

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Касаткин Евгений Николаевич
Должность: Профессор, руководитель
Дата подписания: 08.08.2022 13:13:16
Уникальный программный ключ:
9b3f8e0cff23e9884d694a62d683e687ad01d4e

124. К факторам риска при раке яичников относятся все перечисленные, кроме (ИД ПК 1, ИД ПК 2)
- а) возраста моложе 40 лет
 - б) наличия длительно существующей миомы матки
 - в) доброкачественной опухоли яичников
 - г) наличия рака молочной железы или опухоли желудочно-кишечного тракта в анамнезе
 - д) наличия рака яичников у близких родственников

125. К наиболее часто встречающимся злокачественным опухолям яичников относятся (ИД ПК 1)
- а) эпителиальные
 - б) стромы полового тяжа
 - в) герминогенные
 - г) метастатические

126. Асцит и плеврит характерны для следующих злокачественных опухолей яичников (ИД ПК 3)
- а) дисгерминомы
 - б) гранулезоклеточной опухоли
 - в) серозной цистаденокарциномы
 - г) андробластомы

127. В ранних стадиях чаще всего можно выявить все перечисленные опухоли яичников, кроме (ИД ПК 3)
- а) текомы
 - б) андробластомы
 - в) гранулезоклеточной опухоли
 - г) серозной цистаденокарциномы

128. Дифференциальную диагностику опухоли яичников следует проводить (ИД ПК 3)
- а) с миомой матки
 - б) с опухолью брыжейки
 - в) с опухолью большого сальника
 - г) с забрюшинными опухолями
 - д) со всеми перечисленными

129. Метастазы в яичники из желудочно-кишечного тракта могут возникнуть в результате (ИД ПК 3)
- а) переноса опухолевых клеток перитонеальной жидкостью
 - б) лимфогенным путем
 - в) прямым контактом
 - г) всеми перечисленными путями

130. Дисгерминома яичников и семинома яичек сходны между собой (ИД ПК 3)
- а) по гистогенезу
 - б) по гистологической структуре
 - в) по возрастной частоте
 - г) по всем перечисленным факторам
 - д) только: а) и б)

131. Больной 16 лет по поводу перекрута ножки опухоли правого яичника произведено удаление правых придатков матки. Гистологически - чистая дисгерминома. Дальнейшая тактика предусматривает (ИД ПК 4)
- а) релапаротомию с удалением матки и левых придатков
 - б) облучение + химиотерапия
 - в) монокимиотерапию
 - г) наблюдение
 - д) правильные ответы а) и б)
132. Больной 15 лет в экстренном порядке произведена операция - удаление левых придатков по поводу перекрута ножки опухоли, диаметр опухоли 5 см. Гистологически - дисгерминома с участками тератобластомы. В дальнейшем ей следует выполнить (ИД ПК 4)
- а) релапаротомию с удалением матки и правых придатков облучение + химиотерапия
 - в) монокимиотерапию
 - г) наблюдение
133. У больной 38 лет выявлен рак яичников IIc стадии. Ей следует выполнить (ИД ПК 4)
- а) надвлагалищную ампутацию матки с придатками + химиотерапию
 - б) экстирпацию матки с придатками + химиотерапию
 - в) экстирпацию матки с придатками + оментэктомия + химиотерапию
 - г) экстирпацию матки с придатками + облучение + химиотерапию
134. Больной 48 лет по поводу перекрута ножки опухоли правого яичника произведено удаление правых придатков матки. Гистологически - серозная цистаденокарцинома. Дальнейшее лечение включает (ИД ПК 4)
- а) полихимиотерапию
 - б) облучение + полихимиотерапию
 - в) релапаротомию + полихимиотерапию
 - г) релапаротомию + облучение
135. Решающим в диагностике опухолей вульвы являются (ИД ПК 3)
- а) гинекологический осмотр
 - б) цитологическое исследование
 - в) гистологическое исследование
 - г) радиоизотопное с ^{32}P
 - д) термография
136. К фоновым процессам вульвы относятся все перечисленные, кроме (ИД ПК 1, ИД ПК 2)
- а) гиперпластической дистрофии
 - б) кондилом
 - в) невуса
 - г) крауроза с проявлениями выраженной дисплазии
137. Наиболее целесообразным методом лечения инвазивного рака вульвы у больной 65 лет I стадии (T1N0M0) является (ИД ПК 4)
- а) простая вульвэктомия
 - б) расширенная вульвэктомия + пахово-бедренная лимфаденэктомия

- в) комбинированное лечение
- г) лучевое лечение

138. Рак вульвы чаще всего локализуется (ИД ПК 3)

- а) на больших половых губах
- б) на малых половых губах
- в) на клиторе
- г) на большой железе преддверия
- д) на всей вульве

139. При лечении рака вульвы I стадии (T1N0M0) методом выбора является (ИД ПК 4)

- а) простая вульвэктомия
- б) расширенная вульвэктомия
- в) расширенная вульвэктомия + пахово-бедренная лимфаденэктомия
- г) расширенная вульвэктомия + пахово-бедренная лимфаденэктомия + лучевое лечение после операции

140. При лечении рака вульвы II стадии методом выбора является (ИД ПК 4)

- а) простая вульвэктомия
- б) расширенная вульвэктомия + послеоперационное облучение вульвы
- в) расширенная вульвэктомия
- г) расширенная вульвэктомия + пахово-бедренная лимфаденэктомия

141. В старших возрастных группах среди злокачественных опухолей влагалища чаще всего встречаются (ИД ПК 3)

- а) светлоклеточный рак
- б) ботриоидная рабдомиосаркома
- в) плоскоклеточный рак
- г) низкодифференцированный рак
- д) правильные ответы в) и г)

142. 140. В патогенезе влагалища имеют значение все следующие факторы, кроме (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 6))

- а) возраста старше 50 лет
- б) инфицирования в репродуктивном возрасте НР(+) и HS(+) - 2,8
- в) инволютивных и дистрофических процессов
- г) иммунодепрессии
- д) облучения

143. При раке верхней трети влагалища метастазирование осуществляется во все перечисленные лимфоузлы, кроме (ИД ПК 3)

- а) наружных подвздошных
- б) внутренних подвздошных
- в) запирательных
- г) пахово-бедренных

144. При раке влагалища в его нижней трети метастазирование осуществляется (ИД ПК 3)

- а) в наружные и внутренние подвздошные лимфоузлы
- б) в запирательные
- в) в пахово-бедренные

г) правильные ответы: а) и б)

145. У больной 75 лет рак влагалища I стадии с локализацией в нижней трети.

Наиболее целесообразно ей (ИД ПК 4)

- а) близкофокусная рентгенотерапия
- б) внутритканевая лучевая терапия
- в) дистанционная g-терапия
- г) сочетанная лучевая терапия
- д) правильные ответы: а) и б)

146. При лучевой терапии базалиомы наиболее целесообразно использовать (ИД ПК 4)

- а) близкофокусную рентгенотерапию
- б) быстрые электроны
- в) фотоны 15-20 МэВ
- г) g-излучение
- д) правильно а) и б)

147. У больного 65 лет рецидив базалиомы около 1 см в области носогубной складки через год после близкофокусной рентгенотерапии в СОД-60 Гр. Ему наиболее целесообразно (ИД ПК 4)

- а) повторный курс близкофокусной рентгенотерапии
- б) курс дистанционной g-терапии
- в) лазерная деструкция
- г) хирургическое удаление

148. У больного 62 лет рак кожи ягодичной области IIIa стадии. Ему наиболее целесообразно (ИД ПК 4)

- а) дистанционная g-терапия (самостоятельный курс)
- б) близкофокусная рентгенотерапия
- в) комбинированное лечение с предоперационной дистанционной g-терапией
- г) комбинированное лечение с предоперационной близкофокусной рентгенотерапией
- д) хирургическое лечение

149. У больного рецидив рака кожи волосистой части головы через год после близкофокусной рентгенотерапии в СОД 60 Гр. Ему наиболее целесообразно (ИД ПК 4)

- а) повторный курс близкофокусной рентгенотерапии
- б) курс дистанционной g-терапии
- в) хирургическое иссечение с пластикой
- г) комбинированное лечение с предоперационной дистанционной g-терапией

150. К факультативным предракам кожи относят (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

- а) кожный рог
- б) лейкоплакию
- в) старческую кератому
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы б) и в)

151. 149 Канцерогенным действием на кожу обладают (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 6)

- а) лучистые энергии

- б) вещества, содержащие мышьяк
- в) производные каменноугольного дегтя и нефти
- г) все перечисленное

152. Наиболее высокие показатели заболеваемости кожи отмечены (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

- а) среди лиц негроидной расы
- б) среди лиц монголоидной расы
- в) среди лиц белого населения Африки и Австралии
- г) одинаковы, независимо от расы и географии

153. Наиболее выраженным инфильтративным ростом и тенденцией к метастазированию обладают (ИД ПК 3)

- а) плоскоклеточный рак кожи на фоне пигментной ксеродермы
- б) плоскоклеточный рак кожи на фоне сифилиса
- в) липус-карцинома (на фоне красной волчанки)
- г) особой разницы не выявляется

154. Плоскоклеточный рак кожи наиболее часто развивается (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

- а) на фоне хронических заболеваний кожи
- б) на здоровой коже (de novo)
- в) с одинаковой частотой и в том, и в другом случае

155. У больного раком кожи волосистой части головы, без деструкции костей черепа, размерами 2.5 см, без регионарных метастазов, следует выставить стадию процесса (ИД ПК 3)

- а) I стадия
- б) II стадия
- в) III стадия
- г) IV стадия

156. Отдаленные метастазы плоскоклеточного рака кожи в первую очередь поражают (ИД ПК 3)

- а) легкие
- б) головной мозг
- в) кости
- г) печень
- д) правильные ответы а) и в)

157. Больному плоскоклеточным раком кожи лица II стадии наиболее целесообразно проводить (ИД ПК 4)

- а) хирургическое лечение
- б) сочетанную лучевую терапию
- в) криодеструкцию
- г) комбинированное лечение
- д) правильные ответы б) и в)

158. К факультативным предракам с малой вероятностью малигнизации относятся (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 6))

- а) мышьяковистые кератозы
- б) актинические кератозы
- в) трофические язвы

- г) кератоакантома
- д) все перечисленные

159. К внутриэпидермальному раку cancer in situ относится (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

- а) болезнь Боуэна
- б) базалиома
- в) эритроплазия Кейра
- г) взбухающая дерматофибросаркома Дарье - Феррана
- д) правильные ответы: а) и г)

160. 158. Из нижеперечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

- а) панилломатозный невус
- б) "монгольское" пятно
- в) невус Ито
- г) меланоз Дюбрейя

161. Наличие дочерних пигментных включений на коже (сателлитов) вокруг меланомы указывает (ИД ПК 3)

- а) на местную распространенность процесса
- б) на наличие дополнительных невоидных образований
- в) на рецидив меланомы
- г) на диссеминацию процесса

162. Наличие инфильтрации меланомы в пределах сосочкового слоя, до ретикулярного слоя кожи указывает на степень инвазии по Clark (ИД ПК 3)

- а) II
- б) III
- в) IV
- г) V

163. Ведущим методом лечения меланомы кожи является (ИД ПК 4)

- а) хирургический
- б) лучевая терапия
- в) комбинированный
- г) электрокоагуляция

164. При наличии меланомы кожи лица размерами до 0.5 см наиболее целесообразным является применение (ИД ПК 4)

- а) хирургического метода
- б) лучевой терапии
- в) криодеструкции
- г) химиотерапии

165. Пятилетняя выживаемость больных, лечившихся хирургическим методом, без наличия регионарных метастазов при меланоме менее 1,5 мм инвазии (ИД ПК 4)

- а) 30-35%
- б) 40-60%
- в) 70 - 90%
- г) выше 90%

166. Наихудшей в плане прогноза можно считать локализацию меланомы на коже
- а) головы (ИД ПК 4)
 - б) верхней части спины
 - в) туловища
 - г) нижних конечностей
167. Наиболее часто встречающейся в средостении опухолью мезенхимального происхождения является (ИД ПК 3)
- а) фиброма
 - б) липома
 - в) гемангиома
 - г) лимфангиома
168. Абдомино-медиастинальная липома локализуется (ИД ПК 3)
- а) в переднем средостении
 - б) в заднем средостении
 - в) одинаково часто в переднем и заднем средостении
169. Стенка бронхиальной кисты может быть представлена (ИД ПК 3)
- а) многоядным цилиндрическим эпителием
 - б) соединительной тканью, содержащей слизистые железы
 - в) гиалиновым хрящом
 - г) гладкими мышцами
 - д) все ответы верные
170. Из передней кишки в период эмбриогенеза развиваются (ИД ПК 3)
- а) энтерогенные кисты
 - б) бронхиальные кисты
 - г) целомические кисты перикарда
 - д) правильные ответы а) и б)
171. Выявление петрификатов в опухоли средостения при рентгенологическом исследовании является патогномичным (ИД ПК 3)
- а) для злокачественной лимфомы
 - б) для тимомы
 - в) для невrogenной опухоли
 - г) для зрелой тератомы
 - д) правильного ответа нет
172. Оптимальными условиями выполнения трансторакальной пункции опухоли средостения являются (ИД ПК 3)
- а) краевая, по отношению к органам средостения, локализация опухоли
 - б) размеры новообразования не менее 4-5 см
 - в) прилегание новообразования к грудной стенке
 - г) все ответы верные
 - д) правильные ответы а) и б)
173. Дифференциальный диагноз опухолей средостения необходимо проводить (ИД ПК 3)
- а) с новообразованиями легких и плевры
 - б) с аневризмой аорты и сердца

- в) с релаксацией диафрагмы и новообразованиями грудной стенки
- г) все ответы правильные
- д) правильные ответы: а) и б)

174. Реакция на а-фетопротеин (реакция Абелева - Татаринова) может быть положительной (ИД ПК 3)

- а) при тимоме
- б) при хемодектоне
- в) при зрелой тератоме
- г) при незрелой тератоме (тератобластоме) с элементами эмбрионального рака
- д) верного ответа нет

175. Лучевая терапия как самостоятельный метод лечения или в сочетании с лекарственным наиболее целесообразна (ИД ПК 4)

- а) при лимфосаркоме средостения
- б) при лимфогранулематозе
- в) при доброкачественной тимоме
- г) правильные все ответы
- д) правильные ответы а) и б)

176. Выбор препаратов для лекарственного метода лечения новообразования средостения определяет (ИД ПК 4)

- а) величина первичной опухоли
- б) локализация опухоли
- в) гистологическая структура опухоли
- г) все ответы верны
- д) верные ответы а) и б)

177. Биопсия доброкачественных новообразований пищевода при эзофагоскопии

- а) должна выполняться у каждого больного (ИД ПК 3)
- б) не должна выполняться никогда
- в) возможна только при интактной слизистой
- г) возможна только при поврежденной слизистой

178. Оптимальным вариантом хирургического вмешательства по поводу лейомиомы пищевода является (ИД ПК 4)

- а) эндоскопическое удаление
- б) энуклеация опухоли с сохранением слизистой оболочки
- в) сегментарная резекция пищевода
- г) субтотальная резекция пищевода

179. Наиболее часто железистый рак пищевода развивается на фоне (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

- а) рубцовой стриктуры
- б) синдрома Пламмера - Винсона
- в) пищевода Барретта
- г) семейного гиперкератоза ладоней и стоп

180. Синдром Пламмера - Винсона характеризуется всем перечисленным, кроме (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

- а) атрофии слизистой оболочки полости рта, глотки и пищевода
- б) дисфагии

- в) гипохромной железодефицитной анемии
- г) меланиновой пигментации слизистой полости рта

181. При I стадии рака пищевода опухолевая инфильтрация распространяется (ИД ПК 3)

- а) на слизистый слой
- б) на слизистый и подслизистый слой
- в) на слизистый, подслизистый и мышечный слой
- г) все слои пищевода, включая арвентицию

182. Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является (ИД ПК 3)

- а) повышенное слюноотделение
- б) тошнота
- в) дисфагия
- г) рвота

183. Стенокардитическая и гастритическая клинические маски рака пищевода наиболее часто наблюдаются при локализации раковой опухоли (ИД ПК 3)

- а) в шейном отделе пищевода
- б) в верхнегрудном отделе пищевода
- в) в среднегрудном отделе пищевода
- г) в нижнегрудном и абдоминальном отделах пищевода

184. Рентгеновская компьютерная томография при раке пищевода может применяться с целью определения (ИД ПК 3)

- а) выхода опухоли за пределы пищевода
- б) прорастания первичной опухоли в окружающие органы
- в) состояния лимфатических узлов средостения и брюшной полости
- г) очаговых изменений в печени
- д) всего перечисленного

185. К хирургическим вмешательствам по поводу рака пищевода с одномоментной пластикой перемещенным желудком относятся все перечисленные методы, кроме (ИД ПК 4)

- а) операции Жиано - Гальперна – Гаврилиу
- б) операции Осавы - Герлока
- в) операции типа Льюиса
- г) операции Кишнера – Накаямы

186. Предоперационная лучевая терапия при комбинированном лечении рака может быть проведена по методике (ИД ПК 4)

- а) укрупненного фракционирования дозы (по 4 Гр 5 раз в неделю, СОД - 20 Гр)
- б) классического фракционирования дозы (по 2 Гр 5 раз в неделю, СОД - 35-40 Гр)
- в) динамического фракционирования дозы
- г) все указанные методики могут быть использованы
- д) правильные ответы а) и б)

187. Послеоперационная летальность после резекции пищевода по поводу рака увеличивается при локализации опухоли (ИД ПК 4)

- а) в абдоминальном сегменте
- б) в верхнегрудном отделе

в) существенной зависимости не выявляется

188. 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 (ИД ПК 4)

- а) самостоятельного курса лучевой терапии по радикальной программе
- б) оперативного лечения
- в) комбинированного лечения с предоперационной лучевой терапией
- г) комбинированного лечения с послеоперационной лучевой терапией

189. Абсолютным противопоказанием к лучевой терапии рака пищевода является (ИД ПК 4)

- а) протяженность поражения более 8 см
- б) наличие изъязвления опухоли
- в) выраженная дисфагия
- г) рентгенологически и эндоскопически определяемые признаки перфорации
- д) все перечисленное

190. У больного 56 лет через год после лучевой терапии рака среднегрудного отдела пищевода СОД 60 Гр возник рецидив на границе верхне- и среднегрудного отдела протяженностью 3 см. В этом случае (ИД ПК 4)

- а) лучевая терапия противопоказана
- б) лучевая терапия возможна, но нецелесообразна
- в) лучевая терапия показана в радикальном варианте
- г) лучевая терапия показана в паллиативном варианте

191. Клапанный или вентильный бронхостеноз соответствует (ИД ПК 3)

- а) I степени нарушения бронхиальной проходимости (по Джексону)
- б) II степени
- в) III степени
- д) все перечисленные, кроме 2 и 4

192. Центральные доброкачественные опухоли легких растут преимущественно (ИД ПК 3)

- а) эндобронхиально
- б) интрамурально
- в) экстрабронхиально (экзобронхиально)
- г) все типы роста встречаются с одинаковой частотой

193. Определяющая роль в заболеваемости населения раком легких принадлежит (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 6)

- а) генетическому фактору
- б) профессиональным вредностям
- в) курению
- г) загрязнению атмосферы

194. Объемное уменьшение легочной ткани при нарушении бронхиальной проходимости вследствие роста опухоли в наибольшей степени выражено (ИД ПК 3)

- а) при гиповентиляции
- б) при ателектазе

- в) при обтурационной пневмонии
- г) при клапанной эмфиземе

195. Фаза "клапанной эмфиземы" при нарушении бронхиальной проходимости опухолью соответствует (ИД ПК 3)

- а) I степени нарушения бронхиальной проходимости по Джексону
- б) II степени нарушения бронхиальной проходимости по Джексону
- в) III степени нарушения бронхиальной проходимости по Джексону
- г) все ответы верные
- д) верные ответы а) и в)

196. К первичным или местным симптомам рака легкого могут быть отнесены все перечисленные, кроме (ИД ПК 3)

- а) кашля
- б) кровохарканья
- в) болей в груди
- г) повышения температуры тела

197. При периферическом раке легкого, в отличие от центрального, заболевание:

- 1) длительное время протекает бессимптомно
 - 2) сопровождается выраженной клинической симптоматикой уже на начальной стадии
 - 3) симптомы кашля и кровохаркания являются ранними
 - 4) кашель и кровохаркание появляются поздно
- (ИД ПК 3)

- а) правильно 1 и 3
- б) правильно 2 и 3
- в) правильно 1 и 4
- г) правильно 2 и 4

198. Относительно рано на обзорных рентгенограммах опухолевый узел при центральном раке легких выявляется в случае (ИД ПК 3)

- 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

198. Очертания тени первичной опухоли на рентгенограммах при раке легкого могут быть (ИД ПК 3)

- а) четкими
- б) нечеткими в виде "лучистого венчика", "спикул", "щеточки"
- в) слегка волнистыми
- г) все ответы верные

