

**Бюджетное учреждение высшего образования**  
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры  
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по УМР  
\_\_\_\_\_ Е.В Коновалова  
« » \_\_\_\_\_ 20 г., протокол УС №

## Онкология

### рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Хирургических болезней**

Учебный план о310857-Онкол-22-1.plx  
Специальность: Онкология

Квалификация **Врач-онколог**

Форма обучения **Очная**

Общая трудоемкость **26 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 936

в том числе:

аудиторные занятия 448

самостоятельная работа 380

часов на контроль 108

Виды контроля в семестрах:  
экзамены 1, 2

#### Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		2 (1.2)		Итого	
	Неделя 16		16			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	32	32	16	16	48	48
Практические	192	192	208	208	400	400
Итого ауд.	224	224	224	224	448	448
Контактная	224	224	224	224	448	448
Сам. работа	190	190	190	190	380	380
Часы на контроль	54	54	54	54	108	108
Итого	468	468	468	468	936	936

Программу составил(и):

д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней, Парсаданян Арарат Микичович \_\_\_\_\_

Рабочая программа дисциплины

**Онкология**

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.57  
ОНКОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 2014.08.25г. №1100)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Онкология

утвержденного учёным советом вуза от «17» июня 2022 г., протокол № 6

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

**Хирургических болезней**

Протокол от « » \_\_\_\_\_ 20 г. №

Срок действия программы: 2022-2023 уч.г

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Дарвин В.В. \_\_\_\_\_

Утверждена на УМС МИ от 21.05.2022г., Протокол №7

Председатель УМС к.м.н., старший преподаватель Лопатская Ж.Н. \_\_\_\_\_

<b>1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ</b>	
1.1	Подготовка квалифицированного врача-специалиста онколога, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в специализированной области «Онкология».
1.2	Задачи послевузовского профессионального образования врача-ординатора по специальности «Онкология»: сформировать обширный объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача-онколога и способного решать свои профессиональные задачи; сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача-специалиста по специальности «Онкология», обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующего в сложной патологии, имеющие углубленные знания смежных дисциплин; сформировать у врача-специалиста умения в освоении новейших технологий и методик в сфере профессиональных интересов по специальности «Онкология»; подготовить врача-специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности в области «Онкология»; подготовить врача-специалиста онколога, владеющего навыками и врачебными манипуляциями по профильной специальности и общеврачебными манипуляциями по оказанию скорой и неотложной помощи; сформировать и совершенствовать систему профессиональных знаний, умений, позволяющих врачу-онкологу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии

<b>2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП</b>	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б
<b>2.1</b>	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>
2.1.1	Дисциплины, изученные в период получения высшего образования по специальности "Лечебное дело", "Педиатрия";
<b>2.2</b>	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>
2.2.1	Подготовка и сдача государственного экзамена
2.2.2	Государственная итоговая аттестация
2.2.3	Производственная (клиническая) практика

<b>3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)</b>
<b>УК-1: готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</b>

<b>УК-2: готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</b>
---

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

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

<b>ПК-2: готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными</b>
---

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

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

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

**ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической**

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

**ПК-8: готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и**

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

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

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

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

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

<b>3.1</b>	<b>Знать:</b>
3.1.1	- организацию онкологической помощи населению
3.1.2	- основные принципы реабилитации онкологических больных (социально-экономическое значение экспертизы трудоспособности; основные положения по рекомендации и назначению санаторно-курортного лечения онкологическим больным)
3.1.3	- вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача-онколога
3.1.4	-морфологические классификации опухолей
3.1.5	- опухоли и опухолеподобные процессы
3.1.6	-формы роста и распространения опухолей
3.1.7	-принципы диагностики злокачественных опухолей
3.1.8	-лабораторные методы исследования, применяемые в онкологической практике
3.1.9	-методы лучевой диагностики
3.1.10	-операционную диагностику
3.1.11	-формирование клинического диагноза
3.1.12	-современные подходы к лечению злокачественных опухолей
3.1.13	-принципы хирургического лечения злокачественных опухолей
3.1.14	-принципы лучевой терапии
3.1.15	-принципы лекарственной терапии
3.1.16	-показания к симптоматическому лечению

3.1.17	- правовые вопросы онкологической службы (рабочее время, оплата труда, время отдыха, дисциплина)
3.1.18	- основы теоретической и экспериментальной онкологии.
3.1.19	
3.1.20	Опухоли головы и шеи.
3.1.21	- злокачественные опухоли губы
3.1.22	-злокачественные опухоли языка, слизистой оболочки щеки, дна полости рта твердого и мягкого неба
3.1.23	-опухоли слюнных желез
3.1.24	-злокачественные опухоли нижней челюсти
3.1.25	-опухоли полости носа и носоглотки
3.1.26	-опухоли ротоглотки
3.1.27	-опухоли гортани и гортаноглотки
3.1.28	-злокачественные опухоли щитовидной железы
3.1.29	- злокачественные опухоли верхней и нижней челюсти
3.1.30	- саркомы мягких тканей головы и шеи
3.1.31	- меланому кожи головы и шеи
3.1.32	Опухоли органов грудной клетки
3.1.33	-опухоли средостения

3.1.34	-опухоли пищевода
3.1.35	-опухоли легких
3.1.36	-опухоли плевры
3.1.37	Опухоли органов брюшной полости
3.1.38	-опухоли желудка
3.1.39	-опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны
3.1.40	-первичный и метастатический рак печени
3.1.41	-опухоли тонкой кишки
3.1.42	-опухоли ободочной кишки
3.1.43	-опухоли прямой кишки
3.1.44	Опухоли женских половых органов
3.1.45	- опухоли шейки матки
3.1.46	-опухоли тела матки
3.1.47	-опухоли придатков матки
3.1.48	-опухоли наружных половых органов и влагалища
3.1.49	Забрюшинные внеорганные опухоли
3.1.50	-доброкачественные забрюшинные внеорганные опухоли
3.1.51	-Злокачественные забрюшинные внеорганные опухоли
3.1.52	Опухоли мочеполовой системы
3.1.53	-опухоли почек
3.1.54	-опухоли лоханки и мочеточника
3.1.55	-опухоли надпочечников
3.1.56	-опухоли мочевого пузыря
3.1.57	-рак предстательной железы
3.1.58	-опухоли яичка
3.1.59	-опухоли полового члена
3.1.60	Опухоли молочной железы
3.1.61	-предопухольевые заболевания молочных желез
3.1.62	-рак молочной железы
3.1.63	Опухоли опорно-двигательного аппарата
3.1.64	-предопухольевые заболевания костей
3.1.65	-опухоли костей

3.1.66	-Опухоли мягких тканей
3.1.67	Опухоли кровеносной системы
3.1.68	-множественная миелома
3.1.69	-лейкозы
3.1.70	-болезнь Ходжкина
3.1.71	- неходжкинские лимфомы
3.1.72	Опухоли кожи
3.1.73	-эпителиальные опухоли кожи
3.1.74	-неэпителиальные опухоли кожи
3.1.75	-меланома и пигментные невусы
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	- уметь купировать приступ бронхиальной астмы и астматический статус
3.2.2	- уметь купировать кому при диабетическом кетоацидозе, гиперосмолярную и гипогликемическую
3.2.3	- умение купировать анафилактический шок
3.2.4	- умение оказать первую помощь при ДТП и катастрофах: остановка кровотечения, алгоритм действий при переломах различной локализации, навыки остановки кровотечения и иммобилизация
3.2.6	Организация онкологической помощи в РФ

3.2.7	- выявить клинические показания к плановой и срочной госпитализации онкологических больных, показания для госпитализации или перевода больного на лечение к другому специалисту, определить профиль лечебного учреждения или специалиста с учетом особенностей и тяжести состояния
3.2.8	- определить срок временной потери трудоспособности онкологического больного и установить показания для направления на ВТЭК
3.2.9	- организовать работы среднего и младшего медицинского персонала в онкологических учреждениях
3.2.10	- заполнять медицинскую документацию онкологических больных (в поликлинике и стационаре)
3.2.12	Морфология опухолей
3.2.13	-интерпретировать данные цитологического и гистологического исследований опухолей, состояние рецепторного статуса опухолей, показателей опухолевых антигенов и маркеров.
3.2.15	Методы диагностики в клинической онкологии
3.2.16	- получать информацию о заболевании, применять объективные методы обследования больного, выявлять общие и специфические признаки заболевания;
3.2.17	- оценивать тяжесть состояния больного (по классификации ВОЗ и ECOG) и принимать необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определять объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказывать необходимую помощь;
3.2.18	- назначить необходимое обследование в соответствии с локализацией опухоли, возможными путями метастазирования и функциональным состоянием пациента
3.2.19	- интерпретировать данные, полученные при клиническом осмотре и оценке функционального состояния пациента
3.2.20	- определять необходимость специальных методов исследования (лабораторные, рентгенологические и функциональные)
3.2.21	- интерпретировать лабораторные данные, полученные при обследовании больного: показателей иммунного статуса, опухолевых антигенов и маркеров, клинического, биохимического и морфологического исследования крови, мочи, плеврального экссудата, ликвора, асцитической
3.2.22	- интерпретировать результаты рентгенологических методов обследования онкологических пациентов: рентгенограмм, маммограмм, ангиограмм, компьютерных томограмм, данных МРТ и
3.2.23	- интерпретировать данные ультразвукового исследования больного
3.2.24	- интерпретировать данные радиоизотопных методов исследования больного
3.2.25	- интерпретировать данные эндоскопических методов исследования больного
3.2.26	- поставить онкологический диагноз в соответствии с классификацией ВОЗ и провести дифференциальный диагноз, использовать клинические и дополнительные методы исследований, определить сопутствующие заболевания
3.2.27	- проводить дифференциальную диагностику опухолевых и неопухолевых заболеваний
3.2.28	- готовить пациентов к рентгенологическим исследованиям (рентгенограммам органов желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей)

3.2.29	- организовывать консультацию больного специалистами
3.2.30	- осуществлять меры по реабилитации больного;
3.2.31	- осуществлять раннее выявление и диагностику злокачественных опухолей;
3.2.32	- проводить профилактические осмотры;
3.2.33	- оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению;
3.2.34	- составлять отчет о своей работе;
3.2.35	- пропагандировать здоровый образ жизни;
3.2.36	- проводить санитарно-просветительскую работу среди населения;
3.2.37	- применять на практике знания медицинской этики, психологии;
3.2.39	Общие принципы лечения злокачественных опухолей
3.2.40	- Определить показания и противопоказания к хирургическому лечению при онкологических
3.2.41	- Определить показания и противопоказания к лекарственному противоопухолевому лечению
3.2.42	- Определить показания и противопоказания к лучевому лечению при онкологических заболеваниях
3.2.43	- Определить показания к назначению симптоматического лечения, включая обезболивание, назначение нутритивной терапии и зондового питания
3.2.44	Опухоли головы и шеи

3.2.45	- Интерпретировать данные ультразвукового исследования при опухолевой патологии органов головы и шеи, интерпретировать данные ларинго- и бронхоскопии, компьютерной томографии органов головы и шеи, ангиографии сосудов головного мозга и шеи.
3.2.46	Опухоли органов грудной клетки
3.2.47	- Интерпретировать данные рентгенологического исследования органов грудной клетки (включая рентгенографию, компьютерную томографию и МРТ), данные бронхоскопии.
3.2.48	Опухоли органов брюшной полости
3.2.49	- Интерпретировать данные ультразвуковой сонографии, КТ и МРТ при патологии органов брюшной полости; данные эндоскопии (гастроскопия и колоноскопия), рентгенологического исследования (рентгеноскопии пищевода, желудка, ирригоскопии), ангиографии сосудов брюшной полости и
3.2.50	Опухоли женских половых органов
3.2.51	- Интерпретировать данные УЗИ, КТ, МРТ, ангиографии при опухолях женских половых органов.
3.2.52	Забрюшинные внеорганные опухоли
3.2.53	- Интерпретировать данные КТ и МРТ, ангиографии, ультразвуковой томографии, изотопных методов исследования, при опухолях забрюшинного пространства
3.2.54	Опухоли мочеполовой системы
3.2.55	- Интерпретировать данные цистоскопии, рентгенологических исследований мочевыводящих путей (хромоцистоскопии, раздельной урографии, томографии), КТ и МРТ, ангиографии и ультразвуковой
3.2.56	Опухоли молочной железы
3.2.57	- Интерпретировать данные маммограмм и ультразвуковой томографии, сцинтимаммографии, дуктографии при опухолях молочной железы.
3.2.58	Опухоли опорно-двигательного аппарата
3.2.59	- Интерпретировать данные рентгенограмм, УЗИ, КТ и МРТ, сцинтиграмм костей и мягких тканей при опухолях опорно-двигательного аппарата
3.2.60	Опухоли кроветворной системы
3.2.61	- Интерпретировать данные миелограмм
3.2.62	-Интерпретировать данные рентгенограмм, УЗИ, КТ и МРТ, радиоизотопных методов исследования при патологии кроветворной системы.
3.2.63	Опухоли кожи
3.2.63	- Провести дифференциальную диагностику опухолевых и неопухолевых заболеваниях кожи.
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	Организация онкологической помощи в РФ

