федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ОНКОЛОГИЯ**

по направлению подготовки

*31.08.57 «Онкология»*

*Направленность (профиль) Онкология*

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по направлению подготовки 31.08.57 «Онкология», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 года

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

(ПК-1) готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

(ПК-2) готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

(ПК-3) готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

(ПК-4) готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

(ПК-5) готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

(ПК-6) готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи

(ПК-7) готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

(ПК-8) готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

(ПК-9) готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

(ПК-10) готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

(ПК-11) готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

(ПК-12) готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

(УК-1) готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

(УК-2) готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

(УК-3) готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

1. **Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Модуль 1.** **Структура и организация онкологической службы**

**Тема 1.** *Организационно-правовые основы работы онкослужбы в РФ. Эпидемиология и статистика онкологических заболеваний в мире, РФ и Оренбургской области.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** *устный опрос, тестирование.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. История организации онкологической помощи в РФ.
2. Основные статистические показатели, характеризующие распространенность онкологических заболеваний.
3. Понятие об эпидемиологии опухолей, краевые особенности распространения злокачественных образований.
4. Факторы, способствующие возникновению опухолей. Экологические аспекты циркуляции канцерогенов во внешней среде, понятие о канцерогенах, их виды.
5. Значение генетических, профессиональных факторов, вредных привычек в этиологии и патогенезе злокачественных новообразований.
6. Понятие первичной, вторичной, третичной профилактики рака.
7. Основные директивные документы, регламентирующие деятельность онкологической службы в РФ.
8. Структура онкологической помощи в Российской Федерации.
9. Основные функции и задачи онкологического и смотрового кабинетов.
10. Онкологический диспансер. Основные функции и задачи.
11. Учетная документация. Понятие о клинических группах в онкологии. Причины запущенности злокачественных опухолей.
12. Принципы деонтологии в онкологии. Типы реакций больного на онкологическое заболевание.
13. Взаимоотношение врача поликлиники с различными категориями больных. Мотивы отказа больных от лечения. Отношения с лицами, излеченными от рака и больными с запущенными формами злокачественных новообразований. Принцип информированного согласия пациента.

***Тестовые задания:***

Эпидемиология злокачественных новообразований изучает:

а) причины возникновения и закономерности массового распространения опухолевых заболеваний

б) возможности профилактики онкологических заболеваний и пути борьбы с ним

+в) и то, и другое

г) ни то, ни другое

**Международная классификация новообразований по системе TНM применяется для характеристики:**

а) предопухолевых состояний

б) доброкачественных опухолей

+в) злокачественных опухолей

г) все ответы правильные

**Основным первичным учетом документом онкологического диспансера является:**

+а) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака

б) протокол запущенности

в) выписка из медицинской карты

г) контрольная карта диспансерного наблюдения

д) история болезни

**В структуре заболеваемости наибольший удельный вес составляет:**

а) гипертоническая болезнь

б) профессиональные заболевания

+в) острые распираторные заболевания и грипп

г) злокачественные новообразования

д) сердечно-сосудистые заболевания

**В индустриальных странах главной причиной увеличения смертности от злокачественных новообразований является:**

+а) старение населения

б) резкое ухудшение экологической обстановки

в) увеличение влияния профессиональных вредностей

г) нет правильного ответа

**Рак легкого в структуре заболеваемости (смертности) мужского населения РФ занимает:**

+а) I место

б) II место

в) III место

г) IV место

**Задачами онкологического диспансера является:**

а) организация профосмотров

+б) анализ статистических данных по заболеваемости и смертности

в) онкологическая подготовка врачей

г) научно – исследовательская работа

д) верные ответы первые 3

е) все ответы верны

**К 1б клинической группе больных относится:**

а) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразование

+б) больные с предопухолевыми заболеваниями

в) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению

г) лица, излеченные от злокачественных новообразований

д) правильного ответа нет

**К 1а клинической группе больных относится:**

+а) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразование

б) больные с предопухолевыми заболеваниями

в) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению

г) лица, излеченные от злокачественных новообразований

д) правильного ответа нет

**Ко II клинической группе больных относится:**

а) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразование

б) больные с предопухолевыми заболеваниями

+в) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие специальному лечению

г) лица, излеченные от злокачественных новообразований

д) правильного ответа нет

**К III клинической группе больных относится:**

а) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразование

б) больные с предопухолевыми заболеваниями

в) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие специальному лечению

+г) лица, излеченные от злокачественных новообразований

д) правильного ответа нет

**Самой частой злокачественной опухолью у мужчин в нашей стране является:**

+а) рак легких

б) рак желудка

в) рак предстательной железы

г) рак прямой кишки **Канцерогенными для человека производственными процессами являются:**

а) работа с асбестом, сажей, производство резины

б) работа с мышьяком, никелем, хромом и их соединениями

в) деревообрабатывающая и мебельная промышленность

+г) правильно а) и б)

д) все ответы правильные

**Модуль 2. Общие вопросы онкологии.**

**Тема 1.** *Канцерогенез, вопросы**классификации злокачественных новообразований.*

Форма(ы) текущего контроля успеваемости: *устный опрос, тестирование*.

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:

Вопросы для устного опроса:

1. Современные представления о механизмах онкогенеза, диагностики и лечения злокачественных новообразований
2. Этиология и основы онкогенеза
3. Понятие о предраке и «раннем раке». Облигатный и факультативный предрак.
4. Основные морфологические критерии дисплазии (триада) и рака.
5. Гистологическая классификация злокачественных опухолей.
6. Понятие о клинической стадии опухолевого процесса. Методы оценки распространенности опухолевого процесса.
7. Понятие о визуальных локализациях злокачественных новообразований. Сроки и правила диспансеризации онкологических больных.

***Тестовые задания:***

**Паренхиму новообразования составляют:**

+а) собственно опухолевые клетки

б) соединительная ткань

в) кровеносные и лимфатические сосуды

г) нервы и клеточные элементы стромы

**Строму новообразования составляют:**

а) собственно опухолевые клетки

б) соединительная ткань

в) кровеносные и лимфатические сосуды

г) нервы и клеточные элементы стромы

д) правильно: а, б, в

+е) правильно: б,в,г

**Символ «М» применяется для обозначения:**

а) метастазов в отдаленных органах

б) метастазов в отдаленные группы лимфатических узлов

+в) и того, и другого

г) ни того, ни другого

**Карцинома in sity в классификации ТНМ соответствует:**

а) I стадии

б) II стадии

в) III стадии

г) IV стадии

+д) 0 стадии (стадии 0)

**Злокачественные опухоли могут быть вызваны воздействием:**

а) полициклинических ароматических углеводородов:

б) ионизирующего излучения

в) ретровирусов

г) правильно а) и б)

+д) все ответы правильные

**Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению:**

+а) рака кожи

б) рака легкого

в) рака желудка

г) нет правильного ответа

**Наиболее угрожающей для развития рака является:**

а) диффузная неравномерная гиперплазия

б) очаговые пролифераты

в) нодозные (узловые) пролифераты

+г) правильно б) и в)

д) все ответы верные

**Символ «Мх» в клинической классификации TNM обозначает:**

+а) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

б) нет признаков отдаленных метастазов

в) имеются отдаленные метастазы

**В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток:**

+а) не нарушена

б) нарушена умеренно

в) нарушена выраженно

г) возможны все варианты

**К химическим канцерогенным веществам относятся следующие классы соединений:**

а) полициклинические ароматические углеводороды и гетероциклинические соединения

б) ароматические азосоединения и аминосоединения

в) нитрозосоединения

г) металлы, металлоиды, неорганические соли

+д) все перечисленное

**Сочетание «No» обозначает:**

а) недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов

б) нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов

в) одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

**Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта обладают преимущественно:**

+а) инфильтративным ростом

б) экзофитным ростом

в) смешанным ростом

г) все перечисленные типы встречаются с одинаковой частотой

**Международная классификация новообразований по системе TНM применяется для характеристики:**

а) предопухолевых состояний

б) доброкачественных опухолей

+в) злокачественных опухолей

г) все ответы правильные

**Символ «Мо» в клинической классификации обозначает:**

а) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

+б) нет признаков отдаленных метастазов

в) имеются отдаленные метастазы

**Носитель генетической информации находится:**

а) в клеточной мембране

б) в цитоплазме

в) в ядре

+г) правильно а) и б)

д) во всех структурах клетки

**Основным первичным учетом документом онкологического диспансера является:**

+а) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака

б) протокол запущенности

в) выписка из медицинской карты

г) контрольная карта диспансерного наблюдения

д) история болезни

**Строма опухоли:**

а) является необходимой поддерживающей структурой

б) обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода

в) обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток

г) в ряд случаев не выявляется обязательны компонентом новообразования

+д) все правильно, кроме г)

**Символ «N» применим для обозначения состояния:**

+а) только регионарных лимфатических узлов

б) всех групп лимфатических узлов выше или ниже диафрагмы

в) любых групп лимфатических узлов

**Степень гистологической дифференцировки опухоли может быть:**

а) высокой

б) средней

в) низкой

+г) все ответы верные

**К физическим канцерогенным факторам относятся:**

а) ионизирующая радиация

б) ультрафиолетовые лучи

в) вибрация

г) повышенное атмосферное давление

+д) правильные ответы а) и б)

**Основной путь лимфооттока в нормальных условиях:**

+а) ортоградный

б) ретроградный

в) коллатеральный

г) смешанный

**Наибольшей канцерогенной активностью обладают:**

а) жиры

б) углеводы

в) витамины группы А и В

+г) полициклинические ароматические углеводороды

д) белки

**Метастазы в любых нерегионарных лимфатических узлах классифицируют в виде:**

а) N0

б) Nx

в) NI – 3

+г) MI

**Носителем генетической информации клетки человека в основном является:**

а) РНК

б) АТФ

в) ДНК

+г) правильно только а) и в)

д) все ответы правильные

**Сочетание «Tin situ» обозначает:**

а) оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно

б) первичная опухоль не определяется

+в) преинвазивная карцинома

**Обязательным свойством только злокачественных опухолей является:**

а) инфильтративный рост

б) метастазирование

в) экспансивный рост

г) все ответы правильные

+д) правильные ответы а) и б)

**Ортоградным лимфогенным метастазированием считается:**

+а) метастазирование против тока лимфы

б) метастазирование по току лимфы

в) и тот, и другой

г) ни то, ни другое

**Сочетание «Tx» обозначает:**

+а) оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно

б) первичная опухоль отсутствует

в) преинвазивная карцинома

**Цифры в классификации TNM указывают:**

а) на локализацию первичной опухоли

+б) на распространенность опухолевого процесса

в) оба ответы верные

г) нет правильного ответа

**Необходимым элементом вирусного канцерогенеза является:**

а) размножение вируса в клетке

б) гибель клетки

+в) внедрение генома вируса игенома клетки

г) изменение иммунологического статуса

д) все ответы правильные

**Тема 2.** *Диагностика злокачественных новообразований*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** *устный опрос, ситуационные задачи, тестирование, демонстрация практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактики рака.
2. Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях. Феномен опухолевой обструкции. Феномен опухолевой деструкции. Феномен опухолевой компрессии. Феномен интоксикации. Феномен опухолевидного образования. Паранеопластический феномен.
3. Нозологическая диагностика первичного опухолевого заболевания (первичный опухолевый очаг, мультицентричные и первично-множественные опухоли). Оценка степени распространения опухолевого заболевания. Диагностика метастатических очагов.
4. Дифференциальная диагностика в онкологии, алгоритм постановки диагноза онкологического заболевания.
5. Лабораторные методы диагностики злокачественных новообразований.
6. Роль лабораторной диагностики в оценке функционального состояния пациента.
7. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.
8. Злокачественные опухоли неясной первичной локализации: алгоритм диагностики.
9. Рубрики клинического диагноза: основное заболевание, осложнения основного заболевания, сопутствующие заболевания.
10. Классификация TNM. Стадия заболевания.
11. Методы лучевой диагностики злокачественных новообразований: рентгенография, рентгеноскопия, КТ и МРТ.
12. Радиоизотопные методы исследования в онкологии: остеосцинтиграфия (ОСГ), миелосцинтиграфия (МСГ), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ).
13. Эндоскопические исследования в онкологии. Значение эндоскопических методов: гастроскопия, колоноскопия, гистероскопия, бронхоскопия и других методов в оценке первичной опухоли и получении материала для гистологического исследования.
14. Метод ультразвуковой диагностики в онкологии.
15. Инвазивные методы диагностики новообразований грудной полости.
16. Применение пункционной биопсии под контролем УЗИ, КТ, МРТ в онкологии.
17. Роль морфологических методов в онкологии. Способы взятия материала для цитологического и гистологического исследований.
18. Цитологические скрининг и диагностика опухолей.
19. Гистологические методы исследования в онкологии.
20. Иммуногистохимические исследования в онкологии.
21. Молекулярно-генетические исследования в онкологии.

***Ситуационные задачи:***

1. Больной, А., 45 лет, направлен в ООКОД с подозрением на рак желудка. Составьте план обследования больного.

2. Больная Т., 64 лет, направлена в ООКОД с подозрением на рак молочной железы. Составьте план обследования больной.

3. Больной И., 72 направлен в ООКОД с подозрением на рак прямой кишки. Составьте план обследования больного.

4. У больной Т., 48 лет при обращении в поликлинику по поводу утомляемости в ОАК выявлена анемия средней тяжести (Hb 72 г/л, Эр 1,72 г/л). Других жалоб нет. Назовите возможные причины. Составьте план обследования больной.

5. Больной Л., 45 лет, обратился к участковому терапевту по поводу эпизода кровохарканья. Других жалоб нет. Назовите возможные причины. Составьте план обследования больного.

6. Больной Д., 55 лет резко похудел за короткий промежуток времени (на 15 кг за 4 месяца). Других жалоб не предъявляет. Обратился в поликлинику по месту жительства. Назовите возможные причины. Составьте план обследования больного.

7. Назовите инструментальные методы позволяющие визуализировать регионарные лимфатические узлы при подозрении на злокачественное новообразование. От чего зависит выбор того или иного метода?

***Тестовые задания:***

**Методом морфологической верификации злокачественного новообразования является:**

а) рентгеноскопия

+б) биопсия опухоли

в) УЗИ

г) компьютерное обследование

д) термография

**Дифференцировка клеток в злокачественных опухолях:**

а) не нарушается

+б) нарушена часто

в) нарушена редко

г) нарушена всегда

**К достоинствам метода ультразвуковой томографии не относится:**

а) неинвазивный характер исследования

б) безвредность

в) практически отсутствие противопоказаний

+г) возможность выявления мелких (до 1 см в диаметре) новообразований в легких

**Радиофосфорный тест применяют для диагностики:**

а) поверхностных опухолей

б) опухолей полостных органов, доступных для введения датчика

в) только для опухолей, имеющих тропность к фосфору

+г) все ответы правильные

д) правильные ответы а) и б)

**Определение гормональных рецепторов важно:**

а) для типирования гистологической природы опухоли

б) для определения уровня гормонов в организме

+в) для определения целесообразности гормонотерапии

г) все ответы правильные

**Радиоизотопное исследования в клинической онкологии используется:**

а) для визуализации первичной опухоли

б) для определения распространенности злокачественного процесса

в) для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов

г) правильные ответы а) и б)

+д) все ответы правильные

**Рентгенологическое томографическое исследование органов грудной полости позволяет:**

а) определить точную локализацию и распространенность процесса в легочной паренхиме

б) изучить состояние трахеи и главных бронхов

в) изучить состояние сегментарных бронхов

г) уточнить состояние лимфатических узлов средостения и корней легких

+д) все ответы правильные

**Феномен обструкции при раке толстой кишки проявляется:**

а) кишечным кровотечением

б) постоянными болями в животе

в) повышением температуры

+г) кишечной непроходимостью

**Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить:**

а) морфологический диагноз

+б) топический диагноз

в) клинический диагноз

г) все ответы правильные

д) правильного ответа нет

**Феномен деструкции при раке толстой кишки проявляется:**

+а) кишечным кровотечением

б) постоянными болями в животе

в) повышением температуры

г) кишечной непроходимостью

**Феномен интоксикации при раке толстой кишки проявляется:**

+а) кишечным кровотечением

б) постоянными болями в животе

в) повышением температуры

г) кишечной непроходимостью

**Феномен обструкции при раке легкого проявляется:**

+а) ателектазом доли легкого

б) кровохарканьем

в) кашлем с мокротой

г) болями в грудной клетке

д) повышением температуры

**Феномен деструкции при раке легкого проявляется:**

а) ателектазом доли легкого

+б) кровохарканьем

в) кашлем с мокротой

г) болями в грудной клетке

д) повышением температуры

**Феномен интоксикации при раке легкого проявляется:**

а) ателектазом доли легкого

б) кровохарканьем

в) кашлем с мокротой

г) болями в грудной клетке

+д) повышением температуры

**Символ «М» применяется для обозначения:**

а) метастазов в отдаленных органах

б) метастазов в отдаленные группы лимфатических узлов

+в) и того, и другого

г) ни того, ни другого

**Карцинома in situ в классификации ТНМ соответствует:**

а) I стадии

б) II стадии

в) III стадии

г) IV стадии

+д) 0 стадии (стадии 0)

**Символ «М х» в клинической классификации TNM обозначает:**

+а) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

б) нет признаков отдаленных метастазов

в) имеются отдаленные метастазы

**Наиболее объективные сведения о местной распространенности опухолевого процесса (стадии заболевания) могут быть получены:**

а) при клиническом осмотре больного

б) при рентгенологическом исследовании

в) при использовании эндоскопических методов

+г) при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарными лимфатическим аппаратом

**Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей:**

а) поджелудочной железы

б) желудка

+в) щитовидной железы

г) все ответы правильные

д) правильного ответа нет

**Сочетание «No» обозначает:**

а) недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов

+б) нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов

в) одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

**Международная классификация новообразований по системе TNM применяется для характеристики:**

а) предопухолевых состояний

б) доброкачественных опухолей

+в) злокачественных опухолей

г) нет правильного ответа

**Символ «Мо» в клинической классификации обозначает:**

а) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

+б) нет признаков отдаленных метастазов

в) имеются отдаленные метастазы

**Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных с опухолями:**

а) легких

б) органов брюшной полости

в) молочной железы

г) щитовидной железы

+д) правильные ответы в) и г)

**Символ «б» в классификации (кроме опухолей женских половых органов) не используется, как правило, для характеристики:**

+а) I стадии заболевания

б) II стадии заболевания

в) III стадии заболевания

г) IV стадии заболевания

**Символ «N» применим для обозначения состояния:**

+а) только регионарных лимфатических узлов

б) всех групп лимфатических узлов выше или ниже диафрагмы

в) любых групп лимфатических узлов

**Символ «а» в классификации (кроме опухолей женских половых органов), как правило, указывает:**

+а) на отсутствие регионарных метастазов

б) на наличие регионарных метастазов

в) на наличие отдаленных метастазов

**Цифры в классификации TNM добавляется к символу:**

а) T

б) N

в) M

+г) все ответы верные

**Метастазы в любых не регионарных лимфатических узлах классифицируют в виде:**

а) N0

б) Nx

в) NI – 3

+г) MI

**Сочетание «Tx» обозначает:**

+а) оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно

б) первичная опухоль отсутствует

в) преинвазивная карцинома

**Классификация по клиническим группам в отличие от классификации по стадиям отражает:**

а) Распространенность процесса

б) Морфологическую классификацию опухоли

+в) Лечебно-диагностическую тактику

г) Общее состояние больных

**Первичная диагностика рака на уровне общей лечебной сети предусматривает:**

+а) установление наличия злокачественной опухоли

б) Морфологическую верификацию

в) оценку стадии заболевания

г) оценку распространенности процесса по системе TNM

**При подозрении на рак врач обязан:**

а) обследовать больного в трехдневный срок

б) поставить на очередь для обследования

+в) не затягивать обследование более 10 дней

г) направлять в онкодиспансер всех больных

***Задания для проверки практических навыков:***

Выполнить перкуссию органов грудной полости и описать полученные результаты;

Выполнить пальпацию органов брюшной полости и описать полученные результаты;

Выполнить пальпацию молочных желез и зон регионарного лимфооттока, описать локальный статус пациента с раком молочной железы;

Выполнить пальпацию щитовидной железы и зон регионарного лимфооттока, описать локальный статус пациента с раком щитовидной железы;

Выполнить клиническое исследование пациента со злокачественными новообразованиями кожи и описать локальный статус;

Выполнить пальпацию регионарных лимфатических узлов и описать их локальный статус;

Составить план обследования пациента с подозрением на злокачественную опухоль;

Интерпретировать данные маммографии и сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента;

Интерпретировать данные КТ-исследования органов грудной клетки, сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента;

Интерпретировать данные КТ-исследования органов брюшной полости, сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента;

Интерпретировать данные Рентгеноскопии желудка, сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента;

Интерпретировать данные колоноскопии, сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента;

**Тема 3.** *Принципы лечения злокачественных новообразований.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** *устный опрос, тестовые задания.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Принципы лечения онкологических пациентов. Факторы, влияющие на выбор методов лечения. Методы и виды лечения онкологических пациентов.
2. История, особенности онкологических операций.
3. Принципы хирургического лечения в онкологии. Принципы радикализма, абластики и антибластики в онкологии. Зональность и футлярность.
4. Типы операций в зависимости от цели лечения и объема вмешательства. Понятие о радикальных и паллиативных операциях.
5. Значение рисков во время операций.
6. Значение анестезиологического пособия в онкологии, современное инструментальное обеспечение операций в онкологии.
7. Лимфаденэктомия и лимфодиссекция в онкологии.
8. Криогенные технологии в онкологической практике.
9. Фотодинамическая терапия в онкологии.
10. Лазеротерапия в онкологии.
11. Методы абляции.
12. Принципы лекарственной терапии онкологических больных.
13. Классификация противоопухолевых средств, пути введения цитостатиков, системы оценки токсичности цитостатиков, понятие о высокодозной химиотерапии.
14. Профилактика и лечение побочных реакций и осложнений лекарственной терапии злокачественных опухолей.
15. Понятия о гормонотерапии и таргентной терапии злокачественных опухолей. Показания и противопоказания к назначению. Побочные реакции и осложнения лечения.
16. Основы биотерапии злокачественных опухолей. Показания, противопоказания. Механизмы действия. Осложнения.
17. Техническое обеспечение и планирование лучевой терапии
18. Виды лучевой терапии, в зависимости от используемого источника.
19. Принципы лучевой терапии злокачественных опухолей.
20. Современные методы лучевой терапии злокачественных опухолей.
21. Радиочувствительные и радиорезистентные опухоли.
22. Радиосенсибилизаторы.
23. Показания и противопоказания к проведению лучевой терапии.
24. Фотодинамическая терапия в онкологии.
25. Лучевые реакции и осложнения у онкологических больных.
26. Паллиативная медицинская помощь в онкологии.

***Тестовые задания:***

**При отсутствии морфологической верификации злокачественного новообразования следует предпочесть метод лечения:**

+а) хирургический

б) лазерный

в) лучевой

г) комбинированный

д) химиотерапевтический

**Термину «операбельность» больше всего соответствует:**

+а) состояние больного, позволяющее выполнить операцию

б) состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию

в) выполнить радикальную операцию

г) правильного ответа нет

**Главной целью симптоматической операции является:**

а) удаление пораженного опухолью органа

б) удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли

+в) устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти

г) все ответы верные

**Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено:**

а) на обеспечение антибластики

+б) на обеспечение абластики

в) на снижение риска хирургических вмешательств

г) на максимальное сохранение функции органа

**Факторами, которые могут влиять на объем операции, является:**

а) стадии заболевания

б) возраст больного

в) сопутствующие заболевания

+г) все ответы верные

**На отдаленные результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний оказывает наименьшее влияние:**

а) тип роста опухоли

б) гистологическая структура опухоли

в) наличие метастазов в регионарных лимфоузлах

г) наличие отдаленных метастазов

+д) возраст больного

**При клиническом диагнозе меланома без морфологической верификации может быть начато:**

+а) хирургическое лечение

б) химиотерапевтическое лечение

в) лучевое лечение

г) иммунологическое лечение

**К антибластике не имеет отношения:**

+а) удаление опухоли единым блоком с регионарными лимфатическими узлами и другими анатомическими структурами в пределах здоровых тканей

б) предоперационная лучевая терапия

в) использование электрохирургического метода

г) применение лекарственных средств (химиопрепараты и другие)

**Срочное гистологическое исследование при операции по поводу злокачественного новообразования можно не выполнять, если диагноз подтвержден:**

а) клиническими данными

б) рентгенологически

в) данными КТ- томографии

+г) морфологическим цитологическим исследованием

д) эндоскопически

**К комбинированным операциям по поводу рака легкого не относятся операции:**

+а) с удалением паратрахеальных и медиастинальных лимфатических узлов

б) с резекцией перикарда

в) с резекцией трахеи

г) с резекцией грудной стенки

**Термину «резектабельность» больше всего соответствует:**

а) состояние больного, позволяющее выполнить операцию

+б) состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию

в) состояние больного, позволяющее выполнить паллиативную операцию

г) правильного ответа нет

**К расширенной операции следует относить:**

а) удаление опухоли в пределах здоровых тканей

б) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером

+в) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции

г) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс

д) правильного ответа нет

**К радикальной операции при раке легкого не относиться:**

а) пневмонэктомия

+б) атипическая резекция доли легкого

в) лобэктомия

г) билобэктомия

**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

**На частоту развития несостоятельности швов могут оказывать влияние:**

1. гипопротеинемия
2. анемия
3. погрешности хирургической техники
4. наличие опухолевых клеток по линии резекции
5. натяжение сшиваемых органов

+а) все ответы правильные

б) правильные все, кроме 3 и 5

в) правильные все, кроме 4 и 5

г) правильные все, кроме 1 и 2

д) правильные ответы все, кроме 3 и 4

При осуществлении хирургического лечения больных со злокачественными новообразованиями основными принципами является соблюдение:

А) Радикальности

Б) Абластичности

В) Применение антибластических методов

+Г) Всех перечисленных

**При аденокарциноме желудка чаще применяют:**

+а) хирургический метод

б) лучевую терапию

в) химиотерапию

г) гормонотерапию

**Антибластика это комплекс мероприятий направленных на:**

+а) уничтожение опухолевых клеток, которые могли бы попасть или попали в операционную рану

б) предотвращение попадания опухолевых клеток в операционную рану

в) соблюдение асептики

г) соблюдение антисептики

**Абластика это комплекс мероприятий направленных на:**

а) уничтожение опухолевых клеток, которые могли бы попасть или попали в операционную рану

+б) предотвращение попадания опухолевых клеток в операционную рану

в) соблюдение асептики

г) соблюдение антисептики

**При обработке области послеоперационной раны спиртом соблюдаются принципы:**

а) асептики

б) антисептики

в) абластики

+г) антибластики

**Эксплоративной называют операцию, при которой**

а) пораженные органы удалены по онкологическим правилам

б) пораженный орган удален с оставлением части опухоли

в) пораженный орган не удален, но операция ликвидировала вызванные опухолью тяжелые нарушения

+г) операция ограничилась констатацией неоперабельности процесса

**Под термином «неоадъювантная химиотерапия» понимают:**

а) послеоперационную химиотерапию

б) профилактическую химиотерапию

+в) оценку эффективности послеоперационной химиотерапии по степени лекарственного патоморфоза для определения дальнейшей тактики лечения

г) предоперационную химиотерапию

**Под термином «адъювантная химиотерапия» понимают:**

а) послеоперационную химиотерапию

+б) профилактическую химиотерапию

в) оценку эффективности послеоперационной химиотерапии по степени лекарственного патоморфоза для определения дальнейшей тактики лечения

г) предоперационную химиотерапию

**Термин «симптоматическая терапия» обозначает:**

+а) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии

б) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей

в) терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов

г) правильного ответа нет

**Гормонотерапия не может быть:**

а) радикальной

+б) симптоматической

в) паллиативной

**Химиотерапия не может быть:**

а) радикальной

+б) симптоматической

в) паллиативной

**К локальным методам лечения рака кожи не относиться:**

а) лучевая терапия

б) иссечение опухоли

в) криотерапия

+г) системная химиотерапия

**Химиотерапия относиться к:**

+а) системным методам воздействия на организм

б) регионарным методам воздействия на организм

в) локальным методам воздействия на организм

д) все ответы правильные

е) правильно а) и б)

**При раке желудка с метастазами в печень показано:**

а) радикальное лечение

б) паллиативное лечение

+в) симптоматическое лечение

**К химиотерапии наиболее чувствительны:**

а) рак желудка

б) плоскоклеточный рак кожи

+в) злокачественные лимфомы

г) рак тела матки

**На чувствительность опухоли к химиотерапии не влияют:**

а) гистологическая структура опухоли

б) степень дифференцировки опухоли

в) кровоснабжение опухоли

+г) стадия заболевания

Для выбора плана лечения онкологического больного необходимо знать:

а) Локализацию опухоли

б) Стадию заболевания

в) Морфологическую структуру опухоли, степень её дифференцировки

+г) Все перечисленное

**Нередко химиотерапию назначают после радикального оперативного лечения. Такая химиотерапия называется:**

+а) адъювантной

б) неоадъювантной

в) комплексной

г) специальным термином не обозначается

**Химиотерапия часто приводит к полному излечению больных**

а) раком желудка

б) раком молочной железы

в) саркомами костей и мягких тканей

+г) лимфогранулематозом

**К радиочувствительным могут быть отнесены опухоли, кроме**

а)лимфогрануломатоз

б) лимфосаркома

в) семинома

+г) аденокарцинома желудка

**Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются**

а) повысить операбельность

+б) повысить резектабельность

в) достигнуть значительного уменьшения опухоли

г) получить полную регрессию опухоли

**Для повышения радиочувствительности опухоли не применяется:**

а) Гипербарическая оксигенация

б) Гипертермия

в) Гипергликемия

+г) Введение эстрогенных гормонов

**Лучевая терапия в предоперационном периоде направлена на соблюдение принципа:**

+а) абластики

б) асептики

в) антисептики

г) антибластики

**Лучевая терапия в послеоперационном периоде направлена на соблюдение принципа:**

а) абластики

б) асептики

в) антисептики

+г) антибластики

**На чувствительность опухоли к лучевой терапии не влияют:**

а) гистологическая структура опухоли

б) степень дифференцировки опухоли

в) кровоснабжение опухоли

+г) стадия заболевания

**К лучевой терапии наиболее чувствительны:**

а) рак желудка

+б) плоскоклеточный рак кожи

в) липосаркома

г) рак тела матки

**Лучевая терапия относится к:**

а) системным методам воздействия на организм

б) регионарным методам воздействия на организм

+в) локальным методам воздействия на организм

д) все ответы правильные

**К дистанционным методам лучевой терапии относятся:**

а) внутриполостной

б) внутритканевой

в) аппликационный

+г) гамма-терапия

**К дистанционным методам лучевой терапии не относятся:**

а) рентгенотерапия

б) гамма-терапия

+в) аппликационный

г) нейтронная терапия

**К контактным методам лучевой терапии не относится:**

а) внутриполостной

б) внутритканевой

в) аппликационный

+г) гамма-терапия

**К контактным методам лучевой терапии относятся:**

а) рентгенотерапия

б) гамма-терапия

+в) аппликационный

г) нейтронная терапия

**Лучевое лечение не показано больным:**

а) с метастазами рака молочной железы в кости

б) с центральным раком легкого

+в) с диссеминацией рака желудка в печень

г) с раком мочевого пузыря

**К осложнениям лучевой терапии относятся все перечисленное, кроме:**

а) слабости

б) тошноты, рвоты

в) нарушения сна

г) лейкопении

+д) образование метастазов

**Сочетанная лучевая терапия означает:**

+а) применение двух способов облучения или двух видов излучения

б) расщепление курса лучевой терапии

в) облучение с радиомодификаторами

г) облучение в сочетании с химиотерапией

д) правильного ответа нет

**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

**Послеоперационная лучевая терапия может быть проведена в случае**

а) нерадикальности операции

б) неабластичности операции

в) выявленных во время операции регионарных метастазов

+г) все ответы верные

**Паллиативная лучевая терапия решает следующие задачи:**

а) подведение максимальной возможной дозы излучения

б) вызов гибели наиболее чувствительного пула опухолевых клеток

в) получить торможение роста опухоли

г) получить частичную регрессию опухоли

+д) все ответы правильные

**Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется:**

а) как самостоятельный метод

б) в комбинации с хирургическим методом

в) в комбинации с лекарственной терапией (химио - и иммунотерапией)

+г) все ответы правильные

д) правильные первые два ответа

**Модуль 3. Опухоли органов грудной клетки и молочных желёз**

**Тема 1.** *Опухоли органов средостения. Рак пищевода.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** *тестирование, устный опрос, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Опухоли средостения: классификация, диагностика, принципы комбинированного лечения.
2. Злокачественные тимомы. Клиника, диагностика, лечение.
3. Рак пищевода. Эпидемиология. Патоморфология. Клинические особенности.
4. Особенности лимфогенного и гематогенного метастазирования рака пищевода. Возможности ранней диагностики. Протокол обследования пациента с раком пищевода.
5. Рак пищевода. Принципы лечения. Типы операций. Возможности лекарственной и лучевой терапии. Реабилитация пациентов раком пищевода.
6. Алгоритм обследования пациента с увеличением внутригрудных лимфоузлов.