199. Морфологическая верификация диагноза и метастатического поражения лимфатических узлов и отдаленных органов при раке легкого имеет важное значение в связи с тем, что (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

- а) определяет выбор метода лечения
- б) влияет на выбор объема хирургического вмешательства
- в) позволяет оценить прогноз заболевания
- г) все ответы верные

200. Наиболее эффективным методом лечения плоскоклеточного рака легкого является (ИД ПК 4)

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) химиотерапия
- г) иммунотерапия

201. С целью профилактики рецидива и метастазов при раке легкого могут применяться (ИД ПК 4)

- а) предоперационная лучевая терапия
- б) послеоперационная лучевая терапия
- в) предоперационная химиотерапия
- г) послеоперационная химиотерапия
- д) все ответы верные

202. Онкологическими противопоказаниями к операции по поводу рака легкого являются метастазы (ИД ПК 4)

- а) в шейные лимфоузлы
- б) в надключичные лимфоузлы
- в) в отдаленные органы
- г) в плевру
- д) все ответы правильные

203. Применение комбинированного лечения (предоперационная лучевая терапия + операция) плоскоклеточного рака легкого наиболее обосновано у больных (ИД ПК 4)

- а) с I стадией заболевания
- б) со IIa стадией заболевания
- в) с IIIb стадией заболевания
- г) с III стадией заболевания
- д) верные ответы в) и г)

204. При высокодифференцированной аденокарциноме легкого II стадии методом выбора является (ИД ПК 4)

- а) чисто хирургическое лечение
- б) химиотерапия
- в) лучевая терапия
- г) химиолучевое лечение

205. Адьювантная химиотерапия наиболее целесообразна (ИД ПК 4)

- а) при плоскоклеточном раке легкого
- б) при аденокарциноме легкого
- в) при мелкоклеточном раке легкого
- г) показана при всех формах
- д) не доказана целесообразность

206. Профилактическое облучение головного мозга больным мелкоклеточным раком легкого показано (ИД ПК 4)

- а) при достижении частичного эффекта
- б) при достижении полного эффекта
- в) при стабилизации процесса
- г) при прогрессировании

207. Предраковые состояния слизистой оболочки желудка при гистологическом исследовании характеризуются (ИД ПК 1, ИД ПК 3)
- а) наличием атипичных клеток
 - б) степенью дисплазии клеток
 - в) наличием хронического атрофического гастрита
 - г) наличием кишечной метаплазии очагового характера
208. Наиболее часто перерождаются в рак (ИД ПК 1, ИД ПК 2)
- а) гиперпластические полипы
 - б) аденоматозные полипы
 - в) адено-папилломатозные полипы
 - г) папиллярные аденомы
 - д) все полипы, независимо от их гистологического строения, обладают одинаковым индексом малигнизации
209. Для рака желудка наиболее характерно (ИД ПК 3)
- а) лимфогенное метастазирование
 - б) гематогенное метастазирование
 - в) имплантационное метастазирование
 - г) правильные ответы: а) и б)
 - д) правильные ответы б) и в)
210. Метастазы рака желудка в печени следует расценивать (ИД ПК 3)
- а) как имплантационные метастазы
 - б) ортоградные лимфогенные метастазы
 - в) ретроградные лимфогенные метастазы
 - г) гематогенные метастазы
 - д) правильные ответы: а) и г)
211. На выбор объема при раке желудка наименьшее влияние из перечисленных факторов оказывает (ИД ПК 4)
- а) локализация опухоли
 - б) тип роста опухоли
 - в) гистологическая структура опухоли
 - г) возраст больного
 - д) все перечисленные факторы оказывают одинаковое влияние на выбор объема операции
212. Эндоскопическая полипэктомия допустима, если при гистологическом исследовании биопсийного материала из верхушки полипа обнаружены признаки малигнизации, в случае (ИД ПК 4)
- а) старческого возраста больного и тяжелой сопутствующей патологии в стадии декомпенсации
 - б) полипа "на ножке" и при гистологическом исследовании ножки полипа признаков малигнизации в ней не обнаружено
 - в) возможности динамического контроля (эндоскопического) за больным
 - г) только сочетания всех перечисленных выше ситуаций
 - д) эндоскопическая полипэктомия недопустима
213. Субтотальная проксимальная резекция желудка должна выполняться (ИД ПК 4)
- 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 субкардиального отдела желудка

214. При проксимальной субтотальной резекции желудка с резекцией пищевода наиболее целесообразно использовать (ИД ПК 4)

- а) абдоминальный доступ
- б) торакальный доступ
- в) комбинированный абдомино-торакальный доступ
- г) абдоминальный доступ, дополненный сагиттальной диафрагмотомией

215. У больного 48 лет неоперабельный рак желудка, метастазы по брюшине, в печень, в кости, асцит. Состояние средней тяжести. Противоопухолевого лечения не проводилось. Ему показаны (ИД ПК 4)

- а) системная химиотерапия с использованием антрациклинов
- б) иммунотерапия
- в) лучевая терапия
- г) симптоматическая терапия

216. Адьювантная химиотерапия при раке желудка (ИД ПК 4)

- а) показана всем больным
- б) противопоказана и не применяется
- в) показана лишь больным с высокодифференцированными опухолями
- г) показана при местнораспространенном процессе

217. 215. На фоне описторхоза чаще развивается (ИД ПК 1, ИД ПК 2. ИД ПК 6)

- а) холангиоцеллюлярный рак печени
- б) гепатоцеллюлярный рак печени
- в) обе формы первичного рака печени встречаются с одинаковой частотой
- г) описторхоз не оказывает влияния на развитие первичного рака печени

218. Положительная реакция на а-фетопроtein чаще наблюдается (ИД ПК 3)

- а) при гепатоцеллюлярном раке печени
- б) при холангиоцеллюлярном раке печени
- в) при смешанных формах первичного рака печени
- г) при всех перечисленных формах первичного рака печени положительная реакция наблюдается с одинаковой частотой
- д) положительная реакция на а-фетопроtein не характерна для первичного рака печени

219. В начальном периоде заболевания при первичном раке печени (ИД ПК 3)

- а) отсутствуют патогномичные симптомы заболевания и нарушения функций печени
- б) отсутствуют патогномичные симптомы заболевания, но имеются нарушения функций печени
- в) имеются патогномичные симптомы заболевания, но отсутствуют нарушения функций печени
- г) имеются симптомы, характерные для начального периода заболевания, которые протекают на фоне нарушения функций печени

220. Из перечисленных симптомов при первичном раке печени наиболее часто встречается (ИД ПК 3)

- а) бледность кожных покровов
- б) желтушность кожных покровов
- в) симптомы портальной гипертензии

- г) гепатомегалия
- д) симптом Курвуазье

221. При проведении химиотерапевтического лечения по поводу первичного рака печени целесообразно отдавать предпочтение (ИД ПК 4)

- а) системной химиотерапии
- б) регионарной химиотерапии
- в) химио-эмболизации печеночной артерии
- г) всем перечисленным методам

222. Метастатическое поражение печени в отличие от первичного рака печени наиболее часто характеризуется наличием (ИД ПК 3)

- а) множественных очагов поражения
- б) единичных очагов
- в) солитарных очагов
- г) все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой

223. Метастатическое поражение печени чаще всего происходит (ИД ПК 3)

- а) лимфогенно ортоградно
- б) лимфогенно ретроградно
- в) гематогенно по системе воротной вены
- г) гематогенно по системе печеночной артерии
- д) всеми перечисленными путями

224. В настоящее время наилучшие результаты лечения метастатических опухолей печени достигнуты (ИД ПК 4)

- а) системной химиотерапии
- а) при хирургическом лечении (атипичные резекции печени)
- б) при лучевой терапии
- в) при системной химиотерапии
- г) при регионарной химиотерапии
- д) при использовании всех перечисленных методов лечения

225. Наиболее характерными жалобами больных раком билиопанкреатодуоденальной зоны в первом периоде болезни являются (ИД ПК 3)

- а) боли в эпигастрии и спине, жажда, повышенный аппетит
- б) тошнота, рвота, появление желтухи
- в) боли в эпигастрии и спине, потеря массы тела
- г) частая рвота, анорексия, поносы

226. Наиболее ранним специфическим синдромом у больных раком билиопанкреатодуоденальной области является (ИД ПК 3)

- а) боль в эпигастрии и спине
- б) потеря веса
- в) механическая желтуха
- г) асцит
- д) частая рвота

227. С помощью лабораторных биохимических тестов на билирубин g-ГТ, трансаминазу, ЛДГ у больных с подозрением на рак билиопанкреатодуоденальной области возможно (ИД ПК 3)

- а) провести топическую диагностику опухолей билиопанкреатодуоденальной области

- б) провести дифференциальную диагностику желтух
- в) только охарактеризовать общее состояние больного
- г) провести топическую диагностику опухоли и охарактеризовать общее состояние больного

228. При раке билиопанкреатодуоденальной области наибольшей информативностью из методов инструментальной диагностики обладает (ИД ПК 3)

- а) ультразвуковая томография
- б) компьютерная томография
- в) рентгеноконтрастные методы исследования выделительной системы поджелудочной железы и желчной системы
- г) ангиография

229. Окончательно подтвердить диагноз рака поджелудочной железы возможно с помощью (ИД ПК 3)

- а) чрезкожной чрезпеченочной холангиографии
- б) ангиографии
- в) компьютерной томографии
- г) пункционной биопсии и цитологического исследования

230. При раке поджелудочной железы практически любой орган может быть поражен метастазами, но обычно в первую очередь поражаются (ИД ПК 3)

- а) легкие
- б) кости
- в) печень
- г) надпочечники

231. Основным методом лечения рака билиопанкреатодуоденальной зоны является (ИД ПК 4)

- а) химиотерапия
- б) хирургический
- в) лучевой
- г) химиотерапия + лучевой

232. Степень операционного риска у больных раком органов билиопанкреатодуоденальной зоны обусловлена в первую очередь (ИД ПК 4)

- а) возрастом больного
- б) наличием длительной механической желтухи
- в) нарушением питания и потерей массы тела
- г) наличием сопутствующих заболеваний

233. Локальное криогенное воздействие при неоперабельном раке поджелудочной железы приводит (ИД ПК 4)

- а) к улучшению пассажа кишечного содержимого
- б) к включению желчи в процессе пищеварения
- в) к снятию болей
- г) к устранению желтухи

234. К препаратам, обладающим наибольшей эффективностью при раке поджелудочной железы, относятся: 1) циклофосфан 2) 5-фторурацил 3) стрептозотоцин 4) винкристин 5) метотрексат (ИД ПК 4)

- а) все перечисленное

- б) только 1 и 2
- в) только 2 и 3
- г) только 3 и 4
- д) только 4 и 5
- д) правильные ответы: а) и б)

235. Наиболее частым осложнением рака толстой кишки является (ИД ПК 4)

- 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

236. Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке (ИД ПК 3)

- 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

237. К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

- а) неспецифическим язвенным колитом
- б) грануломатозным колитом (болезнь Крона)
- в) полипами кишечника
- г) семейным диффузным полипозом
- д) всем перечисленным

238. К особенностям рака толстого кишечника, развивающегося на фоне семейного диффузного полипоза, относится (ИД ПК 3)

- 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)

239. По морфологическому строению преобладающей формой рака толстого кишечника является (ИД ПК 3)

- 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

240. Плоскоклеточный и диморфный (смешанный железистый и плоскоклеточный) рак чаще всего локализуется

- а) в слепой кишке (ИД ПК 3)
- б) в восходящем отделе ободочной кишки
- в) в нисходящем отделе ободочной кишки
- г) в сигмовидной кишке
- д) в прямой кишке

241. Наиболее часто малигнизируются в толстой кишке полипы (ИД ПК 1, ИД ПК 2)
- а) железистые
 - б) железисто-ворсинчатые
 - в) ворсинчатые
 - г) ювенильные
 - д) гиперпластические
242. При раке толстого кишечника наибольшее распространение опухолевых элементов по длиннику кишечной стенки, как правило, выявляется (ИД ПК 3)
- а) в проксимальном направлении от опухоли
 - б) в дистальном направлении
 - в) в равной доле в обоих направлениях
243. Энтероколитическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли (ИД ПК 3)
- 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)
244. Обтурационная форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли (ИД ПК 3)
- 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)
245. Из перечисленных операций к сфинктеросохраняющим не относится (ИД ПК 4)
- 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
246. Операции Гартмана при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки и раке ректосигмоидного изгиба целесообразно отдавать предпочтение в случаях (ИД ПК 4)
- 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)
247. При забрюшинных неорганных опухолях чаще встречаются (ИД ПК 3)
- а) прорастание различных органов опухолью
 - б) сдавление или смещение органов опухолью

- в) с одинаковой частотой встречается как прорастание, так и сдавление или смещение органов опухолью
- г) правильного ответа нет

248. Морфологическое подтверждение диагноза при забрюшинных неорганных опухолях до операции может быть получено (ИД ПК 3)

- а) путем пункции опухоли под контролем ультразвукового исследования
- б) путем пункции опухоли под контролем рентгеновской компьютерной томографии
- в) при пункции или ее биопсии вовремя ретроперитонеоскопии
- г) при пункции опухоли или ее биопсии во время лапароскопии
- д) все ответы правильные

249. Во время операции из чрезбрюшинного доступа по поводу забрюшинной неорганной опухоли, локализуемой в латеральных отделах забрюшинного пространства, заднюю париетальную брюшину целесообразно рассекать (ИД ПК 4)

- а) снаружи от восходящего или нисходящего отделов ободочной кишки
- б) внутри от восходящего или нисходящего отделов ободочной кишки
- в) оба варианта обладают одинаковыми преимуществами
- г) правильного ответа нет

250. Во время операции по поводу внеорганной забрюшинной опухоли перевязка магистральных сосудов в случае их ранения (нижняя полая вена ниже впадения почечных вен, внутренние подвздошные сосуды) допустима (ИД ПК 4)

- а) во всех случаях, так как не приводит к серьезным осложнениям
- б) допустима, но чревата развитием осложнений
- в) не допустима

251. В настоящее время наиболее часто в лечении больных с неорганными забрюшинными опухолями используется (ИД ПК 4)

- а) хирургический метод
- б) химиотерапевтическое лечение
- в) лучевая терапия
- г) комбинированные методы лечения
- д) с одинаковой частотой используются все перечисленные методы лечения

252. К показаниям для проведения лучевой терапии при забрюшинных неорганных опухолях относятся (ИД ПК 4)

- а) распространенность опухолевого процесса, не позволяющая выполнить оперативное вмешательство
- б) наличие тяжелой сопутствующей патологии, крайне увеличивающей риск операции
- в) отказ больного от операции
- г) правильные ответы б) и в)
- д) все ответы правильные

253. Попытки проведения химиотерапевтического лечения при забрюшинных неорганных опухолях целесообразны (ИД ПК 4)

- а) при генерализованных формах (наличии отдаленных метастазов)
- б) у неоперабельных больных, получивших в прошлом лечебную суммарную дозу лучевой терапии
- в) правильные ответы: а) и б)
- г) правильного ответа нет

254. Рецидивы при забрюшинных неорганных опухолях возникают наиболее часто (ИД ПК 2, ИД ПК 3)
- а) при злокачественных опухолях
 - б) при доброкачественных опухолях
 - в) с одинаковой частотой рецидивируют как доброкачественные, так и злокачественные опухоли
 - г) рецидивы при забрюшинных неорганных опухолях возникают крайне редко как при доброкачественных, так и злокачественных опухолях
255. Во время операции по поводу забрюшинной неорганной опухоли внутрикапсулярное ее удаление (ИД ПК 4)
- а) должно производиться во всех случаях
 - б) допустимо, но с обязательным последующим иссечением капсулы опухоли
 - в) не должно производиться
 - г) допустимо в некоторых случаях и без последующего иссечения капсулы опухоли
256. При возникновении рецидива забрюшинной неорганной опухоли целесообразна (ИД ПК 4)
- а) попытка его хирургического удаления
 - б) попытка химиотерапевтического лечения
 - в) попытка лучевого лечения
 - г) проведение симптоматической терапии
 - д) оперативное лечение лишь с целью ликвидации осложнений заболевания (формирование межкишечных обходных анастомозов, нефростомия, цистостомия и т.д.)
257. К прямым рентгенологическим признакам, выявляемым при забрюшинных неорганных опухолях, не относятся (ИД ПК 3)
- а) расширение сосудов, питающих опухоль
 - б) наличие в опухоли собственно опухолевых "патологических" сосудов
 - в) длительная задержка контрастного вещества в опухолевых сосудах
 - г) "пропитывание" контрастным веществом массива опухоли
 - д) смещение или сдавление крупных артериальных стволов
258. Операбельность при забрюшинных неорганных опухолях в основном зависит
- а) от локализации опухоли (ИД ПК 4)
 - б) от размеров опухоли
 - в) от гистологической структуры опухоли
 - г) правильные ответы: а) и б)
 - д) правильные ответы б) и в)
259. К доброкачественным опухолям молочной железы относятся (ИД ПК 1, ИД ПК 2)
- а) узловая фиброзно-кистозная мастопатия
 - б) диффузная мастопатия
 - в) фибroadенома
260. У больного 30 лет после перенесенной болезни Боткина развилась двусторонняя диффузная гинекомастия. Ему следует назначить (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 4, ИД ПК 5)
- а) гормонотерапию эстрогенами
 - б) гормонотерапию андрогенами

- в) гормонотерапию кортикостероидами
- г) препараты, улучшающие функцию печени
- д) йодосодержащие препараты

261. К какой клинической группе относятся больные, страдающие пролиферативной формой фиброзно-кистозной мастопатии? (ИД ПК 2)

- а) Ia
- б) Ib
- в) I
- г) III

262. В качестве факультативного предрака молочной железы наиболее опасны (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

- а) болезни Минца
- б) узловатая форма мастопатии
- в) цистаденома
- г) все перечисленное

263. В чем заключается наибольшая диагностическая значимость ультразвуковой эхографии молочной железы? (ИД ПК 3)

- а) простота и доступность исследования
- б) дифференциальный диагноз доброкачественных образований молочных желез
- в) выявление функциональных изменений молочных желез
- г) обнаружение метастазов рака молочных желез
- д) дифференциальный диагноз между раком и доброкачественными заболеваниями молочных желез

264. Лечебная тактика при мастодинии (ИД ПК 5)

- а) срочное хирургическое вмешательство
- б) рентгенотерапия
- в) комбинированный метод лечения
- г) симптоматическое лечение
- д) коррегирование расстройства гормональной системы системы

265. Какие из перечисленных клинических признаков относятся к фиброаденоме? (ИД ПК 3)

- а) резкая болезненность при пальпации
- б) отсутствие болезненности при пальпации
- в) болевой синдром
- г) на протяжении менструального цикла очаги уплотнения не изменяются
- д) вовлечение кожи в патологический процесс

266. При фиброзно-кистозной мастопатии применяются: (ИД ПК 4, ИД ПК 5)

- а) эстрогенные препараты
- б) физиотерапия
- в) длительный приём иодида калия
- г) секторальная резекция молочной железы
- д) все ответы верны

267. Склерозирующий аденоз относится (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

- а) к доброкачественным дисплазиям
- б) к воспалительным процессам

в) к злокачественным новообразованиям

268. Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

- а) лучевой терапии
- б) гормонотерапии
- в) химиотерапии
- г) хирургического лечения молочной железы

269. Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы (ИД ПК 3)

- а) узловую
- б) диффузную
- в) экземопоподобные изменения ареолы и соска
- г) все ответы верные

270. К андрогенным гормональным препаратам относятся (ИД ПК 4)

- а) медротестрон-пропионат
- б) пролотестом
- в) тестостерон-пропионат
- г) омнадрен
- д) все ответы верные

271. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом исследования является (ИД ПК 3)

- а) маммография
- б) пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата
- в) термография
- г) ультразвуковое исследование

272. Рак молочной железы может метастазировать (ИД ПК 3)

- а) в легкие
- б) в кости
- в) в печень
- г) в головной мозг
- д) во все перечисленные органы

273. При операции радикальной мастэктомии по Холстеду большая грудная мышца (ИД ПК 4)

- а) сохраняется
- б) удаляется полностью
- в) удаляется частично
- г) все ответы верные

274. У больной 42 лет рак молочной железы. Клинически T2N2M0 стадия, внутренняя локализация. Ей наиболее целесообразно на первом этапе осуществить (ИД ПК 4)

- а) предоперационную лекарственную терапию
- б) пролонгированное предоперационное облучение молочной железы и всех регионарных зон
- в) пролонгированное предоперационное облучение молочной железы и парастеральной зоны

г) радикальная мастэктомия

275. При облучении зон костного метастатического поражения рака молочной железы наиболее целесообразно применение разовых очаговых доз (ИД ПК 4)

- а) 2 Гр
- б) 4 Гр
- в) 6 Гр
- г) 8 Гр

276. У больных диссеминированным раком молочной железы курсы химиотерапии проводятся (ИД ПК 4)