3.3.2	- 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
3.3.3	- методом проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания
3.3.4	- 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
3.3.5	- методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации)
3.3.6	- основами медицинской информатики и компьютерной техники
3.3.7	- методами ведения медицинской документации у онкологических пациентов (в стационаре,
3.3.9	Морфология опухолей
3.3.10	- Техникой пункционной и эксцизионной биопсии, маркировки и доставки биопсийного и операционного материала
3.3.11	- Оформлением документации для морфологического исследования
3.3.12	Методы диагностики в клинической онкологии
3.3.14	- методами операционной диагностики (биопсии опухоли)
3.3.15	- основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией ВОЗ
3.3.17	Общие принципы лечения злокачественных опухолей.
3.3.18	-техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях
3.3.19	- техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование
3.3.20	-методами обезболивания у онкологических больных
3.3.21	- методиками нутритивной терапии и зондового питания
3.3.23	Опухоли головы и шеи
3.3.24	Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
3.3.25	- ларингофиссура
3.3.26	- половинная резекции языка
3.3.27	- удаление подчелюстной слюнной железы
3.3.28	- перевязка наружной сонной артерии
3.3.29	-биопсия опухолей головы и шеи и/или лимфатического узла шеи
3.3.30	-резекция щитовидной железы
3.3.32	Опухоли органов грудной клетки
3.3.33	Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
3.3.34	- парастернальная медиастинотомия
3.3.35	- диагностическая торакотомия
3.3.36	-биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях органов грудной клетки
3.3.37	Опухоли органов брюшной полости
3.3.38	Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
3.3.39	- гастростомия
3.3.40	-еюностомия, колоностомия
3.3.41	- резекция тонкой кишки
3.3.42	- биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях органов грудной клетки
3.3.43	Опухоли женских половых органов
3.3.44	Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
3.3.45	-конизация шейки матки
3.3.46	- овариэктомия
3.3.47	- криодеструкция шейки матки и опухолей вульвы
3.3.48	- раздельное диагностическое выскабливание
3.3.49	- биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях женских половых органов
3.3.50	Забрюшинные внеорганные опухоли
3.3.51	Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:



3.3.52	- биопсия опухоли (лимфатического узла) при забрюшинных опухолях
3.3.53	Опухоли мочеполовой системы
3.3.54	Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
3.3.55	- орхфуникулэктомия
3.3.56	- трансуретральная резекция (ТУР)
3.3.57	- ампутация полового члена
3.3.58	- биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях мочеполовой системы
3.3.59	Опухоли молочной железы
3.3.60	Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
3.3.61	- секторальная резекция молочной железы
3.3.62	- биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях молочной железы
3.3.63	Опухоли опорно-двигательного аппарата
3.3.64	Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
3.3.65	- удаление доброкачественных и злокачественных опухолей мягких тканей
3.3.66	- ампутация и экзартикуляция пальца, верхней и нижней конечности
3.3.67	Опухоли кроветворной системы
3.3.68	- Техниккой выполнения биопсии лимфатического узла
3.3.69	- Техниккой разведения и инфузии (включая использование инфузомата) противоопухолевых лекарственных препаратов
3.3.70	- Техниккой выполнения пункции костного мозга и трепанобиопсии подвздошной кости
3.3.71	- Техниккой выполнения люмбальной пункции
3.3.72	Опухоли кожи
3.3.73	Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
3.3.74	- иссечение доброкачественных и злокачественных опухолей кожи
3.3.75	- кожная пластика (свободным кожным лоскутом).
3.3.76	Перечень практических навыков врача-специалиста (ординатора) по онкологии

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)							
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	<b>Раздел 1. Организации онкологической помощи населению РФ</b>						
1.1	Организации онкологической помощи населению РФ /Лек/	1	2	УК-2 ПК-1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.6 Л2.1	0	
1.2	Клиническая диагностика опухолей /Пр/	1	6	УК-2 ПК-1	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
1.3	Лабораторные критерии диагностики опухолей /Пр/	1	6	УК-2 ПК-1	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
1.4	Инструментальные методы диагностики опухолей /Пр/	1	8	УК-2 ПК-1	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	Фронтальный опрос

1.5	Организации онкологической помощи населению РФ /Ср/	1	28	УК-2 ПК-1	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	реферат
<b>Раздел 2. Основы теоретической и</b>							
2.1	Основы теоретической и экспериментальной онкологии /Лек/	1	2	УК-1 ПК-4 ПК-7	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	
2.2	Канцерогенез /Пр/	1	10	УК-1 ПК-4 ПК-7	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	устный опрос,
2.3	Основы эпидемиологии онкологических заболеваний /Пр/	1	10	УК-1 ПК-4 ПК-7	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	Фронтальный опрос
2.4	Основы экспериментальной онкологии /Пр/	1	10	УК-1 ПК-4 ПК-7	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	Фронтальный опрос
2.5	Новейшие технологии в онкологии /Пр/	1	10	УК-1 ПК-4 ПК-7	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	Фронтальный опрос, ситуационные задачи
2.6	Основы теоретической и экспериментальной онкологии /Ср/	1	28	УК-1 ПК-4 ПК-7	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	реферат
<b>Раздел 3. Морфология</b>							
3.1	Морфология опухолей /Лек/	1	4	УК-3 ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	
3.2	Морфология опухолей кожи и слизистых /Пр/	1	6	УК-3 ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	устный опрос
3.3	Морфология опухолей головы и шеи /Пр/	1	6	УК-3 ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	устный опрос, тестовый контроль
3.4	Морфология опухолей щитовидной железы /Пр/	1	6	УК-3 ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	Фронтальный опрос ,тестовый контроль
3.5	Морфология опухолей молочной железы /Пр/	1	6	УК-3 ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	Фронтальный опрос, тестовый контроль

3.6	Морфология опухолей легких /Пр/	1	6	УК-3 ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	Тестовый контроль
3.7	Морфология опухолей желудочно-кишечного тракта /Пр/	1	5	УК-3 ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	Фронтальный опрос, тестовый контроль
3.8	Морфология опухолей кроветворной системы /Пр/	1	5	УК-3 ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	Фронтальный опрос
3.9	Морфология опухолей /Ср/	1	28	УК-3 ПК-5	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	реферат
<b>Раздел 4. Методы диагностики в клинической онкологии</b>							
4.1	Методы диагностики в клинической онкологии /Лек/	1	4	УК-1 ПК-5 ПК-9	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	
4.2	Рентген- и КТ-диагностика опухолей, Радиоизотопная диагностика опухолей /Пр/	1	8	УК-1 ПК-5 ПК-9	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	тестовый контроль, ситуационные задачи
4.3	УЗ-диагностика опухолей /Пр/	1	8	УК-1 ПК-5 ПК-9	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	решение ситуационных задач
4.4	Эндоскопическая диагностика опухолей /Пр/	1	10	УК-1 ПК-5 ПК-9	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	решение ситуационных задач
4.5	Современные методы морфологической верификации и типирования опухолей /Пр/	1	8	УК-1 ПК-5 ПК-9	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	тестовый контроль, ситуационные задачи
4.6	Методы диагностики в клинической онкологии /Ср/	1	22	УК-1 ПК-5 ПК-9	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	реферат
<b>Раздел 5.</b>							
5.1	Общие принципы лечения злокачественных опухолей /Лек/	1	6	УК-1 ПК-3 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	

5.2	Современные технические аспекты выполнения операций при опухолях. Лимфодиссекции /Пр/	1	6	УК-1 ПК-3 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	тестовый контроль
5.3	Малоинвазивные хирургические технологии в лечении опухолей /Пр/	1	6	УК-1 ПК-3 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	Фронтальный опрос,
5.4	Хирургическая реабилитация онкологических больных. Элементы пластической и эстетической хирургии в онкологии /Пр/	1	2	УК-1 ПК-3 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л1.6 Л2.1	0	тестовый контроль
5.5	Общая лучевая терапия опухолей /Пр/	1	2	УК-1 ПК-3 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л1.6 Л2.1	0	тестовый контроль
5.6	Внутрипросветная лучевая терапия опухолей /Пр/	1	6	УК-1 ПК-3 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л1.6 Л2.1	0	Фронтальный опрос
5.7	Системная химиотерапия опухолей. Основные препараты, дозы, схемы	1	5	УК-1 ПК-3 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	
5.8	Локальная химиотерапия опухолей /Пр/	1	5	УК-1 ПК-3 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	тестовый контроль, ситуационные задачи
5.9	Общие принципы лечения злокачественных опухолей /Ср/	1	28	УК-1 ПК-3 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	реферат
<b>Раздел 6. Опухоли головы и</b>							

6.1	Опухоли головы и шеи /Лек/	1	8	УК-3 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	
6.2	Рак нижней губы и полости рта /Пр/	1	3	УК-3 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	
6.3	Рак языка /Пр/	1	5	УК-3 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач

6.4	Рак гортани /Пр/	1	3	УК-3 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Э1 Э3 Э5	0	устный опрос, тестовый контроль, ситуационные задачи
6.5	Рак щитовидной железы /Пр/	1	3	УК-3 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Э1 Э3 Э5	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач
6.6	Опухоли головы и шеи /Ср/	1	28	УК-3 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	- реферат
<b>Раздел 7. Опухоли органов грудной клетки</b>							
7.1	Опухоли органов грудной клетки /Лек/	1	6	УК-1 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	
7.2	Крупноклеточный рак легкого /Пр/	1	3	УК-1 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л3.2 Э1 Э2 Э6	0	устный опрос, тестовый контроль
7.3	Мелкоклеточный рак легкого /Пр/	1	3	УК-1 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л3.2	0	устный опрос, тестовый контроль, ситуационные задачи
7.4	Мезотелиома плевры /Пр/	1	3	УК-1 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л3.2	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач
7.5	Опухоли и кисты средостения /Пр/	1	3	УК-1 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л3.2	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач
7.6	Опухоли органов грудной клетки /Ср/	1	28	УК-1 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л3.2	0	реферат
<b>Раздел 8.</b>							
8.1	Контр.раб			УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	Презентация клинического случая

8.2	/Экзамен/	1	54	УК-1 УК-2 УК-3 ПК-1 ПК-2 ПК-3 ПК-4 ПК-5 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	Теоретические вопросы. Тестовый контроль. Ситуационная задача
<b>Раздел 9. Опухоли органов брюшной полости</b>							
9.1	Опухоли органов брюшной полости /Лек/	2	2	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	
9.2	Рак желудка /Пр/	2	13	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	устный опрос, тестовый контроль
9.3	Опухоли ободочной кишки /Пр/	2	11	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач
9.4	Рак прямой кишки /Пр/	2	11	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л3.3 Э1 Э2 Э4	0	устный опрос, тестовый контроль
9.5	Рак пищевода /Пр/	2	13	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л3.3	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач
9.6	Опухоли панкреато-дуоденальной зоны, печени и желчных путей /Пр/	2	12	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	
9.7	Опухоли органов брюшной полости /Ср/	2	46	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	реферат
<b>Раздел 10. Забрюшинные внеорганные опухоли</b>							
10.1	Забрюшинные внеорганные опухоли /Лек/	2	2	УК-1 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	
10.2	Забрюшинные внеорганные опухоли /Пр/	2	28	УК-1 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Э1 Э3 Э5 Э6	0	устный опрос, тестовый контроль
10.3	Забрюшинные внеорганные опухоли /Ср/	2	18	УК-1 ПК-6	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	реферат
<b>Раздел 11. Опухоли женских половых органов</b>							
11.1	Опухоли женских половых органов /Лек/	2	2	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	

11.2	Рак яичников /Пр/	2	8	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Э2 Э5	0	тестовый контроль
11.3	Рак шейки матки /Пр/	2	8	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Э2 Э5 Э6	0	решение ситуационных задач
11.4	Рак матки /Пр/	2	8	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Э2 Э4	0	тестовый контроль, ситуационные задачи
11.5	Опухоли женских половых органов /Ср/	2	18	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	реферат
<b>Раздел 12. Опухоли молочной железы</b>							
12.1	Опухоли молочной железы /Лек/	2	2	УК-1 ПК-6 ПК-12	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	
12.2	Рак молочной железы. /Пр/	2	12	УК-1 ПК-6 ПК-12	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач
12.3	Дисгормональные заболевания, мастопатии /Пр/	2	12	УК-1 ПК-6 ПК-12	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Э1 Э2 Э3	0	опрос, тесты, ситуационные задачи
12.4	Опухоли молочной железы /Ср/	2	22	УК-1 ПК-6 ПК-12	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	реферат
<b>Раздел 13. Опухоли кожи</b>							
13.1	Опухоли кожи /Лек/	2	2	УК-1 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	
13.2	Рак кожи /Пр/	2	8	УК-1 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач
13.3	Меланобластома /Пр/	2	8	УК-1 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	опрос, ситуационные задачи
13.4	Базальнома кожи /Пр/	2	8	УК-1 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач

13.5	Опухоли кожи /Ср/	2	26	УК-1 ПК-8	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	реферат
<b>Раздел 14. Опухоли опорно-двигательного аппарата</b>							