***Тестовые задания:***

**Неврогенные опухоли в абсолютном большинстве наблюдений**

**локализуются**

A) в реберно-позвоночном углу

Б) в центральном средостении

B) в верхних отделах переднего средостения

+Г) в переднем средостении на уровне основания сердца

Д) в верхней апертуре

**Неврогенные опухоли в процессе своего развития могут**

+A) малигнизироваться

Б) ≪вызревать≫ - превращаться из незрелой (злокачественной) в

доброкачественную

B) распространяться из средостения на шею

Г) проникать в спинномозговой канал и вызывать сдавление спинного

мозга

Д) все ответы правильные

**Наиболее часто встречающейся в средостении опухолью мезенхимального происхождения является**

A) фиброма

+Б) липома

B) гемангиома

Г) лимфангиома

Д) рабдомиома

**Наиболее часто изолированное поражение лимфатических узлов средостения наблюдается**

+A) при лимфогранулематозе

Б) при лимфосаркоме

B) при ретикулосаркоме

Г) при плазмацитоме

Д) все вышеуказанные с одинаковой частотой

**Общим для строения зрелых тератом средостения является обязательное наличие в них элементов**

A) нервной ткани

+Б) кожи

B) эндодермы

Г) мезодермы

Д) всех перечисленных

**Для энтерогенных кист (энтерокистом) средостения характерна локализация**

A) в переднем средостении

Б) в центральном средостении

+B) в заднем средостении

Г) в кардио-диафрагмальном углу

Д) везде с одинаковой частотой

**Бронхиальные кисты локализуются преимущественно**

A) в реберно-позвоночном углу

Б) в реберно-диафрагмальном углу

B) в кардио-диафрагмальном углу

Г) в нижних отделах заднего средостения

+Д) в верхних отделах средостения, вблизи трахеи и крупных бронхов

**Миастения может иметь место у больных**

+A) тимомой

Б) фибромой средостения

B) ганглионевромой средостения

Г) феохромоцитомой средостения

Д) внегонадной семиномой средостения

**Наиболее яркой клинической картиной сопровождается развитие следующих групп бронхиальных кист средостения**

+A) паратрахеобронхиальных

Б) параперикардиальных

B) парапишеводных

Г) при локализации в задне-нижних отделах средостения

Д) при локализации в верхний аппортуре

**При злокачественных новообразованиях средостения чаще чем при доброкачественных встречаются:**

а) синдром сдавления верхней полой вены

б) тахикардия

в) общие симптомы недомогание, похудание, отсутствие аппетита, потливость

г) все перечисленные симптомы

+д) только а) и в)

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

A) тератомы

Б) тимомы

+B) большие однокамерные перикардиальные кисты

Г) липомы

Д) менингоцеле

**Выявление костных включений в виде зубов или фаланг пальцев в опухоли средостения при рентгенологическом исследовании является патогномоничным симптомом**

A) для тимомы

+Б) для зрелой тератомы

B) для злокачественной лимфомы

Г) для энтерокистомы

Д) для бронхиальной кисты

**Рентгенологическим признаком распространения неврогенной опухоли средостения в спинномозговой канал является**

A) интимное прилежание тела опухоли к телам позвонков

Б) истончение ребра в области его шейки и угла

B) узурация заднего отдела ребра

+Г) увеличение диаметра межпозвонкового отверстия

Д) нет рентгенологических признаков

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

A) для тимомы

Б) для злокачественных лимфом средостения

+B) для загрудинного зоба

Г) для тератомы средостения

Д) для хемодектомы

**Диагностический пневмоперитонеум может применяться при локализациях опухоли**

A) в передних отделах верхнего средостения

Б) в задних отделах верхнего средостения

B) в средних отделах средостения (на уровне основания сердца)

+Г) в нижних отделах средостения

Д) не принимается вовсе

**После выявления новообразования средостения при рентгенологическом обследовании оптимальным является**

A) динамическое наблюдение

Б) проведение противовоспалительного и общеукрепляющего

лечения

+B) госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования

и выбора метода лечения

Г) назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого

лечения

Д) диагностическая торакотомия

**Для лечения доброкачественных тератом, тимом, фибром, липом и нейрогенных опухолей средостения применяется**

+A) хирургический метод

Б) лучевое лечение

B) противоопухолевая лекарственная терапия

Г) комбинированное лечение

Д) химио-иммунотерапия

**Наилучшие отдаленные результаты лечения злокачественное**

**тимом получены**

A) при хирургическом лечении

Б) при лучевом лечении

B) при химиотерапии

*+*Г) при комбинированном лечении (операция + лучевая терапия)

Д) иммунотерапия

**Наиболее часто неврологические осложнения возникают после операций по поводу**

А) тератом средостения

+Б) неврином средостения

В) тимом средостения

Г) кист перикарда

**Изолированное поражение лимфатических узлов средостения может иметь место:**

а) при медиастинальной форме рака легкого

б) при саркоидозе Бека

в) при туберкулезном лимфадените

г) при лимфогранулематозе

+д) все ответы верные

**Плоскоклеточный рак среди заболевших раком пищевода встречается примерно**

A) у 20% больных

Б) у 40% больных

B) у 60% больных

+Г) у 90% больных

Д) более 90% больных

**Опухоль (рак пищевода) протяженностью 3-5 см с инфильтрацией слизисто-подслизистого слоя и отсутствием регионарных метастазов относится**

A) к I стадии

+Б) к IIа стадии

B) к IIб стадии

Г) к IIIа стадии

Д) к IIIб стадии

**Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является**

A) повышенное слюноотделение

Б) тошнота

+B) дисфагия

Г) рвота

Д) кашель

**Симптомы глоточной недостаточности вследствие поражения нервного аппарата глотки развиваются, как правило, при раке**

+A) шейного и верхнегрудного отделов пищевода

Б) среднегруднрго отдела пищевода

B) нижнегрудного отдела пищевода

Г) абдоминального сегмента пищевода

Д) с переходом на кардию

**Расширение просвета пищевода при раке на уровне опухоли отмечается, как правило**

+A) при полиповидной форме роста

Б) при язвенно-инфильтративной форме роста

B) при скиррозной форме роста

Г) при эндофитном типе роста

Д) при смешанном типе

**С целью определения возможного выхода рака пищевода за пределы органа на фоне введенного в средостение воздуха или газа применяются**

+A) париетография и паркетомография

Б) респираторная полиграфия

B) пневмоэзофаготомография

Г) рентгеновская компьютерная томография

Д) ангиография

**К хирургическим вмешательствам по поводу рака пищевода с одномоментной пластикой перемещенным желудком относятся все перечисленные методы, кроме**

+A) операции Жиано - Гальперна - Гаврилиу

Б) операции Осавы - Герлока

B) операции типа Льюиса

Г) операции Киршнера - Накаямы

Д) операция Добромысова – Торека

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

A) бифуркационных

Б) околопищеводных

B) паракардиальных

Г) левых желудочных

+Д) передних средостенных

**Методика классического фракционирования дозы лучевой терапии при комбинированном лечении рака пищевода наиболее целесообразна**

A) при I стадии

Б) при II стадии

+B) при III стадии

Г) при всех перечисленных стадиях

Д) при IV стадии

**Реканализация опухоли при раке пищевода может быть осуществлена**

A) с помощью трубки во время лапаротомии и гастротомии

Б) во время торакотомии и эзофаготомии

B) путем лазерной деструкции (испарения) опухоли во время эзофагоскопии

Г) с помощью интубационной трубки во время эндоскопии

+Д) всеми вышеперечисленными методами

**Одним из наиболее частых послеоперационных осложнений, сопровождающих одномоментные операции при раке пищевода и приводящих больных к смерти, является**

A) послеоперационная пневмония

Б) тромбоэмболия легочной артерии

+B) недостаточность швов пищеводного соустья и гнойные осложнения

(эмпиема и медиастинит без свища)

Г) надпочечниковая недостаточность

Д) инфаркт миокарда

**Наиболее часто лучевая терапия рака пищевода в качестве**

**самостоятельного метода применяется при локализации опухоли**

A) в шейном отделе пищевода

Б) в верхнегрудном отделе пищевода

B) в среднегрудном отделе пищевода

Г) в нижнегрудном отделе пищевода

+Д) в верхнегрудном и шейном отделах пищевода

**У больного 80 лет рак среднегрудного отдела пищевода IIб стадии. Наиболее предпочтительным методом лечения является**

A) оперативное лечение

Б) комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией

B) комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией

+Г) самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе

Д) химио-лучевое лечение

**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**

+A) самостоятельного курса лучевой терапии по радикальной программе

Б) оперативного лечения

B) комбинированного лечения с предоперационной лучевой терапией

Г) комбинированного лечения с послеоперационной лучевой терапией

Д) химио-лучевое лечение

**Наиболее эффективны при раке пищевода все препараты, за исключением**

A) митомицинаС

Б) адриамицина

B) цисплатина

+Г) винбластина

Д) таксаны

**Эффективность химиотерапии при раке пищевода составляет**

A) 5-10%

+Б) 20-28%

B) 50-60%

Г) 90-100%

Д) химиотерапия неэффективна

***Задания для проверки практических навыков***

Выполнить перкуссию органов грудной полости и описать полученные результаты;

Выполнить пальпацию регионарных лимфатических узлов и описать их локальный статус;

Составить план обследования пациента с подозрением на рак пищевода;

Интерпретировать данные КТ-исследования органов грудной клетки, сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента;

Интерпретировать данные рентгеноскопии желудка, сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента;

**Тема 2.** *Рак легких и плевры.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** *устный опрос, тестирование, ситуационные задачи.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Заболеваемость раком легкого. Этиология и патогенез.
2. Роль курения, профессиональных вредностей и, экологических факторов.
3. Основные фоновые заболевания, особенности лечения и диспансеризации. Профилактика.
4. Паталогоанатомическая характеристика.
5. Закономерности метастазирования. Классификация по стадиям.
6. Особенности клинической картины периферического и центрального рака легкого.
7. Основные паранеопластические синдромы.
8. Методы диагностики. Значение рентгеновской, компьютерной и МР, томографии бронхоскопии. Основные рентгенологические симптомы.
9. Трансторакальная пункция и трансбронхиальная биопсия.
10. Дифференциальная диагностика.
11. Принципы и методы лечения рака легкого: хирургический, лучевой, лекарственный.
12. Комбинированное и комплексное лечение.
13. Вопросы реабилитации.
14. Мезетелиома плевры. Этиология, клиническая картина, методы диагностики и лечения.

***Тестовые задания:***

**Методом, позволяющем верифицировать диагноз при среднедолевом синдроме является:**

а) боковая томография

б) бронхография

в) динамическое наблюдение

+г) фибробронхоскопия с биопсией

д) компьютерная томография

**При раке главного бронха показана:**

+а) пульмонэктомия

б) лобэктомия

в) сегментэктомия

г) лучевая терапия без операции

д) все верно

**Рак легкого следует дифференцировать:**

а) с затянувшейся пневмонией

б) с туберкулезом легких

в) с доброкачественной опухолью

г) с метастазами других опухолей в легкие

+д) со всеми перечисленными

**При аденокарциноме легких 1 – 2 стадии показано лечение**

а) лучевое

б) химиотерапевтическое

в) комбинированное

+г) хирургическое

д) комплексное

**При появлении круглой тени на рентгенограмме легких не показано:**

а) томография

+б) динамическое наблюдение

в) проба Пирке и Манту

г) фибронхоскопия с биопсией

г) пневмомедиастинография

**К периферическому раку легкого не относится рак:**

+а) сегментарного бронха

б) Пенкоста

в) пневмониеподобный

г) бронхиолоальвеолярный

д) полостной (полостная форма)

**Основными методами диагностики центрального рака легкого являются:**

+а) рентгенологический и бронхоскопия с биопсией

б) бронхоскопия с биопсией и бронхография

в) радиоизотопный и рентгенологический

г) бронхография и бронхоскопия

д) пневмомедиастиноскопия и радионуклидный

**Рентгенологическим признаком периферического рака легкого с распадом является:**

а) сегментарный ателектаз

б) бугристый узел с дорожкой к корню легкого

в) узурация ребер

г) экссудативный плеврит

+д) полостное образование в легком

**Основным методом лечения мелкоклеточного рака легкого 3 стадии является:**

а) хирургический

б) лучевой

+в) химиотерапевтический и лучевой

г) химиотерапевтический

д) иммуно–гормональный

**Наиболее характерным для рака Пенкоста является:**

а) кровохарканье

б) боли за грудиной

+в) синдром Горнера

г) осиплость голоса

д) отек в области шеи и лица

**При раке легкого T3N0M0 у больного 45 лет показано:**

а) лечение цитостатиками

б) комбинированное цитостатическое и радиологическое лечение

в) лучевая терапия

+г) хирургическое лечение

д) симптоматическая терапия

**Для медиастинальной формы рака легкого характерно:**

а) акроцианоз

б) осиплость голоса

в) отек лица

г) расширение поверхностных вен передней грудной стенки

+д) все верно

**Возникновение очагов плоскоклеточной метаплазии эпителия бронхов, как правило, предшествует развитию:**

а) мелкоклеточного рака

б) железистого рака

+в) плоскоклеточного рака

г) крупноклеточного рака легких

**Рентгенологические признаки нарушения бронхиальной проходимости и осложнения, связанные с ней, возникают наиболее рано при преимущественно:**

+а) эндобронхиальном типе роста опухоли

б) экзобронхиальном типе роста опухоли

в) разветвленном перибронхиальном типе роста опухоли

г) сроки возникновения рентгенологических признаков нарушения бронхиальной проходимости не зависят от анатомического типа роста опухоли

**Наиболее эффективным методом лечения рака легкого является:**

+а) хирургический

б) лучевой

в) химиотерапия

г) иммунотерапия

**Бронхография позволяет уточнить:**

+а) локализацию, подвижность опухоли

б) гистогенез опухоли, ее доброкачественный или злокачественный характер

в) и то, и другое

**Рак легкого метастазирует:**

а) в печень

б) в кости

в) в головной мозг

+г) все ответы верные

д) правильного ответа нет

**При раке легкого рентгеновская компьютерная томография позволяет:**

а) определить размеры опухоли

б) точно локализировать опухоль

в) определить отношение к грудной стенке, позвоночнику и средостению

г) получить информацию о размерах лимфатических узлов средостения и корней легких

+д) все ответы верные

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

а) сегментэктомии

б) лобэктомии

в) типичной пневмонэктомии

+г) комбинированной или расширенной пневмонэктомии

**Определяющая роль в увеличении заболеваемости населения раком легких принадлежит:**

а) генетическому фактору

б) профессиональным вредностям

+в) курению

г) загрязнению атмосферы

**Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить:**

а) с доброкачественными опухолями легких

б) с метастазами

в) с эхинококковой кистой

г) с туберкулезом

+д) все ответы верные

**Основными биологическими факторами, определяющими прогноз после радикальной операции по поводу рака легкого, являются:**

а) размер первичной опухоли

б) состояние внутригрудных лимфатических узлов

в) гистологическая структура опухоли

г) степень дифференцировки опухолевых клеток

+д) все ответы верные

**К первичным или местным симптомам рака легкого могут быть отнесены все перечисленные, кроме:**

а) кашля

б) кровохарканье

в) болей в груди

+г) повышения температуры тела

**При периферическом раке легкого, в отличие от центрального, заболевание:**

а) длительное время протекает бессимптомно

б) сопровождается выраженной клинической симптоматикой уже на начальной стадии

в) симптомы кашля и кровохарканья являются ранними

г) кашель и кровохаркание появляются поздно

а) правильно 1 и 3

б) правильно 2 и 3

+в) правильно 1 и 4

г) правильно 2 и 4

**Объемное уменьшение легочной ткани при нарушении бронхиальной проходимости вследствие роста опухоли в наибольшей степени выражено:**

а) при гиповентиляции

+б) при ателектазе

в) при обтурационной пневмонии

г) при клапанной эмфиземе

**Раком легкого чаще болеют:**

+а) мужчины

б) женщины

в) одинаково часто и мужчины, и женщины

**Наличие эндобронхиальной опухоли, полностью обтурирующей долевой или главной бронх, вызывает смещение средостения:**

а) в здоровую сторону

+б) в больную сторону

в) смещение средостения не выявляется

**Дифференциальный диагноз центрального рака легкого следует проводить:**

а) с хронической пневмонией и очаговым пневмосклерозом

б) с туберкулезом

в) с бронхоэктатической болезнью

г) с доброкачественными опухолями легких

+д) все ответы верные

**К лицам, составляющим группу повышенного риска заболевания раком легкого, относятся:**

а) длительно и много курящие

б) больные хроническим бронхитом

в) имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями)

+г) все ответы верные

д) правильные ответы а) и б)

**Рентгеновский томографический метод исследования бронхов при подозрении на центральный рак легкого должен применяться:**

а) при наличии признаков гиповентиляции

б) при наличии признаков клапанной эмфиземы

в) при наличии ателектаза

+г) независимо от наличия или отсутствия признаков нарушения бронхиальной проходимости

**Выбор метода лечения рака легкого определяют следующие факторы, характеризующие распространенность опухолевого процесса:**

а) размеры и локализация в легком первичной опухоли

б) метастатическое поражение внутригрудных лимфатических узлов

в) прорастание сосудистых образований, органов и структур

г) отсутствие или наличие отдаленных метастазов

+д) все ответы верные

**Причинную связь между курением, воздействием профессиональных вредных факторов и возникновением рака легкого удается проследить:**

а) для плоскоклеточного рака

б) для железистого рака

в) для мелкоклеточного рака

г) все ответы верные

+д) правильные ответы а) и в)

**Относительно рано на обзорных рентгенограммах опухолевый узел при центральной раке легких выявляется в случае:**

а) эндобронхиального типа роста опухоли

+б) экзобронхиального узлового типа роста опухоли

в) перибронхиального разветвленного типа роста опухоли

г) срок выявления не зависит от типа роста опухоли

**Первичные симптомы рака легкого обусловлены проявлением:**

+а) первичной опухоли бронха

б) регионарных метастазов

в) отдаленных метастазов

г) общего воздействия опухоли на организм

**Состояние гиповентиляции, обусловленное наличием эндобронхиальной опухоли в долевом или главном бронхе, лучше выявляется:**

+а) в фазе глубокого вдоха

б) в фазе глубокого выдоха

в) и в том, и в другом случае

**Онкологическими противопоказаниями к операции по поводу рака легкого являются метастазы:**

а) в шейные лимфоузлы

б) в надключичные лимфоузлы

в) в отдаленные органы

г) в плевру

+д) все ответы правильные

**К основным мероприятиям по профилактике нарушений дыхания и развития послеоперационной пневмонии относятся:**

а) адекватное обезболивание

б) санация бронхиального дерева

в) применение муколитических и бронхолитических средств

г) стимуляция кашля (при подавленном кашлевом рефлексе)

+д) все ответы верные

**Клиническими признаками плеврального выпота являются:**

а) боли

б) сухой непродуктивный кашель

в) одышка

+г) все перечисленное

д) только а) и б)

**Рентгенологическое исследование в условиях диагностического пневмоторакса может применяться с целью дифференциальной диагностики между опухолью легкого:**

а) и опухолью грудной стенки

б) и опухолью средостения

в) и опухолью диафрагмы

г) и ограниченной релаксацией диафрагмы

+д) всеми перечисленными новообразованиями

**При хирургическом лечении рака легкого применяются следующие типы (тип) пульмонэктомий:**

а) типичная

б) расширенная

в) комбинированная

+г) все перечисленные

д) ни одна из перечисленных

**К центральному раку относятся опухоли, исходной локализацией которых являются бронхи:**

а) главные

б) долевые и сегментарные

в) субсегментарные и V порядка

+г) правильные ответы а) и б)

д) правильные ответы б) и в)

**Очертания тени первичной опухоли на рентгенограммах при раке легкого могут быть:**

а) четкими

б) нечеткими в виде «лучистого венчика», «спикул», «щеточки»

в) слегка волнистыми

+г) все ответы верные

**Основными видами хирургического вмешательства при раке легкого являются:**

а) лобэктомия (билобэктомия)

б) пневмонэктомия

в) сегментэктомия

г) клиновидная или краевая резекция легкого

+д) правильные ответы а) и б)

е) все ответы верные

**К комбинированным операциям по поводу рака легкого не относятся операции:**

+а) с удалением паратрахеальных и медиастинальных лимфатических узлов

б) с резекцией перикарда

в) с резекцией трахеи

г) с резекцией грудной стенки

**По мере роста опухоли скорость нарастания степени нарушения бронхиальной проходимости наиболее выражена:**

+а) при эндобронхиальном экзофитном раке бронха

б) при перибронхиальном узловатом раке

в) при разветвленном раке

г) при пневмониеподобном раке

д) при раке вертушки легкого (Пенкоста)

**Рентгенологическое томографическое исследование у больных периферическим раком легкого позволяет:**

а) оценить структуру тени новообразования

б) выявить и оценить полости распада

в) определить степень распространения опухоли по легочной ткани

г) определить состояние лимфатических узлов корня и средостения

+д) все ответы верные

**К неврологическим симптомам, обусловленным вовлечением в опухолевый процесс элементов плечевого сплетения при раке верхушки легкого, относятся:**

а) слабость мышц кисти

б) расстройство чувствительности участков кисти и предплечья

в) синдром Горнера

+г) все ответы верные

**«Рентгеноотрицательный период» в развитии центрального рака легких характеризуется:**

+а) отсутствие рентгенологических признаков первичной опухоли или ее внутригрудных метастазов

б) отсутствие клинических признаков первичной опухоли

в) отсутствие клинических проявлений метастазов

г) все ответы правильные

**Медленно растущее образование, расположенное центрально и подлежащее только хирургическому лечению**

а) плоскоклеточный рак

+б) аденома бронха

в) аденокарцинома

г) овсяноклеточный рак

**К факторам, способствующим возникновению предрака и рака легкого относятся все, кроме:**

а) Длительного курения

б) Ионизирующего излучения

+в) Неполноценного питания

г) Запыленности воздуха производственной пылью

**К клинико-анатомическим формам рака легкого по А. И.Савицкому относится все, кроме:**

а) Центрального эндобронхиального

б) Центрального перибронхиального

в) Периферического

+г) Саркоидоза Бенье-Бека

**В группу повышенного риска заболеть раком легкого относятся:**

а) Заядлые курильщики

б) Работники автотранспорта

в) Работники химического производства

+г) Все перечисленные

**Характерной особенностью клинического течения периферического рака легкого в форме шаровидной тени является:**

а) Лихорадка

б) Прожилки крови в мокроте

+в) Длительное бессимптомное течение

г) Одышка

**Больной жалуется на боли в плечевом суставе. При осмотре выявлен миоз, экзофтальм и атрофия мышцы руки. При рентгенологическом исследовании обнаружено затемнение в области верхушки левого легкого, узурация контура 1-2 ребер. Укажите правильный диагноз:**

а) инфильтративный туберкулез легкого

б) пневмониеподобный рак легкого

в) центральный рак легкого

+г) рак легкого типа Пенкоста

**К поздним симптомам центрального рака легкого относятся все, кроме:**

а) синдрома "верхней полой вены"

б) ателектаза легкого с одной стороны

+в) сухого надсадного кашля

г) экссудативный плеврит

**Наиболее прогностически неблагоприятной гистологической формой рака легкого является:**

а) плоскоклеточный ороговевающий рак

б) высокодифференцированная аденокарцинома

+в) недифференцированный рак

г) карциноид

**Для уточняющей диагностики периферического рака легкого наиболее информативным методом является:**

а) рентгенография легких в двух проекциях

+б) трансторакальная пункция опухоли

в) фибробронхоскопия с прицельной биопсией

г) медиастиноскопия

**При какой форме рака легкого особенно эффективно исследование мокроты на атипические клетки:**

а) при периферическом раке в форме круглой тени

б) при раке верхушки легкого

+в) при эндобронхиальном росте центрального рака

г) при перибронхиальном росте центрального рака

**Понятие “централизация” обозначает, что периферический рак легкого прорастает стенку**

**1) главного бронха; 2) долевого; 3) сегментарного бронха; 4) субсегментарного бронха; 5) бронха V порядка**

а) правильно 1 и 2

б) правильно 2 и 3

+в) правильно 1,2 и 3

г) правильно 1,2,3 и 4

**Наличие метастатического плеврита при раке легкого соответствует символу**

а) T1

б) T2

в) T3

+г) T4

**Символу T3 в соответствии с международной классификацией по системе TNM соответствует рак легкого любых размеров, врастающий**

а) в диафрагму

б) в грудную клетку

+в) в медиастинальную клетчатку

г) в пищевод

**Ателектаз или обструктивный пульмонит всего легкого по классификации TNM соответствует символу**

а) T1

б) T2

+в) T3

г) T4

**Метастазы в надключичные лимфоузлы при раке легкого в соответствии с классификацией TNM обозначаются символом**

а) N3

+б) М+

в) Т4

г) Р2

**Если плеврит у больного раком легкого не связан с метастазированием по плевре, то первичная опухоль легкого может быть обозначена символом (символами)**

а) Т1

б) Т2

в) Т3

+г) все ответы верны

**Периферический рак легкого диаметром 4 см, не прорастающий висцеральной плевры, с одиночными метастазами в бронхопульмональных лимфоузлах, соответствует**

а) I стадии заболевания

б) IIА стадия

+в) II Б стадия

Г) IIIA стадия

**При раке легкого наиболее часто метастазами поражаются следующие группы лимфатических узлов**

+а) внутригрудные

б) подмышечные

в) забрюшинные

г) паховые

**Наиболее часто трансторакальная пункция новообразования в легком сопровождается осложнением в виде**

+а) пневмоторакса

б) гемоторакса

в) кровохарканья

г) имплантационного метастазирования

**С целью профилактики рецидива и метастазов при раке легкого могут применяться**

а) предоперационная лучевая терапия

б) послеоперационная лучевая терапия

в) предоперационная химиотерапия

+г) все перечисленное

**Хирургический метод лечения 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 в начальных стадиях в сочетании с лучевой и химиотерапией

**Наиболее высокому риску заболевания раком легкого подвергаются лица, курящие**

а) сигары

б) сигареты без фильтра

в) сигареты с фильтром

+г) трубку

**Хирургическое лечение противопоказано при:**

а) метастазах в прикорневые лимфатические узлы

б) ателектазе целой доли

в) ателектазе всего легкого

+г) одиночном метастазе в надключичный лимфатический

**Факторами риска заболевания раком легкого считаются все, кроме:**

а) задымленность воздуха крупных городов

б) увеличивающееся количество автотранспорта

в) дымовые выбросы заводов и фабрик

+г) хроническое переутомление

**Обтурационный пневмонит при раке легкого характеризуется:**

а) быстротечностью пневмонита

б) легко поддается противовоспалительной терапии

в) развивается на фоне сегментарного или долевого ателектаза

+г) верно все

**Рак Пенкоста**

а) относится к периферическим ракам

б) протекает с симптомами поражения плечевого сплетения, симпатического ствола, межреберных нервов

в) с разрушением 1 ребра

+г) все верно

**Неотложные состояния при раке легкого:**

а) канцероматозный плеврит

б) пневмоторакс

в) профузное легочное кровотечение

+г) верно все

***Ситуационные задачи:***

1. Больная Т., 28 лет, жалоб не предъявляет. При флюорографии выявлено округлое образование в верхней доле правого легкого диаметром 2 см, с четкими, ровными контурами. 1. Назовите заболевания, при которых могут наблюдаться выше описанные R-логические изменения в легких. 2. Составьте план обследования. 3. Укажите методы, позволяющие получить морфологическую верификацию процесса.

2. Больной А., 72 лет, курит около 50 лет. При прохождении очередного флюорографического исследования выявлено округлое образование в нижней доле левого легкого. Из анамнеза выяснено, что его беспокоит кашель с серозно-гнойной мокротой, усиливающийся в утренние часы и частый жидкий стул с примесью слизи в кале. Состоит на учете по поводу хронического бронхита. Изменений в характере кашля за последнее время не было. Флюорографию проходит ежегодно. На предыдущих снимках описанного тенеобразования не наблюдалось. Жидкий стул беспокоит около года. Неоднократно обращался по этому поводу к терапевту. Получал лечение по поводу дисбактериоза, колита, но специального обследования не проводилось. 1. Назовите заболевания, при которых могут наблюдаться выше описанные R-логические изменения в легких. 2. Составьте план обследования больного. 3. Имеет ли смысл провести обследование органов желудочно-кишечного тракта? С какого исследования его необходимо начать?

3. Больной Т., 48 лет, курильщик с 28 летним стажем, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на сухой надсадный кашель, усиливающийся в ночное время. Несколько раз в скудной мокроте отмечал прожилки крови. При флюорографии патологии не выявлено. 1. При каких заболеваниях могут встречаться описанные симптомы? 2. Тактика врача поликлиники. 3. Достаточно ли в данном случае ограничиться флюорографическим исследованием и почему?

4. Больной К., 65 лет, злостный курильщик, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на кашель с гнойной мокротой, повышение температуры до 38 С, слабость, потливость, одышку при физической нагрузке. Болен 3 дня. При аускультации слева, в проекции нижней доли ослаблено дыхание, выслушиваются влажные хрипы. При R-исследовании органов грудной клетки выявлены инфильтративные изменения в нижней доле левого легкого. Больному поставлен диагноз - острая левосторонняя пневмония, назначено лечение. 1. С каким заболеванием необходимо дифференцировать поставленный диагноз? 2. Какие особенности клинического течения могут насторожить врача? 3. Какие необходимы обследования чтобы не пропустить серьезную патологию?

5. Больной Л., 28 лет, не курит. Считает себя больным в течение 3-х месяцев, когда стала беспокоить одышка, осиплость голоса. К врачу не обращался. Одышка нарастала, стала беспокоить даже в покое. Из-за одышки и чувства нехватки воздуха спать может только в полусидящем положении. При осмотре – отек лица и шеи, цианоз кожи лица, расширение подкожных вен шеи, одышка в покое 32 в 1 мин. 1. Назовите синдром. 2. При каких заболеваниях он может встречаться? 3. Составьте план обследования больного.

6. Больная Д., 55 лет, 2 года тому назад оперирована по поводу рака левой молочной железы T1N0M0. Последние 6 мес. стали беспокоить одышка, слабость, субфебрильная температура. При очередном диспансерном осмотре, учитывая выше перечисленные жалобы, больной было выполнено КТ-исследование органов грудной клетки, при котором, в большом количестве, по всем легочным полям выявлены мелкоочаговые тени до 3 мм в диаметре. В синусах с обеих сторон небольшое количество свободной жидкости. Область послеоперационного рубца без особенностей. При УЗИ печени – очаговой патологии не выявлено. 1. Ваше мнение о характере патологических изменений в органах грудной клетки. 2. Какие исследования помогут установить точный диагноз? 3. Тактика врача в зависимости от установленного диагноза.

7. Больной В., 72 лет, обратился к врачу с жалобами на чувство «застревания» при прохождении твердой пищи по пищеводу, сопровождающееся болевыми ощущениями. Чтобы твердая пища лучше проходила запивает ее водой. Похудел на 6 кг. Страдает мерцательной аритмией, тахисистолической формой, сахарным диабетом II тип, тяжелой степени. 1. Назовите синдром. 2. При каких заболеваниях он встречается? 3. Могут ли данные анамнеза помочь в постановке диагноза? 4. План обследования больного? 5. Лечебная тактика? Обоснуйте свой ответ.

***Задания для проверки практических навыков:***

Выполнить перкуссию органов грудной полости и описать полученные результаты;

Выполнить пальпацию регионарных лимфатических узлов и описать их локальный статус;

Составить план обследования пациента с подозрением на рак легкого;

Интерпретировать данные КТ-исследования органов грудной клетки, сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента;

**Тема 3.** *Рак молочной железы*.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** *устный опрос, тестирование, ситуационные задачи, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Скрининг, профилактика и ранняя диагностика рака молочной железы.

2. Рак молочной железы: современные аспекты этиологии и патогенеза. Факторы риска. Люминальный и трижды негативный рак молочной железы.

3. Выбор метода лечения рака молочной железы в зависимости от стадии заболевания, клинической формы и возраста больной.

4. Типы радикальных операций. Органосохраняющее лечение рака молочной железы.

5. Осложнения хирургического лечения. Ранние и поздние.

6. Показания к комбинированному и комплексному лечению рака молочной железы. Адьювантная и неоадьювантная химиотерапия.

7. Значение иммуногистохимического исследования в современном лечении рака молочной железы.

8. Гормонотерапия рака молочной железы.

9. Таргентная терапия рака молочной железы.

10. Вопросы реабилитация больных раком молочной железы.