- а) до прогрессирования процесса
- б) до полной регрессии
- в) в течение года
- г) только: а) и б)
- д) все ответы правильные

277. Для рака молочной железы регионарными являются все перечисленные лимфатические узлы, кроме (ИД ПК 3)

- а) подмышечных
- б) подключичных
- в) парастеральных
- г) надключичных
- д) подчелюстных

278. Для ранней диагностики рака молочной железы наиболее применима (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

- а) маммография
- б) флюорография
- в) пункционная биопсия
- г) секторальная резекция
- д) пальпация

279. Для массовой диагностики рака молочной железы применима (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

- а) термография
- б) маммография
- в) флюорография
- г) пункционная биопсия
- д) пальпация

280. В левой молочной железе пальпируется безболезненное опухолевидное образование 2х3 см, положительный симптом "площадки", сосок деформирован, ареола отечна, выделений из соска нет. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Наиболее вероятный диагноз (ИД ПК 3)

- а) фиброаденома
- б) узловатая мастопатия
- в) липома
- г) рак молочной железы
- д) болезнь Минца

281. При раке молочной железы в стадии T3N1M0 показана (ИД ПК 4)

- а) радикальная мастэктомия
- б) мастэктомия + химиотерапия
- в) химиотерапия + радикальная мастэктомия + лучевая терапия+лекарственная терапия по показаниям
- г) только химиотерапия
- д) простая мастэктомия

282. При раке молочной железы I стадии T1N0M0 (наружная локализация опухоли) наиболее целесообразно (ИД ПК 4)

- а) операция - радикальная резекция молочной железы
- б) радикальная резекция + лучевая терапия
- в) радикальная мастэктомия + лучевая терапия
- г) лучевая терапия + гормонотерапия
- д) химиотерапия

283. При III стадии рака молочной железы показано (ИД ПК 4)

- а) хирургическое лечение
- б) лучевая терапия
- в) лучевая терапия + хирургическое лечение
- г) химиотерапия + гормонотерапия
- д) лучевая терапия + хирургическое лечение + химиотерапия + гормонотерапия

284. Наиболее часто встречающейся клинической формой рака молочной железы является (ИД ПК 3)

- а) маститоподобная
- б) панцирная
- в) рожеподобная
- г) пак Педжета
- д) узловая

285. Наиболее информативным методом ранней диагностики рака молочной железы является (ИД ПК 3)

- а) пальпация
- б) маммография
- в) крупнокадровая флюорография
- г) термография
- д) радионуклидная диагностика с ³²P

286. У больного 25 лет лимфогранулематоз IIIб стадии, смешанно-клеточный вариант с поражением лимфоузлов шейно-надключичных зон, средостения и пахово-подвздошных лимфоузлов справа неблагоприятный прогноз. Ему наиболее целесообразно применение лучевой терапии (ИД ПК 4)

- а) по радикальной программе на все группы лимфоузлов
- б) после химиотерапии на остающиеся зоны поражения
- в) после химиотерапии на все бывшие зоны поражения.
- г) лучевая терапия нецелесообразна
- д) лучевая терапия целесообразна одновременно с химиотерапией

287. 275. Неблагоприятными факторами прогноза при лимфогранулематозе являются: (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

- а) увеличение медиастинальных лимфоузлов > 1/3 диаметра грудной клетки
- б) наличие экстранодальных зон поражения

- в) поражение костного мозга
- г) наличие > трех групп лимфоузлов
- д) все ответы правильны

288. Для начальных проявлений лимфогранулематоза наиболее характерно поражение (ИД ПК 3)

- а) лимфоузлов выше диафрагмы
- б) лимфоузлов ниже диафрагмы
- в) частота поражения лимфоузлов выше и ниже диафрагмы одинакова
- г) начало болезни с появления экстранодальных очагов поражения
- д) поражение костного мозга

289. Поражение паховых лимфоузлов как первое проявление лимфогранулематоза встречается (один вариант ответа) (ИД ПК 3)

- а) редко
- б) преимущественно у всех больных
- в) также часто, как поражение других групп лимфоузлов
- г) в сочетании с поражением легочной ткани
- д) в сочетании с поражением экстранодальных зон

290. При поражении лимфоузлов выше диафрагмы и селезенки при лимфогранулематозе должна быть поставлена (ИД ПК 3)

- а) I стадия
- б) II стадия
- в) III стадия
- г) IV стадия
- д) IIIб стадия

291. Поражение периферических лимфоузлов выше и ниже диафрагмы и селезенки при лимфогранулематозе означает (ИД ПК 3)

- а) I стадию
- б) II стадию
- в) III стадию
- г) IV стадию
- д) IIA стадию

292. Поражение при лимфогранулематозе легочной ткани и медиастинальных лимфоузлов означает наличие (ИД ПК 3)

- а) I стадии
- б) II стадии
- в) III стадии
- г) IV стадии.
- д) IVB стадии

293. Поражение легочной ткани и забрюшинных лимфоузлов при лимфогранулематозе трактуется (ИД ПК 3)

- а) как I стадия
- б) как II стадия
- в) как III стадия
- г) как IV стадия.
- д) как IVA стадия

294. Наиболее прогностически благоприятными морфологическими вариантами лимфогранулематоза являются (ИД ПК 3)
- а) лимфоидное преобладание, лимфоидное истощение
 - б) лимфоидное преобладание, нодулярный склероз.
 - в) нодулярный склероз, смешанно-клеточный вариант
 - г) смешанно-клеточный вариант, лимфоидное истощение
 - д) нодулярный склероз
295. Наименее благоприятными прогностическими вариантами лимфогранулематоза являются (ИД ПК 3)
- а) лимфоидное преобладание, смешанно-клеточный вариант
 - б) нодулярный склероз, лимфоидное истощение
 - в) смешанно-клеточный вариант, лимфоидное истощение.
 - г) лимфоидное преобладание, нодулярный склероз
 - д) лимфоидное истощение
296. Поражение аксиллярных лимфоузлов с одной стороны, медиастинальных, парааортальных лимфоузлов, селезенки и наличие лихорадки (более 38°C) при лимфогранулематозе расценивается (ИД ПК 3)
- а) как IIa стадия
 - б) как IIб стадия
 - в) как IIIa стадия
 - г) как IIIб стадия
 - д) как IV стадия
297. При одностороннем поражении аксиллярных лимфоузлов и наличии температуры до 38°C у больного лимфогранулематозом следует говорить о распространенности, соответствующей (ИД ПК 3)
- а) Ia стадии.
 - б) IIa стадии
 - в) IIIa стадии
 - г) IIIб стадии
 - д) IV стадии
298. Злокачественные неходжкинские лимфомы имеют склонность к метастазированию (один вариант ответа)
- а) лимфогенному
 - б) гематогенному
 - в) смешанному
 - г) преимущественно гематогенному
 - д) преимущественно лимфогенному
299. В соответствии с классификацией ВОЗ прогностически благоприятными являются следующие морфологические варианты В-клеточной лимфомы (ИД ПК 3)
- а) лимфоплазмочитарная
 - б) диффузная крупноклеточная
 - в) фолликулярная
 - г) мантийноклеточная
 - д) фолликулярная, лимфоплазмочитарная

300. Лимфогранулематоз наиболее часто диагностируется (один вариант ответа)
(ИД ПК 3)
- а) в I стадии
 - б) во II стадии
 - в) в I и II стадиях
 - г) в III - IV стадиях
 - д) в IV стадии
301. Лимфомы с первичным поражением кожи наиболее часто диагностируются
(ИД ПК 3)
- а) в I стадии
 - б) во II стадии
 - в) в III стадии
 - г) в IV стадии
 - д) в III, IV стадии
302. Основным методом лечения неходжкинской лимфомы Ia-IIa стадии является
(кроме лимфомы пищеварительной трубки) (ИД ПК 4)
- а) химиотерапия
 - б) лучевая терапия
 - в) хирургический метод
 - г) комбинированный (химиолучевой) метод
 - д) хирургический и лучевой метод
303. Основным методом лечения неходжкинской лимфомы IIб, IIIа, IIIб стадии
является (ИД ПК 4)
- а) химиотерапия
 - б) лучевая терапия
 - в) хирургический метод
 - г) комбинированный (химиолучевой) метод
 - д) химиотерапия и хирургический метод
304. В качестве поддерживающей терапии неходжкинской лимфомы низкой
степени злокачественности может использоваться (ИД ПК 4)
- а) химиотерапия
 - б) лучевая терапия
 - в) комбинированная (химио-лучевая) терапия
 - г) препараты а-интерферона
 - д) лейкоцаны
305. Противопоказанием для нефрэктомии является (ИД ПК 4)
- а) опухоль более 5 см
 - б) метастаз в легком размером 2 см
 - в) декомпенсированная сердечно-сосудистая недостаточность
 - г) наличие двух опухолевых узлов в почке
306. После радикальной нефрэктомии, при отсутствии отдаленных метастазов,
необходима (ИД ПК 4)
- а) профилактическая химиотерапия
 - б) профилактическая лучевая терапия
 - в) профилактическая гормонотерапия
 - г) профилактическая иммунотерапия

д) лечения не требуется

307. У больного 59 лет через год после комбинированного лечения почки выявлен солитарный метастаз в верхней доле правого легкого. Ему следует (ИД ПК 4)

- а) выполнить резекцию легкого
- б) провести крупнопольное облучение правого легкого
- в) провести локальную лучевую терапию на область метастаза
- г) провести крупнопольное облучение легкого с дополнительной локальной лучевой терапией на область метастаза

308. В лечении диссеминированного рака почки применяются (ИД ПК 4)

- а) химиотерапия
- б) иммунотерапия
- в) гормонотерапия
- г) все перечисленное
- д) только: а) и б)

309. Среди морфологических форм опухолей лоханки чаще всего встречаются

- а) папиллярный переходно-клеточный рак (ИД ПК 3)
- б) фиброма
- в) липома
- г) саркома
- д) рабдомиома

310. Ведущими клиническими симптомами опухоли почечной лоханки являются

- а) гематурия + пальпируемая опухоль (ИД ПК 3)
- б) гематурия + боль
- в) боль + пальпируемая опухоль
- г) гематурия + повышенная температура тела
- д) гематурия + ускоренная СОЭ

311. К биологическим особенностям рака мочевого пузыря относятся: 1) частое рецидивирование 2)редкое рецидивирование 3)частое отдаленное метастазирование 4)редкое отдаленное метастазирование 5)множественность поражения (ИД ПК 2 .ИД ПК 3)

- а) правильно 1, 3 и 5
- б) правильно 1, 4 и 5
- в) правильно 2, 3 и 5
- г) правильно 2, 4 и 5

312. К наиболее часто встречающейся морфологической форме опухоли мочевого пузыря относится (ИД ПК 3)

- а) папиллярный рак
- б) солидный рак
- в) железистый рак
- г) все формы встречаются одинаково часто

313. Показаниями для ТУР (трансуретральная электрорезекция) являются (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

- а) папиллома мочевого пузыря
- б) поверхностный рак мочевого пузыря

- в) инфильтративный рак мочевого пузыря
- г) правильные ответы: а) и б)
- д) все ответы правильные

314. Противопоказаниями для цистэктомии являются (ИД ПК 4)

- а) общее состояние больного
- б) сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации
- в) множественные опухоли мочевого пузыря
- г) все перечисленное
- д) только: а) и б)

315. Показанием для внутрипузырной химиотерапии является (ИД ПК 4)

- а) поверхностный рак мочевого пузыря
- б) инвазивный рак мочевого пузыря
- в) диссеминированный рак мочевого пузыря
- г) правильного ответа нет

316. Для внутрипузырной химиотерапии используются (ИД ПК 4)

- а) адриамицин
- б) тио-ТЭФ
- в) платидиам
- г) митомицин С
- д) все перечисленное

317. Наиболее часто рак предстательной железы метастазирует (ИД ПК 3)

- а) в кости
- б) в легкие
- в) в печень
- г) в головной мозг
- д) по плевре

318. Наиболее частыми клиническими симптомами рака предстательной железы являются (ИД ПК 3)

- а) дизурические расстройства
- б) боль в промежности, крестце
- в) микроскопическая гематурия
- г) нарушение акта дефекации

319. Оптимальным сроком для оценки эффективности того или иного гормона при раке предстательной железы является (ИД ПК 4)

- а) 2 недели
- б) 1 месяц
- в) 2 месяца
- г) 4 месяца
- д) 1 год

320. Наибольшей эффективностью при раке предстательной железы обладает сочетание следующих химиопрепаратов (ИД ПК 4)

- а) оливомицин + циклофосфан
- б) адриамицин + платидиам
- в) блеомицин + винбластин
- г) фторурацил + циклофосфан

321. Опухолевым маркером эмбрионального рака яичка является (ИД ПК 3)
- а) РЭА (раково-эмбриональный антиген)
 - б) а-фетопротеин
 - в) СА-125 (канцеро-антиген 125)
 - г) АКТГ, кортизол
 - д) ХГ и ТБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический -глобулин)
322. Опухолевым маркером хорионэпителиомы яичка является (ИД ПК 3)
- а) РЭА (раково-эмбриональный антиген)
 - б) а-фетопротеин
 - в) ХГ и ТБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический -глобулин)
 - г) АКТГ, кортизол
 - д) СА-125 (канцеро-антиген 125)
323. Показаниями для забрюшинной лимфаденэктомии служат (ИД ПК 4)
- а) при семиноме - I стадия
 - б) при семиноме - II стадия
 - в) при несеминомных опухолях - I стадия
 - г) при несеминомных опухолях - II стадия
 - д) во всех случаях
324. Обоснованием для проведения орхофуникулэктомии больным с диссеминированной опухолью яичка является (ИД ПК 4)
- а) установление морфологического варианта опухоли
 - б) резистентность первичной опухоли
 - в) установление стадии заболевания
 - г) правильные ответы: а) и б)
 - д) все перечисленное
325. Химиотерапия (РVВ, VAP-6) герминогенных опухолей яичка является (ИД ПК 4)
- а) вспомогательным методом лечения
 - б) позволяет добиться в 10% случаев полных ремиссий у больных диссеминированными герминогенными опухолями яичка
 - в) позволяет добиться 70-90% случаев излечения больных
 - г) может использоваться с паллиативной целью
326. Показанием для циторедуктивной операции на забрюшинных узлах при злокачественных опухолях яичка могут служить (ИД ПК 4)
- а) достижение максимального эффекта от химиотерапии
 - б) отрицательные или стабильные маркеры
 - в) отсутствие других отдаленных метастазов
 - г) все перечисленное
327. Наиболее эффективным сочетанием химиопрепаратов при раке полового члена является (ИД ПК 4)
- а) блеомицин + платидиам
 - б) циклофосфан + 5-фторурацил
 - в) адриамицин + фторафур
 - г) оливомицин + циклофосфан

д) проспидин + циклофосфан

328. Пятилетняя выживаемость больных раком полового члена I стадии составляет (ИД ПК 4)

- а) 90-100%
- б) 70-80%
- в) 50-60%
- г) 30-40%
- д) менее 30%

329. Основными целями паллиативной помощи являются: (ИД ПК 4)

- а) 90-100%
- а) поддержание у пациента стремления к жизни;
- б) обеспечение уменьшения боли и смягчение других патологических симптомов;
- в) улучшение качества жизни и сохранение функциональной активности пациентов;
- г) психологическая и духовная поддержка, восприятие смерти как естественного процесса;
- д) верно: а, б, в и г.

330. Хронический болевой синдром обусловлен причинами: (ИД ПК 3)

- а) поражением костей скелета;
- б) поражением органов человека;
- в) агрессивной химио- и лучевой терапией (нейропатические боли);
- г) инфильтрацией мягких тканей, сдавливанием нервов;
- д) раковой интоксикацией (нейропатические боли);
- е) верно: а, б, в и г.

331. Опрос пациента о характере болей должен отражать: (ИД ПК 3)

- а) интенсивность боли;
- б) локализацию;
- в) длительность;
- г) факторы, усугубляющие и облегчающие боль;
- д) верно а, б и в;
- е) верно: а, б, в и г.

332. Для оценки интенсивности болевого синдрома чаще используют: (ИД ПК 3)

- а) субъективную 10-балльную линейную шкалу болей;
- б) мимическую шкалу болей;
- в) остроту углов и переход красок;
- г) верно: а, б и в.

333. Основными принципами фармакотерапии хронического болевого синдрома при раке, рекомендованными ВОЗ, являются: (ИД ПК 4)

- а) при слабой боли терапию проводят неопиоидными анальгетиками по восходящей «анальгетической лестнице», что может сопровождаться кортикостероидами, антидепрессантами и др. На всех этапах могут сочетаться с кортикостероидами, антидепрессантами и др.;
- б) прием препаратов выполнять в определенные часы (с опережением боли);
- в) выбор оптимального для данного пациента анальгетика с учетом интенсивности боли, индивидуальных особенностей организма пациента и побочных действий препаратов;
- г) полное информирование пациента о назначаемых анальгетических средствах и подробная схема их приема и способа введения;

- д) верно: б, в и г;
- е) верно: а, б, в и г.

334. При слабой боли, соответствующей начальной стадии хронического болевого синдрома, рекомендуется применять: (ИД ПК 4)

- а) ненаркотические анальгетики;
- б) нестероидные противовоспалительные средства [парацетамол, ибупрофен, диклофенак, кетопрофен (Кетонал*), индометацин и др.];
- в) дезинтоксикационную терапию [включая препараты магния натрия сульфат (Реамберин*), Ремаксол*];
- г) верно: а и б;
- д) верно: а, б, в.

335. При умеренной боли наиболее оптимальным опиоидным средством является трамадол (Трамал*, традол). Он имеет ряд преимуществ: (ИД ПК 4)

- а) превосходит кодеин по анальгетическому действию;
- б) не является наркотическим средством [не требует специального (наркотического) бланка];
- в) не вызывает тяжелых запоров;
- г) не вызывает привыкания;
- д) верно: а, б, в;
- е) верно: а, б, в и г.

336. На современном этапе терапии нейропатической боли наиболее эффективно используют: (ИД ПК 4)

- а) прегабалин (Лирика*);
- б) метамизол натрия (Анальгин*);
- в) парацетамол;
- г) кетопрофен (Кетонал*);
- д) верно б и в.

337. Назначение тримеперидина (Промедола*) не может быть продолжительным, поскольку вызывает ряд побочных действий: (ИД ПК 4)

- а) сухость во рту, привыкание;
- б) тошноту и рвоту;
- в) запоры, признаки гепатотоксичности;
- г) угнетение дыхательного центра и гипоксию;
- д) верно: а, б, в и г.

338. Противоболевая функция нервной системы способствуют снижению возбуждения, предупреждая шок путем: (ИД ПК 4)

- а) синтеза нейромодуляторов головного мозга (эндорфинов), ведущих к подавлению боли;
- б) возбуждения противоболевой серотонинергической системы нервных клеток, уменьшая поток болевых импульсов к коре головного мозга;
- в) раздражение эмоциональных зон мозга;
- г) воздействие электро- и лазерной акупунктуры связано с механизмами по пунктам: а, б и в;
- д) верно: а, б, в и г.

339. Согласно Приказу от 30 июня 2015 г. №386н наркотические и психотропные препараты выписывают на рецептурном бланке формы № 148-1/у-04 или №148-1/у-06: (ИД ПК 4)

- а) в 2 экземплярах;
- б) в 3 экземплярах;
- в) указывая номер медицинской карты амбулаторного пациента;
- г) с использованием компьютерных технологий;
- д) верно: а, в и г.

340. Если боль беспокоит большую часть суток, необходимо назначить анальгетик:

- а) при первых признаках боли; (ИД ПК 4)
- б) на ночь;
- в) регулярно по часам при установлении оптимальной дозы;*
- г) при средней интенсивности боли;
- д) при труднопереносимой боли.

341. Хроническая боль у больных злокачественной опухолью может быть следствием:

- а) противоопухолевого лечения;
- б) распространения опухолевого процесса;
- в) проявления сопутствующей патологии;
- г) проявления паранеопластического воспалительного процесса;
- д) верно а, б, в и г;
- е) верно а, б и в.

342. Принципам современной противорвотной терапии при полихимиотерапии противоречит: (ИД ПК 4)

- а) применение антимиметиков в адекватных дозах сразу после введения химиопрепаратов;
- б) применение антимиметиков в адекватных дозах перед началом курса полихимиотерапии;
- в) регулярный осмотр слизистой полости рта для исключения мукозитов, афтозных язв;
- г) соблюдение интервалов между приемами антиэметиков;
- д) верно б, в и г.

343. В зависимости от сроков и механизмов развития тошноты и рвоты, связанной с полихимиотерапией, выделяют 3 основных типа: (ИД ПК 3)

- а) острая (в течение 24 ч);
- б) отсроченная (спустя 24 ч и более после введения химиопрепаратов);
- в) предшествующая (условно рефлекторная);
- г) отдаленная (спустя 7-8 дней);
- д) верно: а, б и г;
- е) верно: а, б и в.