14.1	Опухоли опорно-двигательного аппарата /Лек/	2	2	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1	0	
14.2	Злокачественные лимфомы /Пр/	2	12	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Э2 Э4 Э5	0	опрос, ситуационные задачи
14.3	Саркомы костей и мягких тканей /Пр/	2	12	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач
14.4	Опухоли опорно-двигательного аппарата /Ср/	2	24	УК-1 ПК-2	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	реферат
<b>Раздел 15. Опухоли кроветворной системы</b>							
15.1	Опухоли кроветворной системы /Лек/	2	2	УК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	
15.2	Острый лейкоз /Пр/	2	4	УК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	ситуационные задачи
15.3	Хронический лейкоз /Пр/	2	4	УК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э2 Э3 Э4	0	Тестирование, решение ситуационных задач
15.4	Миеломная болезнь /Пр/	2	4	УК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Э1 Э3 Э5	0	ситуацио нные задачи, тестирование
15.5	Опухоли кроветворной системы /Ср/	2	18	УК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	реферат
<b>Раздел 16. Опухоли мочеполовой системы</b>							
16.1	Опухоли мочеполовой системы /Лек/	2	2	УК-1 ПК-2 ПК-10	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	
16.2	Рак почки /Пр/	2	3	УК-1 ПК-2 ПК-10	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	Фронтальный опрос, решение ситуационных задач



16.3	Рак мочевого пузыря /Пр/	2	3	УК-1 ПК-2 ПК-10	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	опрос, ситуационные задачи
16.4	Рак предстательной железы /Пр/	2	3	УК-1 ПК-2 ПК-10	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	опрос, тесты, ситуационные задачи
16.5	Рак яичка (злокачественная семинома) /Пр/	2	3	УК-1 ПК-2 ПК-10	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	опрос, тесты, ситуационные задачи
16.6	Опухоли мочеполовой системы /Ср/	2	18	УК-1 ПК-2 ПК-10	Л1.2 Л1.3 Л1.6 Л2.1 Л2.2 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4	0	реферат
<b>Раздел 17. Экзамен</b>							
17.1	Контрольная работа	1		УК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	Презентация клинического случая
17.2	/Экзамен/	1		УК-1 ПК-2 ПК-6 ПК-8 ПК-10 ПК-11 ПК-12	Л1.2 Л1.3 Л1.5 Л1.6 Л2.1 Л2.2	0	Теоретические вопросы. Тестовый контроль. Ситуационная задача

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

Представлены в приложении 1

### 5.2. Темы письменных работ

Представлены в приложении 1

### 5.3. Фонд оценочных средств

Представлены в приложении 1

### 5.4. Перечень видов оценочных средств

Текущий контроль: фронтальный опрос, решение ситуационных задач, защита реферата

Контрольная работа: презентация клинического случая

Промежуточный контроль: теоретические вопросы, тестовый контроль, решение ситуационных задач

## 6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

### 6.1. Рекомендуемая литература

<b>6.1.1. Основная литература</b>				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Кол
Л1.1	Давыдов, Ганцев Ш. Х.	Онкология: учебник для студентов, обучающихся в учреждениях высшего профессионального образования по специальностям 060101.65 "Лечебное дело", 060104.65 "Медико-профилактическое дело" и 060103.65 "Педиатрия" по дисциплине "Онкология"	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010	10
Л1.2	Вельшер Л. З., Поляков Б. И., Петерсон С. Б.	Клиническая онкология: избранные лекции	М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009	20
Л1.3	Давыдов М.И., Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Ганцев Ш.Х., Петерсон С.Б.	Онкология: модульный практикум: Гриф УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России. <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970409299.html?PWord=4d51ea1e&amp;UName=4d51ea1e00007472">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970409299.html?PWord=4d51ea1e&amp;UName=4d51ea1e00007472</a>	Moscow: ГЭОТАР -Медиа,	1
Л1.4	Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Петерсон С.Б.	Клиническая онкология. Избранные лекции: Гриф УМО по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России. <a href="https://tardokanatomy.ru/content/klinicheskaya-onkologiya-izbrannye-lekcii-grif-umo-po-medicinskomu-obrazovaniyu">https://tardokanatomy.ru/content/klinicheskaya-onkologiya-izbrannye-lekcii-grif-umo-po-medicinskomu-obrazovaniyu</a>	Moscow: ГЭОТАР -Медиа, 2014	1
Л1.5	Пономаренко Г.Н.	Медицинская реабилитация <a href="http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431344.html">http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431344.html</a>	Moscow: ГЭОТАР -Медиа, 2014	1
Л1.6	Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х.	Онкология: Министерство образования и науки РФ Рекомендовано ГОУ ВПО "Московская медицинская академия имени И.М. Сеченова" в качестве учебника для студентов, обучающихся в учреждениях высшего профессионального образования по специальностям 060101.65 "Лечебное дело", 060105.65 "Медико-профилактическое дело" и 060103.65 "Педиатрия" по дисциплине "Онкология"	Moscow: , 2013	2
<b>6.1.2. Дополнительная литература</b>				
	Авторы,	Заглавие	Издательство,	Кол
Л2.1	Абузарова Г. Р., Чиссов В.	Онкология: национальное руководство	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008	3
Л2.2	Чиссов В.И., Трахтенберг	Атлас онкологических операций	Moscow: ГЭОТАР -Медиа,	1
Л2.3	Ковалёв, Д.В. Поляков Г.В.	Частная детская онкология	-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011	
<b>6.1.3. Методические разработки</b>				
	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во

ЛЗ.1	Давыдов	Онкология: модульный практикум	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009	30
ЛЗ.2	Парсаданян А. М., Амирагян Д. М.	Рак легкого : Методические рекомендации / Сургутский государственный университет, Кафедра хирургии	.— Сургут : Дефис, 2002	46
ЛЗ.3	Парсаданян А. М., Амирагян Д. М. Мекшина Л.А.	Рак пищевода : Методические рекомендации / Сургутский государственный университет, Кафедра хирургии	.— Сургут : Дефис, 2002	47
<b>6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"</b>				
Э1	Medline <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/">http: <u>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/</u></a>			
Э2	Российская медицина: статьи, диссертации, книги <a href="http://medical-diss.com/">http://medical-diss.com/</a>			
Э3	Портал российских научных журналов (РГБ) <a href="http://vsenauki.ru/journals/">http://vsenauki.ru/journals/</a>			
Э4	Центральная научная медицинская библиотека (ЦНМБ) <a href="http://www.scsml.rssi.ru/">http://www.scsml.rssi.ru/</a>			
Э5	Крупнейшая в мире база данных рефератов и цитирования <a href="http://www.scsml.rssi.ru/">http://www.scsml.rssi.ru/</a>			
Э6	Евразийская патентная информационная система (ЕАПАТИС) <a href="http://eapatis.com/">http://eapatis.com/</a>			
<b>6.3.1 Перечень программного обеспечения</b>				
6.3.1.1	Операционные системы Microsoft			
<b>6.3.2 Перечень информационных справочных систем</b>				
6.3.2.1	<a href="http://www.garant.ru">http:// <u>www.garant.ru</u></a> Информационно-правовой портал Гарант.ру			
6.3.2.2.	<a href="http://www.consultant.ru/">http://www.consultant.ru/</a> Справочно-правовая система Консультант Плюс Справочно-правовая система Консультант Плюс			

<p>7.1</p>	<p><b>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного, практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации № УК-52/57 на базе БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница», оснащена:</b> комплект специализированной учебной мебели, маркерная доска.</p> <p>Технические средства обучения для представления учебной информации: комплект (переносной) мультимедийного оборудования — ноутбук, проектор, проекционный экран.</p> <p><b>Количество посадочных мест - 10</b></p> <p><b>Используемое программное обеспечение:</b> Microsoft Windows, пакет прикладных программ Microsoft Office.</p> <p>Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.</p> <p>Помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами на базе <b>БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница»,</b> оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями (тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, аппарат наркоточно-дыхательный, аппарат искусственной вентиляции легких, инфузомат, отсасыватель послеоперационный, дефибриллятор с функцией синхронизации, стол операционный хирургический многофункциональный универсальный, хирургический, микрохирургический инструментарий, универсальная система ранорасширителей с прикреплением к операционному столу, аппарат для мониторинга основных функциональных показателей, анализатор дыхательной смеси, электроэнцефалограф, дефибриллятор с функцией синхронизации, гастродуоденоскоп, дуоденоскоп (с боковой оптикой), колоноскоп (педиатрический), фибробронхоскоп (педиатрический), источник света для эндоскопии галогенный со вспышкой, эндоскопическая телевизионная система, эндоскопический стол, тележка для эндоскопии, установка для мойки эндоскопов, ультразвуковой очиститель, эндоскопический отсасывающий насос, видеоэндоскопический комплекс, видеодуоденоскоп, видеогастроскоп, эндоскопический отсасыватель, энтероскоп, низкоэнергетическая лазерная установка, электрохирургический блок, видеоэндоскопический комплекс, видеогастроскоп операционный, видеогастроскоп педиатрический, видеоколоноскоп операционный, видеоколоноскоп педиатрический, видеоколоноскоп диагностический, аргоно-плазменный коагулятор, электрохирургический блок, набор для эндоскопической резекции слизистой, баллонный дилататор) и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры;</p> <p>компьютерной техникой с возможностью подключения к сети</p> <p><b>Аудитории симуляционно-тренингового аккредитационного центра № 1 Б, оборудованные</b></p> <p>7.2 <b>фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами:</b> телементор, синтомед, ANATOMAGE 4. Интерактивный комплекс – 3D Патанатомия, advanced Venepuncture Arm, Limbs&amp;Things ltd, тренажер для проведения инъекций, тренажер для отработки проведения пункции и дренажа грудной клетки, тренажер измерения АД, BT-CEAB2, BTIncSeoulbranch, UN/DGN-VAult, Honglian. Z990, Honglian. тонометр, фонендоскоп, пульсоксиметр, негатоскоп, SAMII, Excellus Technologies, аускультативный манекен, PAT, Excellus Technologies, Аускультативный манекен Система аускультации у постели больного SimulScore, тренажер абдоминального пациента, Limbs&amp;Things, клинический тренажер для обследования мужского таза Limbs&amp;Things, NursingBaby, тренажер для обучения навыкам ухода и лечения ряда пациентов стационарного отделения для новорожденных NursingKid, тренажер для отработки навыков по уходу и лечению ряда стационарных пациентов детского возраста, усовершенствованный бедфордский манекен женский/мужской Adam, Rouilly, тренажер катетеризации мочевого пузыря Limbs&amp;Things ltd, симулятор для отработки навыков зондового кормления, KokenCo, SimBaby, Laerdal, манекен новорожденного ребенка для отработки навыков реанимации новорожденных, ResusciBaby, Laerdal, тренажер для обучения технике СЛР и спасения детей, манекен удушья ребенка Adam, Rouilly, манекен удушья взрослого Adam, Rouilly, BT-CPEA, BTIncSeoulbranch, SaveManAdvance, KokenCo, Ltd, тренажер Труман-Травма, симулятор сердечно-легочной реанимации (СЛР) SHERPA, компьютерный робот-симулятор Аполлон, CAE Healthcare, компьютерный робот-симулятор СимМэн 3G, макет автомобиля скорой медицинской помощи, ПО "Зарница", манекен-тренажер 15 отведений ЭКГ, Nasco/Simulaid. Набор накладных муляжей для имитации ран и кровотечений Nasco/Simulaid, фантом-симулятор люмбальной пункции, KyotoKagakuCo, Ltd, педиатрический манекен-имитатор для обучения люмбальной пункции. LT00310. LM-027, тренажер для постановки клизмы. Перевязочные средства, медицинская мебель, расходные материалы - в количестве достаточном для освоения умений и навыков, предусмотренных профессиональной деятельностью, индивидуально. Библиотека результатов лабораторных и инструментальных исследований: Роли для стандартизированных пациентов. Библиотека ситуационных задач. Библиотека клинических сценариев. Библиотека оценочных листов.</p>
------------	---

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры  
«Сургутский государственный университет»**

**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
Приложение к рабочей программе по дисциплине**

**ОНКОЛОГИЯ**

Специальность:  
**31.08.57 ОНКОЛОГИЯ**

Уровень подготовки кадров высшей квалификации  
по программе ординатуры

Квалификация:  
**Врач - онколог**

Форма обучения:  
**очная**

Фонды оценочных средств утверждены на заседании кафедры хирургических  
болезней «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, протокол № \_\_\_\_\_

Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор Дарвин В.В. \_\_\_\_\_

**Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы**

**Компетенция УК-1**

<b>готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу</b>		
<b>Знает</b>	<b>Умеет</b>	<b>Владеет</b>
<p>-Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения.</p> <p>- Новые технологии в обучении пациентов;</p> <p>-Пациент-ориентированный подход в современной медицине;</p> <p>- Дистанционное образование;</p> <p>- основные понятия общей нозологии; принципы классификации новообразований;</p> <p>- понятия этиологии патогенеза, морфогенеза, патоморфоза онкологических заболеваний;</p> <p>- причины и механизмы типовых патологической процессов и реакций, их проявления и значение для организма при развитии различных заболеваний;</p> <p>- основы профилактики, лечения и реабилитации основных заболеваний;</p>	<p>- Организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез);</p> <p>-Проведение методического анализа дидактического материала для преподавания;</p> <p>- ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез;</p> <p>- анализировать медицинскую информацию, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины;</p>	<p>-Нормативной и распорядительной документацией;</p> <p>-Современными Образовательными Технологиейми</p> <p>- медико-функциональным понятийным аппаратом по вопросам клиникоморфологических аспектов онкологической патологии, -медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, компьютерной техникой.</p>

**Компетенция УК-2**

<b>готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</b>		
<b>Знает</b>	<b>Умеет</b>	<b>Владеет</b>
<p>-Законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения.</p> <p>- Новейшие технологии в лечении пациентов;</p> <p>-Пациент-ориентированный подход в современной медицине;</p> <p>- понятия этиологии патогенеза, морфогенеза, патоморфоза онкологических заболеваний;</p> <p>- причины и механизмы типовых патологической процессов и реакций, их проявления и значение для организма при развитии различных заболеваний;</p> <p>- основы профилактики, лечения и реабилитации основных заболеваний;</p>	<p>- Организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез);</p> <p>-Проведение методического анализа дидактического материала для преподавания;</p> <p>- ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез;</p> <p>- анализировать медицинскую информацию, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины;</p>	<p>-Нормативной и распорядительной документацией;</p> <p>-Современными Образовательными Технологиейми</p> <p>- медико-функциональным понятийным аппаратом по вопросам клиникоморфологических аспектов онкологической патологии, -медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, компьютерной техникой.</p>

### Компетенция УК-3

готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения		
Знает	Умеет	Владет
<ul style="list-style-type: none"><li>- Законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения.</li><li>- Новейшие технологии в лечении пациентов;</li><li>- Пациент-ориентированный подход в современной медицине;</li><li>- понятия этиологии патогенеза, морфогенеза, патоморфоза онкологических заболеваний;</li><li>- причины и механизмы типовых патологической процессов и реакций, их проявления и значение для организма при развитии различных заболеваний;</li><li>- основы профилактики, лечения и реабилитации основных заболеваний;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез);</li><li>- Проведение методического анализа дидактического материала для преподавания;</li><li>- ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез;</li><li>- анализировать медицинскую информацию, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины;</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Нормативной и распорядительной документацией;</li><li>- Современными Образовательными Технологиями</li><li>- медико-функциональным понятийным аппаратом по вопросам клиноморфологических аспектов онкологической патологии,</li><li>- медико-технической аппаратурой, используемой в работе с пациентами, компьютерной техникой</li></ul>

### Компетенция ПК-1

готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания		
Знает	Умеет	Владет
<ul style="list-style-type: none"><li>- современные методы ранней диагностики онкологических заболеваний, основные и дополнительные методы обследования (лабораторную, микробиологическую, иммунологическую диагностику), необходимые для постановки диагноза</li><li>- основные синдромы и симптомы, патогномоничные для онкологических заболеваний</li><li>- методы специфической и Неспецифической профилактики онкологических заболеваний</li><li>- устанавливать причинноследственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- предпринимать меры профилактики, направлены на предупреждения возникновения онкологических заболеваний</li><li>- устанавливать причинноследственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания</li><li>- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования</li><li>- использовать медицинскую аппаратуру, компьютерную технику в своей профессиональной деятельности</li><li>- использовать методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины), предотвращающие развитие онкологических заболеваний</li><li>- проводить основные и дополнительные методы</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- навыками осуществления анализа закономерностей функционирования отдельных органов и систем при оценке функционального состояния организма онкологических больных,</li><li>- методами специфической и неспецифической профилактики онкологических заболеваний</li><li>- алгоритмом выполнения основных диагностических, лабораторных методов исследования при онкологических заболеваниях</li><li>- навыками интерпретации основных методик клинко-иммунологического обследования для своевременной диагностики онкологической группы заболеваний</li></ul>

	исследования при онкологических заболеваниях для уточнения диагноза	
--	---	--

### Компетенция ПК-2

готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными ();		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> <li>- современные методы ранней диагностики онкологических заболеваний, основные и дополнительные методы обследования (лабораторную, микробиологическую, иммунологическую диагностику), необходимые для постановки диагноза</li> <li>- основные синдромы и симптомы, патогномичные для онкологических заболеваний</li> <li>- методы специфической и Неспецифической профилактики онкологических заболеваний</li> <li>- устанавливать причинноследственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- предпринимать меры профилактики, направлены на предупреждения возникновения онкологических заболеваний</li> <li>- устанавливать причинноследственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания</li> <li>- интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования</li> <li>- использовать медицинскую аппаратуру, компьютерную технику в своей профессиональной деятельности</li> <li>- использовать методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины), предотвращающие развитие онкологических заболеваний</li> <li>- проводить основные и дополнительные методы исследования при онкологических заболеваниях для уточнения диагноза</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками осуществления анализа закономерностей функционирования отдельных органов и систем при оценке функционального состояния организма онкологических больных,</li> <li>- методами специфической и неспецифической профилактики онкологических заболеваний</li> <li>- алгоритмом выполнения основных диагностических, лабораторных методов исследования при онкологических заболеваниях</li> <li>- навыками интерпретации основных методик клинико-иммунологического обследования для своевременной диагностики онкологической группы заболеваний</li> </ul>

### Компетенция ПК-3

готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Общие вопросы организации онкологической помощи населению, работы онкологических учреждений;</li> <li>- Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям;</li> <li>- Проведение динамического наблюдения за больными и необходимого обследования и лечения;</li> <li>- Консультация и госпитализация больных в установленном порядке;</li> <li>- Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики;</li> <li>- Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации;</li> <li>- Осуществление</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания;</li> <li>- Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере;</li> <li>- Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющих у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения;</li> <li>- Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария;</li> <li>- Оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками осуществления анализа закономерностей функционирования отдельных органов и систем при оценке функционального состояния организма онкологических больных,</li> <li>- методами специфической и неспецифической профилактики онкологических заболеваний</li> <li>- алгоритмом выполнения основных диагностических, лабораторных методов исследования при онкологических заболеваниях</li> <li>- навыками интерпретации основных методик клинико-иммунологического обследования для своевременной диагностики онкологической группы заболеваний</li> </ul>



<p>профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Знание принципов врачебной этики и деонтологии;</li> <li>- Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний;</li> <li>- Основы канцерогенеза;</li> <li>- Основы диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологические, цитологические, лучевые, иммунологические);</li> <li>- Эпидемиологию онкологических заболеваний;</li> <li>- Вопросы статистики в работе онколога;</li> <li>- Задачи онкологической пропаганды и методы санитарного просвещения; статистические отчетные формы;</li> <li>- Правила санитарно-эпидемиологического режима;</li> <li>- Основы трудового законодательства;</li> <li>- Правила внутреннего трудового распорядка;</li> <li>- Правила по охране труда и пожарной безопасности.</li> </ul>	<p>меры для выведения больных из этого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных);</li> <li>- Определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;</li> <li>- Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях;</li> </ul>	
---	--	--

#### Компетенция ПК-4

готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

Знает	Умеет	Владет
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Общие вопросы организации онкологической помощи населению, работы онкологических учреждений;</li> <li>- Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям;</li> <li>- Проведение динамического наблюдения за больными и необходимого обследования и лечения;</li> <li>- Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с инструкцией «О порядке выдачи больничных листов» и направление на МСЭК;</li> <li>- Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации;</li> <li>- Осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания;</li> <li>- Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере;</li> <li>- Определять нетрудоспособность больного: временную, стойкую; направлять на экспертизу по временной или стойкой нетрудоспособности;</li> <li>- Осуществлять мероприятия по реабилитации больных;</li> <li>- Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях;</li> <li>- Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клиничко-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы;</li> <li>- Осуществлять меры по</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками осуществления анализа закономерностей функционирования отдельных органов и систем при оценке функционального состояния организма онкологических больных,</li> <li>- методами специфической и неспецифической профилактики онкологических заболеваний</li> <li>- алгоритмом выполнения основных диагностических, лабораторных методов исследования при онкологических заболеваниях</li> <li>- навыками интерпретации основных методик клиничко-иммунологического обследования для своевременной диагностики онкологической группы заболеваний</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний;</li> <li>- Эпидемиологию онкологических заболеваний;</li> <li>- Вопросы статистики в работе онколога;</li> <li>- Задачи онкологической пропаганды и методы санитарного просвещения; статистические отчетные формы;</li> <li>- Правила санитарно-эпидемиологического режима;</li> </ul>	<p>комплексной реабилитации больного:</p>	
--	---	--

### Компетенция ПК-5

<p>готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>		
Знает	Умеет	Владет
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям;</li> <li>- Консультация и госпитализация больных в установленном порядке;</li> <li>- Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики;</li> <li>- Алгоритм постановки диагноза и на основании полученных данных выработать индивидуальный план лечения больного, определить основные прогностические перспективы;</li> <li>- Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации;</li> <li>- Знание принципов врачебной этики и деонтологии;</li> <li>- Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний;</li> <li>- Основы канцерогенеза;</li> <li>- Основы диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологические, цитологические, лучевые, иммунологические);</li> <li>- Основы хирургического, лекарственного, гормонального и иммунологического лечения онкологических больных;</li> <li>- Эпидемиологию онкологических заболеваний;</li> <li>- Клиническую анатомию основных анатомических областей тела, закономерности метастазирования опухолей;</li> <li>- Основные вопросы нормальной и патологической физиологии</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания;</li> <li>- Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере;</li> <li>- Собрать жалобы и анамнез;</li> <li>- Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющих у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения;</li> <li>- Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария;</li> <li>- Оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения больных из этого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия;</li> <li>- Определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками осуществления анализа закономерностей функционирования отдельных органов и систем при оценке функционального состояния организма онкологических больных,</li> <li>- методами специфической и неспецифической профилактики онкологических заболеваний</li> <li>- алгоритмом выполнения основных диагностических, лабораторных методов исследования при онкологических заболеваниях</li> <li>- навыками интерпретации основных методик клиничко-иммунологического обследования для своевременной диагностики онкологической группы заболеваний</li> </ul>

<p>органов и систем организма, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;</p> <p>- Оборудование и оснащение операционных и палат интенсивной терапии, технику безопасности при работе с аппаратурой; хирургический инструментарий, применяемый при различных хирургических операциях;</p>		
---	--	--

### Компетенция ПК-6

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи		
Знает	Умеет	Владет
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям;</li> <li>- Проведение динамического наблюдения за больными и необходимого обследования и лечения;</li> <li>- Консультация и госпитализация больных в установленном порядке;</li> <li>- Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики;</li> <li>- Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с инструкцией «О порядке выдачи больничных листов» и направление на МСЭК;</li> <li>- Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации;</li> <li>- Знание принципов врачебной этики и деонтологии;</li> <li>- Основы хирургического, лекарственного, гормонального и иммунологического лечения онкологических больных;</li> <li>- Оборудование и оснащение операционных и палат интенсивной терапии, технику безопасности при работе с аппаратурой; хирургический инструментарий, применяемый при различных хирургических операциях;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющихся у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения;</li> <li>- Определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;</li> <li>- Организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на онкологию;</li> <li>- Определять нетрудоспособность больного: временную, стойкую; направлять на экспертизу по временной или стойкой нетрудоспособности;</li> <li>- Осуществлять мероприятия по реабилитации больных;</li> <li>- Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях;</li> <li>- Осуществлять меры по комплексной реабилитации больного</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками осуществления анализа закономерностей функционирования отдельных органов и систем при оценке функционального состояния организма онкологических больных,</li> <li>- методами специфической и неспецифической профилактики онкологических заболеваний</li> <li>- алгоритмом выполнения основных диагностических, лабораторных методов исследования при онкологических заболеваниях</li> <li>- навыками интерпретации основных методик клинико-иммунологического обследования для своевременной диагностики онкологической группы заболеваний</li> </ul>

### Компетенция ПК-7

готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации		
Знает	Умеет	Владет
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Общие вопросы организации онкологической помощи населению, работы онкологических учреждений;</li> <li>- Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям;</li> <li>- Проведение динамического</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания;</li> <li>- Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками осуществления анализа закономерностей функционирования отдельных органов и систем при оценке функционального состояния организма онкологических больных,</li> <li>- методами специфической</li> </ul>

