справа определяется образование до 5 см в диаметре, подвижное. Параметрии свободные, своды глубокие.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №12 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная О.В.Г. 65 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость, увеличение живота в объеме.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №13 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная В.Л.М. 69 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость, увеличение живота в объеме, похудание.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
 - Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №14 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Р.К.Д. 53 лет, в течение последних пяти лет наблюдается по поводу опухоли левого яичника (до 2 см в диаметре). С июня 2009 года отмечается рост опухоли до 10 см. СА – 125 = 629 МЕ/мл. В октябре 2009 года обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Шейка матки цилиндрической формы. Тело матки нормальных размеров. Слева от матки определяется подвижное тугоэластической консистенции опухолевое образование до 10 см в диаметре. Справа без особенностей.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?

- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №15 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Ш.Ю.Я., 39 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, увеличение живота в объеме, быструю утомляемость, похудание. СА – 125= 842 МЕ/мл.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №16 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная М. 55 лет. Жалоб не предъявляет. При профосмотре обнаружено увеличение в объеме правого яичника, выполнено ультразвуковое исследование, при котором установлено, что правый яичник увеличен в размерах до 7 см, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Менструации с 12 лет, регулярные. Имеет двое детей. Объективно: при бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенный до 6-7 см правый яичник, безболезненный. УЗИ органов брюшной полости и малого таза: асцит, объемное образование правого яичника. При лапароскопическом исследовании обнаружены метастатические очаги по брюшине. Цитологическое исследование опухолевой ткани яичников: аденокарцинома. Исследование асцитической жидкости: обнаружены опухолевые клетки. Маркер СА 125 450 ед\мл.

Вопросы:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №17 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная М. 61 года. Жалобы на мажущие выделения из половых путей. Менструации с 13 лет, постменопауза. Имеет трое детей. Объективно: при бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенная в размерах матка до 6-7 беременности, безболезненная, из половых путей имеются сукровичные выделения. Выполнено УЗИ органов брюшной полости, малого таза, трансвагинальное УЗИ: объемное образование тела матки, толщина эндометрия более 15 мм. При рентгенологическом исследовании легких без очаговой патологии. Проведено раздельное диагностическое выскабливание, гистологическое заключение: эндометриоидная аденокарцинома.

Вопросы:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №18 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная М., 35 лет. Длительно лечилась по поводу папилломавирусной инфекции. Половая жизнь с 16 лет. Жалоб не предъявляет. При очередном гинекологическом обследовании взят соскоб с шейки матки для цитологического исследования, по результатам которого обнаружена аденокарцинома шейки матки. Проведено обследование: глубина инвазии опухоли не более 3 мм протяженностью до 5мм, признаков диссеминации процесса нет.

Вопросы:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №19 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная К., 40 лет. Жалобы на межменструальные выделения, водянистые мутные бели. В анамнезе: лечение по поводу папилломавирусной инфекции. При гинекологическом осмотре:

шейка матки уплотнена, отмечается ранимость, повышенная кровоточивость слизистой, имеется небольшой пришеечный инфильтрат с переходом на своды влагалища. Кольпоскопия: картина соответствует высокоатипичному эпителию. Результаты биопсии: глубина инвазии опухоли до 6мм в диаметре до 7мм. При дообследовании (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков поражения регионарных лимфоузлов, диссеминации процесса нет.

Вопросы:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Трофобластические опухоли.

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная И.А.Н., 28 лет. В июле 2009 года ЭКО в связи с бесплодием трубного генеза. В сроке 5 недель – неразвивающаяся беременность по данным УЗИ. 24.07.09г – РДВ. С июля 2009г по сентябрь 2009г продолжались кровянистые выделения. Обратилась к гинекологу. ХГ – (29.09.09г) – 305,5 МЕ/л. Матка мягковатой консистенции, увеличена до 10 недель беременности.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Б.И.И., 26 лет. Последняя нормальная менструация в июне 2009 года. В августе 2009 года после недельной задержки менструации отметила кровянистые выделения из половых путей. По месту жительства выполнено РДВ. После РДВ кровянистые выделения из половых путей усилились. 12.10.09г повторное РДВ. ХГ от 27.10.09г – 32 тыс. МЕ/л. А) Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Больная Б.Ю.П., 26 лет, считает себя больной в течение последних четырех месяцев. Последняя нормальная менструация в январе 2008 года. В октябре 2008 года кесарево сечение. В последующие 4 месяца ациклические кровянистые выделения из половых путей. ХГ – 20 тыс. МЕ/л.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
 - Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В ОНКОЛОГИИ

Метастазы рака неизвестной первичной локализации (МРНПЛ).

Паранеопластический синдром.

Семейно-ассоциированный опухолевый синдром.