344. Основной биологической субстанцией, с которой связаны тошнота и рвота, являются: (ИД ПК 3)

- а) рецепторы адреналина;
- б) рецепторы серотонина;
- в) норадреналина;
- г) ренина;
- д) кортизола.

345. Противорвотными препаратами 1-й линии, в основе которых лежит ондансетрон (антагонист серотонина), являются: (ИД ПК 4)

- а) Зофран;

- б) Новобан;
- в) Китрил;
- г) Латран;
- д) верно: а, б и г.

346. Тошнота и рвота не могут быть связаны: (ИД ПК 3)
- а) с условно-рефлекторным введением препаратов (плацебо);
 - б) с метастазами в головной мозг;
 - в) с локальной лучевой терапией;
 - г) обструкцией или парезом кишечника;
 - д) гиперкальциемией, гипонатриемией, гипергликемией, уремией.

347. Возникновение икоты наиболее часто связано с: (ИД ПК 3)
- а) растяжением желудка при распространенном раке;
 - б) раздражением диафрагмы или диафрагмального нерва;
 - в) токсическими эффектами при уремии и инфекции;
 - г) опухолью центральной нервной системы;
 - д) верно: а, б, в и г.

348. Установление причин икоты начинают с: (ИД ПК 3)
- а) осмотра и пальпации живота;
 - б) осмотра полости рта;
 - в) УЗИ органов брюшной полости;
 - г) КТ органов брюшной полости;
 - д) верно в и г.

349. При длительных запорах и частичной кишечной непроходимости, вызвавшей задержку мочи, противопоказано: (ИД ПК 4)
- а) выведение мочи катетером;
 - б) назначать препараты, стимулирующие работу кишечника;
 - в) применять слабительные средства;
 - г) поэтапное проведение микроклизм до 0,5 л;
 - д) введение слабительных свечей.

350. К простым методам детоксикации больных с генерализованными формами злокачественных опухолей следует отнести: (ИД ПК 4)
- а) плазмаферез;
 - б) гемосорбцию, гемодиализ;
 - в) энтеросорбцию лигнином гидролизным (Полифепаном) (1 г на 1 кг массы в 3 приема в течение 2 нед);
 - г) в/в введение 0,06% р-ра натрия гипохлорита (300 мг/л.) доб-10 дней;
 - д) в/в введение р-ра меглюмина натрия сукцината (Реамберина) 200-400 мл от 2 до 10 дней;
 - е) верно в, г и д.

Критерии оценки

- «отлично» - 91% и более правильных ответов;
- «хорошо» - 81%-90% правильных ответов;
- «удовлетворительно» - 71%-80% правильных ответов;
- «неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

- перечень практических навыков и умений;

- перечень практических навыков и умений;

Организация онкологической помощи в РФ

- методом статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники);
- методом проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания;
- методом проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы;
- методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации);
- основами медицинской информатики и компьютерной техники;
- методами ведения медицинской документации у онкологических пациентов (в стационаре, поликлинике);

Морфология опухолей

- техникой пункционной и эксцизионной биопсии, маркировки и доставки биопсийного и операционного материала;
- оформлением документации для морфологического исследования.

Методы диагностики в клинической онкологии

- методами операционной диагностики (биопсии опухоли)
- основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией ВОЗ

Общие принципы лечения злокачественных опухолей.

- техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях;
- техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата);
- методами обезболивания у онкологических больных;
- методиками нутритивной терапии и зондового питания.

Опухоли головы и шеи

- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- ларингофиссура;
- половинная резекции языка;
- удаление подчелюстной слюнной железы;
- перевязка наружной сонной артерии;
- биопсия опухолей головы и шеи и/или лимфатического узла шеи;
- резекция щитовидной железы.

Опухоли органов грудной клетки

- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- Парастеральная медиастинотомия
- диагностическая торакотомия
- биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях органов грудной клетки

Опухоли органов брюшной полости

- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- гастростомия
- еюностомия, колоностомия
- резекция тонкой кишки
- биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях органов грудной клетки

Опухоли женских половых органов

- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- конизация шейки матки;
- овариэктомия;
- криодеструкция шейки матки и опухолей вульвы;
- раздельное диагностическое выскабливание;
- биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях женских половых органов.

Забрюшинные внеорганные опухоли

- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- биопсия опухоли (лимфатического узла) при забрюшинных опухолях.

Опухоли мочеполовой системы

- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- орхфуникулэктомия;
- трансуретральная резекция (ТУР);
- ампутация полового члена;
- биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях мочеполовой системы.

Опухоли молочной железы

- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- секторальная резекция молочной железы;
- биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях молочной железы.

Опухоли опорно-двигательного аппарата

- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- удаление доброкачественных и злокачественных опухолей мягких тканей;
- ампутация и экзартикуляция пальца, верхней и нижней конечности.

Опухоли кровеносной системы

- техникой выполнения биопсии лимфатического узла;

- техникой разведения и инфузии (включая использование инфузомата) противоопухолевых лекарственных препаратов;
- техникой выполнения пункции костного мозга и трепанобиопсии подвздошной кости
- техникой выполнения лумбальной пункции;

Опухоли кожи

- Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- иссечение доброкачественных и злокачественных опухолей кожи
- кожная пластика (свободным кожным лоскутом).

Оценка уровня владения практическими навыками осуществляется по итогам собеседования по ситуационным задачам.

Ситуационные задачи:

1. К гинекологу на контрольное обследование пришла женщина 52 лет без специфических жалоб. При гинекологическом осмотре врач не обнаружил какой-либо выраженной патологии (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

Вопросы

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

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

Вопросы

- Правильная ли тактика выбрана хирургом?
 - Какие дополнительные исследования вы порекомендуете?
 - Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением аксиллярных лимфатических узлов?
3. На вскрытии у больного, погибшего от инфаркта миокарда, обнаружен рак желудка, II стадия. (ИД ПК 1)

Вопросы

Какую учётную форму следует заполнить?

4. При фиброскопии у больного обнаружена каллезная язва желудка. (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

Вопросы

- К какой клинической группе Вы его отнесёте?
- Какая учётная форма заполняется, и кто осуществляет диспансерное наблюдение за больным?

5. Больная находилась на диспансерном наблюдении по поводу радикально излеченного рака молочной железы. Через 3 года у неё наступила диссеминация. (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

Вопросы

- Какая клиническая группа была и стала у больной?
- Следует ли заполнить «Протокол»?

6. Больной направлен в онкологический диспансер с диагнозом рак нижней губы, III стадия. (ИД ПК 1, ИД ПК 2)

Вопросы

- Следует ли заполнить «Протокол»?
- К какой клинической группе отнести больного?

7. У пациента во время контрольного осмотра (спустя год после лучевого лечения по поводу рака языка) обнаружена язва на боковой поверхности языка. При цитологическом исследовании соскоба из области язвы найдены атипичные клетки плоского эпителия. (ИД ПК 2, ИД ПК 3)

Вопросы: Поставьте диагноз. К какой клинической группе следует отнести пациента?

8. Пациенту с хронической трещиной нижней губы в течение года проводили лечение с применением мазей с глюкокортикоидами и антибиотиками, новокаиновых блокад, и лучей Букки. Лечение не дало эффекта. Произведённая биопсия позволила исключить озлокачествление трещины губы. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 5)

Вопрос: Предложите дальнейшую тактику лечения данного пациента.

9. Больной 59 лет заболел 3 месяца назад. На нижней губе имеется язва неправильной формы с неровным дном размерами 2×2,7 см., края язвы приподняты над уровнем губы. Основание её плотное. Инфильтрация нижней губы распространяется и на мягкие ткани подбородка. Регионарные и отдалённые метастазы не определяются. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопрос: Поставьте диагноз и составьте план лечения.

10. Больному 52 года, год тому назад проведения лучевая терапия по поводу рака нижней губы. За месяц до поступления в диспансер появилась вновь опухоль и к моменту курации достигает 2,5 см. (ИД ПК 3)

Вопрос: Ваша тактика в лечении больного?

11. Больной 60 лет, работает путевым обходчиком. На нижней губе свыше одного года чётко очерченная опухоль диаметром 0,8 см. с шероховатостью, выступающая над губой. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопрос: Диагноз? Ваша тактика?

12. Больного в течении последнего года беспокоят периодические боли в области левой околоушной слюнной железы. Около 2-х месяцев назад появилась асимметрия лица и уплотнение на этом месте. Обратился к врачу. (ИД ПК 3)

Вопросы: Тактика действия врача? Наиболее вероятный диагноз?

13. Больная обратилась с жалобами на нарушение носового дыхания, выделения с примесью крови из левой половины носа, боль и припухлость левой щеки. Считает себя больной около 5 лет, не лечилась. За последние 6 месяцев состояние ухудшилось: заболели зубы на верхней челюсти слева, появились слабость и потливость. При осмотре определяются инфильтрация и гиперемия слизистой оболочки преддверия полости рта по переходной складке слева. Зубы на верхней челюсти слева подвижны. (ИД ПК 3)

Вопросы:

Предположительный диагноз. Необходимые методы исследования для подтверждения диагноза.

14. Больной жалуется на головную боль, снижение слуха справа, кровянистые выделения из правой половины полости носа. Страдает около 2-х лет, за последние полгода стал отмечать усиление головной боли. При отоскопии и передней риноскопии патологии не выявлено. При осмотре носоглотки определяются плоские бугристые разрастания без четких границ. Окружающая инфильтрат слизистая оболочка резко гиперемирована, пастозна. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы: Предположительный диагноз. Почему у больного снизился слух? Тактика врача.

15. Больной обратился с жалобами на боль в горле и охриплость. Работает на цементном заводе. Не курит. При непрямой ларингоскопии в гортани видны бугристые разрастания в области левой вестибулярной складки, гортанного желудочка и левой голосовой складки. Левая половина гортани при фонации неподвижна. Дыхание не нарушено. На шее слева пальпируется конгломерат лимфатических узлов до 5 мм в диаметре. Предположительный диагноз. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы: Тактика врача.

16. Больной жалуется на охриплость, резкое затруднение дыхание, боль в горле, отдающую в ухо, кашель. При осмотре гортани обнаружена опухоль, занимающая заднюю треть правой голосовой складки, черпал и вестибулярную складку. Подвижность этой половины гортани ограничена. На боковой поверхности шеи справа определяется несколько подвижных лимфоузлов. Гистологическое заключение – неороговевающий рак гортани. На рентгенограмме органов грудной клетки в правом легком на верхушке определяется затемнение округлой формы 2х2 см. (ИД ПК 3)

Вопросы: Определите стадию заболевания по системе TNM и объясните ваш ответ.

17. Обратился мужчина 40 лет, курильщик с 20-летним стажем, с жалобами на охриплость в течение 3 мес. При осмотре выявлено образование бугристого характера на левой голосовой складке размером с горошину. (ИД ПК 3)

Вопросы: Предварительный диагноз, лечение, прогноз? Причина охриплости?

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

дообследовании отдаленных метастазов не обнаружено. (ИД ПК 1, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы: Ваш диагноз? Какие факторы способствуют возникновению заболевания? Каков предполагаемый объем лечения?

19. Больной поступил с диагнозом рак гортани и метастазами в лимфатические узлы шеи с обеих сторон. (ИД ПК 3, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Какой объем операции требуется на первом этапе?
- Какой метод лечения требуется на втором этапе?
- Какое минимальное специализированное лечение в послеоперационном периоде больному еще требуется проводить?
- Какие методы реабилитации могут быть применимы?

20. Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа роста зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина. При сцинтиграфии костей скелета выявлены очаги повышенного накопления радиофармпрепарата в бедренных костях, которые расценены как метастатические. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы: Ваш диагноз? Тактика лечения? Обоснуйте ответы.

21. Больная 38 лет поступила с жалобами на слабость, периодическую диарею и наличие увеличенных лимфатических узлов в правой надключичной области, принятых врачом за туберкулёзный лимфаденит. В анамнезе: мать умерла вроде бы от зоба, страдала гипертонической болезнью. При пальпации изменений в щитовидной железе не выявлено. При УЗИ в правой доле щитовидной железы определён опухолевый узел повышенной эхогенности величиной до 0,8 см в диаметре. В левом надпочечнике — объемные образования. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Назовите наиболее вероятный диагноз.
- Перечислите необходимые методы уточняющей диагностики.
- Определите тактику лечения.

22. Женщина 40 лет. Жалоб не предъявляет. При УЗИ в правой доле щитовидной железы обнаружено узловое образование 0,5 см шаровидной формы однородное, с ровной поверхностью. Пальпаторно патологии в щитовидной железе не выявлено, шейные лимфоузлы и другие группы лимфоузлов не увеличены. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

Какую патологию следует предположить у пациентки. Какая дальнейшая тактика врача?

23. Больной А., 22 лет, занимался спортом и получил травму коленного сустава 7 мес назад. В этот момент больной отметил появление практически постоянной боли в этой области, а через месяц стала определяться значительная припухлость коленного сустава (она медленно нарастала с момента травмы). Обратился к хирургу поликлиники. На основании анамнеза и пальпации был

установлен диагноз «Травматическая гематома нижней трети левого бедра». Назначено консервативное лечение, включая физиотерапию. Через месяц при повторном осмотре хирург отметил, что боли в области коленного сустава стали более интенсивными, особенно в ночное время; обычные анальгетики практически не дают эффекта. При осмотре он обнаружил опухолевидное образование в нижней трети левого бедра по передне-внутренней его поверхности; при пальпации оно каменистой плотности, неподвижное, болезненное, размером примерно 8x10 см. Выявлена контрактура коленного сустава. С предварительным диагнозом «Оссифицированная гематома» больной направлен на рентгенологическое исследование бедра. По выполненному в передней проекции снимке заподозрили опухолевое поражение дистального отдела левой бедренной кости, и больной направлен в областной онкологический диспансер. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Поясните оптимальный алгоритм действий областного онколога с целью установления диагноза.
- Найдите ошибки в действиях специалистов районной поликлиники.

24. Больная Х., 23 лет. Жалобы на боли в левой ноге, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: в области латеральной поверхности средней трети левого бедра пальпируется опухолевидное образование, малоподвижное, каменистой плотности, размерами 5x6 см. Паховые лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, размерами от 1 до 2 см, безболезненны. Больной выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ: опухоль располагается в средней трети бедренной кости, протяженностью до 6 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш диагноз?
- Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли?
- Какова схема лечения?

25. У больного 25 лет остеосаркома голени, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, Регионарные лимфатические узлы не были поражены, отдаленных метастазов не было. Проведено 6 курсов предоперационной химиотерапии, хирургическое лечение, 6 курсов послеоперационной химиотерапии. Через 6 месяцев выявлен рецидив в голени и метастазы в легкие. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Какая была стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при лечении остеосаркомы с наличием рецидива и метастазов в легкие?
- Тактика лечения.

26. Больной С, 35 лет, обратился к хирургу в районную поликлинику с жалобами на наличие боли и опухоли в области правого бедра. Приблизительно 6 мес назад обнаружил небольшое опухолевидное образование в этой зоне. На фоне проводимого самостоятельного лечения «народными средствами» опухоль увеличилась примерно в 3 раза, появились боли ноющего характера. Обычные

анальгетики стали давать всё менее значительный эффект, что и послужило поводом для обращения к хирургу. Принимая во внимание столь быстрый рост опухоли и усиление болевого синдрома, хирург направил больного в онкологический диспансер. В верхней трети правого бедра (в проекции «скарповского треугольника») онколог обнаружил плотную, неподвижную, болезненную при пальпации опухоль размером 12х8 см. Кожные покровы над ней были несколько гиперемированы. Проведена рентгенография правой бедренной кости и флюорография лёгких. Учитывая анамнестические и клинические данные сделан вывод о наличии саркомы мягких тканей. В течение 5 нед проводили лучевую терапию. К концу 5-й недели размеры опухоли несколько увеличились, сохранялись выраженные боли в зоне расположения опухоли. Учитывая неэффективность проводимого лечения, выполнена экзартикуляция правого бедра. Гистологический диагноз: «Злокачественная фиброзная гистиоцитома». Через 4 мес больной умер от обширного метастатического поражения лёгких; в зоне выполненной операции была рецидивная опухоль. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы

Поясните неверные тактические варианты диагностики и лечения данного больного на разных этапах:

27. У больного 50 лет ангиосаркома плеча, опухоль 8 см, низкой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы: Какая стадия? Наиболее целесообразная тактика лечения?

1. У больного 39 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома бедра, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, имеются множественные метастазы в легкие. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы: Какая стадия? Наиболее целесообразная тактика лечения?

28. Больная М. 35 лет, обратилась с жалобами на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Данные анамнеза: в течение 2-х лет стояла внутриматочная спираль. После появления кровянистых выделений внутриматочную спираль удалили и провели противовоспалительное лечение, после которого вновь установили ВМС. Через три месяца появились контактные кровянистые выделения из половых путей. Через месяц ВМС удалили. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки несколько гипертрофирована, слизистая ее не изменена. При пальпации шейка матки эластичная. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие. Прямая кишка при пальцевом исследовании не изменена. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз?
- Клиническая группа?
- Составьте план дополнительных методов обследования для уточнения характера заболевания.

- Составьте план дополнительных методов обследования для оценки местной распространенности процесса и установления стадии заболевания.
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

29. Больная Т., 39 лет, обратилась с жалобами на контактные кровянистые выделения и водянистые бели из половых путей. При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки в виде мелкобугристых разрастаний, напоминает цветную капусту, покрыта темными корками. При пальпации: тело матки нормальных размеров, область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз?
- Клиническая группа?
- Составьте план дополнительных методов обследования для уточнения характера заболевания и оценки распространенности процесса.
- Составьте план лечения больной.
- Какие методы профилактики заболевания существуют?
- Какие возможности раннего выявления заболевания?

30. Больная К., 45 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на контактные кровотечения. Наследственность не отягощена. Было три беременности, одни роды и два медицинских аборта. Последний раз у гинеколога пациентка была 5 лет назад. Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей женщины, шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» 2х3 см., кровоточащая при дотрагивании. Матка и придатки без особенностей. При ректальном исследовании в малом тазу инфильтраты не определяются. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз и стадия заболевания?
- Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
- Какой метод лечения можно выбрать?
- Какие методы профилактики заболевания существуют?
- Какие возможности раннего выявления заболевания?
-

31. Больная К., 27 лет обратилась с жалобами на контактные выделения из половых путей в течение 2-х последних месяцев. Из анамнеза установлено: менструации с 14 лет по 3-5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет, замужем. Б-1, закончившаяся самостоятельными родами крупным плодом (вес 4,2 кг). В родах отмечен разрыв шейки матки, накладывались кетгутовые швы. Последнее посещение гинеколога спустя 7 месяцев после родов. Патологии не выявлено. При осмотре шейки матки в зеркалах обнаружено: шейка матки гипертрофирована, эрозирована вокруг цервикального канала, при контакте кровоточит. Из цервикального канала – скудные мажущие выделения. Матка и придатки пальпаторно не изменены. В параметриях – инфильтратов нет. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Предполагаемый диагноз, клиническая группа.
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.

- План обследования больной.
- План лечения.
- Прогноз работоспособности, режим диспансеризации.

32. Больная В. 70 лет. Жалуется на выделения из половых путей, слабость. Объективно отмечено: слизистая влагалища и шейки матки чистая, из шеечного канала гнойно-кровянистые выделения в умеренном количестве. Тело матки соответствует 6 неделям беременности, неравномерно плотное, ограниченно подвижное. Придатки справа утолщены, припаяны к матке, слева не определяются. Справа у ребра матки инфильтрат. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Назначьте план обследования больной.
- Какой наиболее вероятный диагноз.
- Могут ли быть кровянистые выделения вызваны раком маточной трубы?
- Могут ли быть кровянистые выделения вызваны раком эндометрия?
- Показана ли данной больной гистероскопия?

33. У больной 44 лет с ожирением II степени с помощью гистероскопии и прицельной биопсии обнаружен железисто-солидный рак, распространяющийся по всей внутренней поверхности тела матки. По данным УЗИ и МРТ, тазовые лимфатические узлы не изменены. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

Какова стадия заболевания? Какова лечебная тактика? Прогноз в отношении этой больной.

34. Больная С., 33 лет, поступила в стационар с жалобами на кровяные выделения из половых путей. Анамнез: Считает себя больной в течение 2 дней, когда впервые, после задержки менструации (8 недель) появились ноющие боли внизу живота и кровяные выделения из половых путей. Объективно: Состояние удовлетворительное. Со стороны органов и систем патологии не выявлено. Осмотр шейки матки при помощи зеркал: Шейка матки цилиндрической формы, чистая. Наружный зев закрыт. Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Матка округлой формы, плотная, болезненна при пальпации увеличена до 11-12 нед. беременности. Придатки с обеих сторон увеличены, болезненны при пальпации. Выделения кровяные, умеренные. Своды глубокие, безболезненные. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? Каков план обследования? Ваш заключительный диагноз? Какова тактика лечения?