<p>наблюдения за больными и необходимого обследования и лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Консультация и госпитализация больных в установленном порядке;</li> <li>- Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики;</li> <li>- Алгоритм постановки диагноза и на основании полученных данных выработать индивидуальный план лечения больного, определить основные прогностические перспективы;</li> <li>- Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с инструкцией «О порядке выдачи больничных листов» и направление на МСЭК;</li> <li>- Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации;</li> <li>- Основы хирургического, лекарственного, гормонального и иммунологического лечения онкологических больных;</li> <li>- Эпидемиологию онкологических заболеваний;</li> <li>- Задачи онкологической пропаганды и методы санитарного просвещения; статистические отчетные формы;</li> <li>- Правила санитарно-эпидемиологического режима;</li> <li>- Правила по охране труда и пожарной безопасности.</li> </ul>	<p>онкологическом диспансере;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющих у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения;</li> <li>- Оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения больных из этого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия;</li> <li>- Определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;</li> <li>- Определять нетрудоспособность больного: временную, стойкую; направлять на экспертизу по временной или стойкой нетрудоспособности;</li> </ul>	<p>и неспецифической профилактики онкологических заболеваний</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- алгоритмом выполнения основных диагностических, лабораторных методов исследования при онкологических заболеваниях</li> <li>- навыками интерпретации основных методик клинико-иммунологического обследования для своевременной диагностики онкологической группы заболеваний</li> </ul>
--	--	--

### Компетенция ПК-8

готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Общие вопросы организации онкологической помощи населению, работы онкологических учреждений;</li> <li>- Проведение динамического наблюдения за больными и необходимого обследования и лечения;</li> <li>- Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики;</li> <li>- Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации;</li> <li>- Осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания;</li> <li>- Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере;</li> <li>- Оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения больных из этого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия;</li> <li>- Осуществлять мероприятия по реабилитации больных;</li> <li>- Организовать неотложную помощь</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками осуществления анализа закономерностей функционирования отдельных органов и систем при оценке функционального состояния организма онкологических больных,</li> <li>- методами специфической и неспецифической профилактики онкологических заболеваний</li> <li>- алгоритмом выполнения основных диагностических, лабораторных методов исследования при онкологических заболеваниях</li> <li>- навыками интерпретации основных методик клинико-иммунологического обследования для своевременной</li> </ul>

онкологической патологии; - Знание принципов врачебной этики и деонтологии; - Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний; - Задачи онкологической пропаганды и методы санитарного просвещения; статистические отчетные формы;	в экстренных ситуациях; Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы; Осуществлять меры по комплексной реабилитации больного	диагностики онкологической группы заболеваний
---	---	---

### Компетенция ПК-9

готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

Знает	Умеет	Владет
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Общие вопросы организации онкологической помощи населению, работы онкологических учреждений;</li> <li>- Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям;</li> <li>- Проведение динамического наблюдения за больными и необходимого обследования и лечения;</li> <li>- Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации;</li> <li>- Осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии;</li> <li>- Знание принципов врачебной этики и деонтологии;</li> <li>- Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний;</li> <li>- Основы канцерогенеза;</li> <li>- Эпидемиологию онкологических заболеваний;</li> <li>- Вопросы статистики в работе онколога;</li> <li>- Задачи онкологической пропаганды и методы санитарного просвещения; статистические отчетные формы;</li> <li>- Правила санитарно-эпидемиологического режима;</li> <li>- Основы трудового законодательства;</li> <li>- Правила внутреннего трудового распорядка;</li> <li>- Правила по охране труда и пожарной безопасности.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания;</li> <li>- Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере;</li> <li>- Организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на онкологию;</li> <li>- Определять нетрудоспособность больного: временную, стойкую; направлять на экспертизу по временной или стойкой нетрудоспособности;</li> <li>- Осуществлять мероприятия по реабилитации больных;</li> <li>- Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях;</li> <li>- Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы;</li> <li>- Осуществлять меры по комплексной реабилитации больного;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками осуществления анализа закономерностей функционирования отдельных органов и систем при оценке функционального состояния организма онкологических больных,</li> <li>- методами специфической и неспецифической профилактики онкологических заболеваний</li> <li>- алгоритмом выполнения основных диагностических, лабораторных методов исследования при онкологических заболеваниях</li> <li>- навыками интерпретации основных методик клинико-иммунологического обследования для своевременной диагностики онкологической группы заболеваний</li> </ul>

### Компетенция ПК-10

готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в

медицинских организациях и их структурных подразделениях		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Общие вопросы организации онкологической помощи населению, работы онкологических учреждений;</li> <li>- Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям;</li> <li>- Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с инструкцией «О порядке выдачи больничных листов» и направление на МСЭК;</li> <li>- Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации;</li> <li>- Осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии;</li> <li>- Знание принципов врачебной этики и деонтологии;</li> <li>- Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний;</li> <li>- Основы канцерогенеза;</li> <li>- Эпидемиологию онкологических заболеваний;</li> <li>- Вопросы статистики в работе онколога;</li> <li>- Задачи онкологической пропаганды и методы санитарного просвещения; статистические отчетные формы;</li> <li>- Правила санитарно-эпидемиологического режима;</li> <li>- Основы трудового законодательства;</li> <li>- Правила внутреннего трудового распорядка;</li> <li>- Правила по охране труда и пожарной безопасности.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания;</li> <li>- Определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;</li> <li>- Организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на онкологию;</li> <li>- Определять нетрудоспособность больного: временную, стойкую; направлять на экспертизу по временной или стойкой нетрудоспособности;</li> <li>Осуществлять мероприятия по реабилитации больных;</li> <li>Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях;</li> <li>Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клиничко-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы;</li> <li>Осуществлять меры по комплексной реабилитации больного;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками осуществления анализа закономерностей функционирования отдельных органов и систем при оценке функционального состояния организма онкологических больных,</li> <li>- методами специфической и неспецифической профилактики онкологических заболеваний</li> <li>- алгоритмом выполнения основных диагностических, лабораторных методов исследования при онкологических заболеваниях</li> <li>- навыками интерпретации основных методик клиничко-иммунологического обследования для своевременной диагностики онкологической группы заболеваний</li> </ul>

### Компетенция ПК-11

готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Общие вопросы организации онкологической помощи населению, работы онкологических учреждений;</li> <li>- Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям;</li> <li>- Алгоритм постановки диагноза и на основании полученных данных выработать индивидуальный план лечения больного, определить основные прогностические</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания;</li> <li>Осуществлять мероприятия по реабилитации больных;</li> <li>Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях;</li> <li>Определить временную и стойкую нетрудоспособность больного; направить на клиничко-экспертную</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками осуществления анализа закономерностей функционирования отдельных органов и систем при оценке функционального состояния организма онкологических больных,</li> <li>- методами специфической и неспецифической профилактики онкологических заболеваний</li> <li>- алгоритмом выполнения</li> </ul>

<p>перспективы;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации;</li> <li>- Осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии;</li> <li>- Знание принципов врачебной этики и деонтологии;</li> <li>- Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний;</li> <li>- Основы канцерогенеза;</li> <li>- Знание принципов статистического анализа</li> <li>- Эпидемиологию онкологических заболеваний;</li> <li>- Вопросы статистики в работе онколога;</li> <li>- Задачи онкологической пропаганды и методы санитарного просвещения; статистические отчетные формы;</li> <li>- Правила санитарно-эпидемиологического режима;</li> </ul>	<p>комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы;</p> <p>Осуществлять меры по комплексной реабилитации больного:</p>	<p>основных диагностических, лабораторных методов исследования при онкологических заболеваниях</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками интерпретации основных методик клинико-иммунологического обследования для своевременной диагностики онкологической группы заболеваний</li> </ul>
---	---	---

### Компетенция ПК-12

готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации		
Знает	Умеет	Владеет
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Общие вопросы организации онкологической помощи населению, работы онкологических учреждений;</li> <li>- Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям;</li> <li>- Проведение динамического наблюдения за больными и необходимого обследования и лечения;</li> <li>- Алгоритм постановки диагноза и на основании полученных данных выработать индивидуальный план лечения больного, определить основные прогностические перспективы;</li> <li>- Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации;</li> <li>- Знание принципов врачебной этики и деонтологии;</li> <li>- Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний;</li> <li>- Основы канцерогенеза;</li> <li>- Вопросы статистики в работе онколога;</li> <li>- Задачи онкологической</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания;</li> <li>- Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере;</li> <li>- Собрать жалобы и анамнез;</li> <li>- Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющихся у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения;</li> <li>- Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария;</li> <li>- Оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения больных из этого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия;</li> <li>- Определять план и тактику</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- навыками осуществления анализа закономерностей функционирования отдельных органов и систем при оценке функционального состояния организма онкологических больных,</li> <li>- методами специфической и неспецифической профилактики онкологических заболеваний</li> <li>- алгоритмом выполнения основных диагностических, лабораторных методов исследования при онкологических заболеваниях</li> <li>- навыками интерпретации основных методик клинико-иммунологического обследования для своевременной диагностики онкологической группы заболеваний</li> </ul>

пропаганды и методы санитарного просвещения; статистические отчетные формы; - Правила санитарно-эпидемиологического режима	ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия; -Осуществлять мероприятия по реабилитации больных; Организовать неотложную помощь в экстренных ситуациях	
---	--	--



### I Этап: Проведение текущего контроля успеваемости

Результаты текущего контроля знаний оцениваются по двухбалльной шкале с оценками:

- «аттестован»;
- «не аттестован».

Оценка	Критерий оценивания
Аттестован	<Приводится критерий оценивания для получения оценки «Аттестован»>. Оценки «аттестован» заслуживает обучающийся, выполнивший верно, в полном объеме и в срок все задания текущего контроля. Оценка «отлично» и «хорошо» за выполнение реферата положительно влияет на итоговую оценку по дисциплине.
Не аттестован	<Приводится критерий оценивания для получения оценки «Не аттестован»>. Оценки «не аттестован» заслуживает обучающийся имеющий задолженность по тому или иному виду контроля (не получивший оценки зачтено за выполнение тестового задания)

### II Этап: Проведение промежуточной аттестации

Результаты промежуточного контроля знаний оцениваются по четырехбалльной шкале с оценками:

- «отлично»;
- «хорошо»;
- «удовлетворительно»;
- «неудовлетворительно».

Дескриптор компетенции	Показатель оценивания	Оценка	Критерий оценивания
Знает	-проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2); -проведение противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3); -определение у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5); -ведение и лечение пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6); - оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации (ПК-7); -применение природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии	Отлично	Раскрывает полное содержание теоретических основ предмета. Хорошо ориентируется в предмете, правильно отвечает на все предложенные вопросы
		Хорошо	Демонстрирует знание по предмету онкология. Допускает незначительные неточности.
		Удовлетворительно	Допускает значительные неточности. Слабо владеет материалом
		Неудовлетворительно	обучающийся не может сформулировать ответ на поставленный вопрос или неправильно отвечает. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

	и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8); - организацию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).		
Умеет	-проводить профилактические медицинские осмотры, диспансеризацию и осуществлять диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными (ПК-2); -проводить противозидемические мероприятия, организовать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3); - определить у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5); - лечить пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6); - оказывать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации (ПК-7); - применять природные лечебные факторы, лекарственную, немедикаментозную терапию и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8); - организовать медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).	Отлично	обучающийся правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.
		Хорошо	обучающийся правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.
		Удовлетворительно	обучающийся ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.
		Неудовлетворительно	обучающийся не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.
Владеет	-готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и	Отлично	ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.
		Хорошо	ординатор в основном правильно

	<p>осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);</p> <p>-готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);</p> <p>-готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);</p> <p>-готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6);</p> <p>-готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);</p> <p>-готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);</p> <p>-готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).</p>		выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.
		Удовлетворительно	обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.
		Неудовлетворительно	обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

**Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

## **ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **Раздел 1. Организации онкологической помощи населению РФ**

#### **1.1 Устный опрос: (перечень вопросов).**

1. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей. Динамика и структура заболеваемости. Возрастно-половые особенности.

2. Особенности организации онкологической службы в России. Роль врача общей лечебной сети в профилактике и ранней диагностике злокачественных опухолей. Деонтология в онкологии.
3. Принципы ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей.
4. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактики рака.
5. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований.
6. Значение эндоскопических, цитологических, рентгенологических и иммунологических методов исследования в онкологии.
7. Роль морфологических методов исследования в онкологии. Способы взятия материала для цитологического и гистологического исследований.

## 1.2 Ситуационные задачи.

### Задача №1

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

#### Вопросы

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

#### Ответы:

- Необходимо взять мазки с поверхности шейки матки и из цервикального канала и направить их на цитологическое исследование; необходимо произвести осмотр молочных желёз и регионарных лимфатических узлов.
- В случае отсутствия признаков поражения молочных желёз пациентку необходимо направить на скрининговую маммографию. В случае обнаружения признаков патологии в молочных железах пациентка должна быть направлена к маммологу либо к онкологу.

### Задача №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 образований 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.

#### Вопросы

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

#### Ответы:

- Тактика неверна.
- Необходимо провести дополнительные исследования.
  - А. УЗИ регионарных лимфатических узлов.
  - Б. Осмотр кожи правой верхней конечности, груди, живота, спины (для исключения меланомы кожи, рака кожи).
  - В. Рентгенографию органов грудной клетки для исключения рака лёгких.
  - Г. Пункцию поражённых лимфатических узлов с последующим цитологическим исследованием пунктата.
  - Д. В случае неинформативности пункции — биопсию поражённых лимфатических узлов с гистологическим исследованием полученного материала.
- Поражением аксиллярных лимфатических узлов могут проявляться следующие заболевания: РМЖ; неэпителиальные опухоли молочной железы; меланома кожи передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; плоскоклеточный рак кожи передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; лимфопролиферативные заболевания; рак лёгких; опухоли мягких тканей передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности.