***Тестовые задания:***

В какое время менструального цикла нужно производить обследование молочной железы:

А) во время месячных

Б) накануне месячных

+В) через 5-7 дней после окончания месячных

Г) в любое время

Сигналами тревоги по раку молочной железы являются:

А) уплотнение в молочной железе

Б) выделения из соска любого характера, не связанные с беременностью и кормлением

В) наличие эрозии, корочек, чешуек, изъязвлений в области соска или ареолы

+Г) все перечисленные

**В молочной железе прощупывается плотноватый участок 2,5х3,0 см, над которым имеется положительный симптом площадки. О каком заболевании можно думать:**

А) фиброаденома

Б) узловая мастопатия

В) киста

+Г) рак

**У больной 52 лет около двух месяцев назад появилось отделяемое из соска и инфильтрация ареолы правой молочной железы, затем отдельные участки ареолы стали изъязвляться и покрываться корочками. В подмышечной впадине пальпируются увеличенные лимфоузлы. О каком заболевании можно думать?**

А) маститоподобный рак

Б) рожеподобный рак

+В) рак типа Педжета

Г) панцирный рак

**Характерными признаками рака молочной железы являются следующие, за исключением**:

А) связь опухоли с окружающими тканями

Б) опухоль плотной консистенции

В) границы опухоли нечеткие

+Г) резкая болезненность при пальпации

**Какова тактика врача при раке молочной железы 1-б стадия?**

А) гормонотерапия

+Б) радикальная мастэктомия

В) лучевая терапия

Г) диспансерное наблюдение

**Наиболее эффективным методом лечения локализованного фибраденоматоза молочной железы является:**

А) прием микродоз йода

Б) прием гепатотропных препаратов

+В) секторальная резекция

Г) гормонотерапия

**Как лечить неинвазивный рак молочной железы 1 стадии?**

А) радикальная мастэктомия по Холстеду

+Б) радикальная резекция молочной железы с регионарной лимфаденэктомией + послеоперационная лучевая терапия

В) химиолучевая терапия

Г) гормонотерапия

**К дисгормональным гиперплазиям молочной железы относятся следующие заболевания, за исключением:**

А) фиброзно-кистозная мастопатия

Б) узловая мастопатия

В) киста молочной железы

+Г) болезнь Педжета

**Наиболее патогномоничный маммографический признак рака:**

А) четкие контуры тенеобразования

+Б) лучистые контуры

В) однородная структура тенеобразования

Г) неоднородная структур

**У женщины спустя 2 года после кормления ребенка грудью появилось локальное уплотнение в молочной железе, ее увеличение. Выберите лечебно-диагностическую тактику:**

А) согревающие компрессы

Б) физиотерапия

В) вскрытие и дренирование

+Г) пункционная биопсия

**На диспансерном учете у терапевта находятся лица с сахарным диабетом, гипертонической болезнью, ожирением. Появление рака какой локализации врач вправе ожидать у данного контингента с наиболее высоким риском?**

А) бронхов

Б) желудка

В) поджелудочной железы

+Г) молочной железы

**Радикальные операции при раке молочной железы дают лучший результат при локализации опухоли**

А)в верхне-внутреннем квадранте

Б) в верхне-наружном квадранте

В) в нижне-внутреннем квадранте

+Г) в нижне-наружном квадранте

**Отечно-инфильтративная форма рака молочной железы обычно соответствует**

А) I стадии

Б) II стадии

В) III стадии

+Г) III и IV стадиям

**Показанием для паллиативной мастэктомии может быть**

А)наличие изъязвленной опухоли

Б) тяжелые сопутствующие заболевания

В) преклонный возраст больного

+Г) все перечисленное

**При локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах первым этапом метастазирования будут**

А)подмышечные лимфоузлы

+Б) парастернальные лимфоузлы

В) паховые лимфоузлы

Г) подлопаточные лимфоузлы

**Рак молочной железы обычно развивается из**

+А) эпителия протоков

Б) альвеол

В) жировой клетчатки

Г) междольковых соединительнотканных волокон (куперовских связок)

**Рак молочной железы чаще всего представляет собой**

А) болезненный узел

+Б) безболезненный узел

В) язву с плотными краями

Г) обширный инфильтрат

**Рак молочной железы метастазирует преимущественно**

+А) лимфогенно

Б) гематогенно

В) имплантационно

Г) все пути метастазирования равнозначны

**Рак молочной железы чаще всего метастазирует**

А) в средостение

+Б) в кости

В) в почки

Г) в надпочечники

**Рак молочной железы диаметром 2,5 см без поражения регионарных лимфоузлов относят к стадии:**

А) 1

+Б) 2А

В) 3А

Г) 3А

**Рак молочной железы диаметром 5,5 см с метастазом в один подмышечный узел относят к стадии:**

А) 1

Б) 2А

В) 3А

+Г) 3Б

**Больную раком молочной железы беспокоит боль в спине. Проведено рентгенологическое обследование. Обнаружена деструкция 4 и 5-го поясничных позвонков. Какая у нее стадия заболевания?**

А) 1 стадия

Б) 2Б стадия

В) 3 стадия

+Г) 4 стадия

**У больной рак молочной железы. Опухоль диаметром 1,5 см с метастазом в один подмышечный лимфоузел. Как она обозначается по системе TNM?**

А) T 1N 0M0

+Б) T 1N 1M0

В) T 2N 0M0

Г) T 3N 0M0

**Как обозначается по системе T N M рак молочной железы диаметром 3,5 см без поражения регионарных лимфоузлов?**

А) T 1N 0M0

Б) T 1N 1M0

+В) T 2N 0M0

Г) T 3N 0M0

**В РФ среди злокачественных опухолей у женщин рак молочной железы по частоте занимает место**

**+**А) первое

Б) второе

В) третье

Г) четвертое

**Заболеваемость раком молочной железы**

+А) повышается

Б) стабилизировалась

В) снижается

Г) четких закономерностей нет

**Какое влияние на эпителий молочной железы оказывает избыточная продукция эстрогенов?**

А) уменьшает пролиферативные процессы

Б) не влияет на пролиферативные процессы

+В) усиливает пролиферативные процессы, способствует возникновению мастопатии и рака

Г) на эпителий молочной железы не влияет

**Вырабатываемый гипоталамусом рилизинг-гормон фоллиберин**

А) снижает продукцию ФСТ гипофизом

Б) снижает продукцию ФСТ гипофизом и выработку эстрогенов яичниками

В) повышает продукцию ФСТ гипофизом, но снижает выработку эстрогенов яичниками

+Г) повышаетпродукцию ФСТ гипофизом и выработку эстрогенов яичниками

**Что из перечисленного не способствует возникновению рака молочной железы?**

А) отягощенная наследственность

Б) гормональные нарушения

В) перенесенный в прошлом рак толстой кишки

+Г) кратковременное ( менее 4-х лет) использование противозачаточных средств

**В возникновении рака молочной железы не играет роли нарушение функций**

А) яичников

Б) печени

+В) желудочно-кишечного тракта

Г) гипоталамо-гипофизарной области

**Риск рака молочной железы не повышен у лиц**

А) с фолликулярными кистами яичников

Б) с нарушением половой и детородной функции

+В) много рожавших

Г) не рожавших или имевших поздние первые роды

**Мерами первичной профилактики рака молочной железы служит излечение**

А) дисгормональных гиперплазий молочных желез

+Б) верно все

В) воспалительных заболеваний молочной железы

Г) нарушений функций печени

**Наиболее достоверный метод диагностики рака молочной железы**

А) маммография

+Б) пункционная биопсия

В) дуктография

Г) УЗИ

**Основным методом диагностики рака молочной железы является:**

А) маммография

Б) пальпация молочной железы

В) УЗИ молочных желез

+Г) морфологический

**Редким симптомом рака молочной железы 2-й стадии считается:**

А) симптом "умбиликации"

Б) симптом "морщинистости"

+В) боль

Г) симптом площадки

**Рак молочной железы обычно развивается из**

+А) эпителия протоков

Б) альвеол

В) жировой клетчатки

Г) междольковых соединительнотканных волокон (куперовских связок)

**Рак молочной железы чаще всего проявляется как:**

А) болезненный узел

+Б) безболезненный узел

В) язва с плотными краями

Г) обширный инфильтрат

**Основным направлением оттока лимфы из молочной железы являются:**

+А) подмышечныелимфатические узлы

Б) надключичные лимфатические узлы

В) окологрудинные лимфатические узлы

Г) шейные лимфатические узлы

**Редкий путь метастазирования рака молочной железы:**

А) лимфогенный

Б) гематогенный

+В) имплантационный

Г) лимфогенный+гематогенный

**Отдаленные метастазы рака молочной железы чаще всего наблюдаются:**

А) в средостение

Б) в кости

В) в почки

+Г) в легкие

**Рак молочной железы диаметром 0,6 см без регионарных метастазов относят к стадии:**

+А) I

Б) II

В) III A

Г) III Б

**Как обозначается по системе ТNМ рак молочной железы диаметром 3,5 см без поражения регионарных лимфатических узлов?**

А) Т1 NО МО

Б) Т1 N1 МО

+В) Т2 NО МО

Г) Т2 N1 МО

**Секторальная резекция молочной железы показана:**

А) при мастодинии

Б) при диффузной мастопатии

+В) при узловой мастопатии

Г) при раке Педжета

**Типичным симптомом внутрипротоковой папилломы является**

А) наличие плотного участка с зернистой поверхностью

Б) симптом втяжения

+В) кровянистые выделения из соска

Г) болезненность при пальпации ареолы

**Проводить самообследование молочных желез один раз в 2 месяца рекомендуется женщинам, начиная с возраста:**

А) 18 лет

+Б) 30 лет

В) 40 лет

Г) 60 лет

**Основным и обязательным компонентом радикального лечения рака молочной железы является:**

+А) хирургическое вмешательство

Б) лучевая терапия

В) химиотерапия

Г) гормонотерапия

**Рак молочной железы диаметром 0,6 см с метастазом в два подмышечных узла относят к стадии:**

А) I

Б) II A

+В) II Б

Г) III

**У больной рак молочной железы. Опухоль диаметром 0,5 см с метастазом в один подмышечный лимфатический узел. Как она обозначается по системе ТNМ?**

А) Т1NОМО

+Б) Т1N1МО

В) Т2NОМО

Г) Т2N1МО

**В России среди злокачественных опухолей у женщин рак молочной железы по частоте занимает:**

+А) первое место

Б) второе место

В) третье место

Г) в число трех наиболее частых злокачественных опухолей не входит

**Заболеваемость раком молочной железы с возрастом:**

+А) повышается

Б) стабилизировалась

В) снижается

Г) четких закономерностей нет

**Какое влияние на эпителий молочной железы оказывает избыточная продукция эстрогенов?**

А) уменьшает пролиферативные процессы

+Б) усиливает пролиферативные процессы

В) уменьшает процессы фиброза

Г) на эпителий молочной железы не влияет

**При радикальной мастэктомии по Холстеду удаляется:**

А) только молочная железа

Б) молочная железа и клетчатка с лимфатическими узлами

В) молочная железа, большая грудная мышца и клетчатка с лимфатическими узлами

+Г) молочная железа, обе грудные мышцы и клетчатка с лимфатическими узлами

**При назначении гормонотерапии больным раком молочной железы учитывается:**

А) стадия опухолевого процесса

Б) морфологическая структура опухоли

В) степень дифференцировки опухоли

Г) уровень пролактина

Д) результат иммуногистохимического исследования

**При раке молочной железы преобладает путь метастазирования:**

+А) лимфогенный

Б) гематогенный

В) имплантационный

Г) комбинированный

**Органосохранное радикальное хирургическое лечение рака молочной железы включает:**

## А) радикальную мастэктомию по Холстеду

Б) радикальную мастэктомию по Пэйти

+В) радикальную резекцию молочной железы

Г) секторальную резекцию

**Рак молочной железы чаще всего метастазирует:**

А) в средостение

+Б) в кости

В) в почки

Г) в надпочечники

**При операции радикальной мастэктомии по Холстеду большая грудная мышца:**

А) Сохраняется

+Б) Удаляется полностью

В) Удаляется частично

Г) Удаляется при наличии метастазов в подмышечных лимфоузлах

**Какой из перечисленных симптомов не характерен для рака молочной железы**

А) умбиликация

Б) лимонная корка

В) втяжение соска

+Г) гиперпигментация соска и ареолы

**Какой из дополнительных способов лечения рака молочной железы, кроме хирургического применяется чаще всего**

+А) химиотерапия

Б) гормонотерапия

В) лучевая терапия

Г) овариоэктомия

**Больная 35 лет жалуется на покраснение и утолщение соска. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты корочкой и струпом, имеется мокнутье. При слущивании корочки влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен и плотный на ощупь. Диагноз.**

А) экзема соска

+Б) болезнь Педжета

В) скирр молочной железы

Г) маститоподобный рак

**У больной с подозрением на рак молочной железы при исследовании пунктата из опухоли атипичных клеток не обнаружено. Как поступить с больной?**

А) выписать под амбулаторное наблюдение

Б) назначить антибиотикотерапию

+В) выполнить секторальную резекцию со срочным гистологическим исследованием

Г) провести простую мастэктомию

**У девушки 22 лет в верхне-наружном квадранте молочной железы обнаружен узел плотной консистенции с гладкой поверхностью размером 2\*2 см., легко смещаемый, ограниченный от окружающих тканей. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Предположительный диагноз.**

А) саркома

Б) болезнь Педжета

В) узловая мастопатия

+Г) фиброаденома

Д) рак молочной железы

**Факторы, способствующие развитию рака молочной железы:**

а) воспалительные или гиперпластические процессы придатков матки

б) рак молочной железы у кровных родственников

в) нарушение менструальной, детородной функций

+г) верно все

**Клинические формы рака молочной железы**

а) узловая

б) диффузная

в) болезнь Педжета

+г) верно все

**К диффузным формам рака молочной железы относится**

а) отечно-инфильтративная

б) маститоподобная

в) рожистая

+г) верно все

**Симптом Пайра - это**

а) при потягивании за сосок опухоль смещается за ним

б) утолщение кожи ареола

+в) при захватывании двумя пальцами справа и слева кожа не собирается в продольные складки, а образует поперечную складчатость

г) верно все

**Симптом Прибрама - это**

+а) при потягивании за сосок опухоль смещается за ним

б) утолщение кожи ареола

в) при захватывании двумя пальцами справа и слева кожа не собирается в продольные складки, а образует поперечную складчатость

г) верно все

**Симптом Краузе- это**

а) при потягивании за сосок опухоль смещается за ним

+б) утолщение кожи ареола

в) при захватывании двумя пальцами справа и слева кожа не собирается в продольные складки, а образует поперечную складчатость

г) верно все

**Симптомы рака молочной железы**

а) апельсиновой корки

б) площадки

в) умбиликации

+г) верно все

**Редкая форма рака молочной железы**

+а) рак соска

б) диффузная

в) узловая

г) болезнь Педжета

**Диффузный рак молочной железы характеризуется всем, кроме**

а) быстрый темп роста

б) быстрое распространение в окружающие ткани

+в) плотный узел с крупно- или мелкобугристой поверхностью

г) обширное метастазирование

**Риск рака молочной железы уменьшается при потреблении**А) большого количества животных жиров

Б) большого количества белков

В) большого количества углеводов

+Г) большого количества овощей и фруктов, богатых витамином А

**Циклические болевые ощущения в молочной железе характерны для:**

А) кисты молочной железы

+Б) диффузной мастопатии

В) фиброаденомы

Г) рака молочной железы

**Наиболее частой формой рака молочной железы является**

А) маститоподобная

+Б) узловая

В) отечно-инфильтративная

г) рак Педжета

**К кожным симптомам рака молочной железы относятся все перечисленные, кроме симптома**

А) морщинистости

Б) площадки

+В) Кенига

Г) втяжения

**Обследование молочных желез на амбулаторном приеме вменено в обязанность всех перечисленных медицинских работников, кроме**

А) акушерок смотровых кабинетов

Б) терапевтов и хирургов  
В) гинекологов

+Г) дерматологов

**Больная опасается, что отсутствие молочной железы осложнит ее личную жизнь. Допустимо ли вместо радикальной мастэктомии выполнение щадящей операции с сохранением части железы?**

А) нет, при раке всегда должна выполняться радикальная мастэктомия

Б) допустимо при новообразовании в верхне-наружном квадранте

В) при новообразовании меньше 5 см в диаметре допустимо при любом расположении опухоли

+Г) допустимо при новообразовании до 3 см в диаметре, расположенных в верхне-наружном квадранте железы

**Какой способ радикальной мастэктомии применяется при прорастании опухоли в большую грудную мышцу:**

А) по Пейти.

+Б) по Холстеду.

В) по Мадену

Г) По Урбан

**Какое исследование наиболее информативно для выявления непальпируемой опухоли молочной железы?**

А) Ультразвуковая эхография.

Б) Осмотр и пальпация.

+В) Маммография.

Г) Термография

***Ситуационные задачи:***

1. Больная Т., 38 лет, жалобы на наличие образования в правой молочной железе, в верхне-наружнем квадранте. При маммографии выявлено образование в правой молочной железе диаметром 2 см, с четкими, ровными контурами. 1. Назовите заболевания, при которых могут наблюдаться выше описанные R-логические изменения в молочной железе. 2. Составьте план обследования. 3. Укажите методы, позволяющие получить морфологическую верификацию процесса.

2. Больная К., 48 лет, два года тому назад прооперирована по поводу рака правой молочной железы Т1N0M0. Обратилась на прием к невропатологу поликлиники по поводу болей в пояснично-кресцовом отделе позвоночника с иррадиацией в левую ногу. При R-графии пояснично-крестцового отдела позвоночника имеется разреженность костного вещества тел 1 - 2 и 5-го поясничных позвонков, однако бесспорных данных в пользу костно-деструктивных изменений не получено. 1. Назовите заболевания, при которых могут наблюдаться выше описанные R-логические изменения в костях скелета. 2. Составьте план обследования больной. 3. Какие методы наиболее чувствительны для определения костных метастазов?

3. Больная С., 48 лет, обратилась в поликлинику по месту жительства с жалобами на кровянистые выделения из соска несколько раз за последние две недели. 1. При каких заболеваниях могут встречаться описанные симптомы? 2. Тактика врача поликлиники. 3. Достаточно ли в данном случае ограничиться осмотром и пальпацией молочных желез и почему?

4. Больная П., 79 лет. Несколько последних лет не обращалась в поликлинику по месту жительства. Два дня назад каретой скорой помощи доставлена в ургентный хирургический стационар по поводу кровотечения из язвы в области левой молочной железы. После остановки кровотечения больная направлена на консультацию в онкологический диспансер. При осмотре: на границе верхних квадрантов левой молочной железы язва размером 6 х 6 см, с плотными, подрытыми краями. На дне язвы - тканевой детрит и фибрин. Опухолевая язва не смещается при пальпации. Левая молочная железа больше правой, положительный симптом «лимонной корки». В подмышечной области слева конгломерат увеличенных лимфоузлов 4 х 5 см, в левой надключичной области плотный лимфоузел до 2 см в диаметре. При пункции образования левой молочной железы, подмышечных и надключичного лимфоузлов получены клетки аденокарциномы 1. Ваш диагноз? 2. Установите стадию заболевания? 3. Составьте план обследования больной. 4. Составьте план лечения больной.

5. Больная Л., 28 лет, 2 недели после родов, кормит грудью. В последние несколько дней чувствует недомогание, слабость, повышение температура тела до 38,9 С, правая молочная железа стала больше левой, в ней появились распирающие боли, из соска кровянистые выделения. 1. О каком заболевании, прежде всего, следует думать? 2. При каких заболеваниях может быть похожая клиника? 4. Составьте план обследования больной.

6. Больная Д., 55 лет, 2 года тому назад оперирована по поводу рака левой молочной железы T3N1M0, от предложенного химиотерапевтического метода лечения отказалась, сославшись на нежелание терпеть тошноту и «облысеть». Последние 6 мес. стали беспокоить одышка, слабость, субфебрильная температура. При очередном диспансерном осмотре, учитывая выше перечисленные жалобы, больной было выполнено КТ-исследование органов грудной клетки, при котором, в большом количестве, по всем легочным полям выявлены мелкоочаговые тени до 3 мм в диаметре. В синусах с обеих сторон небольшое количество свободной жидкости. Область послеоперационного рубца без особенностей. При УЗИ печени – очаговой патологии не выявлено. 1. Ваше мнение о характере патологических изменений в органах грудной клетки. 2. Какие исследования помогут установить точный диагноз? 3. Тактика врача в зависимости от установленного диагноза.

***Задания для проверки практических навыков:***

Выполнить пальпацию молочных желез и описать локальный статус пациента с раком молочной железы;

Выполнить пальпацию регионарных лимфатических узлов и описать их локальный статус;

Составить план обследования пациента с подозрением на рак молочной железы;

Интерпретировать данные маммографии и сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента;

Составьте план лекции на тему «Рак молочной железы»;

Составьте план практического занятия на тему «Рак молочной железы».

Опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства

**Модуль 4.** **Опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства**

**Тема 1**. *Злокачественные опухоли желудка.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** *устный опрос, тестирование, ситуационные задачи, проверка практических навыков.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Заболеваемость раком желудка в России и мире.
2. Этиология и патогенез рака желудка.
3. Факторы, влияющие на заболеваемость: характер питания, профессиональные вредности, вредные привычки, экологические факторы.
4. Основные фоновые заболевания, особенности лечения и диспансеризации.
5. Понятие о дисплазии и раннем раке желудка.
6. Закономерности метастазирования.
7. Классификация по стадиям.
8. Клиническая картина. «Сигналы тревоги».
9. Диагностика рака желудка. Физикальные и инструментальные методы обследования. Основные рентгенологические симптомы. Методы скрининга.
10. Дифференциальная диагностика.
11. Осложнения рака желудка.
12. Принципы и методы лечения.
13. Радикальные и паллиативные операции.
14. Лекарственное лечение.
15. Вопросы реабилитации.

***Тестовые задания:***

**Ранний симптом при раке желудка:**

А) метеоризм

Б) боли в эпигастрии

+В) немотивированная потеря аппетита

Г) тахикардия

**На операции установлена причина механической желтухи – метастазы рака желудка в ворота печени. Хирургическая тактика:**

А) гепатикоэнтеростомия

+Б) пробная лапаротомия

В) наружная гепатикостома

Г) бужирование суженного участка

**У больного 47 лет при ЭГДС выявлена опухоль желудка. По УЗИ - тканевое образование 5-го сегмента печени. Дальнейшие действия:**

А) симптоматическая терапия

Б) наблюдение онколога

+В) госпитализация в хирургический стационар

Г) компьютерная томография через 6 месяцев

**Больному 1 месяц назад выполнена радикальная операция по поводу рака желудка. При осмотре жалоб не предъявляет. Данных за рецидив и генерализацию процесса не выявлено. Укажите дату контрольного диспансерного осмотра?**

+А) через 3 месяца

Б) через 6 месяцев

В) через 1 год

Г) в дальнейшем наблюдении не нуждается

**Укажите неверное утверждение по поводу рака желудка:**

А) частота рака желудка уменьшается в большинстве стран

Б) частота рака желудка в Новгородской области одна из самых высоких в РФ

В) во всех регионах мужчины заболевают чаще женщин

+Г) риск рака желудка повышен у лиц, имеющих А (II ) группу крови

**Основные рекомендации по первичной профилактике рака желудка включают все, кроме:**

А) снижение потребления соленых и копченых продуктов

+Б) принятие пищи 2 раза в день

В) увеличение потребления зеленых овощей и фруктов

Г) уменьшение доли риса в рационе

**К макроскопическим формам рака желудка относят все, кроме:**

А) язвенная

Б) инфильтративная

+В) слизистая

Г) полиповидная

**При опухолевом поражении дна или свода желудка в первую очередь нарушается функция:**

А) моторно-эвакуаторная

Б) резервуарная

В) секреторная

+Г) кроветворная

**При опухолевом поражении пилороантрального отдела желудка в первую очередь нарушается функция:**

+А) моторно-эвакуаторная

Б) резервуарная

В) секреторная

Г) бактерицидная (барьерная)

**При опухолевом поражении тела желудка в первую очередь нарушается функция:**

**А)** моторно-эвакуаторная

+Б) резервуарная

В) секреторная

Г) бактерицидная (барьерная)

**При опухолевом поражении кардиального отдела желудка с переходом на пищевод в первую очередь нарушается функция:**

**+А)** моторно-эвакуаторная

Б) резервуарная

В) секреторная

Г) бактерицидная ( барьерная)

**Немотивированная анемия наиболее часто при раке:**

А) кардиального отдела желудка

+Б) дна и тела желудка

В) малой кривизны желудка

Г) выходного отдела желудка

**Чувство дискомфорта и переполнения в эпигастрии встречается наиболее часто при раке:**

А) кардиального отдела желудка

Б) дна и тела желудка

В) малой кривизны желудка

+Г) выходного отдела желудка

**Дисфагия встречается наиболее часто при раке:**

+А) кардиального отдела желудка

Б) дна и тела желудка

В) малой кривизны желудка

Г) выходного отдела желудка

**Тошнота, рвота встречаются наиболее часто при раке:**

А) кардиального отдела желудка

Б) дна и тела желудка

В) малой кривизны желудка

+Г) выходного отдела желудка

**Желудочное кровотечение встречается наиболее часто при раке:**

А) кардиального отдела желудка

Б) дна и тела желудка

+В) малой кривизны желудка

Г) выходного отдела желудка

**В структуре онкологической заболеваемости в РФ 2005 года рак желудка занимает:**

А) первое место

+Б) второе место

В) третье место

Г) четвертое место

Наиболее часто предраковым заболеванием желудка в зависимости от нарушения секреторной функции является:

А) нормацидный гастрит

Б) поверхностный гиперацидный гастрит

В) гиперацидный гастрит

+Г) гипо- и анацидный гастрит

Наиболее часто предраковым заболеванием желудка в зависимости от морфологической картины является:

А) гиперпластический

Б) гипертрофический

+В) атрофический

Г) эрозивный

**Группы повышенного риска рака желудка все, кроме:**

А) хронический анацидный гастрит

Б) язвенная болезнь желудка с частыми рецидивами

+В) фитобезоар

Г) полипоз желудка

Распространение рака желудка не осуществляется:

А) лимфогенным путем

Б) гематогенным путем

+В) ретроградным путем

Г) имплантационным путем

Метастаз Шницлера при раке желудка локализуется:

А) в левой надключичной области

+Б) в дугласовом пространстве

В) в яичниках

Г) в печени

Метастаз Крукенберга при раке желудка локализуется:

А) в левой надключичной области

Б) в дугласовом пространстве

+В) в яичниках

Г) в печени

Метастаз Вирхова при раке желудка локализуется:

+А) в левой надключичной области

Б) в дугласовом пространстве

В) в яичниках

Г) в печени

**Метастазы рака желудка в печень можно выявить с помощью всех методов, кроме:**

А) УЗИ

Б) компьютерная томография

+В) фиброгастроскопия

Г) лапароскопия

**Наиболее предпочтительный способ диагностики раннего рака желудка:**

А) исследования желудочного сока

Б) УЗИ

В) лапароскопии

+) фиброгастроскопии, биопсия

**Наличие метастазов в париетальную брюшину при раке желудка можно установить с помощью:**

А) мануального метода исследования живота

Б) лабораторных тестов

+В) лапаротомии

Г) обзорной рентгенографии органов брюшной полости

**К синдрому “малых признаков” рака желудка по А. И.Савицкому относят все, кроме:**

А) беспричинная слабость

Б) стойкое снижение аппетита

В) прогрессирующее похудение

+Г) гиперсаливация

Для рака проксимального отдела желудка характерны все симптомы, кроме:

А) затрудненное прохождение твердой и комковой пищи

Б) боли под мечевидным отростком

В) срыгивания пищи

+Г) шум "плеска" в эпигастрии

**Для рака тела желудка характерны все симптомы, кроме:**

А) нарастающая общая слабость

Б) похудание

+В) дисфагия

Г) анемия

**Для рака дистального отдела желудка характерны все симптомы, кроме:**

А) отрыжка тухлым запахом

Б) обильная рвота пищей, съеденной накануне

В) чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи

+Г) гиперсаливация

**На первом месте находится следующая локализация рака желудка:**

А) кардиальный отдел

Б) дно

В) тело

+Г) антральный отдел

Наиболее ранние клинические проявления наблюдается при раке желудка с локализацией:

А) в розетке кардии

Б) по малой кривизны

+В) в дне желудка

Г) в теле желудка

**При клиническом обследовании больного с распространенным раком желудка можно выявить все признаки, кроме:**

А) бледность кожных покровов

Б) увеличение объема живота

В) метастаз Вирхова

+Г) точную локализация опухоли

**Рентгенологические признаки рака желудка все, кроме:**

А) изменение рельефа слизистой

Б) дефект наполнения

В) ригидность желудочной стенки

+Г) ниша с затеком контраста

**Для диагностики рака желудка применяют все методы, кроме:**

А) рентгеноскопия

Б) фиброгастроскопия, биопсия

В) УЗИ

+Г) желудочное зондирование

При резектабельном раке проксимального отдела желудка применяется:

А) резекция желудка по Бильрот-1

Б) резекция желудка по Бильрот-2

+В) проксимальная субтотальная резекция желудка с эзофагогастроанастомозом

Г) эзофагофундопликация

**При резектабельном раке дистального отдела желудка с явлениями стеноза привратника показана операция**:

А) гастроэнтероанастомоз

Б) гастрэктомия

+В) дистальная субтотальная резекция желудка

Г) пилоропластика по Микуличу

Абсолютными признаками нерезектабельного рака желудка являются все, кроме:

А множественные метастазы в печень

Б) асцит

В) распространение на тело поджелудочной железы

+Г) большие размеры опухоли

Наиболее эффективной паллиативныой операцией при нерезектабельном раке антрального отдела желудка является:

А) эзофагофундопликация

Б) пилоропластика по Микуличу

+В) задний гастроэнтероанастомоз .

Г) гастростомия

**Адьювантную полихимиотерапию после радикальной операции по поводу рака желудка нужно проводить при всех морфологических формах, кроме:**

+А) высокодифференцированная аденокарцинома

Б) низкодифференцированная аденокарцинома

В) умереннодифференцированная аденокарцинома

Г) скирр

При проведении полихимиотерапии по поводу рака желудка базисным противоопухолевым препаратом является:

А) Викристин

Б) Винбластин

+В) 5-фторурацил

Г) Циклофосфан

При язве антрального отдела желудка с малигнизацией показана операция:

А) ваготомия с пилоропластикой и иссечением язвы

Б) проксимальная субтотальная резекция

+В) дистальная субтотальная резекция желудка

Г) антрумэктомия

**Для декомпенсированного стеноза привратника опухолевого генеза характерны все симптомы, кроме:**

А) рвота пищей, съеденной накануне

+Б) дисфагия

В) шум плеска в желудке натощак

Г) задержка бария в желудке более 24 часов

**Болезнь Менетрие - это:**

А) парадоксальная дисфагия

+Б) складчатый гипертрофический гастрит

В) дивертикулез желудка

Г) атрофический гастрит

**Какая локализация опухоли желудка сопровождается наименее выраженной клинической симптоматикой**:

А) рак кардии с переходом на пищевод

+Б) рак дна желудка

В) рак тела желудка

Г) рак пилорического канала

Какой из признаков не характерен для рака желудка:

А) в три раза чаще возникает у мужчин

Б) развивается на фоне хронического атрофического гастрита

В) может развиваться из полипа

+Г) преобладает в молодом и зрелом возрасте

Полип желудка наиболее вероятно является малигнизированным при диаметре:

А) 0,5 см

Б) 1 см.

В) 1,5 см

+Г) 2 см.