35. Больная 44 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на боли внизу живота, слабость. Данные гинекологического осмотра: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище рожавшей женщины, емкое. Слизистая влагалища и шейки матки не изменена. Тело матки нормальных размеров. Слева от матки определяется образование до 14см в диаметре, плотноэластической консистенции, подвижное, справа определяется аналогичное образование до 6см в диаметре, подвижное. Параметрии свободные, своды глубокие. При УЗИ органов малого таза в брюшной полости обнаружено большое количество свободной жидкости, левый яичник увеличен до 14см, правый - до 6см. Уровень онкомаркера СА – 125 = 1595,0 МЕ/мл. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз и стадия заболевания?
- Какие дополнительные методы диагностики необходимо использовать при обследовании больной?
- Какое лечение нужно применить в данном случае?

36. Больная 65 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость, увеличение живота в объеме. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз? Ваш алгоритм обследования? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

1. Больная 53 лет, в течение последних пяти лет наблюдается по поводу опухоли левого яичника (до 2 см в диаметре). С июня 2009 года отмечается рост опухоли до 10 см. СА – 125 = 629 МЕ/мл. В октябре 2009 года обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Шейка матки цилиндрической формы. Тело матки нормальных размеров. Слева от матки определяется подвижное тугоэластической консистенции опухолевое образование до 10 см в диаметре. Справа без особенностей. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

2. Больная А., 72 лет неоднократно обращалась к гинекологу женской консультации с жалобами на зуд наружных половых органов, влагалища, выделения из половых путей с неприятным запахом. В течение 2-х лет проводилась корригирующая терапия: седативные средства, витамины, кремы. На некоторое время наступало облегчение, затем симптомы повторялись. Гинекологический анамнез без особенностей. Менопауза 20 лет. Страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом 2 типа. При гинекологическом осмотре выявлено: на правой большой половой губе ближе к лобку визуализируется белесоватый очаг диаметром до 1 см с перифокальным воспалением в виде «венчика». Окружающие ткани обычной плотности и окраски. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Предполагаемый диагноз.
- Дифференциальный диагноз.
- План обследования больной. План лечения больной.
- Режим диспансерного наблюдения.

3. Больная 32 лет обратилась с жалобами на наличие изъязвлений в области правой половой губы. Менструации с 18 лет, редкие, очень скудные, с 25 лет приходят только после 2х фазной гормонотерапии. Страдает трихомонадным кольпитом, по поводу чего неоднократно лечилась, без эффекта. С 28 лет появился зуд вульвы, лечилась консервативно. Не осматривалась гинекологом в течение последнего года. Объективно: Больная правильного телосложения, повышенного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Со стороны органов грудной и брюшной полости без особенностей. Гинекологический осмотр: Большие и малые половые губы атрофичны, с отдельными белесоватыми бляшками. В области правой половой губы – изъязвление 2х3 см с инфильтрацией подлежащих тканей, болезненное при пальпации, при контакте кровоточит. Слизистая влагалища

атрофична, шейка маленькая, конической формы. Матка маленькая, область придатков без особенностей. Выделения слизисто-гнойные. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Предполагаемый диагноз.
- Дифференциальный диагноз.
- План обследования больной.
- План лечения больной.
- Режим диспансерного наблюдения.

4. На прием к дерматологу обратился мужчина 70 лет с жалобами на изъязвленное образование кожи в области правой носогубной складки. Из анамнеза известно, что образование существует в течение нескольких лет, растет медленно. В последние 3 месяца в области опухоли появилась язвочка, которая постепенно увеличивается в размерах. Данные объективного обследования: в области правой носогубной складки поверхностная опухоль 1x1,5см, несколько выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Язвочка покрыта корочкой, при ее снятии кровоточит. Подчелюстные и шейные лимфоузлы не увеличены. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4. ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Предполагаемая стадия заболевания?
- Назначьте необходимое дополнительное обследование.
- Составьте план лечения больного.
- Какие причины способствуют возникновению заболевания?
- Какая профилактика данного заболевания?
- Как осуществляется диспансерное наблюдение?
-

5. У больной В., 55 лет, 8 месяцев назад около внутреннего угла левого глаза появился безболезненный узел красного цвета, который постепенно увеличивался до размеров 0,5 см., на поверхности его появились телеангиэктазии. В настоящее время центр новообразования изъязвился, покрыт корочкой. По периферии опухоли образовался плотный валик с характерным жемчужным блеском (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4. ИД ПК 6)

Вопросы:

- Поставить предварительный диагноз.
- Ваши действия по уточнению диагноза.
- Какое лечение предлагается больной?
- Какие причины способствуют возникновению заболевания?
- Какая профилактика данного заболевания?
- Как осуществляется диспансерное наблюдение?
-
-

6. У больного А., 45 лет, перенесшего в детстве кожный туберкулёз, на фоне рубцовых изменений кожи правой щеки три месяца назад появилась опухоль, которая к настоящему времени достигла размеров до 3-х см. в диаметре. В центре опухоли образовалась язва до 1 см. в диаметре с выделением серно-красноватого секрета, который засыхает в виде корочки. Края язвы резко приподняты, плотные, валиком окружают её. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4. ИД ПК 6)

Вопросы:

- Поставить предварительный диагноз.
- Ваши действия по уточнению диагноза.
- Какое лечение предлагается больной?
- Какие причины способствуют возникновению заболевания?
- Какая профилактика данного заболевания?
- Как осуществляется диспансерное наблюдение?
-

7. У больного Р., 50 лет, на поверхности головки полового члена несколько лет назад образовался узел 0,5см., ярко-красного цвета, бархатистый, чётко очерченный, безболезненный. В последнее время в области узла появились папилломатозные разрастания. Была диагностирована болезнь Кейра.×У больного Р., (ИД ПК 4

Вопросы: Какова лечебная тактика при этом заболевании?

8. Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: В области лба поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Поставить предварительный диагноз.
- Ваши действия по уточнению диагноза.
- Какое лечение предлагается больной?
- Какие причины способствуют возникновению заболевания?
- Какая профилактика данного заболевания?
- Как осуществляется диспансерное наблюдение?
-

На прием к хирургу обратился больной Г., 28 лет с жалобами на появление опухоли в левой паховой области, которую заметил около 2-х недель назад. В последнее время опухоль несколько увеличилась в размерах. Пациент связывает заболевание с появлением резей при мочеиспускании и красноватой сыпи на внутренней поверхности бедер и животе после приема лекарств, которыми лечился самостоятельно. За медицинской помощью не обращался. В прошлом - ангины, аллергические реакции на сульфаниламиды и антибиотики. Туберкулез и венерические заболевания - отрицает. Данные объективного обследования: правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы чистые. На коже поясничной области слева - послеоперационный рубец (4 месяца назад, со слов больного, в салоне красоты удалили азотом «кровотокающую бородавку»). В легких и сердце - без особенностей. Живот мягкий, печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Локальный статус: В левой паховой области под пупартовой связкой определяется плотная, безболезненная, малоподвижная опухоль 2,5х3 см не связанная с кожей. Гиперемия и отечность отсутствуют. На коже левой нижней конечности изменений нет. Кожные покровы половых органов без изменений. Мочеиспускание не нарушено. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Предполагаемая стадия заболевания?
- Составьте план диагностических мероприятий.
- Составьте план лечения больного. Прогноз трудоспособности больного?
- Составьте план мероприятий по профилактике меланомы кожи.
- Как осуществляется диспансерное наблюдение?

Больная Т., 32 лет обратилась к районному онкологу с жалобами на наличие новообразования на коже правого плеча. Со слов больной ранее в этой области длительно существовало коричневое пятно, которое ничем больную не беспокоило. За последние 3 месяца в области пятна появилась опухоль, которая легко кровоточит при дотрагивании. Данные объективного обследования: на коже латеральной поверхности правого плеча имеется светло-коричневого цвета пятно размером до 2,5см. По краю пятна располагается узловое образование бордово-коричневого цвета, размером 2,5х3см, на широком основании, легко кровоточащее при дотрагивании. В правой подмышечной области пальпируются увеличенные до 2см, не спаянные между собой лимфоузлы. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Предполагаемая стадия заболевания?
- Составьте план диагностических мероприятий.
- Составьте план лечения больного. Прогноз трудоспособности больного?
- Составьте план мероприятий по профилактике меланомы кожи.
- Как осуществляется диспансерное наблюдение?

3. На прием к урологу обратился мужчина 35 лет с жалобами на увеличение паховых лимфоузлов справа, направлен на консультацию онколога. При осмотре урологической патологии не выявлено. Однако на коже внутренней поверхности правого бедра обнаружено плоское пигментное образование неправильной формы, неоднородной окраски, до 1см диаметром. Больной направлен в онкологический диспансер для дообследования и лечения. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

9.

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Каковы пути метастазирования данной опухоли?
- Составьте план диагностических мероприятий.
- Составьте план лечения больного.
- Как осуществляется диспансерное наблюдение?

На прием к районному онкологу направлена женщина 23 лет, которой в косметологической клинике 2 месяца назад путем криодеструкции было удалено пигментное образование на коже шеи. При осмотре: на месте послеоперационного рубца на коже шеи слева имеется 3 узловых образования черного цвета, округлой формы, размерами до 4-5мм. На боковой поверхности шеи слева имеются плотные увеличенные до 2см, не спаянные между собой лимфоузлы. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

10.

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Предполагаемая стадия заболевания?
- Составьте план диагностических мероприятий.
- Составьте план лечения больного. Прогноз трудоспособности больного?
- Составьте план мероприятий по профилактике меланомы кожи.
- Как осуществляется диспансерное наблюдение?

Мужчина 29 лет. Жалоб нет. При профилактическом флюорографическом исследовании в средостении обнаружено дополнительное образование. Объективно: состояние удовлетворительное. По органам - без особенностей. На рентгенограммах органов грудной клеткой прямой и боковой проекциях, в среднем этаже переднего средостения овальной формы образование, в толще которого выявляются более плотные включения, наружные контуры его четкие, гладкие. Прилежащие отделы легкого не изменены. При КТ исследовании в среднем этаже переднего средостения опухоль с четкими контурами, показатель плотности в различных участках от минус 5 до плюс 60. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы: Предварительный диагноз? Какая диагностика и лечение у данного больного?

Женщина 39 лет. Жалобы на тупые боли в груди и спине. Анамнез: впервые неприятные ощущения в груди отметила полгода назад. Постепенно присоединялась боль в груди и спине. Объективно: состояние удовлетворительное. По органам без особенностей. При рентгенологическом исследовании органов грудной клеткой реберно-позвоночном углу справа на уровне Th IV-V интенсивное овальной формы образование однородной структуры, с четкими контурами, размерами 9,0x4,0 см, широким основанием тесно прилежит к телам позвонков. У верхнего и нижнего полюсов медиастинальная плевро отеснена под тупым углом. Отмечается краевая узурация прилежащих тел позвонков и ребер, на уровне узла межреберные промежутки сзади расширены. (ИД ПК 3)

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз? Дифференциально-диагностический ряд заболеваний?

11. Больной Р., 47 лет, обратился в поликлинику с жалобами на постоянные боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в лопатку, головные боли, одышку, общую слабость. Заболел год назад. На рентгенограммах грудной клетки в верхнемедиальном отделе левого легочного поля в проекции заднего сегмента выявляется интенсивная гомогенная, округлой формы с четким нижненаружным контуром тень – размеры 6x7 см., которая медиальным краем сливается с тенью II – III грудных позвонков. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Какой предположительный диагноз?
- Какие методы исследования нужно провести?
- Тактика лечения?

6. Больной В., 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на общую слабость, затруднение глотания кашицеобразной пищи, отсутствие аппетита, боли в эпигастриальной области. Затруднения при глотании отмечает около 2-х месяцев. Два года назад лечился в областной больнице по поводу ожога пищевода кислотой. Долгое время проводили бужирование, находился на диспансерном учете, но на осмотры последние 8 месяцев не

приезжал. Злоупотреблял алкоголем. Курит сигареты по две пачки в день. Данные объективного обследования .Резко пониженного питания. Кожные покровы и слизистые бледные. Склеры слегка желтушны. В надключичной области слева пальпируется увеличенный лимфоузел диаметром до 1см, подвижный безболезненный. В легких - везикулярное дыхание. Пульс - 68 ударов в 1 мин. АД—110/70 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены. На коже живота выраженная венозная сеть. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее плотный. Селезенка не пальпируется. При ректальном осмотре имеются набухшие геморроидальные узлы внутреннего и наружного кольца, безболезненные. При обследовании: Нв—125 г/л, Эр.- 3,8x10¹²/л, Л-3,5x10⁹/л, СОЭ-36 мм/час. Биохимические анализы: белок-58 г/л, альбумины-46 г/л, глобулины-22 г/л, амилаза крови-10,6 мг/сл, глюкоза-5,55 мм/л, АСАТ-90 нМ/сл, АЛАТ-180 нМ/сл, билирубин общий-28 мкМ/л. Флюорография - активного туберкулеза не выявлено. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

12.

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Составьте план обследования больного.
- Составьте план лечения больного.
- Какие причины возникновения заболевания?
- Меры профилактики.

13. Больной М., 61 года, направлен в онкологический диспансер с жалобами на резкую потерю веса в течении последних 6-ти месяцев, кашель, возникающий при приеме жидкой пищи, повышение температуры до 38°C. На основании данных клинических, инструментальных, рентгенологических, эндоскопических и морфологических исследований выставлен диагноз: рак грудного отдела пищевода стадия III T4N1M0, пищеводно-бронхиальный свищ. (ИД ПК 4)

Вопросы:

Возможно ли использование лучевой терапии в данном случае? Какое лечение показано больному?

14. 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 исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено. (ИД ПК 1 ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

Вопросы:

Диагноз?

Лечебная тактика?

Какие причины возникновения заболевания?

Меры профилактики.

15. Больной М., 45 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки и повышение температуры по

вечерам до 37,5-38°. В последнее время стал отмечать одышку, усиливающуюся при физической нагрузке. Рентгенография органов грудной клетки- утолщение париетальной плевры справа, гидроторакс, смещение средостения в сторону поражения. При пункции правой плевральной полости- получено 1,2л геморрагической жидкости. Гистологическое исследование плевральной жидкости – клетки аденокарциномы. Объективно: состояние больного удовлетворительное, правильного телосложения, нормального питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. Аускультативно справа в нижней доле дыхание резко ослаблено, по задней поверхности и слева дыхание проводится. Тоны сердца ясные, АД 130/80 мм рт.ст., пульс ритмичный, хорошего наполнения, ЧСС 74 в мин. Живот безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. При УЗИ органов брюшной полости признаки калькулезного холецистита; очаговой патологии не выявлено. В общем анализе крови: эритроциты 4,3 млн., Hb 135 г/л, лейкоциты 7 тыс., э-1 п-3 с-67 л-18 м-11, СОЭ 14 мм/час. Рентгенологически видна пристеночная тень опухоли в правой половине грудной клетки, правосторонний плеврит. Назначена консультация онколога. (ИД ПК 1 ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Составьте план обследования больного.
- Составьте план лечения больного.
- Какие причины возникновения заболевания?
- Меры профилактики.
-

16. Больной 56 лет, электросварщик, поступил накануне в терапевтическое отделение с жалобами на общую слабость, кашель, со скудной мокротой, субфебрильную температуру. Считает себя больным около 3-х недель, после перенесенной острой респираторной инфекции. В анамнезе отмечает дважды перенесенную правостороннюю пневмонию. Работает в сельхозтехнике. Курит с 12 лет. Алкоголь употребляет умеренно.

Данные объективного обследования: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких: слева - рассеянные сухие хрипы, справа - ослабление дыхания в верхних отделах, сухие и разнокалиберные влажные хрипы. Температура - 37,6°С. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Во время обхода при кашле впервые обнаружены прожилки крови в мокроте. Назначена консультация онколога. (ИД ПК 1 ИД ПК 3, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Составьте план дополнительных диагностических мероприятий.
- Какие причины возникновения заболевания?
- Меры профилактики.
-

17. Больная Б. 63 лет, работает дорожной рабочей около 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Обратилась с жалобами на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупления перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа - без патологии,

слева - в 6-м сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3-х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: слизистая трахеи и бронхов без патологии. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. (ИД ПК 1 ИД ПК 3, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Составьте план обследования больного.
- Составьте план лечения больного.
- Какие причины возникновения заболевания?
- Меры профилактики?

При профилактическом флюорографическом обследовании у больного Л., 32 лет, в верхней доле левого легкого обнаружена округлой формы гомогенная тень с четкими границами, диаметром 5 см. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Составьте план обследования больного.
- Составьте план лечения больного.
- Какие причины возникновения заболевания?
- Меры профилактики?
- Диспансерное наблюдение.
- Возможности скрининга.

18. К онкологу поликлиники за медицинской помощью обратился больной П., 58 лет. Его беспокоят боли в подложечной области, тошнота, отрыжка воздухом. Из анамнеза известно, что мужчина злоупотребляет алкоголем. Ранее неоднократно отмечал какие-то непонятные боли в эпигастрии. Не лечился, за медицинской помощью не обращался. Данные объективного обследования. Больной пониженного питания. Кожные покровы бледного цвета. Живот увеличен в размерах, в положении лежа на спине распластан. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука во фланках. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии и области пупка. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3см, край ее острый, безболезненный. Периферические лимфоузлы не увеличены. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Составьте план обследования больного.
- Составьте план лечения больного.
- Какие причины возникновения заболевания?
- Диспансерное наблюдение.
- Возможности скрининга.

19. В хирургическое отделение городской больницы госпитализирована больная В., 48 лет, с жалобами на слабость, потерю аппетита, похудение. Считает себя больной в

течение 6 месяцев. Страдает длительно анацидным гастритом. Периодически лечилась стационарно и амбулаторно по месту жительства с переменным успехом. Р-2, А-6, В-0.

Данные объективного обследования. Больная пониженного питания. Кожные покровы чистые, бледные. Живот округлой формы, в положении лежа распластан, в вертикальном положении отмечается выпячивание пупка. При перкуссии во фланках живота притупление, изменяющееся с положением тела. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, где нечетко пальпируется малоподвижное уплотнение. Печень на 3см ниже края правой реберной дуги. При влажалищном исследовании в области правых придатков определяется опухоль 3x5 см подвижная. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Составьте план обследования больного.
- Составьте план лечения больного.
- Какие причины возникновения заболевания
- Диспансерное наблюдение.
- Возможности скрининга.

5. Больной, 57 лет, обратился с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, общее недомогание. На протяжении двух месяцев отмечает похудание, снижение аппетита. При обследовании со стороны органов грудной клетки выявлена возрастная патология. Пульс – 72 уд в минуту, температура тела – 37,2 градусов. При пальпации в эпигастральной области определяется мало смещаемое без четких контуров образование. Симптомы раздражения брюшины не выявляются. (ИД ПК 3)

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Каким образом можно уточнить диагноз?

6. Больной, 77 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в эпигастральной области, тошноту, общее недомогание. На протяжении трех месяцев отмечает похудание (на 12 кг), снижение аппетита. Пульс – 92 уд в минуту, температура тела – 38,2 градусов. При пальпации определяется резкое напряжение мышц брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины положительные. (ИД ПК 3)

1.

Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз?
- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- Каким образом можно уточнить диагноз?

Больная 56 лет поступила в хирургический стационар с жалобами на ноющие боли в правом подреберьи, желтуху.

Из анамнеза известно, что в течение трех месяцев беспокоит неустойчивый стул, запоры, нарастает слабость. Похудела на 6 кг. 10 лет назад перенесла вирусный гепатит С.

Данные объективного обследования: Состояние больной средней тяжести. Склеры бледно-желтые. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется увеличенная, плотная с неровной поверхностью печень. Нечетко определяется асцит. Общий

анализ крови: Нв – 80г/л, лейкоциты – 6 тысяч, СОЭ – 54 мм/час. Биохимический анализ крови: щелочная фосфатаза – 780 Ед/л, билирубин - 58 мкмоль/л (ИД ПК 1, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз?

Составьте план дополнительных диагностических мероприятий.

Составьте план лечения больного.

Какие причины возникновения заболевания и меры профилактики?

В клинику поступил больной 45 лет, с жалобами на тупые, ноющие, постоянные боли в правом подреберье, эпигастриальной области. Болен несколько лет. Из анамнеза жизни: больной работает в сельском хозяйстве. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычного цвета. Пульс 80 уд/мин, хорошего наполнения и напряжения. Язык влажный, чистый. При осмотре живота – выбухание передней брюшной стенки в правом подреберье. При пальпации печени определяется округлое, эластической консистенции опухолевидное образование. (ИД ПК 3)

1.

Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Какие инструментальные исследования необходимы для постановки диагноза и ожидаемые результаты?
- С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.