### Задача №3

На профосмотре у больного обнаружен рак нижней губы, I стадия.

Заполните соответствующие документы, определите клиническую группу.

Ответ: Заполняются: журнал профосмотра, «Извещение». Клиническая группа II.

### Задача №4

При приёме в поликлинике у больного заподозрен рак желудка.

К какой клинической группе Вы его отнесёте? Какова Ваша тактика?

Ответ: Клиническая группа Ia, больного направляют на рентгеноскопию для уточнения диагноза.

#### **Задача №5**

На вскрытии у больного, погибшего от инфаркта миокарда, обнаружен рак желудка, II стадия. Какую учётную форму следует заполнить?

Ответ: Заполняется «Извещение» с подчёркиванием графы «Учтён посмертно».

#### **Задача №6**

При фиброскопии у больного обнаружена каллезная язва желудка.

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

Ответ: Клиническая группа Ib, заполняется «Контрольная карта диспансерного наблюдения», форма №30. Диспансеризацию осуществляет хирург по месту жительства.

#### **Задача №7**

На осмотре выявлен больной с жалобами на постоянные боли в подложечной области, потерю аппетита, быстро нарастающее похудание и слабость. При рентгеноскопии обнаружен обширный рак тела желудка. Слева в прескаленной области пальпируется безболезненный плотный несмещаемый бугристый узел.

Поставьте стадию заболевания, клиническую группу. Какие учётные формы следует заполнить? Какое организационное мероприятие проводится?

Ответ: Рак желудка IV стадии. Клиническая группа IV. Заполняют «Извещение» и «Протокол» с направлением этих документов в онкологический диспансер. Обсуждают причину запущенности на врачебной конференции.

#### **Задача №8**

В хирургическом отделении районной больницы на операции выявлен рак желудка. Произведена субтотальная резекция.

Какие онкологические документы заполняются на больного? К какой клинической группе он относится?

Ответ: Заполняют «Извещение», «Выписку», «Контрольную карту диспансерного наблюдения». Клиническая группа III.

#### **Задача №9**

Больная находилась на диспансерном наблюдении по поводу радикально излеченного рака молочной железы. Через 3 года у неё наступила диссеминация.

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

Ответ: У больного была III клиническая группа. В связи с диссеминацией рака она переводится в IV клиническую группу. «Протокол» не заполняется.

### **Самостоятельная работа.**

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

## ***Раздел 2. Основы теоретической и экспериментальной онкологии***

### **2.1 Фронтальный опрос: (перечень вопросов).**

1. Факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей. Первичная профилактика рака.
2. Роль экзогенных (химические и физические агенты, онковирусы) и эндогенных факторов в возникновении опухолей человека.
3. Злокачественные опухоли как социальная проблема. Канцерогенные вещества во внешней среде, их основные источники.
4. Курение и рак.
5. Профессиональные раки. Факторы, способствующие их возникновению.

### **2.2 Ситуационные задачи.**

### **Задача №1.**

Больной направлен в онкологический диспансер с диагнозом рак нижней губы, III стадия.

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

Ответ: «Протокол» заполняется. Клиническая группа II.

### **Задача № 2.**

В онкологический диспансер поступил больной с диагнозом: рак тела желудка. Длительность анамнеза две недели. Общее состояние удовлетворительное. На операции обнаружены метастазы в печени, которые клинически не выявлялись. Произведена пробная лапаротомия.

Какова причина запущенности? Следует ли заполнить «Протокол».

Ответ: Скрытое течение заболевания. «Протокол» заполняется.

### **Задача № 3.**

Больной в хирургическом отделении поставлен диагноз: Узловой зоб. Пункция не выполнена. Произведена субфасциальная резекция щитовидной железы по Николаеву без гистологического исследования препарата. Через два месяца отмечен рост опухоли в области операции. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружены шаровидные тени в лёгких.

Поставьте диагноз. Нужно ли составлять «Протокол»? Какова причина запущенности?

Ответ: Рак щитовидной железы с метастазами в лёгкие. Составляется «Протокол». Причина запущенности процесса – неполное обследование больной.

### **Задача № 4.**

Больной в течение месяца находился в терапевтическом отделении с диагнозом: гипохромная анемия неясной этиологии, жалуясь на нарастающую общую слабость. При рентгенологическом обследовании желудка патологии не обнаружено. Через месяц при пальпации в правой мезогастральной области выявлена безболезненная неподвижная опухоль. Появились признаки асцита. Произведена ирригоскопия кишечника, при которой диагностирована обширная опухоль восходящей ободочной кишки.

Поставьте диагноз, клиническую группу. Нужно ли заполнять «Протокол»? Какова причина запущенности?

Ответ: Диагноз «Рак восходящего отдела ободочной кишки». IV клиническая группа. Составляется «Протокол». Причина запущенности процесса – неполное обследование больного.

### **Задача № 5.**

Больная обратилась к терапевту с жалобами на частые позывы к дефекации с выделением крови и слизи. Считает себя больной второй месяц. Лишь после повторных отрицательных данных анализов на дизентерийную флору сделана ректороманоскопия и обнаружена бугристая опухоль в 6 см от сфинктера, занимающая более полуокружности кишки.

Какое простое исследование, проведённое, при первичном обращении больной помогло бы поставить диагноз? Нужно ли составлять «Протокол» Какова причина запущенности?

Ответ: Пальцевое исследование прямой кишки. «Протокол» составляется, так как имеется III стадия рака «визуальной локализации». Причина запущенности процесса – неполное обследование больной и ошибка в клинической диагностике.

### **Самостоятельная работа. Написание реферата**

Список тем рефератов:

1. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований
2. Курение и рак.
3. Профессиональные раки. Факторы, способствующие их возникновению.
4. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.
5. Паранеопластические синдромы. Классификация и их значение.
6. Сочетание беременности и злокачественных опухолей. Особенности диагностики, лечения и прогноза.
7. Симптом лихорадки неясного генеза,

Метастазы рака в лимфатические узлы из не выявленного первичного очага. Диагностическая тактика. Возможные локализации первичного очага

## **Раздел 3. Морфология опухолей**

### **3.1 Устный опрос: (перечень вопросов).**

1. Факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей. Первичная профилактика рака.
2. Роль экзогенных (химические и физические агенты, онковирусы) и эндогенных факторов в возникновении опухолей человека.
3. Злокачественные опухоли как социальная проблема. Канцерогенные вещества во внешней среде, их основные источники.
4. Курение и рак.
5. Профессиональные раки. Факторы, способствующие их возникновению.
6. Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях.
7. Закономерности и пути метастазирования злокачественных опухолей.
8. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.
9. Паранеопластические синдромы. Классификация и их значение.

### **3.2 Тестовый контроль ( Список тестовых заданий):**

#### **1. Паренхиму новообразования составляют:**

- а) собственно опухолевые клетки
- б) соединительная ткань
- в) кровеносные и лимфатические сосуды
- г) нервы и клеточные элементы стромы

#### **2. Строма опухоли**

- а) является необходимой поддерживающей структурой
- б) обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода
- в) обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток
- г) в ряде случаев не является обязательным компонентом новообразования
- д) все правильные, кроме г)

#### **3. Вновь образованные сосуды злокачественных опухолей**

- а) редко приближается по строению к нормальным венам и артериям
- б) могут быть представлены в виде каналов, выстланных эндотелием
- в) на уровне капилляров могут быть выстланы самими опухолевыми клетками
- г) все ответы верные
- д) правильные ответы а) и в)

#### **4. Клеточные элементы стромы опухоли могут быть представлены**

- а) лимфоцитами и нейтрофилами
- б) эозинофилами
- в) плазматическими клетками
- г) макрофагами и гигантскими клетками инородных тел
- д) всеми перечисленными типами клеток

#### **5. Хемодектомы шеи гистологической принадлежности относятся**

- а) к нейрогенным
- б) к мезенхимальным
- в) к дисэмбриональным
- г) к неклассифицируемым опухолям

#### **6. К предраку шейки матки относится**

- а) дисплазия
- б) лейкоплакия с атипией
- в) интраэпителиальный рак
- г) правильно а) и б)
- д) все ответы правильные

#### **7. К дизонтогенетическим новообразованиям относятся**

- а) рак желудка
- б) рак легкого
- в) бронхогенная киста средостения
- г) папиллома пищевода

#### **8. В тератоме могут развиваться производные**

- а) эктодермы
- б) мезодермы
- в) энтодермы

- г) все ответы правильные
- д) правильные ответы а) и б)

- 9. Рак in situ отличается от микроинвазивного тем, что**
- а) инфильтрирует и разрушает базальную мембрану
  - б) инфильтрирует ткани в пределах слизистой оболочки
  - в) инфильтрирует и слизистую и подслизистую оболочки органа
  - г) не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее

- 10. Рак in situ может быть**
- а) в шейке матки
  - б) в бронхе
  - в) в желудке
  - г) ни в одном из перечисленных органов
  - д) во всех перечисленных органах

**Эталоны ответов:**

1-б	2-д	3-д	4-а	5-г	6-а	7-а	8-б	9-д	10-б
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

**3.3 Самостоятельная работа.** Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

**Раздел 4. Методы диагностики в клинической онкологии.**

**4.1. Тестовые задания: (перечень вопросов)**

- 1. К достоинствам метода ультразвуковой томографии относятся:**
- 1) неинвазивный характер исследования
  - 2) безвредность
  - 3) практически отсутствие противопоказаний
  - 4) возможность выявления мелких (до 1см в диаметре) новообразований в легких
  - 5) высокая информативность при исследовании желудка и толстой кишки
- а) все ответы правильные
  - б) правильные ответы 1, 2 и 3
  - в) правильные ответы 2, 3 и 4
  - г) правильные ответы 3, 4 и 5
  - д) правильные ответы 4 и 5
- 2. Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных с опухолями**
- а) легких
  - б) органов брюшной полости
  - в) молочной железы
  - г) щитовидной железы
  - д) правильные ответы в) и г)
- 3. К эндоскопическим исследованиям с применением фиброволоконной оптики, используемым в настоящее время в клинике, относятся**
- а) лапароскопия
  - б) торакоскопия
  - в) цистоскопия
  - г) артроскопия
  - д) все перечисленные
- 4. Применение рентгенотелевидения**
- а) уменьшает лучевую нагрузку на рентгенолога и больного
  - б) увеличивает лучевую нагрузку
  - в) не влияет на величину лучевой нагрузки
  - г) повышает качество рентгенограммы
  - д) ухудшает качество рентгенограммы



- 5. Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить**
- морфологический диагноз
  - топический диагноз
  - клинический диагноз
  - все ответы правильные
  - правильного ответа нет
- 6. Инструментальным методом, позволяющим дифференцировать магистральные сосуды без их контрастирования, может быть**
- ультразвуковая томография
  - ангиография
  - обзорная рентгенография
  - правильного ответа нет
- 7. Уровень катехоламинов может быть определен при лабораторном анализе**
- мочи
  - крови
  - ткани опухоли
  - все ответы верные
  - правильного ответа нет
- 8. Уровень стероидных гормонов может быть определен**
- в моче
  - в крови
  - в слюне
  - в слюне и крови
  - в моче и крови
- 9. При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается**
- гипокоагуляция
  - нормокоагуляция
  - гиперкоагуляция
  - все варианты встречаются с одинаковой частотой
- 10. Для механической желтухи в первую очередь характерно резкое повышение активности**
- АСТ (аспарагиновой трансаминазы)
  - АЛТ (аланиновой трансаминазы)
  - щелочной фосфатазы
  - ЛДГ (лактатдегидрогеназы)
  - правильного ответа нет

Эталоны ответов:

1-б	2-в	3-г	4-д	5-д	6-д	7-б	8-а	9-б	10-в
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

#### 4.2 Ситуационные задачи:

##### Задача №1.

На профилактическом осмотре в поликлинике по месту жительства у двух больных обнаружены изменения на красной кайме нижней губы, заподозрен рак нижней губы. После обследования диагноз был подтвержден, при этом у одного больного установлена I стадия заболевания, у второго III стадия.

##### Вопросы

- Какое исследование позволило установить диагноз?
- Определите клиническую группу у каждого больного.
- Какие учетные формы документов необходимо заполнить?
- В какое учреждение необходимо направить данных больных на лечение?

##### Ответ:

Диагноз подтверждается морфологическим (цитологическим или гистологическим) исследованием. В данном случае оба больных относятся ко II клинической группе диспансерного наблюдения, подлежащих радикальному лечению. На больного с I стадией заболевания заполняется «Извещение», на больного с III стадией – «Извещение» и «Протокол». На лечение больные направляются в онкологический диспансер.