**Основной метод диагностики раннего рака желудка**:

+А) фиброгастроскопия с прицельной биопсией

Б) фракционное исследование желудочного сока

В) лапароскопия

Г) УЗИ

**При какой локализации рака желудка наиболее часто встречается дисфагия:**

А) тело желудка

+Б) розетка кардии

В) антральный отдел

Г) дно

**Когда показана гастростомия**:

А) при раке проксимального отдела желудка 2 стадии

+Б) при раке кардии 4 стадии

В) при пилороспазме

Г) при кардиоспазме

**Основной критерий раннего рака желудка:**

А) низкая степень морфологической дифференцировки опухоли

+Б) глубина инвазии ограниченна слизистым и подслизистым слоем желудка

В) опухоль с региональными метастазами

Г) глубина инвазии опухоли распространяется на серозную оболочку

**Типичными клиническими проявлениями рака выходного отдела желудка являются все, кроме:**

А) повторная рвота съеденной пищей

+Б) дисфагия

В) "шум плеска" в эпигастрии

Г) тяжесть в эпигастрии после приема пищи

**Какой из названных симптомов не характерен для рака тела желудка**:

А) анемия

+Б) головная боль

В) рвота пищей, съеденной накануне

Г) похудение

К предраковым заболеваниям желудка относится все, кроме:

+А) синдром Маллори-Вейса

Б) хронический атрофический гастрит

В) полипоз желудка

Г) болезнь Менетрие

**Отдаленные метастазы при раке желудка все, кроме:**

А) метастаз Шницлера

Б) метастаз Крукенберга

В) метаcтаз Вирхова

+Г) метастаз в большой сальник

**При субтотальной резекции желудка по поводу рака желудочно-поджелудочная связка:**

+А) удаляется обязательно

Б) удаляется частично

В) никогда не удаляется

Г) удаляется не обязательно

**Наиболее часто подвергаются малигнизации следующие типы желудочных полипов:**

А) гиперпластические

+Б) аденоматозные

В) тубулярные

Г) папиллярные

**Определение границ опухоли при гастроскопии основано на всех признаках, кроме:**

А) на визуальных признаках

Б) на инструментальной пальпации

В) на морфологическом исследовании биопсийного материала

+Г) на сочетании всех перечисленных признаков

**Эндоскопическая полипэктомия без предварительного морфологического исследования биопсийного материала из полипа допустима**

А) во всех случаях

+Б) не допустима

В) при одиночном полипе на широком основании независимо от его размеров

Г) при одиночном мелком полипе на ножке

**Гастрэктомию целесообразно выполнять при всех случаях, кроме:**

А) при тотальном поражении желудка

+Б) при экзофитной опухоли проксимального отдела желудка

В) при инфильтративной опухоли любой локализации

Г) при эндофитной опухоли антрального отдела желудка

**Субтотальная проксимальная резекция желудка должна выполняться:**

А) при инфильтративной опухоли кардиального отдела желудка

+Б) при экзофитной опухоли кардиального отдела желудка

В) при опухоли кардиального отдела желудка независимо от типа ее роста

Г) при экзофитной опухоли антрального отдела желудка

**При проксимальной субтотальной резекции желудка с резекцией пищевода наиболее целесообразно использовать**

А) абдоминальный доступ

Б) торакальный доступ

+В) комбинированный доступ

Г) абдоминальный доступ, дополненный саггитальной диафрагмотомией

**Паллиативная дистальная резекция желудка при злокачественных опухолях может быть выполнена во всех случаях, кроме:**

А) декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка

Б) анемия

В) нарастающая кахексия

+Г) нерезектабельная опухоль

**При дистальной субтотальной резекции желудка по поводу рака следует отдать предпочтение**

+А) формированию желудочно-кишечного анастомоза по Бильрот-1

Б) формированию впередиободочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом

В) формированию позадиободочного гастроэнтероанастомоза на короткой петле

Г) ни один из перечисленных анастомозов не имеет преимущества перед остальными

**Для раннего рака желудка справедливо утверждение:**

+А) специфические симптомы отсутствуют

Б) имеются специфические симптомы заболевания

В) симптомы представлены клиническими проявлениями фонового процесса в желудке

Г) синдром малых признаков является ранним клиническим проявлением рака желудка

**На выбор объема операции при раке желудка оказывают влияние все факторы, кроме:**

А) локализация опухоли

Б) тип роста опухоли

В) гистологическая структура опухоли

+Г) тип желудочной секреции

**По гистологическому строению рак желудка чаще всего является:**

+А) аденокарцинома

Б) плоскоклеточный рак

В) недифференцированный рак

Г) мукоэпидермоидный рак

**При подозрении на малигнизацию язвы желудка верны все признаки, кроме:**

А) размеры язвенной ниши более 2 см в диаметре

Б) отсутствие сезонных обострений язвенной болезни

В) локализация в кардиальном отделе желудка

+Г) болевой синдром

**Чаще малигнизируются язвы:**

А) выходного отдела желудка

Б) малой кривизны желудка

+В) большой кривизны желудка

Г) тела желудка

**Наибольшие трудности для диагностики вызывает:**

А) рак кардиального отдела желудка

+Б) рак дна желудка

В) рак тела желудка

Г) рак выходного отдела желудка

**Для рака желудка не характерно метастазирование:**

А) лимфогенным путем

Б) гематогенным путем

В) по брюшине

+Г) по плевре

**Метастазы рака желудка в печени следует расценивать как**

А) имплантационные метастазы

Б) ортоградные лимфогенные метастазы

В) ретроградные лимфогенные метастазы

+Г) гематогенные метастазы

**Метастаз Айриша локализуется:**

А) в правой надключичной области

Б) в левой надключичной области

В) в правой подмышечной области

+Г) в левой подмышечной области

**При определении распространенности опухолевого процесса в желудке имеют диагностическую ценность все методы, кроме:**

А) фиброгастроскопия

Б) биопсия

В) рентгеноскопия

+Г) желудочное зондирование

**Рак желудка наиболее часто развивается в возрасте:**

А) до 20 лет

Б) от 21 до 50 лет

+В) от 51 до 70 лет

Г) старше 70 лет

**Эндоскопическая полипэктомия при раке желудка допустима при наличии всех признаков, кроме:**

А) отсутствие инвазии опухоли в подслизистый слой

Б) полипа “ на ножке” с малигнизацией по типу высокодифференцированного рака

В) технических возможностей по эндоскопии

+Г) полипа “ на ножке” с малигнизацией по типу низкодифференцированного рака

**При наличии малигнизированного полипа желудка без инвазии в подслизистый слой наиболее оптимальным методом лечения является:**

+А) эндоскопическая подслизистая полипэктомия

Б) субтотальная резекция желудка

В) клиновидная резекция желудка

Г) экономная резекция желудка

**Под термином “ метастаз Вирхова” подразумевается**

А) метастаз в клетчатку малого таза

Б) метастаз в яичники

В) метастаз в пупок

+Г) метастаз в левую надключичную область

**Вирховский метастаз при раке желудка следует расценивать как**

А) отдаленный гематогенный метастаз

+Б) отдаленный ретроградный лимфогенный метастаз

В) отдаленный ортоградный лимфогенный метастаз

Г) регионарный лимфогенный метастаз

**Позволяют заподозрить 4 стадию рака желудка все признаки, кроме:**

+А) неукротимая рвота

Б) асцит

В) кахексия

Г) анемия

**При нерезектабельной опухоли антрального отдела желудка наиболее целесообразно:**

А) паллиативная резекция желудка

+Б) гастроэнтероанастомоз

В) гастростомия

Г) парентеральное питание

**Радикальной операцией при экзофитном раке антрального отдела желудка считается:**

А) гастрэктомия

+Б) дистальная субтотальная резекция

В) проксимальная субтотальная резекция

Г) гастроэнтеростомия

**Для рака желудка характерны все признаки, кроме:**

А) отвращение к мясной пище

Б) немотивированная слабость

В) бледность кожных покровов

+Г) отрыжка кислым

**Для рака кардиального отдела желудка наиболее характерным признаком явялется:**

А) отрыжка

Б) боль в эпигастральной области

+В) дисфагия

Г) изжога

**Ранний рак желудка наиболее часто проявляется:**

А) отрыжкой

Б) тошнотой, рвотой

В) периодически возникающей нерезкой болью

+Г) "синдромом малых признаков"

**Как обозначается по системе TNM рак желудка диаметром 4 см, прорастающий в серозный слой, без регионарных метастазов?**

А) Т1N1MO

Б) T2N0M0

В) T2N1M0

+Г) T3N0M0

**Рак желудка гематогенным путем чаще всего метастазирует:**

А) в легкие

+Б) в печень

В) в головной мозг

Г) в кости

**Термином "метастаз Шницлера" обозначают метастазы:**

+А) в клетчатку малого таза

Б) в яичники

В) в пупок

Г) в надключичные лимфатические узлы

**Метастаз Крукенберга локализуется:**

А) в прямокишечно-пузырной складке

Б) в пупке

+В) в яичниках

Г) между ножками кивательной мышцы

**Метастаз Айриша локализуется:**

А) в пупке

+Б) в левой подмышечной области

В) в яичниках

Г) между ножками кивательной мышцы

**Как по системе TNM обозначить единичные метастазы в малый сальник при раке желудка:**

А) N0

+Б) N1

В) N2

Г) Nх

**Может ли рак желудка проявляться только снижением аппетита:**

+А) может

Б) не может

В) может, но только у людей пожилого возраста

Г) может, но только у мужчин

**Какой симптом, обусловленный феноменом обтурации, наиболее характерен для рака пилорического отдела желудка:**

А) изжога

+Б) рвота пищей съеденной накануне

В) резкая слабость

Г) быстрое похудание

**При стандартной субтотальной резекции желудка по поводу рака удаляют все перечисленное, кроме:**

А) малого сальника

Б) большого сальника

В) желудочно-поджелудочной связки

+Г) селезенки

**Паллиативной операцией, выполняемой при раке кардиального отдела желудка, является:**

+А) гастростомия

Б) пилоропластика

В) гастроэнтероанастомоз

Г) дистальная резекция желудка

**Какое из утверждений можно считать верным в отношении синдрома Золлингера-Эллиссона:**

А) послеоперационное осложнение в хирургии язвенной болезни

Б) синдром верхней брыжеечной артерии

В) нарушение проходимости дистальных отделов желудка, обусловленное язвенной деформацией

+Г) форма тяжелого течения язвенной болезни, вызванной гастринпродуцирующей опухолью поджелудочной железы

**Все утверждения, касающиеся эпидемиологических аспектов рака желудка, верны, кроме:**

А) заболеваемость раком желудка в США снижается

Б) распространенность рака желудка среди мужчин выше, чем среди женщин

В) уровень 5-летней выживаемости после лечения больных с ранним раком желудка составляет превышает 40%

+Г) распространенность рака желудка среди старших возрастных групп меньше, чем у молодых людей

**Дооперационные критерии раннего рака желудка все, кроме:**

+А) низкая степень морфологической дифференцировки опухоли

Б) глубина инвазии, ограниченная слизистой оболочкой и подслизистой основой

В) опухоли размером менее 2 см

Г) опухоли без признаков регионального метастазирования

**Какой симптом не относится к синдрому малых признаков при раке желудка:**

А) нарастающую слабость

+Б) постоянные боли в эпигастрии, не связанные с приемом пищи

В) резкое снижение аппетита

Г) депрессия

**Какая локализация метастазов не характерна для рака желудка:**

А) яичники

Б) печень

В) надключичные лимфоузлы

+Г) трубчатые кости

**Чем необходимо закончить операцию при тотальном поражении раком желудка и канцероматозе брюшины:**

+А) пробная лапаротомия

Б) гастроэнтероанастомоз

В) гастростомия

Г) паллиативная резекция желудка

**Основным методом дооперационной диагностики региональных метастазов рака желудка является:**

+А) УЗИ органов брюшной полости

Б) гастроскопия с биопсией

В) лапароскопия

Г) рентгеноскопия

**Какое заболевание желудка может явиться причиной отвращения к мясной пище:**

А) полипоз

+Б) рак

В) гастрит

Г) язвенная болезнь

**Радикальный курс лучевой терапии при раке желудка не позволяет:**

А) продлить жизнь больного

+Б) излечить больного

В) снять тяжелые симптомы заболевания

Г) улучшить самочувствие больного

**Позволяет подтвердить IV стадию рака желудка все, кроме:**

А) метастаз в область пупка

+Б) метастаз в лимфоузлы чревного ствола

В) метастаз Вирхова

Г) метастаз Шницлера

***Ситуационные задачи:***

1. Больной Т., 48 лет, около 6 месяцев отмечает быструю утомляемость, снижение аппетита. Похудел на 8 кг. Два дня тому назад состояние ухудшилось, появилась резкая слабость, головокружение. Несколько раз был дегтеобразный стул, черного цвета. 15.05.07 обратился к терапевту по месту жительства. При осмотре: кожные покровы бледные, влажные. Пульс 110 в 1 мин, АД 85/40 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Терапевта записала больного на ФГДС на 22.05.07. 1. Назовите осложнение, возникшее у больного? 2. Какие заболевания могли явиться причиной осложнения? 3. Какова должна быть тактика врача в этой конкретной ситуации, необходимые обследования? 4. В чем заключается диагностическая ошибка участкового терапевта?
2. Больной Д., 64 лет, длительное время страдает язвенной болезнью желудка. Состоит на диспансерном учете. Последние несколько месяцев стал отмечать боли в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи, снижение аппетита, слабость. Похудел на 6 кг. При очередном обращении выполнена ФГДС, при которой выявлена язва в теле желудка около 5 см в диаметре. Была назначена противоязвенная терапия, однако в течение 2-х недель больному лучше не стало, и он повторно обратился к участковому врачу. 1. Ваш диагноз? 2. Какие симптомы должны насторожить врача при обращении больного с хроническими воспалительными заболеваниями желудка. 3. План обследования больного?
3. Больная Р., 62 лет, обратилась к врачу с жалобами на тошноту, рвоту съеденной пищей, чувство переполнения желудка. Иногда самостоятельно вызывает рвоту, которая приносит облегчение. Похудела на 12 кг, беспокоит слабость. При ФГДС натощак в просвете желудка большое количество содержимого. Заключение: в описанных условиях высказаться о характере изменений в желудке не представляется возможным. 1. Назовите синдром. При каких заболеваниях он может встречаться? 2. Какое заключение вероятнее всего будет получено при ФГДС? 3. Какие методы обследования могут помочь установить правильный диагноз? 4. Нуждается ли больная в оперативном лечении? В каком объеме?
4. Больной К., 38 лет, обратился к участковому терапевту по поводу периодически беспокоящих болей в эпигастрии, усиливающихся после еды. При ФГДС на фоне атрофического гастрита выявлены два полипа 0,3 и 0,4 см на широком основании, локализующиеся в антральном отделе желудка. Гистология – гиперпластические полипы. 1. Где должен наблюдаться больной? Обоснуйте свой ответ. 2. Какие обследования необходимо еще выполнить? C какой целью? 3. Какие жалобы должны обязательно насторожить врача при наблюдении больных с хроническими воспалительными заболеваниями желудка? 4. Предложите варианты лечения
5. Больной А., 50 лет, наблюдается в онкологическом диспансере по поводу рака желудка. 3 года тому назад выполнена гастрэктомия. При очередной флюорографии в верхней доле правого легкого выявлено округлое образование 3 см в диаметре с нечеткими бугристыми контурами. Жалоб больной не предъявляет. 1. Ваше заключение? Обоснуйте его. 2. План обследования больного? 3. Возможно ли получить верификацию процесса? Какими методами? 4. Тактика лечения?

***Задания для проверки практических навыков:***

Выполнить пальпацию органов брюшной полости и описать полученные результаты;

Выполнить пальпацию регионарных лимфатических узлов и описать их локальный статус;

Составить план обследования пациента с подозрением на рак желудка;

Интерпретировать данные КТ-исследования органов брюшной полости, сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента;

Интерпретировать данные Рентгеноскопии желудка, сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента;

Составьте план лекции на тему «Рак желудка»;

Составьте план практического занятия на тему «Рак желудка».

**Тема № 2.** *Злокачественные опухоли печени и билиопанкреатодуоденальной области.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** *устный опрос.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Первичный рак печени: эпидемиология, патогенез, клиническая характеристика, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения, прогноз.
2. Метастатический рак печени: эпидемиология, патогенез, клиническая характеристика, диагностика, дифференциальная диагностика, хирургическое и химиотерапевтическое лечение, прогноз.
3. Рак желчного пузыря: эпидемиология, патогенез, клиническая характеристика, диагностика, дифференциальная диагностика, хирургическое и химиотерапевтическое лечение, прогноз.
4. Рак поджелудочной железы: эпидемиология, патогенез, клиническая характеристика, диагностика, дифференциальная диагностика, хирургическое и химиотерапевтическое лечение, прогноз.
5. Асциты при злокачественных опухолях, патогенез. Вероятная локализация первичной опухоли. Методы диагностики и лечения.

**Тема № 3**. Злокачественные опухоли ободочной и прямой кишки.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** устный опрос, тестовые задания, ситуационные задачи, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Заболеваемость раком ободочной и прямой кишки. Этиология и факторы риска.
2. Фоновые заболевания, особенности лечения и диспансеризации. Профилактика рака толстой кишки.
3. Клиническая картина в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Закономерности метастазирования.
4. Классификация по стадиям.
5. Основные клинические формы рака ободочной кишки. Диагностика рака толстой кишки. «Сигналы тревоги».
6. Рентгенологическое и эндоскопическое исследования.
7. Дифференциальная диагностика. Скрининг.
8. Принципы лечения РТК. Радикальные операции. Объем хирургического вмешательства в зависимости от локализации опухоли. Паллиативные операции.
9. Комбинированное лечение РТК. Роль лучевой терапии и химиотерапии.
10. Отдаленные результаты и прогноз при раке толстой кишки.
11. Вопросы реабилитации. Ведение больных с противоестественным задним проходом.

***Тестовые задания:***

**При перфорации опухоли восходящей кишки с метастазами в печень показана:**

а) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом

б) правосторонняя гемиколэктомия, терминальная илеостомия

в) ушивание перфорации, илеотрансверзоанастомоз

г) правосторонняя гемиколэктомия, колостомия, илеостомия

+д) цекостомия

**Толстокишечная непроходимость чаще всего бывает обусловлена:**

а) каловыми камнями

+б) раком

в) дивертикулитом

г) туберкулезом

д) паховой грыжей

**При раке прямой кишки на 12 см от анального отверстия без метастазов целесообразна:**

а) экстирпация прямой кишки

б) операция Гартмана

+в) передняя резекция прямой кишки

г) наложение цекостомы

д) наложение сигмостомы

**Основной гистологической формой рака толстой кишки является:**

а) скирр

б) перстневидноклеточный (слизистый)

в) плоскоклеточный

+г) аденокарцинома

д) недифференцированный

**Дифференциальная диагностика рака ободочной кишки:**

а) с полипозом ободочной кишки

б) с неспецифическим язвенным колитом

в) с инвагинацией

г) с туберкулезом и актиномикозом

+д) со всеми перечисленными заболеваниями

**Операцией выбора при раке слепой кишки в ранние сроки является:**

+а) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом

б) наложение илестомы

в) наложение цекостомы

г) операция Гартмана

д) операция Микулича

**Для выявления типичных отдаленных метастазов рака прямой кишки используется:**

а) лабораторное исследование

б) пальцевое исследование прямой кишки

+в) лапароскопия

г) ректороманоскопия

д) ирригоскопия

**Большую склонность к малигнизации и имеют полипы прямой кишки:**

а) гиперпластические

б) ворсинчатые

в) аденоматозные

+г) множественные аденоматозные

д) индекс малигнизации одинаков во всех случаях

**Какие из перечисленных выше методов исследования наиболее чувствительны для выявления метастазов рака прямой кишки в забрюшинные лимфоузлы?**

а) ультразвуковое исследование

+б) КТ

в) сканирование лимфоузлов

г) ангиография

**Толстокишечная обтурационная непроходимость чаще всего вызывается:**

а) инородными телами

б) желчными камнями

+в) злокачественными опухолями

г) спайками брюшной полости

д) гельминтами

**Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке:**

+а) слепой и восходящего отдела ободочной кишки

б) поперечно – ободочной кишки

в) нисходящего отдела

г) сигмовидной кишки

д) определенной зависимости типа роста опухоли от ее локализации не выявлено:

**К облигатным предракам ободочной кишки относятся:**

а) ювенильные полипы

б) одиночный полип прямой кишки

в) регионарный энтерит

г) терминальный илеит

+д) диффузный семейный полипоз

**При острой правосторонней толстокишечной непроходимости и при тяжелом состоянии больного выполняют:**

а) правостороннюю гемиколэктомию

б) наложение обходного илеотрансверзоанастомоза

в) подвесную илеостомию

+г) цекостомию

д) резекцию кишки с опухолью

**Радикальной операцией при раке толстой кишки является:**

а) левосторонняя гемиколэктомия

б) правосторонняя гемиколэктомия

в) резекция поперечно-ободочной кишки

г) резекция сигмовидной кишки

+д) все верно

**При острой обтурационной толстокишечной непроходимости наблюдается все, кроме:**

а) схваткообразных болей в животе

б) вздутия живота

в) постепенного развития перитонита

+г) постоянных болей в животе

д) задержки стула и газов

**Наиболее частым осложнением рака толстой кишки является:**

+а) кишечная непроходимость

б) перфорация опухоли

в) присоединение воспаления с развитием абсцессов, флегмон

г) массивное кишечное кровотечение

д) все перечисленные осложнения встречаются примерно с одинаковой частотой

**При обтурационной толстокишечной непроходимости на почве рака сигмовидной кишки в 80 лет показана:**

а) левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзостомы

+б) наложение трансверзостомы

в) обходной трансверзосигмоанастомозом

г) резекция сигмы с анастомозом конец в конец

д) объем операции определяется состоянием больного и состоянием брюшной полости

**Симптомами энтероколитической формы рака толстой кишки являются:**

а) неустойчивый стул

б) распирание, вздутие и урчание в кишечнике

в) расстройство акта дефекации

г) боли в животе

+д) все перечисленное

**Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:**

а) постепенного нарастания симптомов

б) вздутие живота

в) появление чаш Клойбера

г) задержки стула

+д) быстрого (в течение суток) обезвоживания

**Наиболее рациональное лечение рака прямой кишки является:**

а) химиотерапия

б) симптоматическое лечение

в) рентгенорадиотерапия

г) комбинированное лечение

+д) хирургическое вмешательство

**Осложнением рака ободочной кишки может быть все, кроме:**

а) перфорации опухоли

б) периколита

в) острой кишечной непроходимости

+г) кровотечения

д) токсического панкреатита

**Токсикоанемическая форма характерна для рака толстой кишки:**

а) поперечно – ободочной

б) левых отделов

+в) правых отделов

г) прямой

**Излюбленной локализацией гематогенных метастазов рака толстой кишки являются:**

а) легкие

б) кости

+в) печень

г) надпочечники

д) селезенка

**Операции Гартмана при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки и раке ректосигмоидного изгиба целесообразно отдавать предпочтение в случаях:**

а) наличия обтурационной кишечной непроходимости

б) наличия воспалительных изменений стенки кишечника

в) у лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации

+г) во всех перечисленных ситуациях

д) правильные ответы а) и б)

**К методу скрининга рака толстого кишечника в настоящее время можно отнести регулярно проводимые:**

а) исследование кала на скрытую кровь, в том числе гемокультет и криптоген (1 раз в год)

б) пальцевое исследование прямой кишки (1 раз в год)

в) ректороманоскопию (1 раз в 3 - 5 лет)

+г) все перечисленное

**Из перечисленных операций к сфинктеросохраняющим не относится:**

а) чресбрюшинная резекция прямой кишки

б) брюшно-анальная резекция прямой кишки

+в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

г) все перечисленные операции следует относить к сфинктеросохраняющим

**Кровоснабжение ободочной кишки осуществляется:**

а) из системы верхней брыжеечной артерии

б) из системы нижней брыжеечной артерии

+в) и той, и другой

г) ни той, ни другой

**После предварительного выполненной ирригоскопии к колонофиброскопии целесообразно прибегать в случае:**

а) если имеются признаки кишечного кровотечения, а при ирригоскопии патологических изменений в толстой кишке не выявлено

б) для уточнения сомнительных данных, полученных с помощью ирригоскопии

в) для подтверждения патологического процесса, выявленного при ирригоскопии

г) для выявления синхронно протекающих патологических процессов

+д) всего перечисленного

**Предоперационная подготовка при раке толстого кишечника должна включить:**

а) тщательную механическую очистку толстого кишечника

б) лечение сопутствующих заболеваний

в) коррекцию белкового, углеводного и минерального обмена

+г) все перечисленное

**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 лимфоузлах

г) наличие осложнений заболеваний

+д) все перечисленное

**Отток крови от восходящего отдела ободочной кишки осуществляется:**

+а) в систему верхней брыжеечной артерии

б) в систему нижней брыжеечной артерии

в) и той, и другой

г) ни той, ни другой

**Обследование больного, обратившегося к врачу с жалобами на нарушение функций кишечника, следует начинать:**

а) с рентгенологического исследования толстого кишечника (ирригоскопия)

б) с колонофиброскопии

в) с ректороманоскопии

+г) с ректально пальцевого исследования

д) с ультразвукового исследования

**По морфологическому строению преобладающей формой рака толстого кишечника является:**

+а) аденокарцинома различной степени зрелости и функциональной направленности

б) плоскоклеточный рак

в) недифференцированные раки

г) диморфный (смешанный железистый и плоскоклеточный) рак

д) все перечисленные формы встречаются примерно с одинаковой частотой

**Из перечисленных методик рентгенологического исследования толстой кишки в настоящее время наиболее информативной считается:**

а) стандартная ирригоскопия

+б) метод двойного контрастирования толстой кишки

в) прием бариевой взвеси рег ос с последующим рентгенологическим контролем за пассажем контраста по толстой кишке

г) все перечисленные методики обладают примерно одинаковой информативностью

**Отток крови от нисходящего отдела ободочной кишки осуществляется:**

а) в систему верхней брыжеечной артерии

+б) в систему нижней брыжеечной артерии

в) и той, и другой

г) ни той, ни другой

**К облигатному предраку толстого кишечника следует относить:**

а) неспецифический язвенный колит

б) болезнь крона

+в) семейный диффузный полипоз

г) одиночные полипы толстого кишечника

д) все перечисленное

**Плоскоклеточный и диморфный (смешанный железистый и плоскоклеточный) рак чаще всего локализуется:**

а) в слепой кишке

б) в восходящем отделе ободочной кишки

в) в нисходящем отделе ободочной кишки

г) в сигмовидной кишке

+д) в прямой кишке

**Пальцевое ректальное исследование должно производиться в положении больного:**

а) на спине

б) на боку

в) на корточках

+г) любое из перечисленных

**Риск развития рака толстого кишечника при неспецифическом язвенном колите возрастает:**

а) при тотальном поражении толстого кишечника

б) при развитии колита в молодом возрасте

в) при длительном заболевании свыше 10 лет

г) при хроническом непрерывном течении заболевания

+д) при всех перечисленных обстоятельствах

**На выбор метода лечения полипов толстой кишки оказывает влияние:**

а) количество полипов

б) размеры полипов

в) тип роста (на ножке или на широком основании)

г) гистологическое строение полипов

+д) все перечисленное

**Наиболее ранними клиническими симптомами при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки являются:**

а) боли

б) патологические примеси в кале

в) кровотечение

г) перемежающий стул

+д) правильные ответы в) и г)

**Отток крови от прямой кишки осуществляется:**

а) в систему нижней брыжеечной вены

б) в систему подвздошных вен

+в) и той, и другой

г) ни той, ни другой

**К особенностям рака толстого кишечника, развивающегося на фоне семейного диффузного полипоза, относится:**

а) как правило, развивается в молодом возрасте

б) как правило, развивается в пожилом возрасте

в) нередко развивается мультицентрически

+г) правильные ответы а) и в)

д) правильные ответы б) и в)

**При операции по поводу кишечной непроходимости, вызванной неоперабельной опухолью толстого кишечника, допустимо:**

+а) ограничиться цекостомией

б) наложить колостому как можно ближе к опухоли

в) выполнить резекцию пораженного участка кишки с наложением колостомы

г) выполнить резекцию пораженного участка кишки и формирование межкишечного анастомоза

**К наиболее ранним клиническим симптомам при раке анального канала относят:**

а) боли

б) кровотечение

в) патологические примеси в кале

г) изменение формы каловых масс

+д) правильные ответы а) и б)

**Локализация опухоли желудочно-кишечного тракта в пределах слизистого и подслизистого слоев органа при отсутствии метастазов соответствует:**

+а) 1 стадия

б) 2 стадия

в) 3 стадия

г) 4 стадия

**К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих:**

а) неспецифическим язвенным колитом

б) гранулематозным колитом (болезнь Крона)

в) полипами и кишечника

г) семейным диффузным полипозом

+д) всем перечисленным

**Диспетчерская форма клинического течения рака ободочной кишки чаще встречается при локализации опухоли:**

а) в правых отделах ободочной кишки

б) в поперечно ободочной кишке

в) в нисходящей кишке

+г) в сигмовидной кишке

д) во всех перечисленных отделах

**На развитие рака толстого кишечника оказывает влияние количество потребляемых в пище:**

а) жиров

б) животных белков

в) растительных продуктов

г) витаминов

+д) всего перечисленного

**Обтурационная форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли:**

а) в правых отделах ободочной кишки

б) в поперечно ободочной кишке

в) в нисходящей кишке

г) в сигмовидной кишке

+д) правильные ответы в) и г)

**На уровень заболеваемости раком толстого кишечника оказывает влияние:**

а) уровень экономического развития

б) особенности питания

в) наличие доброкачественных опухолей кишечника

г) наличие рака толстого кишечника в анамнезе

+д) все перечисленное

**Энтероколитическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли:**

а) в первых отделах ободочной кишки

б) в поперечно-ободочной кишке

в) в нисходящей кишке

г) в сигмовидной кишке

+д) правильные ответы в) и г)

**Основным путем метастазирования рака толстого кишечника является:**

+а) лимфогенный

б) гематогенный

в) имплантационный

г) все перечисленные варианты метастазирования встречаются примерно с одинаковой частотой

**Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли:**

+а) в правых отделах ободочной кишки

б) в поперечно – ободочной кишке

в) в нисходящей кишке

г) в сигмовидной кишке

д) во всех перечисленных отделах встречается с одинаковой частотой

**Рак ободочной кишки наиболее часто локализуется:**

а) в слепой кишке

б) в восходящем отделе

в) в поперечно - ободочной кишке

г) в нисходящем отделе

+д) в сигмовидной кишке

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

а) преобладанием опухолей с инфильтративным типом роста

б) более плотным содержимым кишки

в) нарушением моторной функции кишки вследствие прорастания ее стенки опухолью

г) воспалительным отеком кишечной стенки

+д) всеми перечисленными факторами

**Перфорации кишечной стенки при раке толстой кишки способствуют:**

а) распад опухоли

б) повышенное давление в просвете кишки

в) трофические нарушения стенки кишки вследствие ее перерастяжения

г) травматизация стенки кишки при прохождении твердых каловых масс через суженый участок

+д) все перечисленные факторы

**Заболеваемость раком ободочной кишки в России:**

+а) повышается

б) снижается

в) остается на одном уровне

г) повышение чередуется со снижением

**В каком возрасте наиболее часто встречается рак ободочной кишки?**

а) 20-29

б) 30-39 лет

в) 40-49 лет

+г) 50-69 лет

**Основным фактором, способствующим возникновению рака ободочной кишки, является:**

а) ионизирующая радиация

б) курение

+в) состав пищевых продуктов

г) злоупотребление алкоголем

**Риск развития рака ободочной кишки снижается при диете с преобладанием:**

а) жиров

+б) грубой растительной клетчаткой

в) белков

г) очищенных углеводов

**Для рака ободочной кишки наиболее характерный путь метастазирования:**

а) гематогенный

+б) лимфогенный

в) имплантационный

г) нет четких различий

**Какой из указанных способов диагностики наиболее информативен для распознавания рака ободочной кишки?**

а) лапароскопия

б) селективная ангиография

в) ректороманоскопия

+г) фиброколоноскопия

**Укажите основной рентгенологический признак рака ободочной кишки:**

а) отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки

б) ригидность кишечной стенки на определенном участке

в) нарушение эвакуаторной функции

+г) дефект наполнения или плоская “ ниша” на контуре кишечной стенки

**Наличие анемии в пожилом возрасте наиболее характерно для рака:**

а) восходящей половины ободочной кишки

б) нисходящей половины ободочной кишки

+в) слепой кишки

г) сигмовидной кишки

**Наличие циркулярного сужения нисходящего отдела толстой кишки с четкими контурами длиной 10 см и ограничением подвижности по данным ирригоскопии наиболее характерно для:**

а) болезни Крона

+б) рака

в) неспецифического язвенного колита

г) ворсинчатой опухоли

**Выбор метода хирургического вмешательства при раке ободочной кишки не зависит**

+а) от гистологического строения

б) от наличия осложнений

в) от общего состояния больного

г) от наличия метастазов

**Возможны следующие консервативные лечебные мероприятия при обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза, за исключением:**

а) введение спазмолитиков

б) проведение сифонной клизмы

в) коррекция водно-электролитных нарушений

+г) введение промедола

**Резекцию кишки в качестве радикальной операции производят при раке:**

а) слепой кишки

б) восходящей ободочной кишки и печеночного угла

в) селезеночного угла и нисходящей ободочной кишки

+г) сигмовидной кишки

**Минимальный объем операции при раке слепой кишки:**

а) резекция слепой кишки

+б) правосторонняя гемиколэктомия

в) илеотрансверзоанастомоз

г) цекостомия

**Какой объем операции показан при кишечной непроходимости в течение трех суток на фоне рака сигмовидной кишки:**

а) субтотальная колэктомия

+б) операция Гартмана

в) обходной илеосигмоанастомоз “ бок в бок”

г) резекция кишки

**Какой химиопрепарат часто применяют при раке ободочной кишки:**

а) сарколизин

+б) 5-фторурацил

в) метотрексат

г) адриамицин

**Чаще всего пальпируется опухоль:**

+а) слепой кишки

б) поперечно-ободочной кишки

в) сигмовидной кишки

г) нисходящего отдела ободочной кишки

**Какие полипы ободочной кишки имеют наименьшую склонность к малигнизации:**

+а) гиперпластические

б) ворсинчатые

в) аденоматозные

г) тубулярные

**При раке сигмовидной кишки с острой кишечной непроходимостью, показана операция:**

а) левосторонняя гемиколэктомия

+б) операция Гартмана

в) колостомия

г) резекция сигмовидной кишки

**При нерезектабельном раке правой половины ободочной кишки применяется:**

а) правосторонняя гемиколэктомия

+б) илеотрасверзоанастомоз

в) трансверзостомия

г) операция Гартмана

**При нерезектабельном раке нисходящего отдела ободочной кишки применяется:**

а) операция Гартмана

+б) трансверзостомия

в) левосторонняя гемиколэктомия

г) илеотрансверзоанастомоз

**Появление в кале темной крови и слизи на протяжении 2 лет с развитием кишечной непроходимости и перитонита скорее всего связано:**

а) с дивертикулезом и микроперфорацией

+б) с раком ободочной кишки

в) с заворот кишечника

г) с острой кишечной непроходимостью

**Лечебная тактика при опухоли слепой кишки с инвазией париетальной брюшины и множеством метастазов в лимфоузлах брыжейки тонкой кишки, сальника:**

а) пробная лапаротомия

+б) наложение илиотрансверзоанастомоза

в) наложение цекостомы

г) наложение илеостомы

**Наличие примеси крови в каловых массах после акта дефекации в сочетании с нерегулярным стулом (запоры и поносы) вероятнее всего связано:**

а) с геморроем

б) с проктитом

+в) с раком прямой кишки

г) с трещиной заднего прохода

**Какая тактика наиболее оправдана при появлении прожилок крови в каловых массах у больного с длительным анамнезом геморроя:**

а) назначить свечи с проктогливенолом, диету, повторную явку через 3-4 недели

б) произвести общий анализ крови, рентгеноскопию грудной клетки

в) произвести пальцевое исследование прямой кишки

+г) произвести пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию

**Появление вдавления на поверхности плотного калового столбика наиболее характерно для:**

а) геморроя

б) спастического колита

+в) рака прямой кишки

г) полипа

**При наличии примеси крови в кале у больного хроническим геморроем и отсутствии патологии при ректороманоскопии на расстоянии 12см наиболее рационально:**

а) подтвердить диагноз геморроя и назначить консервативное лечение

б) назначить диету и повторную явку через месяц

+в) выполнить ирригоскопию

г) направить больного к проктологу с подозрением на обострение геморроя

**Основным методом радикального лечения рака ампулы прямой кишки является:**

+а) хирургический

б) лучевая терапия

в) химиотерапия

г) сочетание лучевого лечения и химиотерапии

**Какая операция при раке прямой кишки завершается наложением колостомы:**

а) передняя резекция прямой кишки

б) ампутация прямой кишки с низведением (протягиванием)

+в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

г) брюшно-анальная резекция

**Какая операция требует повторного вмешательства для восстановления естественного пассажа:**

а) передняя резекция прямой кишки

б) ампутация прямой кишки с низведением ( протягиванием)

в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

+г) операция Гартмана

**Диагностическая тактика при внутреннем геморрое с длительным анамнезом после появления крови в каловых массах на фоне длительной ремиссии:**

а) наблюдение в амбулаторных условиях

б) лечить по поводу геморроя на основании прежнего диагноза

+в) провести полный комплекс специальных методов обследования кишечника

г) направить на консультацию к инфекционисту

**Какой симптом наиболее характерен для рака среднеампулярного отдела прямой кишки:**

+а) частые тенезмы с отхождением крови и слизи

б) смена запоров и поносов

в) непроизвольное отхождение газов

г) боли в правой подвздошной области и над лобком

**При резектабельном раке прямой кишки ниже 5-6 см. от aнуса показана операция:**

+а) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

б) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением

в) передняя резекция прямой кишки с внутрибрюшным анастомозом

г) операция Гартмана

**При резектабельном раке прямой кишки на расстоянии от 7 до 12 см. от ануса, показана операция:**

а) передняя резекция прямой кишки

б) операция Гартмана

+в) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением

г) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

**При резектабельном раке прямой кишки на расстоянии выше 12 см от ануса показана операция:**

а) операция Гартмана

+б) передняя резекция прямой кишки

в) брюшно-анальная резекция с низведением

г) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

**При резектабельном раке прямой кишки на расстоянии выше 12 см. от ануса на фоне острой кишечной непроходимости показана операция:**

а) передняя резекция прямой кишки

+б) операция Гартмана

в) брюшно-анальная резекция с низведением

г) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

**При нерезектабельном раке прямой кишки операцией выбора является:**

а) операция Гартмана

+б) сигмостомия

в) экстирпация прямой кишки

г) передняя резекция

**Опухоль каких отделов прямой кишки не удается обнаружить при пальцевом обследовании прямой кишки:**

а) анального канала

б) нижне-ампулярного отдела

в) средне-ампулярного отдела

+г) ректосигмоидного отдела

**Наиболее частой гистологической формой рака ампулярного отдела прямой кишки является:**

а) плоскоклеточный рак с ороговением

б) плоскоклеточный рак без ороговения

в) низкодифференцированный плоскоклеточный рак

+г) аденокарцинома

**С помощью какого метода можно определить протяженность опухоли при стенозирующем раке прямой кишки:**

а) пальцевое исследование

б) ректороманоскопия

+в) ирригография

г) нижняя лимфография

**Наиболее частой гистологической формой рака анального канала прямой кишки является:**

а) недифференцированный

+б) плоскоклеточный

в) скирр

г) аденокарцинома

**Наиболее частой локализацией рака прямой кишки является:**

а) анальный отдел

+б) нижнеампулярный

в) среднеампулярный

г) верхнеампулярный

**Укажите зону наиболее частого метастазирования при раке анального канала:**

а) печень

б) легкие

в) кости позвоночника

+г) паховые лимфоузлы

**Какой клинический признак исключает возможность радикального оперативного вмешательства при раке прямой кишки:**

+а) асцит

б) острая кишечная непроходимость

в) пальпируемая опухоль

г) анемия

**Основной путь метастазирования рака прямой кишки:**

а) гематогенный

+б) лимфогенный

в) имплантационный

г) в органы малого таза

**Радикальными операциями по поводу рака прямой кишки являются все, кроме:**

а) передняя нижняя резекция

+б) сигмостомия

в) брюшно-анальная резекция с низведением

г) брюшно-промежностная экстирпация

**На выбор радикальной операции при раке прямой кишки не оказывает влияние:**

а) локализация опухоли в прямой кишке

б) степень распространённости опухолевого процесса

в) отсутствие метастазов в регионарных лимфоузлах

+г) срок заболевания

**К какой клинической группе относится больной раком прямой кишки после радикального лечения:**

а) I

б) II

+в) III

г) IV

**Наиболее характерным симптомом рака прямой кишки является**

а) запор

б) слизь в каловых массах

+в) кровь в каловых массах

г) слабость, похудание, снижение аппетита

***Ситуационные задачи:***

1. Больная Л., 70 лет, два года назад находилась на лечении в хирургическом отделении онкодиспансера по поводу полипа прямой кишки. Была выполнена эндоскопическая электрокоагуляция полипа. Три месяца тому назад стала отмечать боли при акте дефекации, слизь, прожилки крови в кале. 1. При каких заболеваниях могут встречаться описанные симптомы? 2. Может ли настоящее заболевание быть связано с полипэктомией? Какие полипы наиболее опасны в плане малигнизации? Обоснуйте свой ответ. 3. План обследования? С какого исследования его необходимо начинать.
2. Больная В., 64 лет, предъявляет жалобы на боли в животе, возникающие после приема пищи, которые сопровождаются тошнотой и рвотой. Из за болей и рвоты практически перестала есть. Похудела на 25 кг. Больна 6 месяцев. Все это время лечиться у терапевта по месту жительства по поводу хронического панкреатита. Сама обратилась в онкодиспансер так как стала подозревать у себя злокачественную опухоль. 1. Назовите синдром и заболевания, при которых он может встречаться? 2. Какие ошибки в плане диагностике были допущены участковым терапевтом? 3. Составьте план обследования больной.
3. Больной К., 58 лет обратился к участковому терапевту по поводу частого жидкого стула. После опроса больного был заподозрен дизбактериоз и больной направлен на бактериологическое исследование кала, при котором были выявлены нарушения микрофлоры кишечника. Больному было назначено лечение пробиотиками. Однако жидкий стул у больного сохранялся, стал замечать слизь в кале. Был направлен к хирургу. Хирург после опроса, осмотра больного и пальпации живота направил больного на колоноскопию, при которой были выявлены явления хронического колита. Продолжил лечение, которое так же не имело успеха, после появления прожилок крови в кале родственники привели больного в онкологический диспансер. 1. Назовите синдром, при каких заболеваниях он может встречать-ся? 2. Какие ошибки в плане диагностике были допущены на предыдущих этапах лечения? 3. Достаточно ли колоноскопии для исключения органической патологии толстой кишки? Обоснуйте свой ответ. 4. Патология каких отделов толстой кишки чаще всего бывает про-пущена при колоноскопии и ректороманоскопии? Почему?
4. У больного Д., 48 лет, эндофитная стенозирующая опухоль сигмовидной кишки. Поступил в стационар с клиникой острой кишечной непроходимости. Консервативная тактика эффекта не принесла. При лапаротомии выше опухоли петли кишки раздуты, серозная оболочка гиперемирована, в небольшом количестве серозный выпот. Отдаленных метастазов не определяется. 1. Объем оперативного вмешательства. От чего он зависит? 2. Каков будет план дальнейшего лечения больного? 3. Через какое время после операции возможна реконструкция толстой кишки. 4. Составьте план обследования больного для подготовки его к реконструктивной операции.