Больной К., 58 лет, обратился с жалобами на опоясывающие боли в верхней части живота, не связанные с приемом пищи и временем суток. Для облегчения болей принимал баралгин. Впервые боли появились около 1 месяца назад, за последнее время усилились. Похудел на 8кг. Курит, алкоголь употребляет умеренно, страдает сахарным диабетом. Данные объективного обследования: состояние больного средней тяжести. Пульс 90 ударов в 1 минуту, АД 140/85 мм рт ст. Со стороны легких и сердца патологических изменений не выявлено. Живот увеличен в размерах, в положении лежа на спине распластан. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука во фланках. При пальпации живот болезненный в области эпигастрия и левого подреберья, где определяется ограниченное в смещении уплотнение без четких границ. Симптомов раздражения брюшины нет. Общий анализ крови: Нв – 90г/л, лейкоциты – 11 тысяч, тромбоциты – 610 тысяч/мл, СОЭ – 54 мм/час. Биохимический анализ крови: липаза – 2400 Ед/мл, амилаза – 510 Ед/л, щелочная фосфатаза - 610 Ед/л.

Данные компьютерной томографии: значительное количество жидкости в брюшной полости. Тело поджелудочной железы уплотнено, расширено до 30 мм. В гепатодуоденальной связке группа увеличенных и уплотненных лимфатических узлов. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз?
- Дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Перечислите объем дополнительных диагностических мероприятий, необходимых для уточнения диагноза и определения стадии заболевания.
- Каков план лечения больного?

Мужчина 75 лет, госпитализирован с жалобами на наличие желтухи, сильный кожный зуд, боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину. Желтуха появилась около месяца назад. Данные объективного обследования: состояние тяжелое, пониженного питания. Склеры и кожа оливкового цвета. Пульс 100 ударов в 1 минуту, АД 110/65 мм рт.ст. В легких выслушивается везикулярное дыхание, сердечные тоны глухие, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю правой реберной дуги. В области правого подреберья определяется плотноэластичное, ограниченно смещаемое, несколько болезненное образование ~ 8х3см. Олигурия. При УЗИ органов брюшной полости: имеется резкое расширение внутрипеченочных желчных протоков, расширение до 20 мм общего желчного протока и до 8мм панкреатического протока. Желчный пузырь увеличен до 80х30мм, не содержит конкрементов. Головка поджелудочной железы увеличена за счет гипоехогенного образования диаметром 5х6см, без четких контуров, остальные отделы поджелудочной железы не изменены.

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз?
- Какими методами нужно подтвердить диагноз?
- Каковы лечебные мероприятия при данном процессе?

2. Мужчина 54 лет поступил в с жалобами на нестерпимый кожный зуд, боли в области эпигастрия и правого подреберья, желтуху, нарастающую слабость, потерю аппетита. Данные анамнеза: желтуха появилась около 2-х месяцев назад, была неинтенсивной и не беспокоила больного, сильных болевых приступов не было. За последние несколько дней желтуха интенсивно нарастает. Данные объективного обследования: состояние больного средней тяжести. Склеры и кожные покровы интенсивно оливкового цвета. Тургор кожи снижен. Пульс 86 ударов в 1 минуту, АД 140/80 мм рт.ст. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Живот при пальпации мягкий, печень на 3см ниже края правой реберной дуги. В области правого подреберья пальпируется незначительно болезненное образование, плотно эластической консистенции, овоидной формы, ограниченное в смещении. Стул ахоличен. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз?
- Каков объем диагностических мероприятий, необходимый для постановки диагноза?
- Составьте план лечения больного.

3. Больная Л., 52 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастриальной области, желтушность кожных покровов, слабость, похудание на 8 кг. Больной себя считает в течение 3-х месяцев. Около 1 месяца назад появилась желтуха, которая постепенно нарастала. Данные объективного обследования: состояние средней тяжести. Пониженного питания. Склеры и кожа оливкового цвета. Пульс 100 ударов в 1 минуту, АД 110/70 мм. рт.ст. В легких выслушивается везикулярное дыхание, сердечные тоны ритмичные, слегка приглушенные. Живот мягкий. Печень увеличена на 2 см, край эластичный. Стул ахоличен. Общий анализ крови- эритроциты $4,6 \cdot 10^{12}/л$, НЬ - 124 г/л, СОЭ - 35 мм/ч. Лейкоциты $8,4 \cdot 10^9/л$, формула не изменена. Биохимическое исследование крови- билирубин общий - 274 мкмоль/л, прямой 205 мкмоль/л, непрямой - 69 мкмоль/л; Флюорография легких без патологии; Фиброгастродуоденоскопия - поверхностный гастрит, двенадцатиперстная кишка без патологии, желчи не содержит; УЗИ органов брюшной полости— расширение внутрипечёночных желчных протоков до 0,8 см., холедох 6 мм, желчный пузырь 90х30х24 мм. При лапароскопии выявлена инфильтрация гепатикохоледоха,

уходящая в ворота печени, около 10 метастатических узлов в правой доле печени.
(ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз? Составьте план диагностических мероприятий. Составьте план лечения больной.

Больная М., 56 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение кала и газов в течение последних 3-х суток. Данные анамнеза: страдает запорами в течение 10 лет, аналогичные состояния возникали у больной дважды, но разрешались самостоятельно после очистительной клизмы. Данные объективного обследования: состояние больной ближе к удовлетворительному. Пульс 78 ударов в 1 минуту. АД 140/80 мм рт ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации несколько болезненный. При аускультации выслушивается «шум плеска», при перкуссии – тимпанит. При ректальном пальцевом исследовании ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке постановки сифонной клизмы – жидкость не поступает в толстый кишечник, изливается обратно. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 5, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Составьте план обследования больного.
- Составьте план лечения больного.
- Какие причины возникновения заболевания
- Диспансерное наблюдение.
- Возможности скрининга.

Больной И., 63 лет, обратилась с жалобами на боли в правой подвздошной области, слабость, повышение температуры до 38°C. На протяжении последних 6-ти месяцев аналогичные признаки отмечались несколько раз, но купировались самостоятельно. Во время последнего приступа была однократная рвота и жидкий стул. Данные объективного обследования. Общее состояние удовлетворительное. Пульс 90 ударов в 1 минуту, АД 150/90 мм рт ст., t° – 37,8 °С. В легких и сердце возрастные изменения. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется мало смещаемое уплотнение без четких контуров. Симптомов раздражения брюшины нет. Общий анализ крови: Hb – 82г/л, лейкоциты – 6 тысяч, СОЭ – 50 мм/час. При пальцевом ректальном исследовании патологии не выявлено. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Составьте план обследования больного.
- Составьте план лечения больного.
- Какие причины возникновения заболевания
- Диспансерное наблюдение.
- Возможности скрининга.

К поликлинику обратился мужчина 67 лет с жалобами на появление после акта дефекации в большом количестве алой крови, болей в прямой кишке, слабости. Из анамнеза известно, что в течение последних 3-х месяцев больной периодически отмечал в небольшом количестве кровь перед и после акта дефекации. Думал, что это геморрой и лечился самостоятельно свечами. Данные объективного обследования: общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 ударов в 1 минуту, АД 110/70 мм рт ст. Кожные покровы чистые, бледные. В легких выслушивается везикулярное дыхание, сердечные тоны ритмичные, приглушены. Язык обложен беловатым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: выявлена плотная циркулярная опухоль на расстоянии около 5 см за сфинктером. Общий анализ крови: Hb – 70г/л, лейкоциты – 7 тысяч, СОЭ – 52 мм/час. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 5, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Составьте план обследования больного.
- Составьте план лечения больного.
- Какие причины возникновения заболевания и профилактика.
- Диспансерное наблюдение.
- Возможности скрининга.
- Меры реабилитации.

У больного 54 лет при обследовании выявлен рак верхнего ампулярного отдела прямой кишки и рак печеночного изгиба ободочной кишки. Гистологически в обоих случаях – умеренно дифференцированная аденокарцинома. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Как оценивается в онкологии подобное состояние?
- Какие причины возникновения заболевания и профилактика.
- Куда наиболее часто метастазирует рак толстой кишки и какое исследование необходимо выполнить для исключения гематогенных метастазов?
- Какой объем оперативного пособия должен быть выполнен больному?
- Диспансерное наблюдение.

Больная. 56 лет, обратилась с жалобами на слабость, потерю аппетита, боли в животе. Выше указанные симптомы появились около месяца назад. За медицинской помощью ранее не обращалась. За последнюю неделю отмечает увеличение болевого синдрома который не купируется приемом анальгетиков. Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание. Пульс 72 ударов в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий вздут безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный. В правой поясничной области пальпируется плотное безболезненное образование до 4,0 см в диаметре. При КТ брюшной полости в забрюшинном пространстве справа определяется объемное образование округлой формы размерами 12x14x17 см. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз. Необходимые методы обследования. Ваша тактика лечения.

Больная Г. 48 лет, жалобы на слабость, потерю аппетита, похудение за последний месяц сбросила порядка 10 кг, боли внизу живота. Выше указанные симптомы появились около 2 месяцев назад. За медицинской помощью не обращалась. За последний месяц отмечает нарастание симптомов увеличение размеров живота, запоры. Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание. Пульс 75 ударов в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот напряжен, вздут безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. При КТ брюшной полости забрюшинном пространстве слева определяется объемное образование округлой формы размерами 20x18x23 см. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз.
- Необходимые методы обследования.
- Ваша тактика лечения.

Больная 40 лет. Обратилась в клинику с жалобами на выделения кровянистого характера из соска левой молочной железы. Вышеуказанные жалобы предъявляет в течение двух месяцев. При осмотре: молочные железы удовлетворительно развиты, соски и ареолы без особенностей. При пальпации молочных желез патологических образований не определяется. Цитологическое исследование мазков показало наличие клеток протокового эпителия с явлениями пролиферации и атипии. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК-5)

Вопросы:

- Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Ваш предварительный диагноз.
- План лечения в случае отсутствия данных за наличие рака.
- Диспансерное наблюдение.
- Меры реабилитации.
-

Больная К., 33 лет, жалуется на боли в правой молочной железе, усиливающиеся в предменструальном периоде. В нижне-внутреннем квадранте правой молочной железы в вертикальном положении обнаруживается опухолевидное образование размером 2x2 см, безболезненное, подвижное, в горизонтальном положении образование четко не определяется. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Патологии со стороны внутренних органов нет. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Какой предварительный диагноз?
- С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
- Какие клинические симптомы надо проверить при этом и их результаты.
- Какие специальные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза и их результаты?
- Какова тактика лечения?

4. Больная 19 лет обратилась с жалобами на умеренные боли в правой молочной железе, усиливающиеся в предменструальный период. Обе молочные железы правильной конфигурации, симметричны. Соски и кожный покров не изменены. Пальпаторно в молочных железах определяются зернистые образования. Соски молочных желез не изменены. Регионарные аксиллярные и надключичные лимфоузлы не увеличены. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Какой предварительный диагноз?
- Какие исследования необходимо выполнить для постановки диагноза и

определения тактики лечения?

- Укажите тактику лечения.

Больная Н., 49 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на наличие уплотнения в правой молочной железе. Из анамнеза установлено, что больная страдает сахарным диабетом и ожирением. Мать пациентки умерла от рака яичников, детей нет. Перименопауза.

Объективно: На границе наружных квадрантов правой молочной железы пальпируется плотная мало смещаемая опухоль с нечеткими расплывчатыми границами до 2,5 см в диаметре. Кожа над ней не изменена. В правой подмышечной области пальпируется увеличенный до 1,5 см лимфоузел. Данные маммографии: на границе наружных квадрантов правой молочной железы затемнение с неровными тяжистыми контурами в виде «спикул» до 2,5 см в диаметре. Выполнена трепанобиопсия опухоли молочной железы и лимфоузла. При гистологическом исследовании обнаружены клетки высокодифференцированной протоковой карциномы.

(ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 5, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Предполагаемая стадия заболевания?
- Назначьте план дополнительных методов обследования.
- Составьте план лечения больной.
- Прогноз трудоспособности больной?
- Какие факторы способствуют возникновению заболевания?
- Методы скрининга.
- Реабилитационные мероприятия.
- Диспансерное наблюдение.

Больная 50 лет обратилась с жалобами на наличие язвочки в области соска правой молочной железы. Считает себя больной в течение 2-х лет, когда стала замечать кровянистые пятна на белье и мокнутие в области соска. За медицинской помощью не обращалась, лечилась мазями, но без эффекта. Данные объективного обследования: молочные железы симметричны. В области соска правой молочной железы имеется язвенный дефект ~ 1,5 см диаметром, переходящий на ареолу. Очаговых образований в молочных железах не выявлено. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Данные маммографии: явления фиброзной мастопатии, узловых образований в молочных железах не обнаружено. Данные УЗИ: признаки фиброзной мастопатии, лимфоузлы подмышечных и надключичных областей не увеличены. Данные морфоиммуногистохимического исследования: рак Педжета молочной железы; РЭ +95%, РП +25%; Ki 67 – 15; Her2/neu- 0. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Назначьте план дополнительных методов обследования для определения стадии заболевания.
- Составьте план лечения больной, определите объем оперативного вмешательства. Прогноз трудоспособности больной?
- Обозначьте режим диспансерного наблюдения за состоянием больной.

Больная К., 82 лет, обратилась с жалобами на плотное безболезненное образование в правой молочной железе, которое замечает на протяжении последних 4 лет. К врачам не обращалась. Данные объективного обследования: на границе наружных квадрантов правой молочной железы пальпируется плотное, бугристое образование без четких

контуров размером 2,5 см. В правой подмышечной области плотный, увеличенный, подвижный, безболезненный лимфоузел. Левая молочная железа без очаговых образований. Надключичные лимфоузлы не увеличены. При сцинтиграфии костей скелета выявлено накопление радиофармпрепарата в головке левой бедренной кости. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз и стадия заболевания по системе TNM?
- Составьте план дополнительных методов обследования.
- Составьте план лечения больной.
- Каков прогноз для жизни больной?
- Какие факторы способствуют возникновению заболевания?
- Методы скрининга.
- Диспансерное наблюдение.

Больная Д., 50 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие опухоли в левой молочной железе. Сначала появилось шелушение, эрозии в области соска, затем появилась опухоль. Объективно: Левая молочная железа обычных размеров. При осмотре отмечается втяжение соска со шелушиванием над ним эпидермиса. При пальпации в области соска определяется опухоль 3х2 см. В левой подмышечной области увеличенные лимфоузлы. Со стороны внутренних органов без патологии. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Поставьте предварительный диагноз и определите стадию заболевания.
- Какие заболевания необходимо дифференцировать?
- Какие клинические симптомы характерны для рака молочной железы?
- Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и какие изменения со стороны молочных желез мы можем увидеть при исследовании?
- Определите лечебную тактику.

Больной 57 лет обратился с жалобами на общую слабость, похудание, потливость, повышение температуры тела по вечерам до 37,5°C, одышку при физической нагрузке, кожный зуд. Считает себя больной около 6 месяцев, когда среди полного здоровья стала повышаться температура тела в вечерние время. За помощью к врачу не обратилась. Самостоятельно употребляла аспирин, антибиотики, улучшения состояния не наблюдалось. Данные объективного обследования: Больная пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледного цвета. При аускультации в легких ослабленное везикулярное дыхание, по всем полям выслушиваются единичные рассеянные сухие хрипы. При пальпации живот мягкий безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см. Селезенка увеличена, нижний полюс ее выходит из-под края реберной дуги на 1,5 см. хрипы. На рентгенограммах грудной клетки имеется расширение границ средостения, больше влево. При УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия, спленомегалия, увеличенные забрюшинные лимфатические узлы. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, обоснуйте.
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Предполагаемая стадия заболевания?
- Назначьте план дополнительных методов обследования.

- Составьте план лечения больного.
- Диспансеризация.

На прием пришел больной, 16 лет, с жалобами на наличие опухолевидных образований в левой подмышечной впадине, слабость, потерю в весе, проливные поты, одышку, особенно при физической нагрузке, повышение температуры тела до 38°C, снижение умственной и физической трудоспособности. Считает себя больным около 9 месяцев. После гриппа появились образования в правой, а затем и в левой подмышечной впадине. Через некоторое время они самостоятельно исчезли без лечения. Однако, в последний месяц они появились снова.

Данные объективного обследования: Больной астенического телосложения, пониженного питания. В левой подмышечной впадине пальпируются увеличенные лимфоузлы, размерами до 2х2,5 см, плотной консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется. В легких везикулярное дыхание, несколько ослабленное в нижних отделах с обеих сторон. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, обоснуйте.
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Предполагаемая стадия заболевания?
- Назначьте план дополнительных методов обследования.
- Составьте план лечения больного.
- Диспансеризация.

5. Пациентка 22 лет, обратилась с жалобами на общую слабость, похудание, потливость, повышение температуры тела по вечерам до 37,5°C, боли в животе, поносы, вздутие живота, наличие «шишек» в паховой, подмышечной и надключичной областях слева. Считает себя больной около года, когда среди полного здоровья повысилась температура и появились образования в левом паху. За помощью к врачу не обратилась. Самостоятельно употребляла аспирин, антибиотики, амидопирин, после чего образования в паховой области значительно уменьшились. Три недели назад они появились снова не только в левом паху, но и в левой подмышечной впадине и надключичной области.

Данные объективного обследования: Больная пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледного цвета. При пальпации живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5см. Селезенка увеличена, нижний полюс ее выходит из-под края реберной дуги на 4см. В левой паховой, левых подмышечной и надключичной областях пальпируются множественные лимфоузлы, плотные, безболезненные, размером до 1,5х2 см, овальной формы, подвижные, не спаянные с кожей и окружающими тканями. При аускультации в легких ослабленное везикулярное дыхание, по всем полям выслушиваются единичные рассеянные сухие хрипы. На рентгенограммах грудной клетки имеется расширение границ средостения, больше влево. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, обоснуйте.
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Предполагаемая стадия заболевания?
- Назначьте план дополнительных методов обследования.
- Составьте план лечения больной.
- Диспансеризация.

6. Мужчина, 68 лет, предъявляет жалобы на увеличение шейных лимфоузлов, чувство тяжести в левом подреберье в течение последних трех месяцев. При осмотре. Кожные покровы бледнорозовые, шейные и подмышечные лимфоузлы с обеих сторон увеличены до 3,0 см в диаметре, умеренной плотности, безболезненные при пальпации. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ЧСС 92 в 1 мин, АД-155/70 мм рт ст. Живот не напряжен, печень не увеличена, нижний полюс селезенки на 4,0 см ниже левой реберной дуги, чувствительный при пальпации. Отеков нет.

Анализ крови: Нв-124г/л, Эр-3,8x10¹²/л, Нт-0,42%, MCV-86,2 фл, MCH-31,8 иг, MCHC-312 г/л, тромбоциты - 320,0x10⁹%. Лейкоциты - 14,8x10⁹%, э-6, б-1, п-4, с-27, л-56, м-6, СОЭ - 28 мм/час. Анализ мочи без особенностей.

Рентгенография органов грудной клетки. Легочные поля без инфильтративных и очаговых изменений. Средостение расширено до 10 см в поперечнике за счет увеличенных медиастинальных лимфоузлов. Жидкости в плевральных полостях не выявлено. Сердце - без увеличения отделов. Дуга аорты склерозирована. Биопсия шейного лимфоузла. Рисунок лимфоузла стерт. Выявлены множественные вторичные мелкие зародышевые центры. Клеточный состав представлен лимфобластами, пролимфоцитами, лимфоплазмочитами. Выявлено наличие лимфоидных инфильтратов вне капсулы лимфоузла. Биопсия костного мозга. Повышение клеточности костного мозга с превалированием клеток лимфоидного ростка: лимфобластов, лимфоплазмочитов и мелких лимфоцитов. Уменьшение количества клеток эритроидного ростка; мегакариоциты - нормальное количество, функционирует 46%, слабо функционируют 16%. Иммунофенотипирование лимфоидных Кле ТОК: CD10+, CD19+, CD20+, CD23+, CD5-. Цитогенетическое исследование не проводилось. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, обоснуйте.
- Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
- Предполагаемая стадия заболевания?
- Назначьте план дополнительных методов обследования.
- Составьте план лечения больной.
- Диспансеризация.

Мужчина 45 лет. Считает себя больным в течение 2-х месяцев, когда появились боли в поясничной области слева.

Объективно: в левом подреберье пальпируется нижний край почки.

Отклонения в анализах: кровь - СОЭ 30 мм/час, в анализе мочи свежие эритроциты 10-15 в п/зрения.

Данные КТ исследования: левая почка увеличена в размерах, латеральный контур в средней трети выбухает за счет объемного образования диаметром 4см. Плотность образования 32 ед., плотность паренхимы почки 35 ед. Граница между образованием и паренхимой почки не определяется. В центре образования участок пониженной плотности (25 ед.), с неровными, нечеткими контурами. Синус почки деформирован. При в/в усилении образование накапливает контрастное вещество до 80 ед., паренхима почки до 70 ед. В центре образования участок, плохо накапливающий контрастное вещество (35 ед.). В отсроченную фазу: выделительная функция почки сохранена, средняя чашечка деформирована. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Предполагаемая стадия заболевания?
- Назначьте план дополнительных методов обследования.
- Составьте план лечения.
- Диспансерное наблюдение.