**Задача №2.** Больной в хирургическом отделении поставлен диагноз: Узловой зоб. Пункция не выполнена. Произведена субфасциальная резекция щитовидной железы по Николаеву без гистологического исследования препарата. Через два месяца отмечен рост опухоли в области операции. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружены шаровидные тени в лёгких.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Какие учетные формы документов необходимо заполнить?
3. Какова причина запущенности? Ваша тактика?

Ответ: Диагноз у больной: рак щитовидной железы с метастазами в лёгкие. Заполняются «Извещение» и «Протокол». Причина запущенности процесса – неполное обследование больной. Больная направляется в онкологический диспансер для определения возможности лечения с помощью радиоактивного йода.

**Задача №3.** При приёме в поликлинике районной больницы у больного 65 лет с жалобами на тяжесть в эпигастрии, усиливающуюся после еды, отрыжку заподозрен рак желудка. При фиброгастроскопии обнаружена каллезная язва большой кривизны желудка, из-за отсутствия инструмента биопсия не выполнялась. Больному предложено оперативное лечение. Выполнена дистальная субтотальная резекция желудка. При гистологическом исследовании препарата выявлена аденокарцинома.

Вопросы

Какие ошибки были допущены на этапе обследования больного?

1. К какой клинической группе Вы его отнесёте?
2. Какие учетные формы следует заполнить?
3. Назовите сроки диспансеризации данного больного.

Ответ: Больному не выполнена биопсия язвы желудка и не проведено морфологическое исследование, поэтому диагноз рака желудка был поставлен только после планового гистологического исследования удаленного препарата. Клиническая группа III. Заполняют «Извещение», «Контрольную карту диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием». Сроки диспансеризации больных III клинической группы: в течение первого года после проведенного лечения – 1 раз в 3 месяца, в течение второго года – 1 раз в 6 месяцев, в дальнейшем пожизненно – 1 раз ежегодно.

**Задача №4.** У больного с жалобами на постоянные боли в эпигастрии, потерю аппетита, похудание, слабость при осмотре слева в надключичной области обнаружен плотный, безболезненный, бугристый узел. При рентгенологическом исследовании обнаружен обширный рак тела желудка.

Вопросы

1. Какова Ваша тактика?
2. Поставьте стадию заболевания, клиническую группу.
3. Какие учетные формы следует заполнить на больного?
4. Какое организационное мероприятие проводится?

Ответ: Необходимо выполнить пункционную биопсию надключичного узла с последующим цитологическим исследованием пунктата. При подтверждении метастатического характера узла у больного рак желудка IV стадия, клиническая группа IV. Заполняется «Извещение» и «Протокол» с направлением этих документов в онкологический диспансер. Проводится обсуждение причины запущенности на врачебной конференции.

**Задача №5.** Больная находилась на диспансерном наблюдении у онколога по поводу радикально излеченного рака молочной железы. Через 3 года при очередном контрольном обследовании у больной выявлены метастазы в легких и кости позвоночника.

Вопросы

1. Какая клиническая группа была и стала у больной?
2. Следует ли заполнить «Протокол»?
3. Кто осуществляет наблюдение за больной?

Ответ: У больного была III клиническая группа. В связи с диссеминацией рака она переводится в IV клиническую группу. «Протокол» не заполняется. Больную наблюдает участковый терапевт, консультирует врач-онколог.

**Задача №6.** Больной в течение месяца находился в терапевтическом отделении с диагнозом: гипохромная анемия неясной этиологии, жалуясь на нарастающую общую слабость. При рентгенологическом исследовании желудка патологии не обнаружено. Через месяц при пальпации в правой мезогастральной области выявлена безболезненная неподвижная опухоль. Появились признаки асцита. Произведена ирригоскопия кишечника, при которой диагностирована обширная опухоль восходящей ободочной кишки.

#### Вопросы

1. Поставьте диагноз, клиническую группу.
2. Нужно ли заполнять «Протокол»?
3. Какова причина запущенности?

Ответ: Диагноз “Рак восходящего отдела ободочной кишки”. IV клиническая группа. Составляется «Протокол». Причина запущенности процесса – неполное обследование больного.

**Задача №.7.** Больная обратилась к терапевту с жалобами на частые позывы к дефекации с выделением крови и слизи. Считает себя больной второй месяц. Лишь после повторных отрицательных данных анализов на дизентерийную флору сделана ректороманоскопия и обнаружена бугристая опухоль в 6 см от сфинктера, занимающая более полуокружности кишки.

#### Вопросы

1. Какое простое исследование, проведённое, при первичном обращении больной помогло бы поставить диагноз?
2. Какие учетные формы следует заполнить?
3. Какова причина запущенности?

Ответ: Пальцевое исследование прямой кишки. Заполняются «Извещение» и «Протокол». «Протокол» составляется, так как имеется III стадия рака «визуальной локализации». Причина запущенности процесса – неполное обследование больной и ошибка в клинической диагностике.

#### 4.3 Самостоятельная работа. Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

#### *Раздел 5. Методы лечения в клинической онкологии.*

##### **5.1. Тестовые задания: (перечень вопросов)**

#### **Общие принципы лечения злокачественных опухолей**

- 1. Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено**
  - а) на обеспечение антибластики
  - б) на обеспечение абластики
  - в) на снижение риска хирургических вмешательств
  - г) на максимальное сохранение функции органа
- 2. Главной целью симптоматической операции является**
  - а) удаление пораженного опухолью органа
  - б) удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли
  - в) устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти
  - г) все ответы верные
- 3. Недостатками метода электрокоагуляции опухоли являются**
  - а) пригорание фрагментов опухоли к электроду
  - б) опасность глубокого поражения стенки органа
  - в) отторжение коагулированных тканей в течение нескольких дней
  - г) все ответы правильные
  - д) верные ответы а) и в)
- 4. Факторами, предрасполагающими к тромбозам легочной артерии, являются**
  - а) длительная катетеризация крупных вен
  - б) операции на органах малого таза и нижних конечностях
  - в) длительное неподвижное положение в постели, пожилой возраст
  - г) посттромботический синдром
  - д) все ответы правильные
- 5. Тромбоз легочной артерии может проявляться следующими синдромами (синдромом)**
  - а) легочно-плевральным
  - б) кардиальным
  - в) абдоминальным и почечным
  - г) церебральным

д) всеми перечисленными

**6. Проводниковая аналгезия в послеоперационном периоде имеет перед применением наркотических анальгетиков (при подкожном, внутримышечном и внутривенном введении) следующие преимущества**

- а) сохранение сознания больного и возможность контроля его субъективных ощущений
- б) отсутствие отрицательного влияния на функции жизненно важных органов
- в) депрессию дыхания
- г) рвоту, тошноту
- д) правильные ответы а) и б)

**7. Оптимальным уровнем разрежения при вакуум-дренировании плевральной полости после хирургического вмешательства следует считать разрежение в пределах**

- а) от +5 до +10см вод.ст.
- б) от -10 до -12см вод.ст.
- в) от -30 до -40см вод.ст.
- г) от -70 до -100см вод.ст.

**8. Наиболее важными мероприятиями, направленными на профилактику послеоперационных ателектазов, являются:**

- 1) тщательная и бережная санация трахеобронхиального дерева во время и в конце операции
- 2) полное расправление легкого в конце операции
- 3) поддержание отрицательного давления в плевральной полости после операции
- 4) полноценное обезболивание после операции
- 5) ранняя активизация больных и комплекс дыхательных упражнений
- а) все ответы правильные
- б) правильные все, кроме 1
- в) правильные все, кроме 1 и 2
- г) правильные все, кроме 3 и 4
- д) правильные все, кроме 5

**9. Профилактика послеоперационной пневмонии включает следующие мероприятия:**

- 1) санацию полости рта, зева, верхних дыхательных путей
- 2) раннюю активизацию больного
- 3) комплекс дыхательных упражнений
- 4) адекватное обезболивание
- 5) длительное применение наркотических анальгетиков (больших доз)
- а) все ответы правильные
- б) правильные все, кроме 5
- в) правильные все, кроме 4, 5
- г) правильные все, кроме 3, 4 и 5
- д) правильные все, кроме 1 и 2

**10. К расширенной операции следует относить**

- а) удаление опухоли в пределах здоровых тканей
- б) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером
- в) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
- г) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
- д) правильного ответа нет

**Эталоны ответов**

1-г	2-б	3-г	4-д	5-д	6-д	7-д	8-в	9-д	10-д
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

**5.2 Фронтальный опрос ( перечень вопросов)**

- 1. Методы и принципы лечения злокачественных опухолей. Успехи в онкологии.
- 2. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение онкологических больных.
- 3. Современные принципы и возможности лекарственной терапии онкологических больных.

4. Паллиативное лечение онкологических больных.
5. Сочетание беременности и злокачественных опухолей. Особенности диагностики, лечения и прогноза.

**5.3 Самостоятельная работа.** Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

## **Раздел 6. Опухоли головы и шеи**

### **6.1 Фронтальный опрос (перечень вопросов)**

1. Рак нижней губы. Формы роста и пути метастазирования. Методы диагностики. Принципы лечения первичного очага и регионарных метастазов.
2. Рак нижней губы. Клинические особенности. Методы диагностики и лечения. Прогноз.
3. Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта, челюстей. Методы диагностики. Принципы лечения.
4. Новообразования слюнных желез. Классификация. Методы диагностики и лечения. Особенности хирургического лечения опухолей околоушной слюнной железы.
5. Рак языка. Заболеваемость. Роль курения и вредных привычек, Принципы диагностики и лечения.
6. Рак языка. Формы роста, пути метастазирования. Методы диагностики. Принципы лечения.
7. Узловые образования в щитовидной железе. Диагностическая и лечебная тактика.
8. Рак щитовидной железы. Отличительные особенности высокодифференцированных форм. Особенности хирургического лечения.
9. Рак щитовидной железы. Особенности клинического течения медулярного и недифференцированного рака. Принципы диагностики и лечения.
10. "Скрытый рак" щитовидной железы. Особенности диагностики и лечения.

### **6.2 Тестовые задания:**

**1. К предракам нижней губы относятся:**

- 1) очаговый и диффузный гиперкератоз
  - 2) образивный хейлит Манганноти
  - 3) лейкоплакия
  - 4) кожный рог
  - 5) кератоакантома
  - 6) эритроплакия
  - 7) папиллома
- а) правильно все перечисленное  
б) правильно все перечисленное, кроме 5, 6  
в) правильно все перечисленное, кроме 1, 2 и 6  
г) правильно все перечисленное, кроме 3, 5 и 6  
д) правильно все перечисленное, кроме 2, 3 и 4

**2. Частота рака нижней губы имеет**

- а) тенденцию к увеличению  
б) остается на том же уровне  
в) тенденцию к уменьшению

**3. К факторам, сказывающим влияние на возникновение рака нижней губы, относятся:**

- 1) курение
  - 2) травма
  - 3) контакт с мышьяковистыми соединениями
  - 4) лучистая энергия
  - 5) климатические условия
  - 6) эндогенные факторы
- а) правильно все, кроме 2 и 3  
б) правильно все, кроме 5 и 6  
в) правильно все, кроме 2 и 4  
г) правильно все, кроме 2, 4 и 6  
д) правильно все

**4. Криодеструкция первичной опухоли нижней губы может применяться**

- а) при I стадии  
б) при IIa стадии  
в) при IIб стадии  
г) при рецидиве опухоли  
д) при всех перечисленных стадиях

**5. Операцию Ванаха превентивно целесообразнее выполнять при раке нижней губы**

- а) IIб стадии
- б) IIIб стадии
- в) IVа стадии
- г) IVб стадии
- д) все ответы правильные

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

- а) близкофокусная рентгенотерапия
- б) внутритканевая  $\gamma$ -терапия
- в) облучение электронами 4-6 МЭВ
- г) контактная аппликационная  $\gamma$ -терапия на шланговом аппарате
- д) все ответы правильные

**7. Близфокусная рентгенотерапия может быть применена как самостоятельный радикальный метод лечения при раке нижней губы**

- а) I стадии
- б) IIа стадии
- в) IIIа стадии
- г) при всех стадиях
- д) правильные ответы а) и б)

**8. Радикальная лучевая терапия рака нижней губы IIIа стадии возможна с помощью**

- а) близкофокусной рентгенотерапии
- б) дистанционной  $\gamma$ -терапии
- в) сочетанной лучевой терапией
- г) все ответы правильные
- д) правильные ответы а) и б)

**9. Для лечения регионарных метастазов рака нижней губы применяется**

- а) близкофокусная рентгенотерапия
- б) дистанционная  $\gamma$ -терапия
- в) облучение электронами
- г) все ответы правильные
- д) правильные ответы б) и в)

**10. Лучевая терапия регионарных метастазов рака нижней губы используется**

- а) как самостоятельный радикальный метод
- б) как этап комбинированного лечения
- в) как паллиативный метод лечения
- г) правильно а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

**11. Показаниями к химиотерапии у больных злокачественными опухолями головы и шеи являются**

- а) местные неоперабельные рецидивы
- б) отдаленные метастазы
- в) низкодифференцированные опухоли
- г) все перечисленное
- д) только а) и б)

**12. Адьювантная химиотерапия применяется**

- а) при раке щитовидной железы
- б) при плоскоклеточных опухолях головы и шеи
- в) при раке гортани
- г) показания для адьювантной химиотерапии не разработаны

**13. При опухолях головы и шеи в настоящее время считается наиболее эффективной**

- а) системная химиотерапия
- б) регионарная внутриартериальная инфузия
- в) эндолимфатическое введение
- г) все методы одинаково эффективны

**14. Одной из наиболее эффективной схем применения химиопрепаратов при опухолях головы и шеи является**

- а) платинидам + 5-фторурацил (инфузия)
- б) оливомицин + циклофосфан

- в) винбластин + блеомицин
- г) циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил

**15. Химиотерапия при опухолях головы и шеи может применяться**

- а) до лучевой терапии
- б) одновременно с лучевой терапией
- в) после лучевой терапии
- г) верно а) и б)
- д) все ответы верные

1-г	2-в	3-б	4-а	5-д	6-а	7-г	8-а	9-д	10-б
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

11-б	12-а	13-в	14-а	15-а
------	------	------	------	------

**6.3 Ситуационные задачи:**

**Задача №1**

У пациента 56 лет, обратившегося к стоматологу, обнаружен в правой подчелюстной области плотный, ограниченно подвижный, увеличенный до 2 см, безболезненный лимфатический узел. При расспросе выяснено, что год назад пациенту проводили облучение в онкологическом диспансере (со слов пациента, под языком была небольшая язвочка). В настоящее время при осмотре слизистой оболочки полости рта патологии выявлено не было.