Болевой компрессионный корешковый синдром при онкологических заболеваниях. Первичные и метастатические опухоли позвоночника.

Миеломная болезнь.

Современные представления о первично-множественных опухолях.

Задача №1 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Пациент Э., 35 лет, обратился к хирургу в поликлинику по месту жительства с жалобами на припухлость в области шеи после перенесенной 3 месяца назад ангины. При осмотре: область шеи справа увеличена за счет безболезненного, малоподвижного образования. Т тела в пределах нормы. Хирургом был поставлен диагноз «шейный лимфаденит» и назначена антибактериальная терапия. Однако эффекта от антибактериальной терапии в течении 7 дней не отмечалось, образование в области шеи увеличивалось и пациент был направлен на консультацию к районному онкологу.

Вопросы: 1. В чем тактическая ошибка хирурга поликлиники? 2. Какой комплекс диагностических мероприятий для уточнения диагноза может быть использован районным онкологом? 3. Какой диагноз можно поставить пациенту на данном этапе?

Задача №2 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

К онкологу в онкологическом диспансере обратилась пациентка К. 63 лет с жалобами на отечность и увеличение в объеме правой подмышечной области. При осмотре: кожа правой подмышечной области визуально не изменена. При пальпации в правой подмышечной области пальпируется крупный лимфоузел, около 3 см в диаметре, малосмещаемый, безболезненный. Молочные железы без узловых образований. Другие группы периферических лимфоузлов не увеличены. Пациентке выполнена диагностическая тонкоигольная биопсия лимфоузла правой подмышечной области, которая оказалась безуспешной и диагностического материала не содержала, маммографическое исследование - без патологических образований в молочных железах.

Вопросы: 1. Какова дальнейшая тактика онколога? 2. Метастазами из каких других первичных очагов (кроме молочной железы) могут поражаться подмышечные лимфоузлы?

Задача №3 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

В городскую больницу № 1 потсупила пациентка Н, 75 лет с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, повышение Т тела к вечеру до 37,5. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые эктеричны, гепатомегалия (+2 см), асцит. Из анамнеза: считает себя больной около 1 года, когда впервые появились боли в правом подреберье. Много лет наблюдалась у гинеколога по поводу поликистозно измененных яичников, однако последние 10 лет гинеколога не посещала. Из сопутствующих заболеваний: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии ремиссии, ИБС, гипертоническая болезнь 2 стадии.

Вопросы: 1. Приведите схему обследования данной больной на основании данных осмотра и анамнеза? 2. О каких диагнозах можно думать, опираясь на данные осмотра и анамнеза?

Задача №4 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Пациентка Е., 45 лет, доставлена в приемное отделение больницы №7 бригадой скорой помощи с жалобами на сильную головную боль, неукротимую рвоту. При осмотре: дезориентирована в ситуации, критика снижена, имеются элементы афазии, правосторонний гемипарез, вторичная стволовая симптоматика. Со слов родственников известно, что пациентка длительное время наблюдалась у онколога по месту жительства, однако заболевание свое от них скрывала. Документальных подтверждений онкологического заболевания нет.

Вопросы: 1. Какова неотложная лечебная тактика при данной симптоматике? 2. Приведите схему диагностического поиска? 3. Какой диагноз можно поставить на данном этапе?

Задача №5 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Пациент В., 20 лет, водитель, обратился к неврологу в городскую поликлинику с жалобами на боли в области поясничного отдела позвоночника. После осмотра неврологом был поставлен диагноз: поясничный остеохондроз и назначено физиотерапевтическое лечение. Однако спустя 2 месяца пациент вновь обратился к неврологу с жалобами на усиление болей в поясничной области, уплотнение кожи по ходу поясничных позвонков, периодическое чувство

онемения нижних конечностей. Пациент направлен на консультацию онколога в районный онкологический диспансер.

- Вопросы:** 1. О каком диагнозе можно думать исходя из клинической картины?
2. Какова диагностическая тактика онколога районного онкологического диспансера?
3. Какие принципы хирургического лечения данной патологии вы знаете?

Задача №6 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

Пациентка Д., 65 лет, обратилась к неврологу в городскую поликлинику с жалобами на появление болей в грудном отделе позвоночника. При осмотре неврологической симптоматики не выявлено. Пациентка направлена на рентгенологическое исследование грудного отдела позвоночника. Заключение: специфическое поражение Th7-8, вероятнее всего метастатической природы.

- Вопросы:** 1. С каким еще заболеванием нужно дифференцировать данный диагноз?
2. Приведите принципы диагностического поиска первичной опухоли?
3. Опухоли какой локализации, вероятнее всего, могут метастазировать в позвоночник?