Больная 55 лет, с жалобами на слабость, потерю аппетита периодически повышающуюся температуру до 38 градусов, периодические кровь в моче. Вышеуказанные симптомы появились около месяца назад. За медицинской помощью не обращалась. За последнюю неделю гематурия приобрела постоянный характер, появились боли в поясничной области. Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 ударов в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный справа. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Предполагаемая стадия заболевания?
- Назначьте план дополнительных методов обследования.
- Составьте план лечения.
- Диспансерное наблюдение.

7. Больная К. 73 лет обратилась, с жалобами на слабость, потерю аппетита, примесь кровь в моче, боли в поясничной области. Выше указанные симптомы появились около месяца назад. За медицинской помощью не обращалась. За последнюю неделю гематурия приобрела постоянный характер. Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание. Пульс 72 ударов в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный справа. При пальпации справа в поясничной области пальпируется новообразование до 2,0 см в диаметре безболезненное. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Предполагаемая стадия заболевания?
- Назначьте план дополнительных методов обследования.
- Составьте план лечения.
- Диспансерное наблюдение.

Больной 59 лет в течение 6 месяцев отмечает затрудненное вялой тонкой струей мочеиспускание. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Предстательная железа увеличена, бугристая, хрящевой консистенции, безболезненная. Анемия, ускоренная СОЭ, протеинурия, микрогематурия. На рентгенограммах изменение костного рисунка лобковых и седалищных костей. На цистограмме пузырь приподнят, дефект наполнения с неровными

контурами. При урофлоуметрии снижение объемной скорости потока мочи, увеличение времени мочеиспускания, ПСА 41 нг/мл. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
- Предполагаемая стадия заболевания?
- Назначьте план дополнительных методов обследования.
- Составьте план лечения.
- Диспансерное наблюдение.

Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на вялую струю мочи, учащенное мочеиспускание (ночью до 6 раз). Болен 3 года. При ректальном обследовании простата увеличена, эластична с четкими контурами. На обзорной, экскреторных урограммах функция почек и пассаж контрастного вещества не нарушен. На нисходящей цистограмме имеется дефект наполнения в области шейки мочевого пузыря. Мочевина крови- 4,2 ммоль/л, в анализе мочи- до 10 лейкоцитов в поле зрения. По данным УЗИ остаточной мочи более 100 мл. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Предварительный диагноз.
- Какие дополнительные обследования необходимо произвести?
- От чего зависит вид оперативного вмешательства. Поясните?
- Какой параметр определяет стадию заболевания.
- Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Больной В. 56 лет, обратился к урологу с жалобами слабость, потерю аппетита боли в области мошонки, увеличение грудных желез. Считает себя больным в течении нескольких месяца когда появились выше указанные жалобы .

Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание. Пульс 77 ударов в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный справа. Мошонка отечна, при пальпации болезненна, отмечается увеличение правого яичка. Паховые лимфоузлы не пальпируются. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз? Необходимые методы обследования? Ваша тактика лечения?

Больной 50лет, с жалобами слабость, потерю аппетита отечность боли в области мошонки, увеличение грудных желез. Считает себя больным в течении нескольких месяца когда появились выше указанные жалобы . За медицинской помощью не обращался. В последние 2 недели отметил нарастание выше указанных жалоб.

Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание. Пульс 77 ударов в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мошонка отечна, при пальпации болезненна, отмечается увеличение правого яичка. Паховые лимфоузлы не пальпируются. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)

Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз?
- Необходимые методы обследования?
- Ваша тактика лечения?

Критерии

«зачтено» - обучающийся решил задачу в соответствии с алгоритмом, дал полные и точные ответы на все вопросы задачи, представил комплексную оценку предложенной ситуации, сделал выводы, привел дополнительные аргументы, продемонстрировал знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, нормативно-правовых актов; предложил альтернативные варианты решения проблемы;

«не зачтено» - обучающийся не смог логично сформулировать ответы на вопросы задачи, сделать выводы, привести дополнительные примеры на основе принципа межпредметных связей, продемонстрировал неверную оценку ситуации.

Фонд оценочных средств итоговой аттестации:

- вопросы для подготовки к экзамену;

1. Содержание понятия «морфология опухоли». Современные понятия об органочувственности опухоли. (ИД ПК 1)
Тканевый и клеточный атипизм опухоли. Современные представления о метаплазии и дисплазии. (ИД ПК 1)
2. Гистогенетическая классификация опухолей. Макроскопические виды опухоли. Какое значение морфологии опухоли для выбора метода лечения и прогноза. Лечебный патоморфоз опухоли. (ИД ПК 1)
3. Какие основные теории онкогенеза? (ИД ПК 1)
4. Экзогенные и эндогенные канцерогены. (ИД ПК 1)
5. Каковы основные статистические показатели, характеризующие распространенность и смертность злокачественных новообразований среди населения России? Чем объяснить половозрастные различия статистических показателей в динамике заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них? (ИД ПК 1)
6. Какие основные научные направления определяют актуальность исследований в онкологии? (ИД ПК 1)
7. Что подразумевает понятие активный поиск злокачественных опухолей? Какие программы скрининга злокачественных опухолей применяются в России и Мире? (ИД ПК 1, ИД ПК 2)
8. Какие задачи онкологической службы в целом, онкологического диспансера, онкологического кабинета, кабинета противоболевой терапии, хосписа? (ИД ПК 1)
9. Учетные формы онкологической документации. Правила и порядок заполнения. Дальнейшая судьба этих документов. (ИД ПК 1)
10. Роль факторов внешней и внутренней среды в возникновении онкологических заболеваний. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 6)
11. Первичная, вторичная, третичная профилактика рака. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 6)

12. Первичная и вторичная диагностика злокачественных опухолей. Группы повышенного риска. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 6)
13. Патогенез симптомов злокачественного заболевания. Как формулируется диагноз опухолевого заболевания по стадиям, в том числе TNM? (ИД ПК 3)
14. Рациональное построение инструментальной и лабораторной диагностики злокачественных опухолей (ИД ПК 3)
15. Виды лучевых методов диагностики. Задачи и возможности лучевых методов диагностики злокачественных опухолей. (ИД ПК 3)
16. Виды эндоскопических методов диагностики. Задачи и возможности эндоскопических методов диагностики злокачественных опухолей (ИД ПК 3)
17. Биохимические методы диагностики. Опухолевые маркеры. Иммунологические методы в диагностике. (ИД ПК 3)
18. Морфологическая диагностика в деятельности онколога (виды морфологических исследований, способы забора материала) (ИД ПК 3)
19. Методы лечения в онкологии. (ИД ПК 4)
20. Хирургическое лечение в онкологии. (ИД ПК 4)
21. Механизмы лучевого воздействия на опухоль. Корпускулярные и волновые методы облучения. (ИД ПК 4)
22. Задачи лучевой терапии в онкологии. Радиочувствительность опухолей. (ИД ПК 4)
23. Методы лучевой терапии. Фракционирование. Радиомодификация. (ИД ПК 4)
24. Лучевые реакции и осложнения. (ИД ПК 4)
25. Принципы химиотерапии. Биологическое поведение опухолей и их ответ на лекарственную терапию. (ИД ПК 4)
26. Классификация противоопухолевых цитостатиков по механизму действия. (ИД ПК 4)
27. Химиотерапия как самостоятельный метод лечения и составная комбинированного лечения. Осложнения химиотерапии. (ИД ПК 4)
28. Таргетные препараты и их эффективность при различных злокачественных опухолях. (ИД ПК 4)
29. Группы гормональных препаратов и антигормоны. Механизм действия гормонального лечения и показания к нему. (ИД ПК 4)
30. Модификаторы биологических реакций. Классификация, механизм действия. (ИД ПК 4)
31. Распространенность и причины возникновения опухолей губы, слизистой полости рта и глотки. Предопухолевые состояния. Макро- и микроскопические формы данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей губы, слизистой полости рта и глотки. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

32. Клиника и диагностика опухолей губы, слизистой полости рта и глотки. Лечение опухолей губы, слизистой полости рта и глотки. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
33. Распространенность и причины возникновения опухолей гортани. Предопухоловые состояния. Макро- и микроскопические формы данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей гортани. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)
34. Клиника и диагностика опухолей гортани. Лечение опухолей гортани. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 5)
35. Распространенность и причины возникновения опухолей щитовидной железы. Гистологические формы данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей рака щитовидной железы. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3)
36. Клиника и диагностика опухолей щитовидной железы. Лечение опухолей щитовидной железы. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 5)
37. Распространенность и причины возникновения опухолей костей. Классификация данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей костей. (ИД ПК 1, ИД ПК 3)
38. Клиника и диагностика опухолей костей. Лечение опухолей костей. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
39. Распространенность и причины возникновения опухолей мягких тканей. Классификация опухолей мягких тканей. Закономерности прогрессирования опухолей мягких тканей. (ИД ПК 1, ИД ПК 3)
40. Клиника и диагностика опухолей мягких тканей. Лечение опухолей мягких тканей. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
41. Распространенность и причины возникновения опухолей шейки матки. Предопухоловые состояния. Макро- и микроскопические формы данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей шейки матки. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)
42. Клиника и диагностика опухолей шейки матки. Лечение опухолей шейки матки. Профилактика рака шейки матки. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)
43. Распространенность и причины возникновения опухолей тела матки. Предопухоловые состояния. Макро- и микроскопические формы данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей тела матки. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3)
44. Клиника и диагностика опухолей тела матки. Лечение опухолей тела матки. Профилактика рака тела матки. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)

45. Распространенность и причины возникновения опухолей яичника. Предопухолевые состояния. Макро- и микроскопические формы данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей яичника. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3)
46. Клиника рака яичника. Диагностика опухолей тела яичника. Лечение опухолей яичника. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. Метастатические опухоли яичника. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
47. Распространенность и причины возникновения опухолей наружных половых органов и влагалища. Предопухолевые состояния. Макро- и микроскопические формы данных опухолей. Закономерности прогрессирования опухолей наружных половых органов и влагалища. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3)
48. Клинические проявления опухолей наружных половых органов и влагалища. Диагностика опухолей наружных половых органов и влагалища. Лечение опухолей наружных половых органов и влагалища. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
49. Распространенность и причины возникновения эпителиальных опухолей кожи. Предраковые заболевания кожи. Макро- и микроскопические формы рака кожи. Закономерности прогрессирования эпителиальных опухолей кожи. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 6)
50. Клиника рака кожи. Диагностика рака кожи. Лечение рака кожи. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
51. Внутренние и внешние факторы возникновения меланомы кожи. Меланоопасные невусы и неневоидные образования кожи. Клиника и тактика врача при этих заболеваниях. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)
52. Закономерности прогрессирования меланомы кожи. Клиника меланомы кожи. Диагностика меланомы кожи. (ИД ПК 3)
53. Лечение меланомы кожи. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. Профилактика меланомы кожи. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
54. Этиология рака пищевода. Закономерности прогрессирования рака пищевода. Клиника рака пищевода. Закономерности прогрессирования рака пищевода. Профилактика рака пищевода (ИД ПК 1, ИД ПК 3, ИД ПК 6)
55. Клиника, диагностика и лечение рака пищевода. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
56. Классификация опухолей средостения. Клиника, опухолей средостения. (ИД ПК 3)
Диагностика и лечение опухолей средостения. Диспансерное наблюдение за больными с данной патологией. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
57. Эпидемиология опухолей легких Этиология и классификация рака легкого. Закономерности прогрессирования рака легкого. Профилактика и скрининг рака легкого. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 6)

58. Клиника, диагностика и лечение рака легкого. Диспансерное наблюдение за больными с опухолями легкого. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
59. Эпидемиология рака желудка. Фоновые заболевания для рака желудка. Классификация опухолей желудка. Закономерности прогрессирования рака желудка. Профилактика рака желудка. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 6)
60. Клиника опухолей желудка. Диагностика опухолей желудка. Лечение опухолей желудка. Диспансерное наблюдение за больными с опухолями желудка. Скрининг рака желудка. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
61. Эпидемиология рака печени. Этиология и классификация опухолей печени. Закономерности прогрессирования рака печени. Клиника опухолей печени.
 62. Диагностика и лечение опухолей печени. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)
63. Эпидемиология рака билиопанкреатодуоденальной области. Этиология и классификация опухолей билиопанкреатодуоденальной области. Закономерности прогрессирования рака органов билиопанкреатодуоденальной области. (ИД ПК 1, ИД ПК 3)
64. Клиника опухолей органов билиопанкреатодуоденальной области. Диагностика опухолей органов билиопанкреатодуоденальной области. Дифференциальная диагностика желтух. Лечение опухолей органов билиопанкреатодуоденальной области. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)
65. Эпидемиология колоректального рака. Этиология и классификация колоректального рака. Предраковые состояния колоректальной зоны и тактика врач при них. Закономерности прогрессирования колоректального рака. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 6)
66. Клиника рака ободочной и прямой кишки. Диагностика колоректального рака. (ИД ПК 3)
67. Лечение колоректального рака. Диспансерное наблюдение при колоректальном раке. Раннее выявление колоректального рака. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
68. Распространенность и классификация опухолей брюшинного пространства. Закономерности прогрессирования брюшинных опухолей. Клиника, диагностика, лечение брюшинных внеорганных опухолей. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)
69. Распространенность и причины возникновения предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез. Классификация предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез. Роль предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез в возникновении рака молочной железы. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 6)
70. Клиника предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез. Диагностика предопухолевых заболеваний и доброкачественных опухолей молочных желез. Лечебная тактика при предопухолевых заболеваниях и доброкачественных опухолей молочных желез. Диспансерное наблюдение за

большими предопухолевыми заболеваниями и доброкачественными опухолями молочных желез. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)

71. Эпидемиология рака молочной железы. Причины возникновения рака молочной железы. Закономерности прогрессирования и метастазирования рака молочной железы. Классификация рака молочной железы. (ИД ПК 1, ИД ПК 2, ИД ПК 3)
72. Клинические проявления рака молочной железы в зависимости от клинической формы. Диагностика рака молочной железы. Лечение рака молочной железы в зависимости от стадии, клинической формы, данных морфологического исследования. Профилактика рака молочной железы. Скрининг рака молочной железы. Диспансерное наблюдение при раке молочной железы. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 5, ИД ПК 6)
73. Эпидемиология злокачественных лимфом. Этиология и патогенез злокачественных лимфом. Классификация лимфомы Ходжкина и неходжкинской лимфомы. Клиническая картина лимфомы Ходжкина. Клинические проявления неходжкинской лимфомы. (ИД ПК 1, ИД ПК 3)
74. Диагностика злокачественных лимфом. Значение морфологического метода исследования и техника забора материала для него. Объём исследования для оценки распространенности опухолевого процесса при злокачественных лимфомах. Факторы прогноза при злокачественных лимфомах. Выбор метода исследования в зависимости от вида лимфомы, и клинических особенностей болезни. Прогноз при злокачественных лимфомах. Экспертиза трудоспособности при злокачественных лимфомах. Социальная значимость реабилитации больных злокачественными лимфомами. (ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 5)
75. Эпидемиология рака мочевых путей (опухолей почки, лоханки мочеточника, мочевого пузыря). Этиология и классификация рака мочевых путей. Макро- и микроскопические формы опухолей мочевых путей. Классификация опухолей мочевых путей. Закономерности прогрессирования рака мочевых путей. (ИД ПК 1, ИД ПК 3)
76. Клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение при раке почки. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
77. Клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение при раке лоханки и мочеточника. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
78. Клиника, диагностика, лечение, диспансерное наблюдение при раке мочевого пузыря. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 5)
79. Эпидемиология, причины возникновения рака предстательной железы. Закономерности прогрессирования и метастазирования рака предстательной железы. Классификация рака предстательной железы. (ИД ПК 1, ИД ПК 3)
80. Клинические проявления рака предстательной железы. Диагностика рака предстательной железы. Лечение рака предстательной железы в зависимости от стадии, данных морфологического исследования и других факторов. Скрининг рака

предстательной железы. Диспансерное наблюдение при раке предстательной железы. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4, ИД ПК 5)

81. Эпидемиология, причины возникновения рака яичка. Закономерности прогрессирования и метастазирования рака яичка. Классификация рака яичка. (ИД ПК 1, ИД ПК 3)
82. Клиника, диагностика и лечение рака яичка. Диспансерное наблюдение при раке яичка. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
83. Эпидемиология, причины возникновения рака полового члена. Закономерности прогрессирования и метастазирования рака полового члена. Классификация рака полового члена. (ИД ПК 1, ИД ПК 3)
84. Клиника, диагностика, лечение рака полового члена. Диспансерное наблюдение при раке полового члена. (ИД ПК 2, ИД ПК 3, ИД ПК 4)
85. Что является наркотическим веществом? Какие наркотические вещества применяют в настоящее время в фармакотерапии острой и хронической боли? Что является психотропным веществом? Какие психотропные вещества применяют в настоящее время в фармакотерапии острой и хронической боли? Что является прекурсором наркотических и психотропных веществ? (ИД ПК 4)
86. Какие методы контроля устанавливаются в отношении наркотических средств и психотропных веществ? Какие условия осуществления фармакотерапии наркотическими и психотропными веществами? Какой порядок хранения, назначения и применения наркотических и психотропных средств? (ИД ПК 4)
87. Классификация боли. Причины возникновения острой и хронической боли. Диагностика болевых синдромов. Общие принципы лечения боли. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)
88. Медикаментозное лечение болевого синдрома. Немедикаментозные методы лечения болевого синдрома. (ИД ПК 4)
89. Причины возникновения и патогенез кахексии и анорексии у онкологических больных. Лечение кахексии и анорексии. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)
90. Причины возникновения и патогенез рвоты, икоты, диареи и запора у онкологических больных. Лечение рвоты, икоты, диареи и запора. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)
91. Причины возникновения и патогенез почечной и печеночной недостаточности у онкологических больных. Лечение почечной и печеночной недостаточности. (ИД ПК 3, ИД ПК 4)


Оценки «отлично» заслуживает обучающийся, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «отлично» выставляется обучающимся, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает обучающийся, обнаруживший полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющий предусмотренные в программе задания, усвоивший основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает обучающийся, обнаруживший знания основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по специальности, справляющийся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомый с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на экзамене и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий

- экзаменационные билеты;

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология» Экзаменационный билет № 1	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. _____

1. Выявление, клиника и диагностика рака щитовидной железы.
2. Методы диагностики рака желудка.

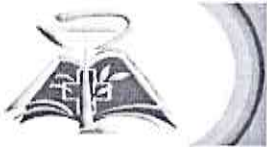
Ситуационная задача

Больная, 45 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. При влагалищном исследовании шейка матки плотная,

гипертрофирована. На шейке видны разрастания в виде цветной капусты, легко кровоточащие при контакте. На передней губе шейки имеется кровоточащее углубление. Тело матки без особенностей, подвижно, болезненное. Придатки не пальпируются. Левый параметрий свободен, в правом определяется небольшая инфильтрация, не доходящая до стенки таза.

Вопросы

- 1) Какое исследование необходимо провести для установления диагноза?
- 2) Какую морфологическую структуру имеют злокачественные опухоли ПШМ?
- 3) Назовите дополнительный метод обследования, который надо применить больной для уточнения диагноза?
- 4) Назовите этапы лимфогенного метастазирования РШМ.
- 5) Ваш предположительный диагноз?
- 6) Лечение РШМ IIВ стадии.

 <p>ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России</p>	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	
	<p>Система менеджмента качества</p>	
<p>Институт непрерывного дополнительного образования</p> <p>Центр непрерывного медицинского образования</p> <p><i>Кафедра онкологии</i></p>	<p>Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология»</p>	<p>Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г.</p>
	<p>Экзаменационный билет № 2</p>	<p>_____</p>

1. Основные схемы скрининга и методы диагностики рака легкого.
2. Уточняющая диагностика рака желудка.


Ситуационная задача

Больная 43 лет. Поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сукровичные выделения из влагалища, боли в низу живота на протяжении трех месяцев. Менструации с 16 лет по 3-4 дня через 28 дней, безболезненные, умеренные, было 6 беременностей, из них родов — 3, аборт — 3. При влагалищном исследовании шейка матки цилиндрической формы, плотной консистенции, эрозирована, тело матки увеличено до 12 нед беременности,

округлой формы с неровной поверхностью, плотной консистенции. Придатки не определяются.

Вопросы

- 1) Назовите ранние проявления РШМ.
- 2) Роль ВПЧ в развитии РШМ.
- 3) С помощью какого исследования можно обнаружить ВПЧ?
- 4) Какое практическое значение имеет установление типов ВПЧ, являющихся этиологическим фактором развития РШМ?
- 5) Диагностика РШМ.
- 6) Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
- 7) Какая распространенность РШМ соответствует T1b1
- 8) Лечение РШМ стадии T1b1.

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология»	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. _____
	Экзаменационный билет № 3	

1. Выявление и диагностика рака ободочной кишки.
2. Понятие о комбинированном и комплексном лечении злокачественных новообразований легкого.