***Задания для проверки практических навыков:***

Выполнить пальпацию органов брюшной полости и описать полученные результаты;

Выполнить пальцевое ректальное исследование и описать полученные результаты;

Составить план обследования пациента с подозрением на рак прямой кишки;

Составить план обследования пациента с подозрением на рак ободочной кишки;

Интерпретировать данные КТ-исследования органов брюшной полости, сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента;

Интерпретировать данные колоноскопии, сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента.

Составьте план лекции на тему «Рак толстой кишки»;

Составьте план практического занятия на тему «Рак толстой кишки».

**Модуль 5. Онкоурология**

**Модуль 1.**

**Тема 1.** *Опухоли почки и мочевого пузыря.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** устный опрос,тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Опухоли почки, лоханки и мочеточника: эпидемиология, современная морфологическая классификация, факторы риска.
2. Клиническая картина. Методы диагностики: клиническая, лабораторная, инструментальная - УЗИ, экскреторная урография, КТ,МРТ, ангиография, остеосцинтиграфия и ангионефросцинтиграфия), пункционная биопсия.
3. Клиническая классификация (TNM), методы лечения локализованного рака почки (радикальная нефрэктомия, резекция почки, лапароскопические и робот-ассистированные операции, экстракорпоральная хирургия). Лимфодиссекция при раке почке. Проблема опухолевых тромбов из венозной системы.
4. Иммунотерапия и таргетная терапия диссеминированного рака почки.
5. Опухоли мочевого пузыря: эпидемиология, факторы риска, морфологические классификации.
6. Понятие о поверхностных и мышечноинвазивных опухолях.
7. Основы клинической, лабораторной, эндоскопической и лучевой диагностики. Морфологическая верификация. Дифференциальная диагностика.
8. Методы лечения. Объемы оперативного вмешательства. Цистэктомия, способы деривации мочи.
9. Внутрипузырная иммуно- и химиотерапия, системная химиотерапия переходноклеточного рака.
10. Особенности диагностики и лечения Ca in situ, диспансерное наблюдение.
11. Эндовидеохирургия в онкоурологии.

**Тестовые задания:**

# К доброкачественным опухолям почечной паренхимы эпителиального происхождения относится:

фиброма

миксома

+аденома

лейомиома

ангиома

# Правильное название злокачественной опухоли почечной паренхимы эпителиального происхождения:

аденома почки

гипернефрома

гипернефроидный рак

+рак почки

мелкоклеточный рак

# У больных раком почки наибольшая 5-летняя выживаемость после нефрэктомии наблюдается, если первым клиническим проявлением опухоли было:

температура

гематурия

гальпируемая опухоль

нефункционирующая почка

+случайно выявлена на УЗИ

# Опухоли почечной паренхимы встречаются:

у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин

+у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин

у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин

у мужчин в 5 раз чаще, чем у женщин

частота заболеваний одинакова

# Наиболее распространенной классификацией опухолей почечной паренхимы является классификация:

С.П.Федорова (1923)

Н.А.Лопаткина и сотр.(1972)

+ТNМ Международного противоракового союза (2009)

С.Петковича (1956)

Флокса и Кадецкого (1959)

# Наибольшее значение в возникновении опухолей почек придается:

порокам развития почек и мочевых путей

хроническому воспалительному процессу в почечной паренхиме

+гормональному дисбалансу

травме почки

гломерулонефриту

# При раке почки чаще поражены:

верхний сегмент

нижний сегмент

центральный сегмент

+все сегменты одинаково часто

частота не установлена

# Среди опухолей почек наиболее часто выявляются:

+эпителиальные

соединительнотканные

имеющие строение ткани надпочечника

гемангиомы

гемартомы

# При раке почки метастазы чаще всего наблюдаются:

в печени

+в легких

в контралатеральной почке

в головном мозгу

в надпочечнике

# Лимфогенные метастазы чаще всего встречаются:

в средостении

+в парааортальных и паракавальных лимфоузлах

в подвздошных лимфоузлах

в шейных лимфоузлах

в надключичных лимфоузлах

# Опухолевые тромбы при раке почки чаще всего наблюдаются:

в почечной артерии

+в почечной и нижней полой вене

в яичковой вене

в паравертебральных венах

в тазовых венах

# При раке почки отсутствует:

полицитемия

артериальная гипертензия

гиперпирексия

анемия

+эозинофилия

# Чаще всего первым проявлением опухоли паренхимы почки является:

боль в пояснице

прощупываемая увеличенная почка

+гематурия

анемия

субфебрильная температура

# При опухолях почки гематурия чаще наблюдается:

инициальная (начальная)

+тотальная

терминальная (конечная)

микрогематурия

гемоглобинурия

# Гематурия при опухоли паренхимы почки наблюдается:

у 20% больных

у 40% больных

+у 60% больных

у 90% больных

у 100% больных

# По современной классификации опухолей почек к стадии Т3а относятся:

большая опухоль, деформирующая почку

опухоль в центральном сегменте почки размером 2¦2 см

+опухоль, инфильтрирующая околопочечную клетчатку

большая опухоль, деформирующая чашечки и лоханку

небольшая опухоль с поражением регионарных лимфоузлов

# Гиперпирексия у больных раком почки наблюдается примерно:

+у 10-20% больных

у 30% больных

у 50% больных

у 80% больных

у всех больных

# Анемия у больных раком наблюдается примерно:

у 10% больных

+у 20% больных

у 40% больных

у 60% больных

у всех больных

# Похудание у больных раком почки наблюдается примерно:

+у 15-20% больных

у 20% больных

у 30% больных

у 50% больных

у всех больных

# Полицитемия у больных опухолью почки наблюдается приблизительно:

+у 2-3% больных

у 8-10% больных

у 20-30% больных

у 40-50% больных

у 50-60% больных

# Цистоскопия в диагностике опухоли паренхимы почки помогает установить:

+сторону поражения

функцию пораженной почки

функцию здоровой почки

строение опухоли

наличие метастаза

# При подозрении на опухоль почки обследование больного целесообразно начинать:

с аортографии

с экскреторной урографии

с радиоизотопной ренографии

+с ультрасонографии

с ретроградной уретеропиелографии

# Ретроградная уретеропиелография в диагностике опухоли почек является:

общепринятой

+опасной

надежной

безопасной

ненадежной

# На аортограммах при раке почки отсутствуют:

малососудистые зоны в почечной паренхиме

лакуны и озерца в отдельных частях почки

широкая почечная артерия

отклонение и деформация внутриорганных сосудов

+истончение магистральных сосудов почки

# При удалении почки по поводу рака недопустима в первую очередь перевязка:

почечной артерии

+почечной вены

всей почечной ножки

надпочечниковой артерии

яичковой вены

# При локализации злокачественной опухоли в одном из полюсов единственной почки следует предпринять:

нефрэктомию

+резекцию почки

наблюдение за больным

иссечение опухоли

эмболизацию сегментарной артерии

# Если нет возможности остановить гематурию консервативным путем при неоперабельном раке почки, то следует:

продолжить консервативное и симптоматическое лечение

производить частые переливания свежей крови

+произвести эмболизацию почечной артерии

произвести нефрэктомию

наложить нефростому

# После радикальных операций по поводу опухоли паренхимы почки в стадии Т1 3 года живут:

+более половины больных

45% больных

40% больных

30% больных

20% больных

# Длительная выживаемость (10 и более лет) после нефрэктомии при злокачественной опухоли почки:

является критерием полного выздоровления, если нет метастазов

+не является критерием полного выздоровления

не является критерием при выявленных метастазах

возможна только у молодых больных

возможна у пожилых больных

# Наиболее частой опухолью почек у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет является:

светлоклеточный рак

тератома

+опухоль Вильмса

плоскоклеточный рак

саркома

# Гистологически опухоль Вильмса состоит из:

эпителиальных клеток

соединительнотканных клеток

+недифференцированной эмбриональной опухолевой ткани

хрящевой и мышечной ткани

из всех вышеперечисленных

# При эмбриональной опухоли почки у детей применяются:

хирургический метод лечения

лучевая терапия

лекарственная терапия

комплексное хирургическое и лучевое лечение

+комплексное лечение с использованием всех перечисленных методов

# При опухоли почки у детей наиболее удобен:

поясничный доступ

трансторакальный доступ

+трансперитонеальный доступ

торакоабдоминальный доступ

доступ по Нагомацу

# ВТЭК в отношении больного, перенесшего нефрэктомию по поводу рака почки в стадии Т2, должен принять следующее решение:

признать временно нетрудоспособным и продлить больничный лист свыше 4-х месяцев

I группа инвалидности

+II группа инвалидности

III группа инвалидности

трудоспособен (требует перевода на работу без вредных факторов)

# Первичные опухоли почечной лоханки от общего количества опухолей почек составляют около:

1%

+7-10%

30%

50%

70%

# Наиболее часто опухоли почечной лоханки встречаются:

в Китае

в России

в Греции

в США

+примерно одинаково

# Опухоли почечной лоханки чаще всего наблюдаются в возрасте:

10-20 лет

21-30 лет

31-50 лет

+51-70 лет

71 и старше

#Папиллярные опухоли мочеточника чаще всего встречаются:

в верхней трети

+в нижней трети

в средней трети

одинаково часто в любых отделах мочеточника

в лоханочно-мочеточниковом сегменте

# У мужчин опухоли лоханки и мочеточника наблюдаются чаще, чем у женщин. Это соотношение частоты заболеваемости составляет:

+2:1

3:1

5:1

10:1

1:2

# При опухоли почечной лоханки чаще всего наблюдается:

боль

прощупываемая почка

+гематурия

протеинурия

субфебрильная температура

# Рак почечной лоханки позволяет диагностировать:

обзорная рентгенография почек и мочевых путей

инфузионная урография

ретроградная уретеропиелография

сканирование почек

+правильно б) и в)

# Лучевую терапию при раке почки применяют:

при лимфогенных метастазах

при опухолевых тромбах в почечной вене

всем больным после нефрэктомии

не применяют

+правильно а) и б)

# После нефроуретерэктомии с резекцией мочевого пузыря при папиллярном раке нижней трети мочеточника показаны:

лучевая терапия

химиотерапия

гормонотерапия

все вышеперечисленное

+диспансерное наблюдение

# Камни почки чаще встречаются:

+при плоскоклеточном раке почечной лоханки

при папиллярном раке почечной лоханки

не встречаются

в обоих случаях одинаково

при папилломах

# Нефрэктомия при раке левой почки и единичном метастазе в верхнем сегменте правого легкого:

+показана

не показана

показана только у молодых

показана только у больных пожилого возраста

не показана больным пожилого возраста

# Больная К. 44 года, продавщица универмага. Направлена на ВТЭК в Х-1985 г через 2 мес после нефрэктомии по поводу рака правой почки Т3NоМо. Левая почка здорова. В послеоперационном периоде больной проведена дистанционная лучевая терапия в дозе 5 Гр. В момент освидетельствования больная предъявила жалобы на слабость. ВТЭК определил:

I группу инвалидности

+II группу инвалидности

III группу инвалидности

признал временно нетрудоспособной

признал трудоспособной

# Больной мужчина 56 лет обратился к урологу поликлиники с жалобами на внезапное появление крови в моче. Сегодня утром в моче были червеобразные сгустки крови. Гематурия продолжается. Других жалоб нет. Наиболее вероятный диагноз:

геморрагический цистит

опухоль мочевого пузыря

опухоль мочеточника

мочекаменная болезнь

+опухоль почки

# При диссеминированных формах плоскоклеточного рака препараты группы прогестерона эффективны:

в 0.5% случаев

+в 2% случаев

в 6% случаев

в 10% случаев

в 20% случаев

# Продолжительность жизни большинства неоперированных больных раком почки обычно составляет примерно:

4-6 месяцев

+1-3 года

4-6 лет

6-10 лет

более 10 лет

# При генерализованном раке почки можно рекомендовать следующие препараты:

тестостерон

оксипрогестерон капронат

депо-провера

провера

+все перечисленное

# Критерием выздоровления при злокачественной опухоли почки после нефрэктомии является выживаемость:

3 года

5 лет

10 лет

15 лет

+ни один из перечисленных выше

# К факторам, способствующим возникновению опухоли мочевого пузыря, относятся:

курение

нарушение иммунной реакции организма

хронические воспалительные заболевания

аналиновые красители

+все перечисленное

# Удельный вес опухолей мочевого пузыря среди других опухолей человека составляет около:

1-1.5%

+3-4%

5-6%

7-8%

9-10%

# Среди опухолей мочевого пузыря наиболее часто встречаются:

саркома

фиброма

гематома

+папиллома и рак

миома

# По классификации ТNМ Международного противоракового союза символ Т2 при раке мочевого пузыря означает:

имеется поверхностная инвазия эпителия

+опухоль инфильтрирует поверхностный мышечный слой

опухоль инфильтрирует глубокий мышечный слой

опухоль инфильтрирует подэпителиальную соединительную ткань, не распространяясь на мышечную оболочку

опухоль инфильтрирует все слои пузырной стенки

# Классификация ТNM дополняется символом Р, характеризующим степень прорастания опухолью стенки мочевого пузыря по данным гистологического исследования операционного материала. Символ РТо означает:

преинвазивный рак (carcinoma in situ)

опухоль инфильтрирует подэпителиальную соединительную ткань

отсутствуют метастазы в лимфатических узлах

+опухолевых клеток не обнаружено

оценить степень распространения опухоли не удается

# Первый по частоте среди симптомов опухоли мочевого пузыря - это:

гиперпирексия

дизурия

боли

+гематурия

затрудненное мочеиспускание

# Для уточнения источника гематурии необходимо начинать исследование:

+с цистоскопии

с экскреторной урографии

с ультразвукового исследования

с общего анализа мочи

с радиоизотопного сканирования

# При подозрении на опухоль мочевого пузыря исследования следует начинать:

с обзорной рентгенографии мочевых путей

с компьютерной томографии

с ультразвукового исследования

с экскреторной урографии

+с цистоскопии

# Глубину опухолевой инфильтрации стенки мочевого пузыря определяют с помощью: ультразвукового исследования

поперечным сканированием

линейным сканированием

с помощью ректального датчика

+с помощью пузырного датчика

комбинацией наружного ультразвукового и рентгенографического исследований

# Трансуретральная электрорезекция показана при следующих стадиях рака мочевого пузыря:

Т1

Т2

Т3

Т4

+правильно Т1 и Т2

# Канцерогенными метаболитами триптофана являются все перечисленные, кроме:

+никотиновой кислоты

3-оксиантраниловой кислоты

3-оксикинуренина

3-оксиацетофенола

# Курящие страдают раком мочевого пузыря чаще некурящих:

в 2 раза

в 3 раза

в 5 раз

в 6 раз

+в 7 раз

# Рак мочевого пузыря чаще локализуется:

на левой боковой стенке

на правой боковой стенке

на верхушке

в области шейки

+в зоне треугольника Льето

# Для клиники опухоли мочевого пузыря характерны:

боли

гематурия

дизурия

гиперпирексия

+правильно б) и в)

# Метастазы при раке мочевого пузыря чаще всего наблюдаются:

в печени

в паховых лимфоузлах

в легких

в костях

+в регионарных лимфоузлах

# Глубину опухолевой инфильтрации стенки мочевого пузыря выявляют с помощью:

нисходящей цистографии

ретроградной цистографии

трансвезикального ультразвукового сканирования

тазовой артериографии

+правильно в) и г)

# Оперативное лечение рака мочевого пузыря в стадии Т3NоМо:

трансуретральная электрорезекция

электрокоагуляция

+резекция мочевого пузыря

демукузация

цистэктомия

# Трансуретральная электрорезекция при раке мочевого пузыря нерадикальна:

в стадии Т1

в стадии Т2

в стадии Т3

в стадии Т4

+в стадии Т3 и Т4

# При раке мочевого пузыря в стадии Т4 применяются:

трансуретральная электрорезекция

электрокоагуляция

резекция мочевого пузыря

цистэктомия

+консервативное лечение

# После радикальной операции по поводу рака мочевого пузыря диспансерное динамическое наблюдение в первые два года жизни проводят:

1 раз в 2 года

1 раз в 1 год

1 раз в 6 месяцев

+1 раз в 3 месяца

ежемесячно

# Диспансерное наблюдение через 2 года после радикальной операции по поводу рака мочевого пузыря осуществляют:

1 раз в месяц

1 раз в 3 месяца

+1 раз в 6 месяцев

1 раз в год

1 раз в 2 года

# После цистэктомии и уретерокутанеостомии больные признаются инвалидами:

+I группы

II группы

III группы

временно нетрудоспособными

переводятся на другую работу

# После резекции мочевого пузыря с уретероцистонеостомией и лучевой терапии больные признаются инвалидами:

I группы

+II группы

III группы

временно нетрудоспособными

вереводятся на другую работу

# При раке мочевого пузыря в стадии Т4 с отдаленными метастазами определяется инвалидность:

+I группа пожизненно

II группа пожизненно

III группа пожизненно

I группа с переосвидетельствованием через год

II группа с переосвидетельствованием через год

# Предрасполагающими факторами для развития опухолей женской уретры являются все перечисленные, кроме:

+гормональных нарушений

гнойного уретрита

белей

нарушения кровообращения в уретре (роды, запоры)

# Из доброкачественных опухолей уретры у мужчин чаще встречаются:

фиброма

+остроконечная кондилома

карбункулы

полипы

папилломы

# Дифференцировать доброкачественную опухоль женской уретры от злокачественной можно путем:

пальпации

уретроскопии

биопсии

цитологического исследования отпечатков

+правильно в) и г)

# Морфологически рак уретры чаще:

железистый

папиллярный

+плоскоклеточный

переходноклеточный

полиморфноклеточный

# При доброкачественных опухолях уретры применяют:

консервативное лечение

электрокоагуляцию

+резекцию уретры

лучевую терапию

динамическое наблюдение

# Пятилетняя выживаемость при раке уретры достигается примерно:

у 15% больных

+у 25% больных

у 35% больных

у 45% больных

у 50% больных

# У мужчин в возрасте старше 50 лет при профилактическом осмотре обнаруживают аденому предстательной железы в среднем:

+в 10-15% случаев

в 26-30% случаев

в 31-40% случаев

б 41-50% случаев

более чем в 50% случаев

# Развитию аденомы предстательной железы способствуют:

хронический воспалительный процесс в предстательной железе

+гормональные нарушения в организме

наследственность

вирусная инфекция

половые излишества

# Для функции почек и верхних мочевых путей неблагоприятен рост аденоматозных узлов:

субвезикальный

интравезикальный

диффузный

+субтригональный

смешанный

# Острая задержка мочеиспускания при аденоме предстательной железы наблюдается:

только в I стадии

только во II стадии

только в III стадии

+в I и II стадиях

во всех стадиях

# Острую задержку мочеиспускания при аденоме предстательной железы вызывают все перечисленные факторы, кроме:

венозного застоя (конгестия) в малом тазу

+спазма сфинктера мочевого пузыря и нарушения иннервации

деформации и сдавления уретры аденомой простаты

отека слизистой уретры и простаты

внезапного снижения тонуса детрузора (передержка мочи)

# Стадию аденомы простаты определяют:

по величине аденомы предстательной железы

по степени нарушения функции почек

+по степени утраты сократительной способности детрузора и количеству остаточной мочи

по имеющимся осложнениям (камни мочевого пузыря, хронический пиелонефрит и др.)

по длительности заболевания

# Перед аденомэктомией при неосложненном течении болезни показаны все следующие объективные исследования, кроме:

пальцевого ректального исследования простаты

перкуссии и пальпации области мочевого пузыря

+ хромоцистостоскопии

ультразвукового сканирования почек, мочевого пузыря и простаты

# Перед аденомэктомией показаны все следующие исследования сердечно-сосудистой системы, кроме:

ЭКГ

+плетизмографии

оентгеноскопии органов грудной клетки

определения величины артериального давления и частоты пульса

# Перед аденомэктомией необходимо сделать следующие лабораторные исследования крови:

клинический анализ крови

протромбиновый индекс

определение группы крови и резус-фактора

определение времени свертывания крови и кровотечения

+все перечисленные

# Перед аденомэктомией необходимо выполнить следующие лабораторные исследования мочи:

+клинический анализ мочи

цитологическое исследование осадка мочи

диастазу мочи

посев мочи на ВК

исследование уробилина

# Перед аденомэктомией необходимы следующие рентгенологические исследования:

обзорная урография

экскреторная урография

лакунарная цистография

нисходящая цистография

+все перечисленные

# При выборе типа операции при лечении аденомы предстательной железы необходимо произвести:

+ультразвуковое исследование почек и мочевых путей

сканирование почек

динамическую сцинтиграфию почек

сканирование костей таза и позвоночника

сканирование предстательной железы

# Для I стадии аденомы предстательной железы характерны:

+затрудненное мочеиспускание

азотемия

остаточной мочи 100 мл

предстательная железа увеличена, напряжена, болезненна

боли в промежности

# Для II стадии аденомы предстательной железы характерно все перечисленное, кроме:

+недержания мочи

частого мочеиспускания ночью

остаточной мочи 100 мл

острой задержки мочи

остаточной мочи 1000 мл

# Для III стадии аденомы предстательной железы характерны:

затрудненное мочеиспускание

+парадоксальная ишурия

остаточной мочи 300 мл

боли в промежности

предстательная железа каменистой плотности, безболезненная

# Абсолютными показаниями к срочной одномоментной аденомэктомии у больных аденомой простаты, осложненной острым пиелонефритом, являются:

аденома предстательной железы I стадии

аденома предстательной железы II стадии

аденома предстательной железы III стадии

эндовезикальная локализация аденоматозных узлов

+субтригональная локализация аденомы, гидроуретер с 2-х сторон

# Показаниями к цистостомии (I этап) при аденоме предстательной железы являются:

аденома II стадии

+аденома и острый пиелонефрит

субтригональная локализация аденомы

пожилой возраст больного

аденома и подозрение на рак предстательной железы

# Показаниями к трансуретральной электрорезекции при аденоме предстательной железы являются:

субтригональная ее локализация

аденома и хроническая почечная недостаточность

+фиброзная форма аденомы

аденома большых размеров

аденома II стадии

# Вазорезекция у больных, подлежащих аденомэктомии, производится:

+во всех случаях

перед аденомэктомией при наличии воспалительного процесса (эпидидимит, простатит, уретрит)

при одномоментной аденомэктомии

при двухмоментной операции

при отсутствии воспалительных изменений в органах мочевой системы

# Тампонаду ложа простаты марлевым тампоном с целью гемостаза при аденомэктомии осуществляют:

на 12 часов

на 24 часа

+на 48 часов

на 72 часа

более 3-х суток

# Для лечения аденомы предстательной железы применяются:

+трианол

флутомид

флюцинон

синестрол

хонван

# Летальность после аденомэктомии в настоящее время составляет в основном:

+2-5%

8-10%

11-15%

16-20%

21-30%

# Больной Н, 60 лет. Поступил с острой задержкой мочеиспускания, возникшей впервые. После 2-х кратной катетеризации мочеиспускание восстановилось, однако остаточной мочи 300 мл. При ультразвуковом исследовании выявлены признаки двустороннего гидроуретеронефроза и увеличение размеров предстательной железы до 6¦5¦4.5 см, расположенной субтригонально. Содержание мочевины в сыворотке крови 21 ммоль/л, жажда, сухость во рту. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких возрастные изменения. Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, СОЭ - 20 мм в/час. Относительная плотность мочи 1.006. Остальные показатели в пределах нормы. Больному показана:

цистостомия

трансуретральная электрорезекция

аденомэктомия

+перкутанная нефростомия

установка постоянного катетера

# Больной А. 77 лет. Поступил с жалобами на никтурию. Болен 1 год. При пальцевом ректальном исследовании простата незначительно увеличена, уплотнена, особенно по периферии левой доли. Границы железы четкие, пальпация ее безболезненна. При ультразвуковом сканировании предстательная железа неоднородной эхоструктуры с гипоэхогенным участком в левой доле. Размер железы 2.8¦3.5¦3.4. Остаточной мочи - 150 мл. Содержание мочевины в сыворотке крови 7.8 ммоль/л. Общий анализ крови и мочи - в норме. На экскреторных урограммах анатомо-функциональных изменений со стороны почек и верхних мочевых путей нет. Наиболее вероятный диагноз:

аденома простаты II стадии

болезнь Мариона

+рак предстательной железы

хронический простатит

туберкулез предстательной железы

# Частота рака предстательной железы среди всех злокачественных опухолей человека составляет примерно:

1%

2%

+5%

10%

20%

# В предстательной железе чаще встречаются:

рак

+аденома

фиброма

лейомиома

саркома

# Рак в предстательной железе возникает вследствие:

вирусного заболевания

+гормональных нарушений

хронического воспаления

аденомы

экзогенных канцерогенных веществ

# Рак предстательной железы наблюдается в возрасте после:

10 лет

20 лет

30 лет

40 лет

+50 лет

# При пальцевом ректальном исследовании для рака предстательной железы характерны следующие изменения - предстательная железа:

увеличена за счет одной доли, резко напряжена и болезненна

увеличена, поверхность ее гладкая, консистенция эластичная, междолевая бороздка сглажена, границы железы четкие, пальпация безболезненная

+плотная, безболезненная, поверхность бугристая

плотно-эластической консистенции, в одной из ее долей, очаг размягчения

увеличена, междолевая бороздка сохранена, поверхность неровная, участки размягчения чередуются с участками относительно плотной ткани

# Из перечисленных исследований достоверный диагноз рака предстательной железы позволяют поставить:

осмотр и пальпация наружных половых органов

пальпация предстательной железы

цистоскопия

+биопсия предстательной железы

биопсия костного мозга

# Для определения распространенности рака предстательной железы необходимы следующие рентгенологические исследования:

лакунарная цистография

осадочная цистография

лимфография

рентгенография костей таза и легких

+правильно в) и г)

# Для определения стадии рака предстательной железы необходимы все следующие радиологические исследования, кроме:

радиоизотопной ренографии

сканирования костей таза и позвоночника

динамической сцинтиграфии почек

+сканирования почек

# Для рака предстательной железы в стадии Т1NоМо характерны:

гематурия

задержка мочи

предстательная железа каменистой плотности, без четких границ

+предстательная железа тугоэластической консистенции, безболезненная, не увеличена, в одной из долей одиночный плотный узел по периферии

боли в промежности

# Основным признаком рака предстательной железы стадии Т2NоМо является:

задержка мочи

предстательная железа каменистой плотности без четких границ

недержание мочи

+предстательная железа увеличена, безболезненна, тугоэластической консистенции, одна из долей очень плотная, бугристая, границы железы четкие

боли в области крестца

# Основными симптомами рака предстательной железы в стадии Т2NоМ1 являются:

парадоксальная ишурия

боли в области крестца

+предстательная железы увеличена за счет правой доли, безболезненная, левая доля туго эластической консистенции, правая очень плотная, бугристая, границы железы четкие

уретрорагия

правильно б) и в)

# Симптомами неосложненного рака предстательной железы в стадии Т4NхМ2 являются:

гематурия

анурия

боли в промежности

боли в крестце

+все перечисленное

# Частота обнаружения очагов атипии эпителия в предстательной железе зависит от:

морфологического строения опухоли

локализации опухоли

+возраста больного

гормональной активности яичек

наследственности

# Максимальные размеры очагов атипии эпителия при микроскопическом исследовании достигают:

0.1 мм

0.2 мм

+0.3 мм

0.5 мм

0.7 мм

# Минимальнае размеры очагов "латентного рака" предстательной железы составляют:

0.3 см

+0.4 см

0.5 см

1.0 см

1.5 см

# "Латентный рак" предстательной железы обнаруживается у мужчин старше 50 лет:

в 1-2% случаев

в 3-5% случаев

в 5-7% случаев

+в 10-30% случаев

в 40-50% случаев

# Длительность скрытого течения "латентного рака" составляет:

2 года

5 лет

10 лет

20 лет

+более 20 лет

# Самая высокая заболеваемость раком предстательной железы наблюдается:

+в США

во Франции

в Китае

в Англии

в Японии

# Ранними клиническими признаками рака предстательной железы являются:

задержка мочи

гематурия

боли в промежности

дизурия

+ранние признаки не существуют

# Основной метод ранней диагностики рака предстательной железы:

исследование гормонального баланса

пальцевое ректальное исследование предстательной железы

рентгенографическое исследование костей скелета мужчин старше 50 лет

ультразвуковое исследование простаты с биопсией

+правильно б) и г)

# Основные жалобы больных при раке предстательной железы в стадии Т1NоМо включают:

частое мочеиспускание

боли в промежности

боли в крестце

субфебрильную температуру

+жалобы отсутствуют

# Частота нарушения акта мочеиспускания у больных раком предстательной железы в поздних стадиях составляет примерно:

41-50%

51-60%

61-70%

+80-90%

100%

# Частота макрогематурии у больных раком предстательной железы составляет в среднем:

1%

5%

+10%

20%

30%

# Чаще всего метастазы при раке предстательной железы обнаруживаются:

в печени

в легких

в брюшине

+в костях

в яичках

# Пальцевое ректальное исследование позволяет заподозрить рак предстательной железы примерно:

у 21-40% больных

у 41-60% больных

у 61-70% больных

+у 81-90% больных

у 100% больных

# Повышение содержания кислой фосфатазы в сыворотке крови при ранней стадии рака предстательной железы наблюдается в среднем:

у 10% больных

у 20% больных

у 30% больных

у 40% больных

+не наблюдается

# Костные метастазы при раке предстательной железы носят только остеобластический характер в среднем:

в 20% случаев

в 40% случаев

в 50% случаев

+в 60% случаев

в 70% случаев

# Материал для цитологического исследования при раке предстательной железы получают всеми перечисленными путями, кроме:

массажа предстательной железы

иункции предстательной железы и аспирации тканевого секрета

+исследования осадка мочи и спермы

пункции предстательной железы под ультразвуковым наведением

во всех случаях

# Для гистологической диагностики рака предстательной железы у больных с острой задержкой мочи наиболее целесообразна:

биопсия промежностным доступом

биопсия трансректальным доступом

трансуретральная электрорезекция

+операционная чрезпузырная биопсия

биопсия залобковым доступом

# Для лечения рака простаты из приведенных препаратов антиандрогенами являются:

фиэтилстилбестрол

флютамид

эстрадурин

флуцинол

+правильно б) и г)

# Радикальная простатэктомия при раке предстательной железы показана в стадии:

T1NоМо

Т2NхМо

Т3NоМ1

Т4N1М2

+правильно а) и б)

# К паллиативным операциям, применяемым в поздних стадиях рака предстательной железы, относятся:

троакарная цистостомия

высокое сечение мочевого пузыря

трансуретральная электрорезекция

нефростомия

+все перечисленные

# Причинами хронической почечной недостаточности при раке предстательной железы являются:

перенесенный гломерулонефрит

острый пиелонефрит

хронический пиелонефрит

+гидроуретеронефроз

метастазы

# При хронической почечной недостаточности и гидроуретеронефрозе у больных раком предстательной железы в стадии Т4N2М1 показаны:

гемодиализ

перитониальный диализ

+нефростомия

цистостомия

простатэктомия

# При возникновении анурии и гидроуретеронефроза у больного раком предстательной железы показаны:

цистостомия

+нефростомия

трансуретральная электрорезекция

уретероцистонеостомия

гемодиализ

# Для выяснения причины хронической почечной недостаточности при раке предстательной железы проводятся:

экскреторная урография

хромоцистоскопия

+ультразвуковое исследование

радиоизотопная ренография

правильно в) и г)

# При раке предстательной железы лучевая терапия по радикальной программе применяется в стадии:

Т4NоМо

Т3МоМо

Т2NоМо

Т1NоМо

+правильно б) и в)

# При подозрении на рак предстательной железы в случае острой задержки мочи показана:

трансуретральная электрорезекция

цистостомия и чрезпузырная биопсия простаты

промежностная биопсия простаты

залобковая биопсия предстательной железы

+правильно а) и б)

# Злокачественная раковая опухоль обычно локализуется:

в краниальной части предстательной железы

в каудальной части предстательной железы

вблизи семенного бугорка

+по периферии предстательной железы под капсулой

в центральной зоне, прилежащей к уретре

# При раке предстательной железы в стадии Т4, осложненном хронической почечной недостаточностью и гидроуретронефрозом, лечение следует начинать:

с трансуретральной электрорезекции

с цистостомии

+с нефростомии

с эстрогенотерапии

с применения антиандрогенов

# Трехлетняя выживаемость больных раком простаты при современной гормональной терапии составляет в среднем:

10%

30%

+50%

70%

80%

# Пятилетняя выживаемость больных раком простаты при современной гормонотерапии составляет в среднем:

5%

15%

+25%

35%

50%

# Удельный вес опухолей яичка среди других онкологических заболеваний составляет около:

40%

20%

10%

5%

+2%

# К факторам, способствующим возникновению опухолей яичка, относятся:

половое воздержание или половые излишества, онанизм

травма органов мошонки

эпидидимит на почве вирусной инфекции

крипторхизм

+правильно б) и г)

# К герминогенным опухолям яичка относятся все перечисленные, кроме:

+железистого рака и аденокарциномы

семиномы

эмбрионального рака

тератобластомы

# К герминогенным опухолям яичка относятся:

злокачественная лейдигома и сертолиома

+хорионэпителиома

фиброаденома

ретикулосаркома и рабдомиосаркома

# К негерминогенным опухолям яичка относятся:

железистый рак и аденокарцинома

семинома

эмбриональный рак

хорионэпителиома и тератобластома

+ни одна из перечисленных

# К негерминогенным опухолям яичка относятся все перечисленные, исключая:

злокачественную лейдигому

+фиброаденому

злокачественную сертолиому

рабдомиосаркому

ретикулосаркому

# Для опухоли яичка характерны следующие симптомы:

+пальпируемая опухоль в мошонке

увеличенные паховые лимфоузлы

увеличенные забрюшинные лимфоузлы

гемоспермия

хронический приапизм

# Для диагностики опухоли яичка необходимы все следующие исследования, кроме:

+тазовой артериографии

ультразвукового исследования

экскреторной урографии

рентгенографии органов грудной клетки

# С целью диагностики опухоли яичка необходимы:

+определение a-фетопротеина

радиоизотопная ренография

определение кислой фосфазы в сыворотке крови

все перечисленное

ничего из перечисленного

# При опухоли яичка применяют следующие операции:

удаление паховых лимфоузлов, перевязку семенного канатика

удаление забрюшинных лимфоузлов

эмаскуляцию (удаление мошонки и яичек)

орхифуникулоэпидидимэктомию

+правильно б) и г)

# Удаление забрюшинных лимфоузлов показано при следующих гистологических формах опухолей яичка:

при семиноме

при тератоме

+при эмбриональной карциноме и тератобластоме

при хорионэпителиоме

во всех случаях

# К химио- и лучевой терапии наиболее чувствительны следующие гистологические формы опухолей яичек:

+семинома

хорионэпителиома

тератома

тератобластома

эмбриональная карцинома

# При семиноме в стадии Т1-2NоМо показана:

операция Дюкена

химиотерапия до операции

+орхиэктомия с химиотерапией после операции

лучевая терапия до операции

операция Шевассю

# При семиноме в стадии Т3NхМо показаны следующие виды лечения:

дооперационная химио- и лучевая терапия

послеоперационная лучевая терапия

орхиэктомия

операция Шевассю

+орхиэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия

# При семиноме в стадии Т2NхМо показаны следующие виды лечения:

дооперационная химио- и лучевая терапия

послеоперационная лучевая терапия

орхиэктомия

операция Шевассю

+орхиэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия

# При эмбриональном раке яичка в стадии Т2NхМо показаны следующие виды лечения:

дооперационная полихимиотерапия

орхиэктомия

орхиэктомия, забрюшинная лимфаденэктомия

+орхиэктомия, операция Шевассю и полихимиотерапия

симптоматическое лечение

# При тератоме яичка размером 6 см в диаметре показаны следующие виды лечения:

лучевая терапия

химиотерапия

+орхиэктомия

комбинированное лечение орхиэктомия, полихимио- и лучевая терапия

# При тератобластоме яичка в стадии Т2-3NхМо показаны следующие виды лечения:

дооперационная полихимиотерапия

дооперационная лучевая терапия

орхифуникулэктомия

забрюшинная лимфаденэктомия

+ни одно из перечисленных

# При тератобластоме яичка в стадии Т2-3NхМо показаны:

послеоперационная полихимиотерапия

орхиэктомия + послеоперационная лучевая терапия

орхиэктомия + операция Шевассю + полихимиотерапия

+орхиэктомия + полихимиотерапия

# Рак полового члена среди других локализаций рака у мужчин в России наблюдается примерно:

в 0.2% случаев

+в 0.5-1.5% случаев

в 5% случаев

в 10% случаев

в 20% случаев

# Наиболее часто рак полового члена встречается в следующих странах:

+Цейлон, Вьетнам

США, Канада

Россия

Франция, Италия

# Предраковыми заболеваниями полового члена следует считать:

невирусные папилломы

лейкоплакию

эожный рог

эритроплазию Кейра

+все перечисленное

# Уретроскопия при остроконечных кондиломах и папилломах полового члена:

+совершенно необходима

не показана

показана при вирусных кондиломах

показана при невирусных кондиломах

показана лишь в случаях дизурии

# При невирусных папилломах применяют:

антибиотики

+электрокоагуляцию

антибиотики в комбинации с лучевой терапией

резекцию уретры

динамическое наблюдение

# Трудности дифференциальной диагностики рака полового члена с сифилисом, хронической язвой, экземой приводят к неправильному диагнозу примерно:

у 70% больных

у 50% больных

у 30% больных

у 10% больных

+у 5% больных

# Возникновению рака полового члена способствуют следующие факторы:

хронический уретрит, в том числе трихомонадной этиологии

применение противозачаточных средств

хронические воспаления (баланит, баланопостит), фимоз и др.

вирусная кондилома и лейкоплакия

+правильно в) и г)

# Выделяют следующие формы рака полового члена:

узловую

+папиллярную и язвенную

инвазивную

аденоматозную

правильно а) и б)

# К раку полового члена относятся следующие гистологические формы:

мезотелиома

плоскоклеточный неороговевающий рак

плоскоклеточный ороговевающий рак

гонадобластома

+правильно б) и в)

# При раке полового члена поражаются метастазами регионарные лимфоузлы:

забрюшинные

+паховые

тазовые

медиастинальные

подмышечные

# Для решения вопроса об ампутации полового члена по поводу рака необходимо все перечисленное, кроме:

дооперационной биопсии

цитологического исследования

биопсии на операционном столе

+внешнего вида типичного рака в виде язвы полового члена и пальпируемых паховых лимфоузлов

# При раке полового члена в зависимости от стадии и локализации применяют:

обрезание крайней плоти

ампутацию полового члена + операцию Дюкена (паховая лимфаденоэктомия)

эмаскуляцию (ампутацию мошонки и полового член

операцию Шевассю (забрюшинная лимфаденэктомия)

+все правильно

# При раке полового члена в стадии Т1NоМо можно применять:

химиотерапию

лучевую терапию

обрезание крайней плоти

ампутацию полового члена и эмаскуляцию

+верно а), б) и в)

# При раке полового члена Т2-3N1Мо применяют:

химиотерапию + ампутацию полового члена

лучевую терапию + операцию Шевассю

+ампутацию полового члена + операцию Дюкена

операцию Дюкена

операцию Шевассю

# При раке полового члена Т4 (мошонка) NхМо применяют:

динамическое наблюдение

лучевую и химиотерапию

+эмаскуляцию (удаление мошонки и полового член

операцию Дюкена + химиотерапию

операцию Шевассю, ампутацию полового члена, химиотерапию

# При раке головки полового члена Т3NоМ1 (легкие) рекомендуется:

динамическое наблюдение

химиотерапия

лучевая терапия

+ампутация полового члена + химиотерапия

цистостомия + ампутация полового члена

# Стойкое излечение при раке полового члена в стадии Т1NоМо наблюдается в среднем:

в 10% случаев

в 30% случаев

в 50% случаев

в 80% случаев

+в 100% случаев

# 5-летняя выживаемость у больных раком полового члена в стадиях Т2-3 наблюдается примерно:

в 2% случаев

в 40% случаев

в 50% случаев

+в 60% случаев

в 90% случаев

# Нелеченные больные раком полового члена в среднем живут:

около года

около 2-х лет

+около 3-х лет

около 7-ми лет

около 15-ти лет

# При раке полового члена в зависимости от стадии и локализации применяют:

обрезание крайней плоти

ампутацию полового члена + операцию Дюкена (паховая лимфаденоэктомия)

эмаскуляцию (ампутацию мошонки и полового члена)

операцию Шевассю (забрюшинная лимфаденэктомия)

+все правильно

# При раке полового члена Т2-3N1Мо применяют:

химиотерапию + ампутацию полового члена

лучевую терапию + операцию Шевассю

+ампутацию полового члена + операцию Дюкена

операцию Дюкена

операцию Шевассю

# При раке полового члена Т4 (мошонка) NхМо применяют:

динамическое наблюдение

лучевую и химиотерапию

+эмаскуляцию (удаление мошонки и полового члена)

операцию Дюкена + химиотерапию

операцию Шевассю, ампутацию полового члена, химиотерапию

# Стойкое излечение при раке полового члена в стадии Т1NоМо наблюдается в среднем:

в 10% случаев

в 30% случаев

в 50% случаев

в 80% случаев

+в 100% случаев

# 5-летняя выживаемость у больных раком полового члена в стадиях Т2-3 наблюдается примерно:

в 2% случаев

в 40% случаев

в 50% случаев

+в 60% случаев

в 90% случаев

# У мальчика 5 месяцев диагностирован паховый односторонний крипторхизм. Ему рекомендуется:

ревизия пахового канала

орхиэктомия

низведение яичка в мошонку

консервативное лечение

+наблюдение без лечения

# У мальчика 6 лет обнаружен односторонний паховый крипторхизм. Ему рекомендуется: лориогонадотропин, поливитамины

лечебная физкультура

+низведение яичка или орхиэктомия

динамическое наблюдение

оперативное лечение в возрасте 14 - 16 лет

# У юноши 16 лет выявлено отсутствие яичек в мошонке и паховых каналах. Физическое развитие нормальное. Ему рекомендуется:

динамическое наблюдение

гормональная терапия (хориогонадотропин, метилтестостерон)

+операция - ревизия брюшной полости с низведением яичка в мошонку

двусторонняя орхиэктомия

Тема 2. Рак предстательной железы, яичка и полового члена.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** устный опрос, тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Эпидемиология рака предстательной железы, факторы риска, проблема профилактики.
2. Понятие о латентном, «клинически незначимом», манифестированном, оккультном раке.
3. Простатоспецифический антиген (ПСА), его роль для скрининга, диагностики и диспансерного наблюдения.
4. Пальцевое ректальное исследование и ТРУЗИ как обязательные компоненты диагностики. Пункционная биопсия.
5. Градация уровня дифференцировки по Глисону, понятие о PIN и ASAP.
6. Клиническая классификация (TNM). Диагностика рака простаты.
7. Принципы лечения. Радикальная простатэктомия (позадилонная, промежностная, лапароскопическая, робот-ассистированная).
8. Лучевая терапия (дистанционная, брахитерапия).
9. Альтернативные методы лечения (HIFU, криодеструкция).
10. Диспансерное наблюдение, понятие о «биохимическом» рецидиве.
11. Антиандрогенная терапия как основной метод лечения распространенных и диссеминированных форм рака простаты.
12. Схемы химиотерапии.
13. Симптоматическая терапия, роль бисфосфонатов.
14. Опухоли яичка: понятие о герминогенных и негерминогенных опухолях яичка. Эпидемиология, факторы риска, роль крипторхизма.
15. Диагностика рака яичка: клинические, лабораторные и инструментальные методы, алгоритм обследования.
16. Особенности метастазирования. Стадирование рака яичка.
17. Принципы лечения. Роль химиотерапии в лечении больных герминогенными опухолями.
18. Особенности хирургического компонента лечения (техника орхофуникулэктомии, удаление резидуальных пухолевых масс, удаление висцеральных метастазов.
19. Диспансерное наблюдение. Лечение рецидивов.
20. Опухоли полового члена: эпидемиология, роль HPV-инфекции, лейкоплакии,эритроплазии Кейра, болезни Боуена, облитерирующего баланита, остроконечных кондилом, опухоли Бушке- Левенштейна.
21. Методы диагностики.
22. Значение локализации опухоли, клинической стадии и морфологических особенностей для прогноза и планирования лечения.
23. Органосберегающее лечение локализованных форм (лучевое, хирургическое).
24. Лечение инвазивных форм – ампутация, экстирпация полового члена, операция Дюкена.
25. Лучевое лечение и паллиативная химиотерапия распространенных и диссеминированных опухолей.

**Тестовые задания:**

# Больной А. 77 лет. Поступил с жалобами на никтурию. Болен 1 год. При пальцевом ректальном исследовании простата незначительно увеличена, уплотнена, особенно по периферии левой доли. Границы железы четкие, пальпация ее безболезненна. При ультразвуковом сканировании предстательная железа неоднородной эхоструктуры с гипоэхогенным участком в левой доле. Размер железы 2.8¦3.5¦3.4. Остаточной мочи - 150 мл. Содержание мочевины в сыворотке крови 7.8 ммоль/л. Общий анализ крови и мочи - в норме. На экскреторных урограммах анатомо-функциональных изменений со стороны почек и верхних мочевых путей нет. Наиболее вероятный диагноз:

аденома простаты II стадии

болезнь Мариона

+рак предстательной железы

хронический простатит

туберкулез предстательной железы

# Частота рака предстательной железы среди всех злокачественных опухолей человека составляет примерно:

1%

2%

+5%

10%

20%

# В предстательной железе чаще встречаются:

рак

+аденома

фиброма

лейомиома

саркома

# Рак в предстательной железе возникает вследствие:

вирусного заболевания

+гормональных нарушений

хронического воспаления

аденомы

экзогенных канцерогенных веществ

# Рак предстательной железы наблюдается в возрасте после:

10 лет

20 лет

30 лет

40 лет

+50 лет

# При пальцевом ректальном исследовании для рака предстательной железы характерны следующие изменения - предстательная железа:

увеличена за счет одной доли, резко напряжена и болезненна

увеличена, поверхность ее гладкая, консистенция эластичная, междолевая бороздка сглажена, границы железы четкие, пальпация безболезненная

+плотная, безболезненная, поверхность бугристая

плотно-эластической консистенции, в одной из ее долей, очаг размягчения

увеличена, междолевая бороздка сохранена, поверхность неровная, участки размягчения чередуются с участками относительно плотной ткани

# Из перечисленных исследований достоверный диагноз рака предстательной железы позволяют поставить:

осмотр и пальпация наружных половых органов

пальпация предстательной железы

цистоскопия

+биопсия предстательной железы

биопсия костного мозга

# Для определения распространенности рака предстательной железы необходимы следующие рентгенологические исследования:

лакунарная цистография

осадочная цистография

лимфография

рентгенография костей таза и легких

+правильно в) и г)

# Для определения стадии рака предстательной железы необходимы все следующие радиологические исследования, кроме:

радиоизотопной ренографии

сканирования костей таза и позвоночника

динамической сцинтиграфии почек

+сканирования почек

# Для рака предстательной железы в стадии Т1NоМо характерны:

гематурия

задержка мочи

предстательная железа каменистой плотности, без четких границ

+предстательная железа тугоэластической консистенции, безболезненная, не увеличена, в одной из долей одиночный плотный узел по периферии

боли в промежности

# Основным признаком рака предстательной железы стадии Т2NоМо является:

задержка мочи

предстательная железа каменистой плотности без четких границ

недержание мочи

+предстательная железа увеличена, безболезненна, тугоэластической консистенции, одна из долей очень плотная, бугристая, границы железы четкие

боли в области крестца

# Основными симптомами рака предстательной железы в стадии Т2NоМ1 являются:

парадоксальная ишурия

боли в области крестца

+предстательная железы увеличена за счет правой доли, безболезненная, левая доля туго эластической консистенции, правая очень плотная, бугристая, границы железы четкие

уретрорагия

правильно б) и в)

# Симптомами неосложненного рака предстательной железы в стадии Т4NхМ2 являются:

гематурия

анурия

боли в промежности

боли в крестце

+все перечисленное

# Частота обнаружения очагов атипии эпителия в предстательной железе зависит от:

морфологического строения опухоли

локализации опухоли

+возраста больного

гормональной активности яичек

наследственности

# Максимальные размеры очагов атипии эпителия при микроскопическом исследовании достигают:

0.1 мм

0.2 мм

+0.3 мм

0.5 мм

0.7 мм

# Минимальнае размеры очагов "латентного рака" предстательной железы составляют:

0.3 см

+0.4 см

0.5 см

1.0 см

1.5 см

# "Латентный рак" предстательной железы обнаруживается у мужчин старше 50 лет:

в 1-2% случаев

в 3-5% случаев

в 5-7% случаев

+в 10-30% случаев

в 40-50% случаев

# Длительность скрытого течения "латентного рака" составляет:

2 года

5 лет

10 лет

20 лет

+более 20 лет

# Самая высокая заболеваемость раком предстательной железы наблюдается:

+в США

во Франции

в Китае

в Англии

в Японии

# Ранними клиническими признаками рака предстательной железы являются:

задержка мочи

гематурия

боли в промежности

дизурия

+ранние признаки не существуют

# Основной метод ранней диагностики рака предстательной железы:

исследование гормонального баланса

пальцевое ректальное исследование предстательной железы

рентгенографическое исследование костей скелета мужчин старше 50 лет

ультразвуковое исследование простаты с биопсией

+правильно б) и г)

# Основные жалобы больных при раке предстательной железы в стадии Т1NоМо включают:

частое мочеиспускание

боли в промежности

боли в крестце

субфебрильную температуру

+жалобы отсутствуют

# Частота нарушения акта мочеиспускания у больных раком предстательной железы в поздних стадиях составляет примерно:

41-50%

51-60%

61-70%

+80-90%

100%

# Частота макрогематурии у больных раком предстательной железы составляет в среднем:

1%

5%

+10%

20%

30%

# Чаще всего метастазы при раке предстательной железы обнаруживаются:

в печени

в легких

в брюшине

+в костях

в яичках

# Пальцевое ректальное исследование позволяет заподозрить рак предстательной железы примерно:

у 21-40% больных

у 41-60% больных

у 61-70% больных

+у 81-90% больных

у 100% больных

# Повышение содержания кислой фосфатазы в сыворотке крови при ранней стадии рака предстательной железы наблюдается в среднем:

у 10% больных

у 20% больных

у 30% больных

у 40% больных

+не наблюдается

# Костные метастазы при раке предстательной железы носят только остеобластический характер в среднем:

в 20% случаев

в 40% случаев

в 50% случаев

+в 60% случаев

в 70% случаев

# Материал для цитологического исследования при раке предстательной железы получают всеми перечисленными путями, кроме:

массажа предстательной железы

иункции предстательной железы и аспирации тканевого секрета

+исследования осадка мочи и спермы

пункции предстательной железы под ультразвуковым наведением

во всех случаях

# Для гистологической диагностики рака предстательной железы у больных с острой задержкой мочи наиболее целесообразна:

биопсия промежностным доступом

биопсия трансректальным доступом

трансуретральная электрорезекция

+операционная чрезпузырная биопсия

биопсия залобковым доступом

# Для лечения рака простаты из приведенных препаратов антиандрогенами являются:

фиэтилстилбестрол

флютамид

эстрадурин

флуцинол

+правильно б) и г)

# Радикальная простатэктомия при раке предстательной железы показана в стадии:

T1NоМо

Т2NхМо

Т3NоМ1

Т4N1М2

+правильно а) и б)

# К паллиативным операциям, применяемым в поздних стадиях рака предстательной железы, относятся:

троакарная цистостомия

высокое сечение мочевого пузыря

трансуретральная электрорезекция

нефростомия

+все перечисленные

# Причинами хронической почечной недостаточности при раке предстательной железы являются:

перенесенный гломерулонефрит

острый пиелонефрит

хронический пиелонефрит

+гидроуретеронефроз

метастазы

# При хронической почечной недостаточности и гидроуретеронефрозе у больных раком предстательной железы в стадии Т4N2М1 показаны:

гемодиализ

перитониальный диализ

+нефростомия

цистостомия

простатэктомия

# При возникновении анурии и гидроуретеронефроза у больного раком предстательной железы показаны:

цистостомия

+нефростомия

трансуретральная электрорезекция

уретероцистонеостомия

гемодиализ

# Для выяснения причины хронической почечной недостаточности при раке предстательной железы проводятся:

экскреторная урография

хромоцистоскопия

+ультразвуковое исследование

радиоизотопная ренография

правильно в) и г)

# При раке предстательной железы лучевая терапия по радикальной программе применяется в стадии:

Т4NоМо

Т3МоМо

Т2NоМо

Т1NоМо

+правильно б) и в)

# При подозрении на рак предстательной железы в случае острой задержки мочи показана:

трансуретральная электрорезекция

цистостомия и чрезпузырная биопсия простаты

промежностная биопсия простаты

залобковая биопсия предстательной железы

+правильно а) и б)

# Злокачественная раковая опухоль обычно локализуется:

в краниальной части предстательной железы

в каудальной части предстательной железы

вблизи семенного бугорка

+по периферии предстательной железы под капсулой

в центральной зоне, прилежащей к уретре

# При раке предстательной железы в стадии Т4, осложненном хронической почечной недостаточностью и гидроуретронефрозом, лечение следует начинать:

с трансуретральной электрорезекции

с цистостомии

+с нефростомии

с эстрогенотерапии

с применения антиандрогенов

# Трехлетняя выживаемость больных раком простаты при современной гормональной терапии составляет в среднем:

10%

30%

+50%

70%

80%

# Пятилетняя выживаемость больных раком простаты при современной гормонотерапии составляет в среднем:

5%

15%

+25%

35%

50%

# К негерминогенным опухолям яичка относятся:

железистый рак и аденокарцинома

семинома

эмбриональный рак

хорионэпителиома и тератобластома

+ни одна из перечисленных

# К негерминогенным опухолям яичка относятся все перечисленные, исключая:

злокачественную лейдигому

+фиброаденому

злокачественную сертолиому

рабдомиосаркому

ретикулосаркому

# Для опухоли яичка характерны следующие симптомы:

+пальпируемая опухоль в мошонке

увеличенные паховые лимфоузлы

увеличенные забрюшинные лимфоузлы

гемоспермия

хронический приапизм

# Для диагностики опухоли яичка необходимы все следующие исследования, кроме:

+тазовой артериографии

ультразвукового исследования

экскреторной урографии

рентгенографии органов грудной клетки

# С целью диагностики опухоли яичка необходимы:

+определение a-фетопротеина

радиоизотопная ренография

определение кислой фосфазы в сыворотке крови

все перечисленное

ничего из перечисленного

# При опухоли яичка применяют следующие операции:

удаление паховых лимфоузлов, перевязку семенного канатика

удаление забрюшинных лимфоузлов

эмаскуляцию (удаление мошонки и яичек)

орхифуникулоэпидидимэктомию

+правильно б) и г)

# Удаление забрюшинных лимфоузлов показано при следующих гистологических формах опухолей яичка:

при семиноме

при тератоме

+при эмбриональной карциноме и тератобластоме

при хорионэпителиоме

во всех случаях

# К химио- и лучевой терапии наиболее чувствительны следующие гистологические формы опухолей яичек:

+семинома

хорионэпителиома

тератома

тератобластома

эмбриональная карцинома

# При семиноме в стадии Т1-2NоМо показана:

операция Дюкена

химиотерапия до операции

+орхиэктомия с химиотерапией после операции

лучевая терапия до операции

операция Шевассю

# При семиноме в стадии Т3NхМо показаны следующие виды лечения:

дооперационная химио- и лучевая терапия

послеоперационная лучевая терапия

орхиэктомия

операция Шевассю

+орхиэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия

# При семиноме в стадии Т2NхМо показаны следующие виды лечения:

дооперационная химио- и лучевая терапия

послеоперационная лучевая терапия

орхиэктомия

операция Шевассю

+орхиэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия

# При эмбриональном раке яичка в стадии Т2NхМо показаны следующие виды лечения:

дооперационная полихимиотерапия

орхиэктомия

орхиэктомия, забрюшинная лимфаденэктомия

+орхиэктомия, операция Шевассю и полихимиотерапия

симптоматическое лечение

# При тератоме яичка размером 6 см в диаметре показаны следующие виды лечения:

лучевая терапия

химиотерапия

+орхиэктомия

комбинированное лечение орхиэктомия, полихимио- и лучевая терапия

# При тератобластоме яичка в стадии Т2-3NхМо показаны следующие виды лечения:

дооперационная полихимиотерапия

дооперационная лучевая терапия

орхифуникулэктомия

забрюшинная лимфаденэктомия

+ни одно из перечисленных

# При тератобластоме яичка в стадии Т2-3NхМо показаны:

послеоперационная полихимиотерапия

орхиэктомия + послеоперационная лучевая терапия

орхиэктомия + операция Шевассю + полихимиотерапия

+орхиэктомия + полихимиотерапия

# Рак полового члена среди других локализаций рака у мужчин в России наблюдается примерно:

в 0.2% случаев

+в 0.5-1.5% случаев

в 5% случаев

в 10% случаев

в 20% случаев

# Наиболее часто рак полового члена встречается в следующих странах:

+Цейлон, Вьетнам

США, Канада

Россия

Франция, Италия

# Предраковыми заболеваниями полового члена следует считать:

невирусные папилломы

лейкоплакию

эожный рог

эритроплазию Кейра

+все перечисленное

**Модуль 6. Опухоли головы и шеи**

**Тема 1.***Опухоли щитовидной железы*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** устный опрос, тестирование, ситуационные задачи.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Злокачественные опухоли щитовидной железы: классификация доброкачественных и злокачественных опухолей.
2. Патофизиология, гормоны щитовидной железы и их регуляция.
3. Факторы, предрасполагающие возникновению рака щитовидной железы.
4. Фоновые предраковые заболевания щитовидной железы.
5. Клиника рака щитовидной железы.
6. Патологоанатомическая характеристика рака щитовидной железы.
7. Пути метастазирования рака щитовидной железы.
8. Современные подходы к хирургическому лечению опухолей щитовидной железы, объем хирургического вмешательства при первичных и рецидивных опухолях щитовидной железы.
9. Лечение радиоактивным йодом – показания, сроки, результаты.

***Тестовые задания:***

**К новообразованиям АПУД - системы относятся**

а) рак большой слюнной железы,

+б) медуллярный рак щитовидной железы,

в) бронхиогенный рак,

г) менингиома,

д) хордома.

**Высокодифференцированный рак щитовидной железы метастазирует преимущественно**

+а) лимфогенным путем,

б) гематогенным путем,

в) внутриорганно,

г) всеми указанными выше путями.

**Радиоизотопные исследования в клинической онкологии используются**

а) для выявления первичной опухоли,

б) для определения распространенности злокачественного процесса,

в) для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов,

г) правильные ответы только а) и б),

+д) все ответы правильные.

**Рак щитовидной железы характеризуется**

а) повышенным накоплением радионуклида в опухоли,

б) пониженным накоплением радионуклида в опухоли,

в) нарушением распространения радиоактивного вещества по сосудам,

г) все ответы правильные,

+д) правильные только ответы а) и б).

**Радиофосфорный тест применяют для диагностики**

а) поверхностных опухолей,

б) опухолей полостных органов, доступных для введения датчика,

в) только для опухолей, имеющих тропность к фосфору,

+г) все ответы правильные,

д) правильные только ответы а) и б).

**Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей**

а) поджелудочной железы,

б) желудка,

+в) щитовидной железы,

г) все ответы правильные,

д) правильного ответа нет.

**Радиоактивный йод может быть применен для выявления**

а) первичной опухоли щитовидной железы,

б) метастазов рака щитовидной железы в легкие, печень,

в) метастазов рака щитовидной железы в кости,

г) правильные только ответы а) и б),

+д) все ответы правильные.

**Для диагностики метастатического поражения костей чаще всего используются**

а) радиоактивный 32-Р,

б) радиоактивный 99-Sr,

в) радиоактивный 90-Со,

+г) радиоактивный 131-J,

д) все ответы правильные.

**Повышение уровня кальцитонина, определяемого радиоиммунологическим методом, характерно**

а) для папиллярного рака щитовидной железы,

б) для фолликулярного рака щитовидной железы,

в) для недифференцированного рака щитовидной железы,

+г) для медуллярного рака щитовидной железы,

д) все ответы правильные.

**Заболеваемость раком щитовидной железы в СНГ за последние годы**

а) снижается,

б) остается на том же уровне,

+в) растет.

**К наиболее часто встречающимся морфологическим формам рака щитовидной железы относятся**

+а) папиллярная аденокарцинома,

б) фолликулярная аденокарцинома,

в) медуллярный рак,

г) недифференцированный рак.

**Медуллярный рак щитовидной железы развивается**

а) из А-клеток,

б) из В-клеток,

+в) из С-клеток,

д) из любой вышеуказанной.

**Частота высокодифференцированных аденокарцином щитовидной железы составляет**

а) 10 %

б) 20 %,

в) 50 %,

+г) 70 %.

**Частота медуллярного рака щитовидной железы составляет**

+а) 10 %,

б) 20 %,

в) 50 %,

г) 70 %.

**Под понятием “скрытый” рак щитовидной железы подразумевают**

а) наличие малых размеров опухоли в ткани щитовидной железы без клинических ее проявлений,

+б) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи без клинических признаков первичной опухоли,

в) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи,

г) все ответы правильные.

**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 %.

**Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются**

а) лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены,

б) надключичные,

+в) паратрахеальные,

г) претрахеальные,

д) загрудинные.

**Для медуллярного рака щитовидной железы характерно**

а) наличие плотных “каменистых” узлов в щитовидной железе,

б) диарея,

в) синдром Сиппла,

+г) все перечисленное.

**Этиологическими моментами в развитии рака щитовидной железы следует считать**

а) наличие неопластических процессов в ткани щитовидной железы,

б) ионизирующее излучение,

в) длительную стимуляцию организма повышенным содержанием тиреотропного гормона,

+г) все ответы правильные.

**Минимальным объемом хирургического вмешательства при рака щитовидной железы следует считать**

а) энуклеацию узла,

б) резекцию доли,

в) гемитиреоидэктомию,

+г) гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка,

д) субтотальную резекцию щитовидной железы.

**Показаниями для химиотерапии рака щитовидной железы могут быть**

а) неоперабельная недифференцированная форма рака,

б) быстрорастущая рецидивная опухоль,

в) метастазы в отдаленные органы,

+г) все перечисленное,

д) только б) и в).

**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 опухоли.

**У больного 55 лет медуллярный рак щитовидной железы T3N1M0. Ему наиболее целесообразно**

а) выполнить тиреоидэктомию с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи,

+б) провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией на 1 этапе с последующей тиреоидэктомией с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи,

в) провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией с последующим лечением радиоактивным йодом,

г) провести самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе.

**У больной 50 лет папиллярный рак щитовидной железы T2N0M0 с локализацией в правой доле. Ей следует**

+а) выполнить субтотальную резекцию щитовидной железы,

б) провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией,

в) провести комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией,

г) провести самостоятельную лучевую терапию.