Задача №7 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

К терапевту в городскую поликлинику обратился пациент Т., 25 лет, с жалобами на повышение Т тела до 37,5 к вечеру, слабость, потливость в течении месяца. В общем анализе крови: Эритроц. 4,83; Гем. 10,0; Лей. 8,5; СОЭ 16. В общем анализе мочи: Цв. сол-желтый; Уд. вес 1020; Белок нет. В Биохим. анализе крови: глюкоза вен. 4 ммоль/л; АЛТ 27,9 Ед/л; общий бил. 12 мкмоль/л; креатинин 63 мкмоль/л; общий белок 72,5 г/л. Терапевтом поставлен диагноз ОРВИ и назначено симптоматическое лечение. Однако в течение следующей недели симптоматика нарастала: появилась выраженная слабость, боли в костях, олигоурия, пациент резко похудел.

- Вопросы:** 1. О каких диагнозах можно думать исходя из клинической картины болезни? 2. Какие исследования нужно провести для постановки диагноза?

Задача №8 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

К маммологу в городскую поликлинику обратилась пациентка С., 52 лет с жалобами на наличие узлового образования в левой молочной железе. При осмотре выявлено узловое образование левой и правой молочных желез. Пациентка направлена на маммографическое исследование. При маммографическом исследовании рентгенологическая картина рака левой и правой молочной желез.

- Вопросы:** 1. Определите дальнейшую диагностическую тактику маммолога?
2. Поставьте предварительный диагноз данной пациентке?

Задача №9 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

К гинекологу в городскую поликлинику обратилась пациентка Ю., 48 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей вне менструации. Из анамнеза: 3 года назад оперирована по поводу рака левой молочной железы T2N2M0, III A стадии в объеме радикальная мастэктомия слева с сохранением грудных мышц. От дальнейшего предложенного лечения (химиотерапия, гормонотерапия, лучевая терапия) пациентка отказалась. В последующие 3 года после операции не наблюдалась.

- Вопросы:** 1. Определите дальнейшую диагностическую тактику гинеколога?
2. О каком предположительном диагнозе может идти речь?

Задача №10 УК-1; ОПК-4, ОПК-5

К онкологу в онкологический диспансер обратилась пациентка Р., 27 лет с жалобами на боли и уплотнения в молочных железах. При осмотре: на коже лица и рук пациентки имеются мелкие пигментные пятна, при пальпации молочных желез выявлены множественные узловые образования от 0,5 до 1 см в диаметре. Пациентка направлена на УЗИ молочных желез,

заключение: множественные фиброаденомы молочных желез. Диагноз верифицирован в дальнейшем при помощи тонкоигольной диагностической пункционной биопсии. Из анамнеза пациентки известно, что все родственники женского пола по материнской линии болели раком молочной железы.

Вопросы: 1. О каких синдромах можно думать, исходя из анамнестических и клинических данных заболевания? 2. Какова дальнейшая тактика онколога?

3. Технологии и критерии оценивания

Преподаватель при помощи тестов, решения ситуационных задач, опроса оценивает теоретическую подготовку ординатора. По практическим навыкам в 5 семестре сдается зачет без оценки, в 6 семестре – зачет с оценкой.

Критерии оценки

Критерии оценки этапа приема практических умений и навыков:

Отлично – проведен подробный расспрос больного или его родственников, определены все детали анамнеза болезни, анамнеза жизни, эпидемиологического, аллергологического анамнеза. Сделаны соответствующие выводы. Проведен осмотр по органам и системам: выделены главные симптомы. Определены ведущие синдромы основного, сопутствующего (при его наличии), фонового (при его наличии) заболевания. Интерпретированы результаты лабораторных анализов (при их наличии). Сформулирован клинический диагноз. Проведен дифференциальный диагноз (при необходимости). Определена тактика лечения, включая сроки изоляции больного, и ближайший прогноз. При общении с больным или его представителем проявляет толерантность к социальному, этническому статусу пациента, демонстрирует эмпатию.

Хорошо - то же самое, но при наличии замечаний, имеющих несущественный характер при сборе анамнеза и осмотре больного, Неполная формулировка клинического диагноза в части выделения сопутствующих или фоновых заболеваний, затруднение с определением ближайшего прогноза.

Удовлетворительно – имеются замечания по неполному анамнезу, нарушению методики осмотра больного, диагноз основного заболевания сформулирован с наводящими вопросами, но тактика его лечения и сроки изоляции определены правильно, не выделены сопутствующие и фоновые болезни, не определен прогноз.

Критерии оценки этапа тестирования:

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.

2. Положительный ответ на 70– 80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

3. Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.

4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.

71-80% правильных ответов – удовлетворительно.

81-90% правильных ответов – хорошо.

91% и выше – отлично.