Ситуационная задача

Больная 34 лет, повышенного питания, состоит на диспансерном учёте по поводу миомы матки. Беременностей не было. В течение 4 лет менструации обильные, продолжительные. По поводу маточного кровотечения госпитализирована в больницу. Проводили медикаментозную терапию. Выписана из стационара в удовлетворительном состоянии, рекомендована гормонотерапия. Лечение гормональными препаратами в

течение 4 месяцев неэффективно. При гинекологическом осмотре матка увеличена соответственно 9 нед. беременности, с узловатой поверхностью.

Вопросы

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Лечение миомы матки.
- 3) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 4) Эпидемиология РТМ.
- 5) Назовите факторы риска развития РТМ.
- 6) Методы исследования для уточнения диагноза.
- 7) Ошибка, допущенная врачом стационара.

 <p>ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России</p>	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология» Экзаменационный билет № 4	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. _____

1. Современные возможности диагностики и лечения опухолей почки.
2. Использование ионизирующего излучения в онкологии.


Ситуационная задача

У больной 47 лет с ожирением II степени жалобы на межменструальные кровянистые выделения. С помощью гистероскопии и прицельной биопсии обнаружен железисто-солидный рак, распространяющийся по всей внутренней поверхности тела матки. По данным УЗИ и МРТ, тазовые лимфатические узлы не изменены.

Вопросы

- 1) Назовите характерные особенности менструации в пременопаузе.
- 2) Какой морфологической структуры наиболее часто наблюдается РТМ?
- 3) Какие методы взятия материала для гистологического исследования эндометрия применяются?
- 4) Критерии стадии заболевания.

- 5) Какова лечебная тактика?
- 6) Прогноз в отношении этой больной.

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология»	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. <hr/>
	Экзаменационный билет № 5	


1. Клиническая симптоматика и тактика обследования при злокачественных лимфомах. Принципы лечения.
2. Клиника и диагностика рака прямой кишки.

Ситуационная задача

Больная 54 лет. Из сопутствующих заболеваний выраженное ожирение, гипертоническая болезнь. Менструации не прекращались. В течение 8 мес беспокоят обильные жидкие выделения, чередующиеся с кровяными выделениями, схваткообразная боль внизу живота. При обращении в женскую консультацию рекомендована медикаментозная терапия.

Вопросы

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) В какой последовательности, и какие инструментальные методы обследования необходимо было провести?
- 3) Назовите признаки I патогенетического варианта рака тела матки.
- 4) В чем отличие классификации стадии РТМ FIGO (1988 г.) от FIGO (1971 г.).
- 5) Лечение I клинической стадии РТМ.
- 6) Факторы прогноза РТМ.

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология» Экзаменационный билет № 6	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. <hr/>


1. Предраковые заболевания толстой кишки.
2. Современные возможности диагностики и лечения опухолей средостения.

Ситуационная задача

Больная 42 лет. Поступила в клинику с жалобами на боль внизу живота, нарушение функции желудочно-кишечного тракта (склонность к запорам в течение 6 месяцев), слабость, быструю утомляемость. После проведенного обследования подозрение на опухоль яичников. Во время операции у больной обнаружена двухсторонняя опухоль яичников. В большом сальнике выявлены метастазы опухоли. В брюшной полости умеренное количество асцитической жидкости.

Вопросы

- 1) Ваш диагноз?
- 2) В какой последовательности, и какие инструментальные методы обследования необходимо назначить?
- 3) Какая наиболее часто встречается морфологическая структура рака яичников?
- 4) Какое исследование нужно провести для уточнения диагноза?
- 5) Рекомендуемый объем операции?
- 6) Наблюдение за больными РЯ.

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология» Экзаменационный билет № 7	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. _____


1. Общие принципы морфологической классификации опухолей.
2. Опухоли полости носа и придаточных пазух: клиника, диагностика.

Ситуационная задача

В клинику поступила больная 60 лет. Из анамнеза выяснено, что 6 мес. тому назад появились слабость, недомогание. Затем стали беспокоить тяжесть и распирание в эпигастральной области, усугубляющиеся при приёме пищи. В день поступления: живот увеличен в размерах, пальпация его затруднена. При обследовании обнаружен асцит.

Вопросы

- 1) Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
- 2) Какой наиболее специфичный опухолевый маркер для эпителиального рака яичников?
- 3) Назовите характерные признаки пограничных опухолей яичников?
- 4) Показания к циторедуктивным операциям.
- 5) Роль химиотерапии в лечении РЯ.

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология»	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. _____
	Экзаменационный билет № 8	


1. Диагностика меланомы кожи. Симптомы активации невуса.
2. Клиника, первичная и уточняющая диагностика рака легкого.

Ситуационная задача

Больная 43 лет перенесла комбинированное лечение два года тому назад по поводу рака желудка III стадии. При очередной явке на контрольный осмотр. Состояние больной относительно удовлетворительное. При гинекологическом исследовании справа и слева от матки пальпируются плотные образования, расположенные над входом в малый таз.

Вопросы

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какие исследования необходимы для выработки тактики?
- 3) Ваш прогноз в отношении этой больной?

 <p>ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России</p>	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	
	<p>Система менеджмента качества</p>	
<p>Институт непрерывного дополнительного образования</p>	<p>Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология»</p>	<p>Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г.</p>
<p>Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i></p>	<p>Экзаменационный билет № 9</p>	<p>_____</p>


1. Клиника и диагностика рака яичников.
2. Рак полости рта. Клиника, диагностика, принципы лечения.

Ситуационная задача

Пациентка 36 лет, обратилась к онкологу с жалобами на болезненность, отечность молочных желез, связанных с менструальным циклом. Из анамнеза родов 2, аборт 4, нарушения менструального цикла по типу дисменореи. При пальпации в верхне-наружном квадранте правой молочной железы обнаружена болезненная опухоль 3 см в диаметре, кожа над ней не изменена. Из соска выделения желтоватого цвета. Подмышечные л/узлы слегка увеличены, болезненны. Болезненность и размер опухоли, а также выделения циклически в течение месяца.

Вопросы

1. Какой предположительный диагноз вы можете поставить?
2. Какие учетные формы необходимо заполнить?
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести?
4. Определите тактику лечения
5. Перечислите факторы риска заболевания?
6. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология»	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. _____
	Экзаменационный билет № 10	


1. Первичная медицинская документация в онкологии.
2. Рак пищевода: диагностика, принципы лечения.

Ситуационная задача

Больная 58 лет. Поступила в клинику с жалобами на наличие опухоли в правой молочной железе, увеличение лимфатических узлов в подмышечной области на одноименной стороне, боли в грудном отделе позвоночника. При осмотре: молочные железы нормально развиты. Правая молочная железа в области нижней полуокружности деформирована большой, неподвижной, фиксированной к грудной стенке опухолью размерами до 6 см. Сосок втянут. В аксиллярной области пальпируется конгломерат пальпируется конгломерат увеличенных лимфатических узлов, спаянных с кожей до 7 см. в диаметре. Левая молочная железа не изменена. В анамнезе 8 лет назад - экстирпация матки с придатками по поводу миомы, родов 2 аборт 2, курит с 14 лет по 0,5 пачки в день.

Вопросы

1. Каков диагноз и стадия болезни?
2. Определите группу диспансерного наблюдения
3. Какие учетные документы необходимо заполнить
4. Перечислите диагностические процедуры для подтверждения диагноза
5. Показана ли химиотерапия, если показана проведите первую линию химиотерапии, при резистентности к препаратам первой линии назначьте вторую линию химиотерапии
6. Ваша тактика при метастатическом поражении костей
7. Показана ли гормонотерапия, если показана какую можно провести
8. Есть ли показания к хирургическому лечению, если есть какое вмешательство можно провести
9. Перечислите факторы риска выявленные у пациентки
10. Проанализируйте причины запущенности

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология»	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. _____
	Экзаменационный билет № 11	


1. Специальная первичная документация в онкологии. Преимущество врачей в диагностике, лечении и наблюдении за онкологическими больными.
2. Предопухолевые заболевания слизистой желудка.

Ситуационная задача

Больная, 60 лет, жалобы на кровянистые выделения из соска пачкающие белье, незначительная болезненность в период, когда выделений нет. Внешне железа не изменена, при пальпации выявить что-либо не удалось, лимфоузлы не пальпируются.

Вопросы

- Какой предположительный диагноз вы можете поставить?
2. Какие учетные формы необходимо заполнить?
 3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести?
 4. Определите тактику лечения
 5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология» Экзаменационный билет № 12	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. _____


1. Принципы диагностики и лечения больных остеогенной саркомой и саркомой Юинга.
2. Злокачественные опухоли носоглотки: клиника, современные методы диагностика и принципы лечение.

Ситуационная задача

Больная 39 лет обратилась к онкологу с жалобами на опухолевое образование в левой молочной железе, которое обнаружила самостоятельно. Из анамнеза – роды 1 (дочь 17 лет), аборт нет, у матери рак молочной железы. Менструации регулярные каждые 28 дней. При пальпации определяется опухолевое образование до 4 см. в левой молочной железе, увеличен подмышечный л/у. Биопсия образования обнаружены клетки - дуктальной аденокарциномы, РЭ -0 баллов, РП – 0 баллов, HER2neu+++
 Генетический анализ – обнаружена мутация гена BRCA -1.

Вопросы

1. Каков диагноз и стадия болезни?
2. Определите группу диспансерного наблюдения
3. Какие учетные документы необходимо заполнить
4. Перечислите диагностические процедуры для подтверждения диагноза
5. Показана ли химиотерапия, если показана проведите первую линию химиотерапии
6. Показана ли гормонотерапия, если показана какую можно провести
7. Есть ли показания к хирургическому лечению, если есть какое вмешательство можно провести
8. Перечислите факторы риска выявленные у пациентки
9. Профилактические мероприятия при данной патологии

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология»	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. _____
	Экзаменационный билет № 13	

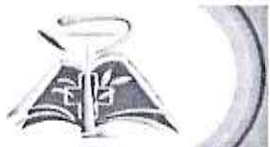
1. Диагностика рака поджелудочной железы. Принципы лечения.
2. Современные методы морфологической верификации опухолей.

Ситуационная задача

Больной 60 лет, курильщик, жалуется на кашель, боли в левой половине грудной клетки, одышку при физической нагрузке. Считает себя больным в течение 6 мес. На рентгенограммах органов грудной клетки — расширение тени левого корня, имеющего полициклический контур. В периферических отделах нижней доли левого лёгкого — затемнение округлой формы, связанное «дорожкой» с корнем, диаметром 4 см.

Вопросы

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика
3. Какой метод необходим для установления диагноза?
4. Какой метод лечения применим в данном случае?
5. В каком объёме возможна операция у данного пациента?
6. Диспансеризация и меры профилактики

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология»	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. _____
	Экзаменационный билет № 15	


1. Значение лучевой терапии в лечении онкологических больных. Осложнения лучевой терапии и их профилактика.
2. Клиника и диагностика лимфогранулематоза. Понятие о симптомах интоксикации.

Ситуационная задача

Больной 67 лет жалуется на боли в правом плечевом суставе с иррадиацией в шею и голову. При осмотре выявлен правосторонний птоз и экзофтальм, а также атрофия мышц правой верхней конечности. При рентгеноскопии органов грудной клетки патологии не обнаружено. На томограммах верхушки правого лёгкого — участок затемнения, расположенный субплеврально, а также узурация задних концов I и II рёбер и поперечного отростка I грудного позвонка.

Вопросы

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы необходимы для постановки и верификации диагноза?
3. Какие заболевания необходимо дифференцировать?
4. Какой метод лечения применим в данном случае?
5. Как называется вышеописанный синдром и чем он вызван?
6. Какая гистологическая структура наиболее характерна для данного патологического процесса?

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология» Экзаменационный билет № 14	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. <hr/>

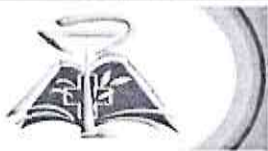
1. Принципы организации активного выявления больных злокачественными новообразованиями визуальных локализаций.
2. Диагностика и лечение больных раком тела матки.

Ситуационная задача

Больной 55 лет. Считает себя больным около 4 мес. Жалобы на одышку, кашель, осиплость голоса, расширение вен на передней поверхности грудной клетки, гиперемия, одутловатость лица. Рентгенологически — расширение тени средостения вправо и влево. На томограммах средостения — увеличение лимфатических узлов.

Вопросы

1. При каких заболеваниях можно отметить подобную клинико-рентгенологическую картину?
2. Как называется вышеописанный синдром?
3. Характерен ли данный синдром для медиастинальной формы рака лёгкого?
4. Характерен ли данный синдром для лимфогранулематоза?
5. Характерен ли данный синдром для лимфосаркомы?
6. Характерен ли данный синдром для метастазов в лимфатические узлы средостения из невыявленного первичного очага?

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология» Экзаменационный билет № 16	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. <hr/>


1. Осложнения и профилактика лекарственной терапии.
2. Клиника и диагностика рака предстательной железы.

Ситуационная задача

Больной 59 лет обратился к врачу с жалобами на кашель с незначительным количеством слизистой мокроты, одышку при физической нагрузке, субфебрильную температуру, головные боли, слабость в правых верхней и нижней конечностях. На рентгенограмме выявлен ателектаз нижней доли правого лёгкого, расширение тени средостения и правого корня. При неврологическом осмотре правосторонний гемипарез.

Вопросы

- Ваш предварительный диагноз?
- Какой метод обследования поможет установить окончательный диагноз?
- Какой метод обследования поможет установить распространённость патологического процесса в грудной полости?
- Наиболее вероятная причина неврологических симптомов.
- Какой метод лечения применим в данном случае?

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология» Экзаменационный билет № 17	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. <hr/>


1. Первичная и уточняющая диагностика рака молочной железы.
2. Клиника и диагностика рака легкого

Ситуационная задача

Больной 60 лет, пенсионер, предъявляет жалобы на наличие язвы в области нижней губы. Впервые заметил появление язвы 5 месяцев тому назад, к врачу не обращался, лечился самостоятельно. За последние 2 недели появилась болезненность и увеличение размеров язвы. На красной кайме нижней губы слева от средней линии имеется язва неправильной формы, с неровным дном, размером до 2,5 см. Вокруг язвы имеется инфильтрация мягких тканей. Подчелюстные лимфатические узлы слева увеличены, безболезненные, плотные, подвижные.

Вопросы

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика?
3. Какой метод необходим для установления диагноза?
4. Какой метод лечения применим в данном случае?
1. 5.Реабилитационные мероприятия?
2. 6.Диспансеризация и меры профилактики

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология» Экзаменационный билет № 18	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. <hr/>


1. Доброкачественные и злокачественные опухоли. Основные отличия.
2. Клиника и диагностика злокачественных опухолей костей.

Ситуационная задача

Больной П., 59 лет, поступил в онкодиспансер с жалобами на затруднение прохождения пищи по пищеводу, особенно грубой. Появляются боли в области мечевидного отростка. При рентгенологическом исследовании обнаружено сужение просвета абдоминальной части пищевода. При эзофагоскопии установлено резкое сужение просвета пищевода опухолью, гистологическое заключение – аденокарцинома.

Вопросы

1. Какие учетные документы заполняются?
2. Ваш предварительный диагноз?
3. Методы уточняющей диагностики?
4. Какой метод лечения применим в данном случае?
5. Какова дальнейшая тактика хирурга?
6. Показания к адьювантной химиолучевой терапии.

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология»	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. <hr/>
	Экзаменационный билет № 19	


1. Паллиативная и симптоматическая помощь.
2. Первичная диагностика рака прямой кишки.

Ситуационная задача

Больной Ф., 62 года, направлен из районной больницы в онкодиспансер на оперативное лечение с диагнозом: рак средней трети пищевода. Болен около года. В настоящее время проходит только жидкая пища. Отмечает сильные постоянные боли между лопаток. Голос осиплый. Истощён. На присланных рентгенограммах имеется дефект наполнения в средней трети пищевода протяжённостью около 10 см.

Вопросы:

1. Какие учетные документы заполняются, клиническая группа.
2. Ваш предварительный диагноз
3. Методы дообследования
4. Какой метод лечения применим в данном случае
5. Реабилитационные мероприятия

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология»	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. _____
	Экзаменационный билет № 20	

1. Опухоли слонных желез: особенности клинических проявлений, оптимальный диагностический комплекс.
2. Клиника, диагностика рака молочной железы.

Ситуационная задача


В хирургическое отделение в экстренном порядке поступила больная Н., 40 лет, с жалобами на обильную рвоту алой кровью, которая возникала впервые 2 часа назад среди полного здоровья.

При поступлении состояние больной тяжёлое. Кожные покровы бледные. АД - 90/60 мм рт. ст. Пульс – 118 уд/мин. В клиническом анализе крови отмечено: эрит. – 2,7 млн, Нв – 58г/л. В клинике дважды была довольно обильная рвота алой кровью. Проводилось лечение: голод, переливание свежечитарной крови – 1200 мл, гемостатическая терапия. Кровотечение остановилось. Самочувствие больной значительно улучшилось.

При рентгенологическом исследовании пищевода через 10 дней в средней трети обнаружен овоидный дефект наполнения с ровными контурами, величиной со сливу, выступающий в просвет пищевода. При фиброэзофагоскопии установлено, что слизистая пищевода над опухолью не изменена, лишь в одном месте имеется дефект её около 3 мм в диаметре, закрытый организовавшийся тромбом.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Методы уточняющей диагностики
4. Какой метод лечения применим в данном случае.
5. Диспансерное наблюдение.

 ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования Центр непрерывного медицинского образования <i>Кафедра онкологии</i>	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология»	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г. _____
	Экзаменационный билет № 21	


1. Тактика врача при обнаружении плеврита.
2. Опухоли яичника: клиника и диагностика.

Ситуационная задача

Больной 54 лет, курит в течение 30 лет, употребляет алкоголь, работает дорожным рабочим (укладывает асфальт). Обратился к врачу с жалобами на непривычные ощущения и незначительные боли в области языка, которые появились около месяца тому назад. На боковой поверхности в средней и частично задней трети левой половины языка имеется язва экзофитного типа роста, размером до 3,5 см с распадом, дно язвы покрыто фибринозными наложениями. На боковой поверхности шеи в средней трети у переднего края кивательной мышцы пальпируется увеличенный лимфатический узел, плотной консистенции, безболезненный, малоподвижный.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Методы уточняющей диагностики
4. Какой метод лечения применим в данном случае.
5. Реабилитационные мероприятия
6. Диспансеризация и меры профилактики.

 <p>ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России</p>	<p>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации</p>	
	<p>Система менеджмента качества</p>	
<p>Институт непрерывного дополнительного образования</p> <p>Центр непрерывного медицинского образования</p> <p><i>Кафедра онкологии</i></p>	<p>Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология»</p>	<p>Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «10» апреля 2022 г.</p> <p>_____</p>
	<p>Экзаменационный билет № 22</p>	


1. Организация онкологической службы в РФ.
2. Клиника и диагностика рака печени.

Ситуационная задача

Больная к., 52 года, поступила в отделение с жалобами на периодические боли в левом фланге, вздутие живота, урчание кишечника. Стул склонен к запорам, в нём определяются примесь слизи и прожилки крови. Выше указанные жалобы отмечает в течении 8 месяцев. При осмотре состояние больной удовлетворительное, средней упитанности. Со стороны сердца и лёгких патологических изменений не выявлено. При пальпации живота в левой подвздошной области определяется опухолевидное образование 7×4 см, малоподвижное, плотное, безболезненное. Печень выступает на 2см. ниже реберной дуги, бугристая плотной консистенции.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Методы уточняющей диагностики
4. Какой метод лечения применим в данном случае.
5. Показание к таргентной терапии.
6. Реабилитация и диспансерное наблюдение.

	Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации	
ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России	Система менеджмента качества	
Институт непрерывного дополнительного образования	Программа дополнительного профессионального образования повышения квалификации «Онкология»	Утверждаю Зав. кафедрой, к.м.н., доцент С.А. Кисличко «23» ноября 2022 г.
Центр непрерывного медицинского образования	Экзаменационный билет № 23	<hr/>
<i>Кафедра онкологии</i>		

1. Основные причины «запущенности» онкологической патологии.
2. Принципы лечения лимфогранулематоза.

Ситуационная задача

Больной 63 лет в течение трех месяцев отмечает умеренные ноющие боли в правой подвздошной области, вздутие живота, усиленное урчание кишечника, субфебрильную температуру. Около месяца беспокоят запоры, сменяющиеся жидким стулом со следами темной крови. Три дня назад боли в животе усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. Состояние больного тяжелое, пульс 94 уд/мин. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области, где определяется малоподвижный плотный инфильтрат. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости, чаши Клойбера.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика.
3. Методы уточняющей диагностики
4. Какой метод лечения применим в данном случае.
5. Показание к таргетной терапии.
6. Реабилитация и диспансерное наблюдение.