**Наиболее эффективным препаратом при раке щитовидной железы является**

+а) адриамицин

б) циклофосфан

в) блеомицин

г) метотрексат

**Какой метод диагностики является наиболее информативным при подозрении на рак щитовидной железы**

+а) пункционная биопсия

б) сцинтиграфия железы

в) УЗИ

г) компьютерная томография

**"Ранним" симптомом рака щитовидной железы является:**

+а) уплотнение и увеличение железы

б) боль при глотании

в) дисфагия

г) осиплость голоса

**Рак щитовидной железы при пальпации обычно определяется в виде**

+а) плотного безболезненного узла

б) плотного болезненного узла

в) узла с размягчением в центральной части

г) диффузного уплотнения

**Биохимический тест, позволяющий выявить рак из С-клеток:**

а) определение уровня тироксина

+б) определение уровня кальцитонина

в) определение уровня ТТГ

г) определение уровня Т3, Т4

**Основным методом диагностики рака щитовидной железы является:**

а) УЗИ

б) рентгенологический

в) радиоизотопный

+г) морфологический

**При загрудинном распространении рака щитовидной железы могут появиться все признаки, кроме:**

а) набухания шейных вен

+б) расстройства мозгового кровообращения

в) приступы удушья

г) синдром Горнера

**Показанием к послеоперационной лучевой терапии является:**

а) недостаточный радикализм операции

б) нарушение абластики при распространенном раке

в) недифференцированные формы рака

+г) все перечисленное

**К доброкачественным опухолям щитовидной железы относятся все, кроме:**

а) фолликулярной аденомы

б) папиллярной аденомы

в) трабекулярной аденомы

+г) фоллликулярной аденокарциномы

**Наиболее частая локализация отдаленных метастазов при раке щитовидной железы:**

а) печень

+б) легкие, кости

в) головной мозг

г) желудок

**Ранними симптомами рака щитовидной железы являются:**

а) дисфагия

б) осиплость голоса

в) синдром Горнера

+г) уплотнение и увеличение ткани железы

***Ситуационные задачи:***

1. Больная Д., 32 лет, обратилась на прием к терапевту с жалобами на слабость, снижение работоспособности, вялость, сонливость, сухость кожи, ломкость и выпадение волос, отеки, снижение памяти и трудоспособности, прибавку в весе. 1. Назовите синдром? 2. При каких заболеваниях он может встречаться? 3. План обследования больной.
2. Больной А., 50 лет, обратился с жалобами на охриплость голоса, чувство комка в горле. Болен около 2-х месяцев. 1. При каких заболеваниях могут встречаться описанные жалобы? 2. План обследования больного? 3. Какие методы имеют предположительный, а какие точный характер? Обоснуйте свой ответ.
3. У больной Х., 52 лет при профилактическом осмотре выявлено несколько узловых образований в левой доле щитовидной железы от 0,2 до 0,8 см в диаметре. Некоторые с жидкостным содержимым внутри. 1. О каком заболевании скорее всего идет речь? 2. Можно ли только на основании данных УЗИ точно поставить диагноз? Обоснуйте свой ответ. 3. Составьте план обследования больной?
4. Больной Т., 58 лет, 1 месяц тому назад заметил узел на шее. При обращении к участковому терапевту был поставлен диагноз шейный лимфаденит. Назначено УВЧ и полуспиртовые компрессы. Отмечает отрицательную динамику: узел значительно увеличился в размерах, стал болезненным, кожа над ним приобрела фиолетовый оттенок. 1. В чем заключается ошибка участкового врача? 2. При каких заболеваниях может наблюдаться увеличение шейных лимфоузлов? 3. Какой метод является обязательным для исключения онкологической патологии? 4. Составьте план обследования больного.
5. Больной Р., 55 лет, предъявляет жалобы на опухолевидное образование в области шеи, чувство сдавления в горле, боли суставах и костях. При осмотре в проекции щитовидной железы, преимущественно в левой доле плотный узел, практически несмещаемый 3 х 4 см, безболезненный. По боковой и задней поверхности шеи множественные, плотные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. При пункции узла щитовидной железы и одного из лимфоузлов получены клетки недифференцированного рака. При R-исследовании в ребрах, костях таза множественные очаги деструкции. 1. Ваш диагноз? 2. Стадия процесса? 3. При каком варианте рака щитовидной железы даже при IY стадии возможно излечение больного? Обоснуйте свой ответ.
6. Больная Р., 59 лет, при прохождении профосмотра обнаружено узловое образование в правой доле щитовидной железы размером 0,8 см, с неоднородной структурой. Жалоб не предъявляет. При пункции получены клетки аденокарциномы. 1. Ваш диагноз? 2. Назовите методы исследования, необходимые для уточнения стадии процесса. 3. Лечебная тактика? Объем оперативного вмешательства?

***Задания для проверки практических навыков***

1. Выполнить пальпацию щитовидной железы и зон регионарного лимфооттока, описать локальный статус пациента с раком щитовидной железы.
2. Выполнить пальпацию регионарных лимфатических узлов и описать их локальный статус.
3. Составить план обследования пациента с подозрением на рак щитовидной железы.

**Тема 2.** *Злокачественные опухоли ротовой и носовой полости. Рак гортани.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** устный опрос, тестирование.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Злокачественные опухоли органов ротовой полости. Эпидемиология, этиология, клиника и классификация.
2. Рак нижней губы: эпидемиология, этиология, клиника.
3. Новообразования слюнных желез: эпидемиология, этиология, клиника.
4. Рак гортани: эпидемиология, этиология, клиника.
5. Современные методы диагностики опухолей головы и шеи, пути метастазирования, стадирование.
6. Типичные операции и лимфодиссекции при хирургическом лечении опухолей органов ротовой полости и гортани.
7. Внеорганные опухоли шеи.
8. Реабилитация.

***Тестовые задания:***

**Криодеструкция первичной опухоли нижней губы может применяться**

A) при I стадии

Б) при IIа стадии

B) при IIб стадии

+Г) при рецидиве опухоли

Д) при всех перечисленных стадиях

**У больного 70 лет рак нижней губы IIа стадии. Наиболее целесообразный метод лечения**

A) близкофокусная рентгенотерапия

Б) внутритканевая g-терапия

B) облучение электронами 4-6 МЭВ

Г) контактная аппликационная g-терапия на шланковом аппарате

+Д) операция

**Неоадъювантная химиотерапия применяется**

A) при раке щитовидной железы

Б) при плоскоклеточных опухолях головы и шеи

+B) при раке полости носа

Г) показания для адъювантной химиотерапии не разработаны

Д) при раке слюнных желез

**Наиболее частой морфологической формой злокачественных опухолей слизистой полости рта является**

+A) плоскоклеточный рак

Б) саркома

B) мукоэпидермоидная опухоль

Г) цилиндрома

Д) недифференцированный рак

**Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является**

+A) язык

Б) дно полости рта

B) слизистая щеки

Г) слизистая мягкого неба

Д) слизистая альвеолярного отростка челюсти

**Наиболее часто рак слизистой оболочки полости рта метастазирует в регионарные лимфатические узлы при локализации**

A) в подвижной части языка

+Б) в корне языка

B) в мягком и твердом небе

Г) на слизистой шеки

Д) на слизистой альвеолярных отростков

**Среди злокачественных опухолей слюнных желез наиболее часто встречается**

+A) аденокарцинома

Б) плоскоклеточный рак

B) рак из смешанных опухолей

Г) мукоэпидермоидная опухоль

Д) цистаденокарцинома

**Для установления диагноза злокачественной опухоли слюнной железы необходимо выполнить**

A) сиалографию

+Б) биопсию с морфологическим исследованием

B) компьютерную томографию

Г) ангиографию

Д) термографию

**Наиболее радиочувствительной среди опухолей носоглотки является**

A) плоскоклеточный ороговевающий рак

Б) плоскоклеточный рак с высокой степенью лимфатическое

инфильтрации

B) лимфосаркома

Г) аденокарцинома

+Д) саркомы

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

A) резекция языка в сочетании с операцией Крайля

Б) сочетанная лучевая терапия

+B) дистанционное облучение языка и регионарных зон в сочетании

с локальной гипертермией

Г) внутритканевая лучевая терапия

Д) химио-лучевое лечение с последующей операцией

**У больного 43 лет плоскоклеточный ороговевающий рак гортани 1а стадии с поражением левой голосовой складки. Ему следует**

+A) провести самостоятельную дистанционную лучевую терапию

с предоперационной лучевой терапией

B) провести боковую резекцию гортани с послеоперационной лучевой

терапией

Г) выполнить ларингэктомию

Д) хордэктомию с лучевой терапией

**У больного 60 лет плоскоклеточный неороговевающий рак гортани IIIа стадии, инфильтративная форма с явлениями перихондрита. Ему необходимо**

A) ларингэктомия

Б) комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией

+B) комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией

Г) самостоятельный полный курс лучевой терапии по радикальной

программе

Д) химиотерапия

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

A) выполнить резекцию гортани

Б) выполнить лагинэктомию

+B) продолжить лучевую терапию по радикальной программе

Г) наблюдать

Д) назначить химиотерапию

**Модуль 7. Онкогинекология**

**Тема 1.** *Опухоли наружных половых органов, шейки и тела матки.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Скрининг и профилактика гинекологического рака.
2. Опухоли наружных половых органов у женщин: рак и меланома вульвы, клиника, диагностика, лечение.
3. Рак шейки матки: факторы риска, современные возможности профилактики и ранней диагностики, заболеваемость и смертность.
4. Морфологическая классификация, этиология, первичная и вторичная профилактика, особенности клинического течения рака шейки матки. Диагностика.
5. Методы лечения (хирургический, лучевой, химиотерапевтический, комбинированный) рака шейки матки, прогноз.
6. Рак тела матки: заболеваемость и смертность.
7. Морфологическая классификация, клиническое стадирование, этиология, патогенез рака тела матки, группы риска
8. Диагностика, методы лечения (хирургический, лучевой, химиотерапевтический, гормональный, комбинированный), прогноз рака тела матки.
9. Трофобластическая болезнь: клиническое течение пузырного заноса, методы диагностики, профилактика злокачественных форм трофобластической болезни.
10. Хорионкарцинома матки, клиника, диагностика, современные возможности лечения.
11. Эндовидеохирургия в онкогинекологии.

**Тема 2.** *Злокачественные опухоли яичников и маточных труб.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Злокачественные опухоли яичников: заболеваемость и смертность.
2. Морфологическая классификация, клиническое стадирование, этиология, патогенез рака яичников.
3. Факторы риска, наследственный и спорадический рак, диагностика рака яичников.
4. Методы лечения (хирургический, химиотерапевтический, комбинированный), прогноз рака яичников.
5. Злокачественные опухоли и беременность.
6. Злокачественные опухоли маточных труб: заболеваемость и смертность.
7. Морфологическая классификация, клиническое стадирование, этиология, патогенез рака маточных труб, группы риска.
8. Диагностика, методы лечения рака маточных труб (хирургический, лучевой, химиотерапевтический, гормональный, комбинированный).

**Модуль. Онкогематология**

**Тема 1.** *Ходжкинские и неходжкинские лимфомы.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** устный опрос, тестирование, ситуационные задачи, проверка практических навыков.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Лимфогранулематоз: клинико-рентгенологические характеристики, морфологические особенности.

2. Патоморфологическая классификация, классификация по стадиям.

3. Клинико-биохимические показатели интоксикации (В-симптомы), факторы прогноза.

4. Принципы диагностики и лечения. Показания к лучевой терапии.

5. Неходжкинские лимфомы (гематосаркомы): клинико-рентгенологические характеристики, морфологические особенности.

6. Патоморфологическая классификация, классификация по стадиям.

7. Клинико-биохимические показатели интоксикации (В-симптомы), факторы прогноза.

8. Принципы диагностики и лечения.

***Тестовые задания:***

Диагноз лимфосаркомы подтверждается при обнаружении в микропрепарате:

А) клеток Березовского-Штенберга

Б) клеток Пирогова-Лангханса

+В) лимфобластов

Г) эпителиальных клеток

Макроскопические изменения лимфатических узлах при периферических формах лимфогранулематоза характеризуется следующими симптомами, за исключением:

А) безболезненность

Б) не спаяны с окружающими тканями

В) плотная консистенция

+Г) склонность к образованию свищей

К симптомам интоксикации при лимфогранулематозе относятся следующие, за исключением:

А) потеря в весе

Б) кожный зуд

В) лихорадка

+Г) сухой надсадный кашель

Наиболее частой локализацией периферической формы лимфогранулематоза является:

А) подмышечная

Б) околоушная

В) подчелюстная

+Г) шейная

Наиболее частыми локализациями лимфогранулематоза во внутренних органах являются, за исключением:

А) печень

Б) селезенка

+В) почки

Г) легкие

Дифференциальным признаком инфекционного мононуклеоза от периферического лимфогранулематоза является:

А) острое начало

Б) боли в горле

В) увеличение лимфоузлов предшествует повышение температуры

+Г) наличие в крови периферических мононуклеаров

Дифференциальным признаком периферического лимфогранулематоза от туберкулезного лимфаденита является:

А) наличие первичного туберкулезного комплекса в легком

Б) болезненность увеличенных лимфоузлов

В) покраснение кожи над увеличенным узлом

+Г) клетки Березовского-Штернберга в пунктате узла

Дифференциальным признаком периферического лимфогранулематоза от банального лимфаденита является:

А) наличие инфицированной раны

Б) повышение температуры тела

В) болезненность увеличенных лимфоузлов

+Г) устойчивость лихорадки к противовоспалительному лечению

К неходжкинской лимфоме относится:

А) эозинофильная гранулема

Б) туберкулома

+В) ретикулосаркома

Г) гамартома

Какую тактику изберете в условиях поликлиники при жалобах на наличие увеличенного безболезненного лимфоузла в шейной области:

А) проводить противовоспалительное лечение

+Б) сделать пункцию увеличенного узла с цитологическим исследованием пунктата

В) направить на консультацию к ЛОР врачу

Г) проводить физиолечение

Для уточнения распространенности лимфогранулематоза в организме применяются следующие методы, за исключением:

А) Рентгенография грудной клетки в двух проекциях

Б) УЗИ органов брюшной полости

В) Двухсторонняя нижняя лимфография

+Г) Спирография

Какой из названных методов исследования считается наиболее информативным при подозрении на лимфогранулематоз средостения?

А) фибробронхоскопия

Б) общий анализ крови

В) лимфография

+Г) медиастиноскопия с биопсией

Какой из названных методов исследования считаете наиболее информативным при подозрении на лимфогранулематоз мезентериальных л/узлов

А) фиброгастроскопия

+Б) лапароскопия с прицельной биопсией

В) фиброколоноскопия

Г) ренгеноскопия желудка

При лимфогранулематозе 1 и 2-а стадии наиболее эффективным лечением являет¬ся:

А) хирургическое

+Б) два-три цикла полихимиотерапии с последующей лучевой терапией по радикаль¬ной программе

В) полихимиотерапия

Г) химио-лучевое лечение

При лимфогранулематозе 3-4 стадии наиболее эффективным методом лечения является:

А) паллиативная лучевая терапия

+Б) полихимиотерапия, не менее б циклов с последующей лучевой терапией химио- резистентных узлов

В) хирургическое лечение

"Сигналами тревоги", при которых на амбулаторном приеме следует высказать подозрение на периферический лимфогранулематоз, являются следующие, за исключением:

А) появление одного или нескольких увеличенных лимфоузлов

Б) постепенное увеличение и появление новых лимфоузлов

В) необъяснимая лихорадка

+Г) гиперемия кожи и флюктуация в области узла

К гистологическим вариантам лимфогранулематоза относятся следующие, за исключением:

А лимфоидное преобладание

Б) нодулярный склероз

В) лимфоидное истощение

+Г) эозинофильная гранулёма

К злокачественным лимфомам относятся все, за исключением:

А) лимфогранулематоз

+Б) эозинофильная гранулема

В) лимфосаркома

Г) ретикулосаркома

Диагноз лимфогранулематоза подтверждается при обнаружении в микропрепарате:

А) клеток Пирогова-Лангханса

Б) лимфобластов

+В)клеток Березовского-Штернберга

Г) ретикулогистиоцитов

При лимфогранулематозе отмечается:

А) лимфогенное метастазирование

Б) гематогенное метастазирование

В) инплантационное метастазирование

+Г) правильно А) и Б)

В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение:

+А) шейно-надключичных лимфоузлов

Б) медиастинальных лимфоузлов

В) забрюшинных лимфоузлов

Г) паховых лимфоузлов

Первое проявление лимфогранулематоза в виде поражения паховых лимфоузлов встречается с частотой:

+А) до 10%

Б) от20 до 50%

В) от 50 до 70%

Г) более 70%

Частота вовлечения лимфатического аппарата кольца Пирогова-Вальдейра при лимфогранулематозе составляет:

+А) ниже 10%

Б) 20-30%

В) 30-50%

Г) 50%

При поражении лимфоузлов выше диафрагмы и селезенки при лимфогранулематозе должна быть поставлена:

А) I стадия

Б) II стадия

+В) III стадия

Г) IV стадия

Поражение аксилярных лимфоузлов с двух сторон при лимфогранулематозе трактуется как:

А) I стадия

+Б) II стадия

В) III стадия

Г) IV стадия

Поражение шейных лимфоузлов справа, медиастинальных лимфоузлов и аксилярных слева означает при лимфогранулематозе:

А) I стадия

+Б) II стадия

В) III стадия

Г) IV стадия

Поражение шейных лимфоузлов слева, медиастинальных, паховых лимфоузлов и селезенки при лимфогранулематозе трактуется как:

А) I стадия

Б) II стадия

+В) III стадия

Г) IV стадия

Поражение периферических лимфоузлов выше и ниже диафрагмы при лимфогранулематозе означает:

А) I стадию

Б) II стадию

+В) III стадию

Г) IV стадию

При лимфогранулематозе вовлечение селезенки и пахово-подвздошных лимфоузлов трактуется как:

А) I стадия

Б) II стадия

+В) III стадия

Г) IV стадия

Поражение при лимфогранулематозе паховых лимфоузлов трактуется как:

А) I стадия

Б) II стадия

+В) III стадия

Г) IV стадия

Изолированное поражение при лимфогранулематозе селезенки означает:

А) I стадию

Б) II стадию

+В) III стадию

Г) IV стадию

Поражение легочной ткани и забрюшинных лимфоузлов при лимфогранулематозе трактуется как:

А) I стадия

Б) II стадия

В) III стадия

+Г) IV стадия

Наиболее прогностически благоприятным морфологическим вариантом лимфогранулематоза является:

А) лимфоидное истощение

+Б) лимфоидное преобладание

В) нодулярный склероз

Г) смешанноклеточный вариант

Наиболее неблагоприятным прогностическим вариантом лимфогранулематоза является:

А) лимфоидное преобладание

+Б) лимфоидное истощение

В) смешанноклеточный вариант

Г) нодулярный склероз

У больного лимфогранулематозе увеличение шейных лимфоузлов с обеих сторон и профузная потливость. Это соответствует:

А) I А стадии

Б) II А стадии

+В) II Б стадии

Г) III Б стадии

При наличии у больного лимфогранулематозе поражения шейных узлов с одной стороны и медиастинальных лимфоузлов следует говорить о распространенности, соответствующей:

А) I А стадии

+Б) II А стадии

В) III А стадии

Г) III Б стадии

Поражение аксиллярных лимфоузлов с одной стороны, медиастинальных, парааортальных лимфоузлов, селезенки и наличие лихорадки до 380 С при лимфогранулематозе расценивается как:

А) II А стадия

Б) II Б стадия

В) III А стаядия

+Г) III Б стадия

Поражение при лимфогранулематозе всех групп периферических лимфоузлов в сочетании с профузной потливостью означает наличие:

А) II А стадии

Б) II Б стадии

В) III А стаядии

+Г) III Б стадии

При лимфогранулематозе поражение печени и медиастинальных лимфоузлов с симптомами интоксикации означает наличие:

А) II Б стадии

Б) III А стадии

В) III Б стадии

+Г) IVБ стадии

Бесспорным подтверждением диагноза лимфогранулематоза является:

А) наличие увеличенных безболезненных лимфатических узлов

Б) снижение содержания лимфоцитов в лимфатическом узле

В) усиленная пролиферация клеточных элементов в лимфатических узлах

+Г) обнаружение клеток Березовского-Штернберга

Симптомы интоксикации при лимфогранулематозе:

А) кожный зуд

+Б) верно все

В) профузные ночные поты

Г) необъяснимые подъемы температуры тела выше 38°

Основным способом диагностики лимфогранулематоза является:

А) общий и биохимические анализы крови

Б) рентгенография и томография грудной клетки

В) иммунологическое исследование

+Г) гистологическое исследование

В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение лимфоузлов:

+А) шейных

Б) медиастинальных

В) забрюшинных

Г) паховых

Основным методом лечения лимфогранулематоза III стадии является:

А) лучевой

Б) хирургический

В) гормонотерапия

+Г) химиотерапия

Лимфогранулематоз с поражением лимфоузлов выше диафрагмы, укажите стадию процесса:

А) I

+Б) II

В) III

Г) IV

В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение лимфоузлов:

+А) шейных

Б) медиастинальных

В) забрюшинных

Г) паховых

Основным методом лечения лимфогранулематоза III стадии является:

А) лучевой

Б) хирургический

В) гормонотерапия

+Г) химиотерапия

Чаще всего при лимфогранулематозе поражаются:

А) забрюшинные лимфоузлы

+Б) шейные лимфоузлы

В) паховые лимфоузлы

Г) внутригрудные лимфоузлы

Под термином лимфоаденопатия подразумевают:

А) лейкозную инфильтрацию лимфатических узлов

Б) лимфоцитоз в периферической крови

В) лимфобластоз в стернальном пунктате

+Г) увеличение лимфоузлов

Для лечения лимфогранулематоза IV стадии применяется:

+А) глюкокортикоиды, ПХТ, лучевая терапия

Б) лучевая терапия

В) ПХТ

Г) ПХТ, лучевая терапия

С увеличения каких групп лимфоузлов чаще начинается лимфогранулематоз:

+А) шейных

Б) надключичных

В) подмышечных

Г) забрюшинных

Наименее благоприятный прогноз при гистологическом варианте лимфогранулематоза:

А) нодуллярный склероз

Б) с лимфоцитарным преобладанием

В) смешанноклеточный

+Г) с лимфоцитарным истощением

Началу лимфогранулематоза соответствует гистологический вариант:

А) лимфоидное истощение

+Б) лимфоидное преобладание

В) нодулярный склероз

Г) смешанноклеточный

Диагноз лимфогранулематоза ставится на основании:

А) анализа периферической крови

Б) пункции лимфоузла

+В) биопсии лимфоузла

Г) пункции костного мозга

Для III клинической стадии лимфогранулематоза характерно:

А) поражение лимфатических узлов одной области

Б) поражение лимфатических узлов двух и более областей по одну сторону диафрагмы

+В) поражение лимфатических узлов любых областей по обеим сторонам диафрагмы

Г) локализованное поражение одного внелимфатического органа

При лимфогранулематозе:

А) поражаются только лимфатические узлы

Б) рано возникает лимфоцитопения

В) в биоптатах определяются клетки Ходжкина

+Г) все перечисленное

Лихорадка при ЛГМ:

А) волнообразная

Б) сопровождающаяся потливостью

В) на ранних стадиях купируется индометацином

+Г) все перечисленное

Диагноз ЛГМ ставится на основании:

А) анализа периферической крови

Б) пункции лимфоузла

+В) биопсии лимфоула

Г) пункции костного мозга

Наименее благоприятный прогноз при гистологическом варианте ЛГМ:

А) нодуллярный склероз

Б) с лимфоцитарным преобладанием

В) смешанноклеточный

+Г) с лимфоцитарным истощением

Ситуационные задачи:

1. Больной Л., 28 лет, обратился к участковому терапевту по поводу увеличения подмышечного лимфоузла справа. Других жалоб не предъявляет. При пальпации в правой подмышечной области плотный, подвижный, безболезненный лимфоузел около 3,5 см в диаметре. 1. Поставьте предварительный диагноз. 2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? 3. Составьте план обследования больного.

2. Больная Т., 18 лет, отмечает выраженную одышку в покое, боли за грудиной давящего характера, периодически возникающий сухой надсадный кашель, усиливающийся в ночное время. Больной себя считает около месяца. При осмотре: вынужденное сидячее положение, отмечается некоторая одутловатость лица и шеи, кожа с синюшным оттенком. Подкожные вены шеи расширены. 1. Назовите синдром? 2. При каких заболеваниях он может встречаться? 3. Составьте план обследования больной. 4. Назовите методы, позволяющие получить морфологическую верификацию в данном случае.

3. Больная Ч., 60 лет, предъявляет жалобы на периодическое повышение температуры до 38,0 – 38,5 С, без видимой на то причины, слабость, повышенную потливость, особенно в ночное время. Похудела на 8 кг. При УЗИ выявлено увеличение забрюшинных лимфоузлов в корне брыжейки тонкой кишки. 1. Поставьте предположительный диагноз. 2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? 3. Составьте план обследования больной. 4. Назовите методы, позволяющие получить морфологическую верификацию в данном случае.

4. Больной А., 22 лет, обратился с жалобами на опухолевидное образование в области шеи справа, слабость, плохой аппетит, кожный зуд. Похудел на 6 кг. Больным себя считает 3 мес., когда появился небольшой узел в области шеи справа. Не обращался, не лечился. Узел значительно увеличился в размерах. При осмотре: в области боковой поверхности шеи справа, с переходом на надключичную область, опухолевидное образование 8 х 10 см, неправильной формы, состоящее из нескольких плотных, безболезненных узлов, кожа над ним не изменена. При пункции получено цитологическое заключение – клеточный состав лимфогранулематоза. При рентгенографии органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинных лимфоузлов – патологии не выявлено. 1. Ваш диагноз? 2. Установите стадию заболевания. 3. Достаточно ли цитологической верификации для того, чтобы начать лечение? Обоснуйте свой ответ.

5. Больная Д., 25 лет, два года назад закончила комбинированное лечение по поводу ЛГМ, III б стадия. Получила 6 курсов ПХТ и ДЛТ на область средостения. Неделю тому назад поднялась температура до 38С, кашель со скудной мокротой, одышка. При аускультации: дыхание в левой половине грудной клетки резко ослаблено, в нижних отделах практически не слышно, хрипов нет. Перкуторно в этих отделах резкое притупление легочного звука. 1. Назовите синдром. 2. Каковы могут быть его причины? Обоснуйте свой ответ. 3. Тактика участкового врача? 4. Тактика онколога? 5. Какой метод позволяет установить точный диагноз?

6. Больная В., 58 лет, 2 недели тому назад закончила 6 курс ПХТ по поводу ЛГМ II а стадия. Обратилась к участковому терапевту с жалобами на частый жидкий стул, слабость, плохой аппетит. При обследовании: кожные покровы бледные, сухие. Язык обложен молочно-белым налетом, десны отечны, легко кровоточат. Живот не вздут, мягкий умеренно болезненный при пальпации. Синдромов раздражения брюшины нет. В ОАК Hb 92 г/л, L – 1,2 г/л.

Задания для проверки практических навыков

Выполнить перкуссию органов грудной полости и описать полученные результаты;

Выполнить пальпацию регионарных лимфатических узлов и описать их локальный статус.

Составить план обследования пациента с подозрением на лимфогранулематоз.

Интерпретировать данные КТ-исследования органов грудной клетки, сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента.

Интерпретировать данные КТ-исследования органов брюшной полости, сформулировать предварительный диагноз, составить план обследования пациента.

**Тема 17.** *Острые и хронические лейкозы.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Классификация лейкозов. Острые и хронические лейкозы.
2. Этиология, факторы риска.
3. Клиническая картина. Диагностика.
4. Принципы лечения. Основы высокодозной противоопухолевой химиотерапии, трансплантация стволовых клеток периферической крови, понятие алло- и аутотрансплантаций.
5. Противорецидивное лечение.

**Модуль 9.** **Опухоли кожи, мягких тканей, опорно-двигательного аппарата**

**Тема 1.** *Базалиома и плоскоклеточный рак кожи.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** *устный опрос, тестирование, ситуационные задачи.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Эпидемиология злокачественных опухолей кожи. Факторы, предрасполагающие к возникновению злокачественных новообразований кожи.
2. Облигатные и факультативные предраки кожи. Клиническая картина, принципы диагностики и лечения.
3. Эпителиальные опухоли кожи. Этиология. Факторы риска.
4. Классификация эпитеиальных опухолей кожи.
5. Базалиома. Клиническая картина. Особенности распространения. Принципы диагностики и лечения. Прогноз.
6. Плоскоклеточный рак кожи. Клиническая картина. Особенности лимфогенного и гематоренного метастазирования. Принципы диагностики и лечения. Прогноз.

***Тестовые задания:***

**Для рака кожи характерны все перечисленные признаки, за исключением:**

а) постепенного прогрессирования

б) появления углубления в центре бляшковидного образования

в) отсутствие эффекта от лечения язвы кожи более 3 недель

+г) сферической папулы, появившейся неделю назад

**Наиболее радиорезистентной опухолью является:**

а) базалиома

б) плоскоклеточный ороговевающий рак

в) плоскоклеточный неороговевающий рак

+г) меланома

**В структуре онкологической заболеваемости РФ года рак кожи занимает:**

а) первое место

б) второе место

в) третье место

+г) четвертое место

**В Оренбургской области рак кожи в структуре онкозаболеваемости обычно занимает:**

+а) 1 - 2 место

б) 2 - 3 место

в) 3 - 4 место

г) 4 - 5 место

**К предраковым заболеваниям кожи относятся следующие, за исключением:**

а) пигментной ксеродермы

б) поздних лучевых язв

+в) пигментного невуса

г) болезни Боуэна

**К местным признакам рака кожи относятся следующие, за исключением:**

а) глубокой язвы с подрытыми краями

б) экзофитного образования типа цветной капусты

в) длительно не заживающей эрозии, периодически покрывающейся корочкой

+г) повышения температуры

**При длительном течении базальноклеточного рака кожи развиваются следующие осложнения, за исключением**:

а) инфицирования опухолевой язвы

б) кровотечения из опухоли

в) разрушения подлежащих хрящей, костей

+г) лимфо-гематогенного метастазирование

**Наиболее эффективным методом лечения предраковых заболеваний кожи является:**

а) противовоспалительная терапия

б) физиотерапия

+в) криодеструкция или хирургическое иссечение

г) мазевые повязки

**Дифференциальный диагноз рака кожи необходимо проводить со следующими заболеваниями**:

а) Системная красная волчанка

б) Туберкулез кожи

в) грибковым поражением кожи

+г) со всеми перечисленными

**Какое лечение является оптимальным при базальноклеточном раке кожи 1 стадии на лице**:

а) хирургическое

+б) близкофокусная рентгенотерапия

в) химиотерапия

г) комплексное лечение

**Какой метод лечения является оптимальным при плоскоклеточном раке кожи метастазами в регионарные лимфоузлы:**

а) хирургический

б) лучевой

в) криодеструкция

+г) комбинированный метод

**У пациента на коже имеется язвочка, не заживающая более 2-х месяцев, несмотря на проводимое местное мазевое лечение. Ваша тактика:**

а) продолжать мазевое лечение

б) провести физиотерапию

в) сделать криодеструкцию

+г) эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием

К возникновению рака кожи предрасполагают следующие факторы, за исключением:

а) ультрафиолетовые лучи

б) рентгеновские излучения

+в) частые водные процедуры

г) рубцы после ожогов

**К факультативным предракам кожи относятся следующие заболевания, за исключением:**

а) кожного рога

+б) старческой атрофии кожи

в) старческого кератоза

г) хронического дерматита

**Какая гистологическая форма рака кожи практически не метастазирует:**

а) плоскоклеточный ороговевающий рак

б) плоскоклеточный неороговевающий рак

+в) базальноклеточный рак

г) рак из придатков кожи

**К какой стадии относится рак кожи, размером более 2 см в диаметре, прорастающий всю толщу кожи, имеющий один метастаз в регионарном лимфоузле:**

а) I

б) II-a

в) II-б

+г) III-б

**Какую тактику изберете, если у больного на коже туловища обнаружен базальноклеточный рак кожи 1 стадии**:

а) динамическое наблюдение

б) физиотерапия

+в) хирургическое иссечение

г) полихимиотерапия

После хирургического лечения плоскоклеточного рака кожи правой голени через полгода появился подвижный метастаз в лимфоузлах правой паховой области. Какую тактику изберете?

а) лучевую терапию

Б) полихимиотерапию

В) операцию Крайля

+Г) операцию Дюкена

**Базалиома кожи чаще всего локализуется на коже:**

+а) лица

б) спины

в) конечностей

г) туловища

**Развитие рака кожи преимущественно связано с контактом:**

а) с продуктами переработки нефти

б) с продуктами переработки каменного угля

в) с красителями

+г) с солнечной инсоляцией

**К группе повышенного риска в отношении рака кожи не относят лиц:**

а) с темной кожей и карими глазами

б) с белой кожей и голубыми глазами

в) с болезнью Педжета

+г) имеющих пигментную ксеродерму

**Чаще рак кожи метастазирует в:**

а) легкие

б) печень

в) костную систему

+г) регионарные лимфатические узлы

**Наиболее информативный метод диагностики рака кожи:**

+а) морфологическое исследование

б) УЗИ

в) иммунологический

г) ответ на пробное лечение

**При подвижных регионарных метастазах рака кожи лица выполняются следующие операции, за исключением:**

а) футлярно-фасциальная лимфаденэктомия

б) операция Крайла

в) удаление пораженных лимфоузлов околоушной области с паротидэктомией

+г) операция Дюкена

**При лучевой терапии базалиомы наиболее целесообразно использовать:**

+а) близкофокусную рентгенотерапию

б) быстрые электроны

в) гамма-излучение

г) сочетанную лучевую терапию

**Рак кожи волосистой части головы без деструкции костей черепа диаметром 2,5 см относится к стадии:**

а) I

+б) II

в) III A

г) III Б

**Облигатными предраками кожи являются следующие заболевания, за исключением:**

+а) хронического дерматита

б) пигментной ксеродермы

в) болезни Боуэна

г) эритроплазии Кейра

**Клиническое течение базалиомы:**

+а) длительное

б) быстрое

в) региональными метастазами

г) с отдаленными метастазами

**Для базалиомы характерно:**

а) лимфогенное метастазирование

б) гематогенное метастазирование

+в) местно-деструирующий рост

г) преимущественная локализация на коже конечностей

***Ситуационные задачи:***

1. Больной М., 62 лет, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на образование на коже правой скуловой области, которое появилось около трех месяцев назад и постепенно увеличилось в размере. При осмотре: на коже правой скуловой области имеется плотная бляшка до 2 см в диаметре, серо – розового цвета, с шелушащейся поверхностью и изъязвлением в центре. Какие исследования помогут установить точный диагноз? Составьте план обследования больного. Тактика врача в зависимости от установленного диагноза?
2. Больная А., 40 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на изъязвления в области ареолы правой молочной железы. St. localis: в области ареолы правой молочной железы определяются мокнущие поверхности с изъязвлениями и корками. При каких заболеваниях может встречаться описанная клиническая картина? Как метод диагностики поможет установить точный диагноз?Тактика врача в зависимости от установленного диагноза.
3. Больная И., 64 лет, около 5 лет страдает посттромбофлебитической болезнь левой нижней конечности, трофической язвой левой голени. В течение 2-х месяцев отмечает увеличение язвы в размерах. St. localis: Левая голень увеличена в объеме, кожа синюшного цвета, шелушится. В области наружной лодыжки язва 5 х 5 см, с плотными, подрытыми, болезненными краями. Дно язвы покрыто серым налетом. О каком осложнении, прежде всего, стоит думать? Какой метод позволит верифицировать диагноз? Какова тактика лечения?
4. Больной С., 35 лет, обратился к хирургу с жалобами на зуд в области пигментного образования на коже передней поверхности левой голени, увеличение его в размерах. St. localis: на передней поверхности левой голени определяется пигментное образование до 1,5 см, возвышающееся над поверхностью кожи, темно-коричневого цвета, с незначительной инфильтрацией дермы. При каких заболеваниях могут встречаться описанные симптомы? Тактика врача поликлиники. Составьте план обследования больного. Измениться ли лечебная тактика в зависимости от диагноза.
5. Больной А., 56 лет, обратился с жалобами на мокнущее образование на коже правого предплечья. Год тому назад при аварии под кожу попали осколки стекла. После их удаления в этой области сохранялся дискомфорт, легкое покалывание при прикосновении. Через шесть месяцев после аварии появилось описанное образование, которое постепенно увеличивалось в размерах. St. localis: на коже наружной поверхности правого предплечья экзофитное образование типа цветной капусты с мокнущей, легко кровоточащей поверхностью. В подмышечной области справа плотный лимфоузел до 1,5 см в диаметре, подвижный. При биопсии получено заключение: плоскоклеточный неороговевающий рак. Ваш диагноз? Укажите стадию заболевания. Опишите возможные схемы лечения. Обоснуйте их.
6. Больной Р., 35 лет два года тому назад в онкологическом диспансере выполнено широкое иссечение пигментной меланомы кожи спины T2N0M0, III уровень инвазии по Кларку. 2 месяца тому назад заметил уплотнение выше послеоперационного рубца, последнее несколько увеличилось в размерах. St. localis: В области левой лопатки, выше послеоперационного рубца, подкожное образование около 2 см в диаметре, подвижное, кожа над ним не изменена. В подмышечных областях с обеих сторон, больнее слева, плотные, безболезненные лимфоузлы до 2 см в диаметре. Ваш диагноз? Нужно ли добиваться морфологического подтверждения диагноза? Составьте план дообследования больного. Предложите схему лечения. Какие схемы иммунотерапии меланомы кожи вам известны?

**Тема 2.** *Меланома кожи.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** *устный опрос, тестовые задания, ситуационные задачи.*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Эпидемиология меланомы кожи.
2. Факторы риска. Меланомоопасные и меланомонеопасные невусы. Диспластические невусы. Премеланоз Дюбрейля.
3. Клинические формы меланом кожи.
4. Стадирование. Уровни инвазии по Кларку и Бреслоу.
5. Принципы диагностики и лечения.
6. Виды хирургических вмешательств при меланомах. Лимфодиссекции при меланомах.
7. Полихимиотерапия и имму- нотерапия при меланомах. Факторы прогноза.

***Тестовые задания:***

**Наиболее агрессивной опухолью человека считают:**

а) болезнь Ходжкина

+б) меланому

в) саркоидоз Бека

г) плоскоклеточный рак

**Доброкачественным процессом с наименьшим риском малигнизации считают:**

а) лентиго

б) Меланоз Дюбрея

+в) внутридермальный невус

г) пигментная ксеродерма

Ранними макроскопическими признаками малигнизации пигментного невуса являются следующие, за исключением:

а) увеличения невуса в размерах

б) потери кожного рисунка

+в) роста волос на поверхности невуса

г) изменения окраски невуса

**Риск развития меланомы наименьший при:**

а) меланозе Дюбрея

+б) голубом невусе

в) диспластическом невусе

г) ювенильной меланоме

Меланома развивается из следующих клеток:

а) ретикулобластов

б) гистеобластов

+в) меланобластов

г) лимфобластов

**К симптомам малигнизации невуса относятся**:

а) быстрое увеличение невуса в размерах

б) изменение цвета в сторону усиления пигментации

в) появление венчика «гиперемии» вокруг невуса

+г) все перечисленные

**Среди факторов, способствующих малигнизации невуса, наиболее опасным является:**

а) конституционные особенности организма

б) пол

+в) частая травматизация невуса

г) возраст

**Меланома может расти:**

а) в высоту, возвышаясь над кожей

б) в глубину кожных покровов

в) по поверхности кожи

+г) возможны все направления роста

Среди факторов, влияющих на прогноз при меланоме, наиболее важным является:

а) конституционные особенности организма

б) пол

в) возраст

+г) глубина инвазии по Кларку

**Какой из названных методов исследования не будете использовать для получения морфологической верификации при подозрении на меланому**

а) мазок отпечаток опухоли

+б) пункционная биопсия

в) определение меланурии (реакция Якша)

г) широкое иссечение невуса под наркозом с гистологическим исследованием

**Если на поликлиническом приеме больной жалуется на появление кровоточивости родимого пятна, необходимо выяснить:**

а) является ли пигментное образование врожденным или приобретенным

б) наличие субъективных ощущений в области родинки

в) наличие травмы родинки

+г) все перечисленное

**При меланоме кожи I - II-а стадии, при инвазии по Кларку 1-2 степени применяется следующий метод лечения:**

+а) радикальное хирургическое

б) лучевая терапия

в) химио-лучевая терапия

г) комбинированное лечение

**При меланоме кожи II-6, III стадии с инвазией по Кларку 4-5 степени методом выбора яв­ляется**:

а) хирургическое лечение

б) лучевая терапия

+в) комплексное лечение

г) иммунотерапия

**При метастазах меланомы кожи нижней конечности в паховые лимфатические узлы показана следующая операция на регионарных лимфоузлах:**

а) операция Ванаха

б) операция Крайля

в) операция Микулича

+г) операция Дюкена

**У больного зуд в области пигментного пятна. Пятно интенсивно черной окраски, размером 0,3х0,5см, возвышается под кожей. На поверхности мокнутие. Ваша тактика:**

а) динамическое наблюдение

б) пункционная биопсия

+в) взятие мазков отпечатков

г) мазевое лечение

**При клиническом диагнозе меланомы без морфологической верификации может быть начато следующее лечение**

+а)хирургическое

б) химиотерапевтическое

в) лучевое

г) иммунологическое

**К пятому уровню инвазии меланомы по Кларку относят опухоль, которая:**

а) неинвазивная опухоль, ограниченная эпидермисом

б) клетки опухоли находятся между сосочковым и сетчатым слоем

+в) опухолевые клетки прорастают подкожно-жировую клетчатку

г) опухолевые клетки располагаются в сосочковом слое дермы

д) опухолевые клетки находятся в сетчатом слое дермы

**При иссечении меланомы кожи лица показано отступать от ее краев не менее:**

+а) 1см

б) 5 см

в) 3 см

г) 4 см

**К первому уровню инвазии меланомы по Кларку относится:**

+а) не инвазивная опухоль, ограниченная эпидермисом

б) клетки опухоли находятся между сосочковым и сетчатым слоем

в) опухолевые клетки прорастают подкожно-жировую клетчатку

г) опухолевые клетки располагаются в сосочковом слое дермы

д) опухолевые клетки находятся в сетчатом слое дермы

**Для горизонтальной фазы роста меланомы характерно:**

а) рост опухоли в глубину кожи

б) наличие лимфогенных метастазов

+в) распространение в пределах эпителиального пласта

г) наличие гематогенных метастазов

**Для малигнизации пигментного невуса характерно:**

а) быстрый рост невуса

б) появление красноты в виде асимметричного венчика

в) изменение пигментации

+г) верно все

**Стадию М1 при меланоме ставят при:**

+а) появлении дочерних пигментных включений (сателлитов) в окружности невуса

б) меланурии

в) при IV уровне инвазии по Кларку

г) при изъязвлении опухоли

**Ко второму уровню инвазии меланомы по Кларку относится:**

а) неинвазивная опухоль, ограниченная эпидермисом

б) клетки опухоли находятся между сосочковым и сетчатым слоем

в) опухолевые клетки прорастают подкожно-жировую клетчатку

+г) опухолевые клетки располагаются в сосочковом слое дермы

д) опухолевые клетки находятся в сетчатом слое дермы

**К третьему уровню инвазии меланомы по Кларку относится:**

а) неинвазивная опухоль, ограниченная эпидермисом

+б) клетки опухоли находятся между сосочковым и сетчатым слоем

в) опухолевые клетки прорастают подкожно-жировую клетчатку

г) опухолевые клетки располагаются в сосочковом слое дермы

д) опухолевые клетки находятся в сетчатом слое дермы

**К четвертому уровню инвазии меланомы по Кларку относится:**

а) неинвазивная опухоль, ограниченная эпидермисом

б) клетки опухоли находятся между сосочковым и сетчатым слоем

в) опухолевые клетки прорастают подкожно-жировую клетчатку

г) опухолевые клетки располагаются в сосочковом слое дермы

+д) опухолевые клетки находятся в сетчатом слое дермы

***Ситуационные задачи:***

1. Больной М., 62 лет, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на образование на коже правой скуловой области, которое появилось около трех месяцев назад и постепенно увеличилось в размере. При осмотре: на коже правой скуловой области имеется плотная бляшка до 2 см в диаметре, серо – розового цвета, с шелушащейся поверхностью и изъязвлением в центре. Какие исследования помогут установить точный диагноз? Составьте план обследования больного. Тактика врача в зависимости от установленного диагноза?
2. Больная А., 40 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на изъязвления в области ареолы правой молочной железы. St. localis: в области ареолы правой молочной железы определяются мокнущие поверхности с изъязвлениями и корками. При каких заболеваниях может встречаться описанная клиническая картина? Как метод диагностики поможет установить точный диагноз?Тактика врача в зависимости от установленного диагноза.
3. Больная И., 64 лет, около 5 лет страдает посттромбофлебитической болезнь левой нижней конечности, трофической язвой левой голени. В течение 2-х месяцев отмечает увеличение язвы в размерах. St. localis: Левая голень увеличена в объеме, кожа синюшного цвета, шелушится. В области наружной лодыжки язва 5 х 5 см, с плотными, подрытыми, болезненными краями. Дно язвы покрыто серым налетом. О каком осложнении, прежде всего, стоит думать? Какой метод позволит верифицировать диагноз? Какова тактика лечения?
4. Больной С., 35 лет, обратился к хирургу с жалобами на зуд в области пигментного образования на коже передней поверхности левой голени, увеличение его в размерах. St. localis: на передней поверхности левой голени определяется пигментное образование до 1,5 см, возвышающееся над поверхностью кожи, темно-коричневого цвета, с незначительной инфильтрацией дермы. При каких заболеваниях могут встречаться описанные симптомы? Тактика врача поликлиники. Составьте план обследования больного. Измениться ли лечебная тактика в зависимости от диагноза.
5. Больной А., 56 лет, обратился с жалобами на мокнущее образование на коже правого предплечья. Год тому назад при аварии под кожу попали осколки стекла. После их удаления в этой области сохранялся дискомфорт, легкое покалывание при прикосновении. Через шесть месяцев после аварии появилось описанное образование, которое постепенно увеличивалось в размерах. St. localis: на коже наружной поверхности правого предплечья экзофитное образование типа цветной капусты с мокнущей, легко кровоточащей поверхностью. В подмышечной области справа плотный лимфоузел до 1,5 см в диаметре, подвижный. При биопсии получено заключение: плоскоклеточный неороговевающий рак. Ваш диагноз? Укажите стадию заболевания. Опишите возможные схемы лечения. Обоснуйте их.
6. Больной Р., 35 лет два года тому назад в онкологическом диспансере выполнено широкое иссечение пигментной меланомы кожи спины T2N0M0, III уровень инвазии по Кларку. 2 месяца тому назад заметил уплотнение выше послеоперационного рубца, последнее несколько увеличилось в размерах. St. localis: В области левой лопатки, выше послеоперационного рубца, подкожное образование около 2 см в диаметре, подвижное, кожа над ним не изменена. В подмышечных областях с обеих сторон, больнее слева, плотные, безболезненные лимфоузлы до 2 см в диаметре. Ваш диагноз? Нужно ли добиваться морфологического подтверждения диагноза? Составьте план дообследования больного. Предложите схему лечения. Какие схемы иммунотерапии меланомы кожи вам известны?

***Вопросы для проверки практических навыков***

Выполнить клиническое обследование пациента со злокачественными новообразованиями кожи и описать локальный статус;

Выполнить пальпацию регионарных лимфатических узлов и описать их локальный статус;

Составить план обследования пациента с подозрением на меланому кожи;

Составить план обследования пациента с подозрением на базалиому кожи

Составить план лекции на тему «Злокачественные новообразования кожи»

Составить план практического занятия на тему «Злокачественные новообразования кожи»

**Тема 3.** *Опухоли костей.*

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Эпидемиология злокачественных опухолей костей. Патогенез.
2. Классификация.
3. Клиническая картина и дифференциальная диагностика.
4. Особенности метастазирования. Стадирование.
5. Хирургическое и лекарственное лечение злокачественных опухолей костей, прогноз течения заболевания.

**Тема 4.** *Опухоли мягких тканей*.

**Форма(ы) текущего контроля успеваемости:** устный опрос.

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости:**

***Вопросы для устного опроса:***

1. Опухоли мягких тканей: эпидемиология, патогенез.
2. Классификация.
3. Клиническая характеристика. Стадирование.
4. Принципы диагностики. Дифференциальная диагностика.
5. Методы лечения. Прогноз.
6. Изолированная гипертермическая перфузия конечностей при диссеминированной саркоме мягких тканей.

**Экзамен.**

Экзамен проходит в виде устного собеседования, проверки практических навыков в виде решения ситуационных задач После получения билета из 3-х вопросов основной программы и 1-го вопроса для проверки практических навыков ординатору дается время (не более 60 минут) на подготовку к ответу.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **решение ситуационных**  **задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **владение практическими навыками** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии осознанного (уверенного) владения всем перечнем навыков, манипуляций и умений, предусмотренных программой при ведении больных в классических и нестандартных ситуациях и при выполнении комбинированных заданий, при этом проявляет высокий уровень самостоятельности и эрудиции. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии освоения основной части практических навыков, умений и манипуляций, предусмотренных учебной программой, способности использовать их в стандартных ситуациях при ведении больных, при этом допускается наличие единичных ошибок |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии освоения части практических навыков, умений и манипуляций, предусмотренных программой; способности использовать их при ведении больных в стандартных ситуациях; при этом допускается наличие единичных существенных ошибок при демонстрации навыков и умений. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии не владения или отсутствия четких представлений о выполнении практических навыков, умений и манипуляций, предусмотренных учебной программой общей хирургии; нес пособности использовать практические навыки и умения в конкретных ситуациях. |

3. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится по экзаменационным билетам в устной форме, а также в форме демонстрации практических навыков путем решения ситуационных задач.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

*Расчет дисциплинарного рейтинга осуществляется следующим образом: Рд=Рт+Рб+Рэ, где*

***Рб -*** *бонусный рейтинг;*

***Рд -*** *дисциплинарные рейтинг;*

***Рт -*** *текущий рейтинг;*

***Рэ -*** *экзаменационный рейтинг*

*Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации для определения зачетного/экзаменационного рейтинга.*

**11-15 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются логично, последовательно и не требуют дополнительных пояснений. Полно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Делаются обоснованные выводы. Демонстрируются глубокие знания базовых нормативно-правовых актов. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 90 %).

**6-10 баллов.** Ответы на поставленные вопросы излагаются систематизировано и последовательно. Базовые нормативно-правовые акты используются, но в недостаточном объеме. Материал излагается уверенно. Раскрыты причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируется умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер. Соблюдаются нормы литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 70 %).

**3-5 баллов.** Допускаются нарушения в последовательности изложения. Имеются упоминания об отдельных базовых нормативно-правовых актах. Неполно раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Демонстрируются поверхностные знания вопроса, с трудом решаются конкретные задачи. Имеются затруднения с выводами. Допускаются нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов> 50 %).

**0-2 балла.** Материал излагается непоследовательно, сбивчиво, не представляет определенной системы знаний по дисциплине. Не раскрываются причинно-следственные связи между явлениями и событиями. Не проводится анализ. Выводы отсутствуют. Ответы на дополнительные вопросы отсутствуют. Имеются заметные нарушения норм литературной речи. (Тест: количество правильных ответов <50 %).

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

**(промежуточная аттестация)**

1. Онкологическая служба в условиях страховой медицины.
2. Структура онкологической службы России.
3. Организационно-правовые основы работы онкологической службы. Приказ МЗ РФ№ 135 от 19.04.1999 г. и приказ N 915н от 15.11.2012
4. Современные представления о механизмах онкогенеза.
5. Понятие о предраке и фоновых заболеваниях. Профилактика злокачественных опухолей.
6. Современные методы диагностики злокачественных опухолей.
7. Реабилитация онкологических больных.
8. Диагностика злокачественных новообразований. Понятие о клинических феноменах при опухолевом процессе.
9. Принципы классификации злокачественных новообразований.
10. Клинические группы онкологических больных.
11. Паллиативное и симптоматическое лечение в онкологии.
12. Современные методы лечения злокачественных опухолей. Комбинированное, комплексное и сочетанное лечение злокачественных опухолей.
13. Принципы органосохранного и функциональнощадящего противоопухолевого лечения.
14. Хирургическое лечение злокачественных опухолей. Понятие об онкологическом радикализме. Виды операций при лечении злокачественных опухолей.
15. Паранеопластические синдромы, их клиническое значение.
16. Тромбоэмболические осложнения в онкологии, профилактика, лечение.
17. Виды и методы лучевого лечения злокачественных опухолей. Осложнение лучевого лечения.
18. Вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача онколога.
19. Принцип профилактики злокачественных новообразований. Первичная и вторичная профилактика.
20. ГИСТ опухоли. Диагностика. Лечение.
21. Рак легкого. Факторы риска. Роль курения в возникновении рака легкого. Клиническо-рентгенологические формы рака легкого. Клиника центрального и периферического рака легкого. Метастазирование рака легкого. Принципы диагностики и лечения рака легкого.
22. Центральный рак легкого: клиника, диагностика, лечение.
23. Периферический рак легкого: клиника, диагностика, лечение.
24. Рак молочной железы. Клинические формы. Диагностика. Лечение рака молочной железы. Виды операций при раке молочной железы.
25. Современные методы ранней диагностики и лечения рака молочной железы.
26. Рак пищевода. Факторы, способствующие развитию рака пищевода. Клиника рака пищевода. Диагностика рака пищевода. Методы лечения. Современные виды операций при раке пищевода.
27. Рак желудка. Предраковые заболевания. Понятие о раннем раке особенности клиники, диагностики, лечения. Клинические формы рака желудка. Особенности метастазирования рака желудка. Методы диагностики рака желудка. Лечение рака желудка.
28. Рак толстой кишки. Клинические формы. Современные методы диагностики и лечения рака ободочной кишки. Особенности лечения осложненного кишечной непроходимостью. Профилактика рака ободочной кишки.
29. Рак прямой кишки. Заболеваемость. Факторы риска. Предраковые заболевания прямой кишки. Особенности метастазирования. Клиника. Методы диагностики. Современные методы лечения рака прямой кишки. Профилактика рака прямой кишки.
30. Злокачественные новообразования поджелудочной железы. Клиника. Лечение.
31. Злокачественные новообразования печени. Классификация. Диагностика. Виды лечения. Осложнения химиотерапии. Профилактика и лечение.
32. Техника пункции образований молочной железы.
33. Показания и техника биопсии лимфоузла. Возможные осложнения.
34. Показания и техника дренирования плевральной полости.
35. Показания и техника лапароцентеза.
36. Гастростомы. Виды. Техника гастростом по Витцелю, Топроверу, Штамму-Кадеру.
37. Колостомы. Виды, уход, профилактика осложнений.
38. Показания и техника пальцевого ректального исследования.
39. Показания и техника наложения трахеостомы. Уход, профилактика осложнений. Микротрахеостома.
40. Показания и техника подготовки больного к гастроскопии.
41. Показания и техника подготовки больного к колоноскопии Методы и техника получения материала для морфологического исследования при злокачественных новообразованиях.
42. Периоперационная профилактика тромбоэмболических осложнений у онкобольных.
43. Профилактика злокачественных новообразований бронхов и лёгких.
44. Физикальное обследование молочных желёз.

45.Ведение медицинской документации в онкологии

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**1. Больная Р.К.Д.** 53 лет, в течение последних пяти лет наблюдается по поводу образования левого яичника до 2 см в диаметре. За последние 4 месяца отмечается рост опухоли до 10 см. СА – 125 = 629 МЕ/мл. 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.  
1. Установите предварительный диагноз.

2. Алгоритм обследования. Техника пункции заднего свода матки.

3. Тактика лечения.

**2. 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.

1. Установите предварительный диагноз.

2. Какие методы диагностики нужно применить для постановки окончательного диагноза? Техника взятия мазка по Папаниколау.

3. Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

**3. Больная К. 6о лет.** В анамнезе: неспецифический язвенный колит. Жалобы на слабость, тошноту, иногда рвоту, тяжесть в животе, урчание, запоры. Больной себя считает на протяжении 6 месяцев. К врачу не обращалась. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстой кишки отмечается сужение просвета до 2 см за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен до 2-х см, стенки кишки инфильтрированы, складки слизистой оболочки ригидны, не расправляются воздухом. Отмечается выраженная контактная кровоточивость. Выполнена биопсия. Гистологическое заключение: умеренно дифференцированная аденокарцинома толстой кишки. УЗИ органов брюшной полости: в правой доле печени имеется очаг размерами 2см в диаметре, с нечетким контуром.

1. Установите диагноз и стадию заболевания.

2. Какие дополнительные исследования нужно провести больной при диспансеризации?

3. Возможные варианты лечения.

**4. Больная Т.В.,** 44 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость. Больной себя считает около 8 месяце. За медицинской помощью не обращалась. 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. 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.

1. Установите предварительный диагноз.

2.Алгоритм обследования. Задачи смотрового кабинета. 3. Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

**5. Больной К.,** 65 лет, злостный курильщик, обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на кашель с гнойной мокротой, повышение температуры до 38 С, слабость, потливость, одышку при физической нагрузке. При аускультации слева, в проекции нижней доли ослаблено дыхание, выслушиваются влажные хрипы. При R – графии органов грудной клетки выявлены инфильтративные изменения в нижней доле левого легкого. Больному поставлен диагноз острая левосторонняя нижнедолевая пневмония, назначено лечение.

1. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать поставленный диагноз?

2. План обследования пациента с подозрением на рак легкого. Показана ли пациенту плевральная пункция? Техника выполнения плевральной пункции.

3. Назовите методы, позволяющие верифицировать патологический процесс у этого пациента.

**6. Больной Д.С, 55** лет резко похудел за короткий промежуток времени (на 15 кг за 4 месяца). Других жалоб не предъявляет. Обратился в поликлинику по месту жительства. При осмотре: Состояние удовлетворительно, кожные покровы имеют сероватый оттенок, тургор кожи снижен. PS 86 в 1 минуту, АД 100/60 мм рт. столба, В легких дыхание везикулярное, проводится во всех отделах, хрипы не выслушиваются. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Отчетливо опухолевидных образований в брюшной полости не определяется. Стул регулярный, обычного цвета и консистенции. Мочеиспускание не нарушено.

1. В чем вы видите сложности в постановки диагноза у данного пациента?

2. Назовите заболевания, которые наиболее часто ассоциируются со снижением веса. Техника лапароцентеза.

3. Составьте план обследования пациента для постановки предварительного диагноза.

**7. Больной C.Т.,** 51 года, обратился к хирургу с жалобами на задержку прохождения твердой пищи по пищеводу в течение 2-х месяцев, боли за грудиной, изжогу, тошноту. В последний месяц отмечает снижение веса на 8 кг, слабость, утомляемость. Объективно - кожные покровы бледные, тургор кожи снижен, в левой надключичной области определяются увеличенные лимфоузлы, плотноэластической консистенции. В лабораторных анализах - повышение СОЭ до 56.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. При каких заболеваниях может быть сходная клиника.

3. Составьте план обследования пациента для установления точного диагноза. Техника выполнения пункции надключичного лимфоузла.

**8. Больная Е.,** 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течениие 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. Выполнена биопсия. Гистологическое заключение: перстневидно-клеточный рак.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?

2. Составьте план обследования пациента для постановки окончательного диагноза. Нуждается ли пациентка в пальцевом ректальном исследовании? Техника его выполнения.

3. Дайте характеристику возможным методам лечения.

**9. 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 право-задней 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 заключение: плоскоклеточный рак.

1. Сформулируйте предварительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику врачу первичного звена?

2. Составьте план обследования пациента для постановки окончательного диагноза? Принципы взятия материала для гистологического исследования.

3. Дайте характеристику возможным методам лечения

**10. Больная Д.,** 55 лет, 2 года тому назад оперирована по поводу рака левой молочной железы T1N0M0. Последние 6 мес. стали беспокоить одышка, слабость, субфебрильная температура. При очередном диспансерном осмотре, учитывая выше перечисленные жалобы, больной было выполнено КТ-исследование органов грудной клетки, при котором по всем легочным полям выявлены множественные мелкоочаговые тени до 3 мм в диаметре. В синусах с обеих сторон небольшое количество свободной жидкости. Область послеоперационного рубца без особенностей. При УЗИ печени – очаговой патологии не выявлено.

1. Ваше мнение о характере патологических изменений в органах грудной клетки.

2. Составьте план обследования для постановки окончательного диагноза. Техника трансторакальной пункции образования в легком. Возможные осложнения и их профилактика.

3. Охарактеризуйте возможные варианты лечения, в зависимости от установленного диагноза.

**Образцы экзаменационных билетов**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **«Утверждаю»**  **Проректор по учебной работе**  **д.м.н., профессор Чернышева Т.В.**  **­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России**

**Кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии, онкологии**

**Подготовка кадров высшей квалификации - ординатура**

**Специальность: 31.08.57 Онкология**

**Промежуточная аттестация: экзамен**

**БИЛЕТ № 1**

**I этап государственной аттестации – сдача практических навыков:**

1.Больная Д., 55 лет, 2 года тому назад оперирована по поводу рака левой молочной железы T1N0M0. Последние 6 мес. стали беспокоить одышка, слабость, субфебрильная температура. При очередном диспансерном осмотре, учитывая выше перечисленные жалобы, больной было выполнено КТ-исследование органов грудной клетки, при котором по всем легочным полям выявлены множественные мелкоочаговые тени до 3 мм в диаметре. В синусах с обеих сторон небольшое количество свободной жидкости. Область послеоперационного рубца без особенностей. При УЗИ печени – очаговой патологии не выявлено.

1. Ваше мнение о характере патологических изменений в органах грудной клетки.

2. Составьте план обследования для постановки окончательного диагноза. Техника трансторакальной пункции образования в легком. Возможные осложнения и их профилактика.

3. Охарактеризуйте возможные варианты лечения, в зависимости от установленного диагноза.

**II этап. Экзамен:**

1. Онкологическая служба в условиях страховой медицины.

2. Периферический рак легкого: клиника, диагностика, лечение.

3. Пункция плевральной полости в диагностике и лечении новообразований.

Заведующий кафедрой

лучевой диагностики, лучевой терапии,

онкологии

д.м.н., профессор Шехтман А.Г.

Декан факультета подготовки кадров

высшей квалификации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И.В. Ткаченко

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации**

| **№** | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | УК-1 | Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу при диагностических и лечебных мероприятиях у онкобольных | вопросы №4-18  ситуационные задачи №№1-10 |
| Уметь абстрактно мыслить, проводить анализ и синтез информации при диагностике и проведении лечебных мероприятий. | ситуационные задачи №№1-10 |
| Владеть - методиками анализа, синтеза при постановке диагноза и лечении онкобольных | ситуационные задачи №№1-10 |
| 2 | УК-3 | Знать - Основы педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования | вопросы №1-3,7,9,10,18, 19, 28,29,45  ситуационные задачи №№3,4-6,9,10 |
| Уметь - проводить педагогическую деятельность по программам среднего и высшего медицинского образования | вопросы №3,9,10,18,45  ситуационные задачи №№5,6,10 |
| Владеть - Основами педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования | ситуационные задачи №№3,4,9 |
| 3 | ПК-1 | Знать - основы профилактики онкологических заболеваний; - современные методы ранней диагностики онкозаболеваний, - методы первичной и вторичной профилактики онкологических заболеваний; современные методы ранней диагностики опухолей; - основные и дополнительные методы обследования, необходимые для постановки диагноза на ранних стадиях; - | вопросы №1, 3-8, 13,14,16,20,22-41  ситуационные задачи №№5,7,9,10 |
| Уметь - Уметь анализировать состояние онкологической заболеваемости, работу онкологической службы; организовать диспансерный учет онкологических больных, проведение санпросвет работы по онкологическим проблемам. Уметь оценивать этиологические факторы при сборе анамнеза, обосновании диагноза; выбирать методы диагностики и лечения. | Вопрос 45  ситуационные задачи №№1-10 |
| Владеть - навыками проведения профилактических медицинских осмотров, проведения диспансеризации; основами медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, проведением диспансеризации и диспансерного наблюдение онкобольных. навыками организации работы первичного онкологического кабинета, оформлением учётно-отчётной документации. | ситуационные задачи №№1-10 |
| 4 | ПК-2 | Знать - основы законодательства Российской Федерации по обеспечению онкологической помощи, основную учётно-отчётную документацию, заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований (ЗН) в РФ и Оренбургской области, факторы, влияющие на заболеваемость ЗН, задачи и функции онкологического диспансера, первичного онкологического кабинета, смотрового кабинета, особенности работы в системе ОМС. Знать классификацию, клинику, диагностику и методы профилактики новообразований, различной локализации | вопросы №1-45  ситуационные задачи №№1-10 |
| Уметь - меть анализировать состояние онкологической заболеваемости, организовать диспансерный учет онкологических больных 1 и III клинических групп, Уметь оценивать этиологические факторы при сборе анамнеза, обосновании диагноза; формировать клинические группы онкобольных, выбирать методы диспансеризации больных I клинической группы, организовать профилактические медицинские осмотры и проведение скрининговых исследований в группах риска. | ситуационные задачи №№1-10 |
| Владеть - навыками организации работы первичного онкологического кабинета, проведения профилактического осмотра больных и здоровых групп населения, согласно требованиям приказов МЗ РФ, ведением учётно-отчётной документации | ситуационные задачи №№1-10 |
| 5 | ПК-5 | Знать - правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, этические основы современного медицинского законодательства; обязанности, права, место врача в обществе; основы законодательства Российской Федерации по обеспечению онкологической помощи, в т.ч. стандарты и порядки оказания помощи, основную учётно-отчётную документацию; классификацию, клинику, диагностику новообразований. Иметь современные представления о механизмах онкогенеза, биологических, в т.ч. генетических и иммунологических свойствах опухолей, механизмах апоптоза; их значение для закономерностей течения онкологических заболеваний и их диагностики | вопросы №1-11,20-35, 38,41,42,44,45  ситуационные задачи №№1-10 |
| Уметь - Уметь оценивать этиологические факторы при сборе анамнеза, обосновании диагноза; формулировать диагноз с учётом современных требований, формировать клинические группы онкобольных, выбирать и обосновывать методы диагностики. Проводить диагностику и дифференциальную диагностику новообразований. | вопросы №1-11,20-35, 38,41,42,44,45  ситуационные задачи №№1-10 |
| Владеть - навыками диагностической работы онколога первичного онкологического кабинета, оформлением учётно-отчётной документации; формулировкой диагноза с учётом требований МКБ X, TNM актуальной редакции, биологических свойств опухолей. | ситуационные задачи №№1-10 |
| 6 | ПК-6 | Знать - принципы оказания специализированной медицинской помощи правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, этические основы современного медицинского законодательства; основы законодательства Российской Федерации по обеспечению онкологической помощи, основную учётно-отчётную документацию, заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований (ЗН) в РФ и Оренбургской области, факторы, влияющие на заболеваемость ЗН; структуру онкологической службы в РФ и Оренбургской области. Задачи и функции онкологического диспансера; основы организационной работы в ЛПУ онкологического профиля; принципы социально-трудовой экспертизы онкологических больных, особенности работы в системе ОМС. | вопросы №1-45  ситуационные задачи №№1-10 |
| Уметь - выбирать методы лечения в клинических группах онкобольных | Вопросы №№1-11,20-35, 38,41,42,44,45  ситуационные задачи №№1-10 |
| Владеть - навыками лечебной работы первичного онкологического кабинета, оформлением учётно-отчётной документации; обоснованием методов лечения; алгоритмами и порядками оказания помощи при злокачественных образованиях; методами профилактики и лечения осложнений специализированной помощи; определить маршрут пациента при выявлении клинической ситуации вне сферы деятельности врача-онколога; способами оказания экстренной и неотложной медицинской помощи (острой сердечно - сосудистой и дыхательной недостаточности, инфекционно-токсическом и анафилактическом шоке, судорогах, острой дегидратации, кровотечениях, диабетической и гипогликемической коме, приступах почечной и печеночной колики, кровотечении, закрытии дыхательных путей при попадании инородного тела, при ожогах, при травмах и переломах, при обмороке, коллапсе, вегетативном и гипертоническом кризах); методикой желудочного зондирования и промывания желудка через зонд; способами различного введения лекарственных препаратов (подкожно, внутримышечно, внутривенно); компьютерной техникой, возможностьюприменения современных информационных технологий для решения профессиональных задач; способами применения средств индивидуальной защиты. | ситуационные задачи №№1-10 |