Вопросы

- Поставьте предположительный диагноз.
- Определите тактику, если Вы:
  - стоматолог-терапевт;
  - стоматолог-хирург;
  - онколог.

Ответы: 1. Метастазы рака слизистой оболочки полости рта в шейные лимфатические узлы.

Необходимы следующие меры:

- направить больного к онкологу;
- возможны УЗИ шейных лимфатических узлов, пункция лимфатического узла с целью цитологического исследования. При подтверждении метастаза направить больного к онкологу;
- выполнить УЗИ шейных лимфатических узлов, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, пункцию лимфатического узла подчелюстной области, при подтверждении метастаза рака — хирургическое лечение в объеме фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи справа.

**Задача №2**

При раке нижней губы III стадии (опухоль занимала более половины нижней губы и инфильтрировала мягкие ткани подбородка) проведена криодеструкция опухоли.

Вопросы

- Правильно ли выбран метод лечения?
- Какой метод лечения Вы бы предложили?

Ответы: Метод лечения выбран неверно.

1. Возможно проведения комбинированного лечения: на первом этапе дистанционная лучевая терапия в дозе 44-46 Гр, затем хирургическое лечение.

**Задача №3**

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.

Вопросы

- Поставьте диагноз.
- К какой клинической группе следует отнести пациента?

Ответы: Наиболее вероятен рецидив рака языка.

1. Клиническая группа II.

**Задача №4**

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.

Вопрос

- Предложите дальнейшую тактику лечения данного пациента.

Ответ: Отменить применение глюкокортикоидов; продолжить консервативное лечение препаратами, улучшающими репарацию - аппликации масляного раствора витамина А, облепихового, шиповникового масел, мазей «Солкосерил», «Актовегин», пероральный прием АЕвита; применение гигиенической губной помады с витаминами А и Е, ограничение воздействия травмирующих факторов, диетические рекомендации.

#### **Задача №5**

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.

Вопросы

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

Ответы: Наиболее вероятный диагноз - рак правой околоушной слюнной железы с метастазами в лимфатических узлах шеи справа T4N1Mx.

- Для подтверждения диагноза необходимо цитологическое исследование пунктата, полученного из опухоли околоушной области и из шейного лимфатического узла.
- Исследования, позволяющие уточнить стадию процесса, следующие - ультразвуковое исследование околоушной железы, лимфатических узлов шеи, печени; рентгенография органов грудной клетки; компьютерная томография челюстно-лицевой зоны и основания черепа.

#### **Задача №6**

Больная 45 лет обратилась с жалобами на внезапно возникшую асимметрию лица с ограничением мимики справа. За несколько месяцев до этого отмечала постепенно нарастающую «припухлость» в области правой щеки. При осмотре - признаки пареза маргинальной ветви правого лицевого нерва. В правой околоушно-жевательной области пальпируется плотно-эластическое, ограниченно-смещаемое образование без четких контуров до 4 см в диаметре, инфильтрирующее кожу, в верхней трети шеи справа пальпируется плотный, безболезненный, смещаемый лимфатический узел до 2 см в диаметре.

Вопросы

- Назовите наиболее вероятный диагноз и предположительную стадию заболевания.
- Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и уточнения распространенности процесса?
- Каков возможный план лечения?

Ответы: Диагноз - синдром MEN 2b: медулярный рак щитовидной железы с метастазами в лимфатических узлах правой надключичной области, феохромоцитоме левого надпочечника.

- Пункция опухолевого узла в щитовидной железе и узлов правой надключичной области под контролем УЗИ с цитологическим исследованием; определение уровня кальцитонина сыворотки крови; исследование суточной мочи на содержание катехоламинов, генетическое консультирование для подтверждения семейного характера заболевания.
- При верификации предполагаемого диагноза - хирургическое лечение: тиреоидэктомия с фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи справа, левосторонняя адреналэктомия.

#### **Задача №7**

Больной 48 лет курит трубку более 30 лет. На нижней губе, ближе к углу рта, определяется бородавчатая опухоль диаметром 3 см., инфильтрирует подлежащие ткани. Гистологическое заключение – плоскоклеточный ороговевающий рак. Регионарные метастазы не определяются.

Определите стадию заболевания и составьте план лечения.

Ответ: У больного рак нижней губы IIa стадии. Лечение – близкофокусная рентгенотерапия 40 греЙ с последующим наблюдением за больным.

#### **Задача №8**

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.

Поставьте диагноз и составьте план лечения.

Ответ: У больного рак нижней губы III<sup>b</sup> стадии. Первичная опухоль при раке губы III стадии лечится сочетанным или комбинированным методом. Используют облучение на гамма-терапевтических установках в сочетании с контактным облучением остаткоопухоли или внедрением в опухоль радиоактивных игл. Остатки не излеченной опухоли удаляют путём резекции губы. Второй этап – удаление регионарных лимфатических узлов путём фасциально-фулярного иссечения клетчатки шеи с обеих сторон с глубокими шейными лимфатическими узлами в области развилки общей сонной артерии.



### **Задача №9**

Больному 52 года, год тому назад проведения лучевой терапии по поводу рака нижней губы. За месяц до поступления в диспансер появилась вновь опухоль и к моменту курации достигает 2,5 см.

Ваша тактика в лечении больного?

Ответ: У больного рецидив рака нижней губы. Показана электроэксцизия губы в пределах здоровых тканей с последующей хейлопластикой.

### **Задача №10**

Больной 71 года живёт в отдалённой местности, болен 7 месяцев. Язва занимает всю нижнюю губу, инфильтрация мягких тканей подбородка деревянистой плотности. Двухсторонние несмещающиеся метастазы в подбородочных и челюстных лимфатических узлах.

Поставьте диагноз, составьте план лечения.

Ответ: У больного рак нижней губы IV стадии. С учётом возраста больного и степени распространённости процесса больному показана паллиативная дистанционная гамма-терапия.

### **Задача №11**

У больного 36 лет, спустя 2 года после комбинированного лечения по поводу рака нижней губы, определяются с обеих сторон плотные несмещаемые среднеразмёрные лимфатические узлы.

Ваша лечебная тактика?

Ответ: У больного имеет место метастазирование в лимфатические узлы II этапа. Так как метастазы неподвижные, то показана паллиативная гамма-терапия.

### **Задача №12**

Больной 60 лет, работает путевым обходчиком.

На нижней губе свыше одного года чётко очерченная опухоль диаметром 0,8 см. с шероховатостью, выступающая над губой.

Диагноз? Ваша тактика?

Ответ: Диагноз – папиллома нижней губы. Показано иссечение опухоли с обязательным гистологическим исследованием.

**6.4 Самостоятельная работа.** Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

## **Раздел 7. Опухоли органов грудной клетки**

### **7.1 Фронтальный опрос ( перечень вопросов)**

1. Рак легкого. Заболеваемость. Группы повышенного риска. Профилактика рака. Принципы диагностики и лечения.
2. Рак легкого, Клинико-анатомическая классификация. Особенности клинического течения мелкоклеточного рака. Выбор метода лечения.
3. Центральный рак легкого. Зависимость клиники от типа роста опухоли. Понятие о пневмоните. Методы диагностики, принципы лечения.
4. Периферический рак легкого. Клинические формы. Возможности раннего выявления. Дифференциальная диагностика шаровидных образований. Принципы лечения
5. Особенности клинического течения мелкоклеточного рака легкого. Выбор метода лечения.
6. Центральный рак легкого. Зависимость клиники от типа роста опухоли. Понятие о пневмоните. Методы диагностики, принципы лечения
7. Рак пищевода. Клиническая картина. Диагностика
8. Опухоли средостения. Клиника. Диагностика. Лечение.

### **7.2 Тестовый контроль:**

**1. Среди новообразований средостения отмечено следующее соотношение доброкачественных и злокачественных форм**

- а) 3:1
- б) 10:1
- в) 1:1
- г) 1:3
- д) 1:1

**2. К невrogenным опухолям средостения, исходящим из оболочек нервов, относятся:**

- 1) гангионеврома
- 2) феохромоцитомы

- 3) хемодектома
- 4) невринома
- 5) нейрофиброма
- а) правильно 1 и 2
- б) правильно 2 и 3
- в) правильно 3 и 4
- г) правильно 4 и 5
- д) правильно 1 и 5

**3. Неврогенные опухоли в абсолютном большинстве наблюдений локализуются**

- а) в реберно-позвоночном углу
- б) в центральном средостении
- в) в верхних отделах переднего средостения
- г) в переднем средостении на уровне основания сердца

**4. Неврогенные опухоли в процессе своего развития могут**

- а) малигнизировать
- б) «вызревать» - превращаться из незрелой (злокачественной) в доброкачественную
- в) распространяться из средостения на шею
- г) проникать в спинномозговой канал и вызывать сдавление спинного мозга
- д) все ответы правильные

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

- а) фиброма
- б) липома
- в) гемангиома
- г) лимфангиома

**6. Абдомино-медиастинальная липома встречается**

- а) преимущественно у мужчин
- б) преимущественно у женщин
- г) одинаково часто у мужчин и женщин

**7. Абдомино-медиастинальная липома локализуется**

- а) в переднем средостении
- б) в заднем средостении
- в) одинаково часто в переднем и заднем средостении

**8. Ангиосаркома средостения:**

- 1) локализуется преимущественно в переднем средостении
- 2) локализуется преимущественно в заднем средостении
- 3) метастазирует преимущественно лимфогенным путем
- 4) метастазирует, как правило, гематогенно
- 5) может расти в просвете крупных сосудов
- 6) никогда не прорастает в кровеносные сосуды
- а) правильно 1, 3 и 5
- б) правильно 2, 4 и 6
- в) правильно 1, 4 и 5
- г) правильно 2, 3 и 5
- д) правильно 1, 4 и 6

**9. Для злокачественных мезенхимом средостения характерным является:**

- 1) быстрый рост
- 2) медленный рост
- 3) бурное метастазирование
- 4) крайне редкое и позднее метастазирование
- 5) инфильтрация прилежащих структур
- 6) экспансивный рост
- а) правильно 1, 3 и 5
- б) правильно 2, 4 и 6
- в) правильно 2, 4 и 5
- г) правильно 2, 3 и 6
- д) правильно 1, 2 и 4

**10. При поражении лимфатических узлов средостения злокачественными лимфомами, как правило, поражаются лимфатические узлы**

- а) в переднем верхнем средостении
- б) в центральном средостении
- в) в заднем средостении
- г) поражаются все группы лимфатических узлов с одинаковой частотой

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

- а) при лимфогранулематозе
- б) при лимфосаркоме
- в) при ретикулосаркоме
- г) при плазмацитоме

**12. Для лимфосарком средостения характерны:**

- 1) медленный рост
- 2) бурный рост опухоли
- 3) поражение лимфоретикулярной системы
- 4) гематогенное метастазирование
- 5) частое развитие медиастинального компрессионного синдрома
- б) редкое возникновение этого синдрома
- а) правильно 1, 4 и 6
- б) правильно 1, 4 и 5
- в) правильно 2, 4 и 6
- г) правильно 2, 3 и 5
- д) правильно 1, 3 и 5

**13. Обычно не бывает миастении при форме тимомы**

- а) эпителиальной
- б) лимфоидной
- в) лимфоэпителиальной
- г) гранулематозной (гигантоклеточной)

**14. Злокачественные тимомы метастазируют**

- а) только лимфогенным путем
- б) только гематогенным путем
- в) и лимфогенно, и гематогенно
- г) не метастазируют вообще

**15. Зрелые тератомы средостения**

- а) чаще встречаются у мужчин
- б) чаще встречаются у женщин
- в) встречаются одинаково часто и у мужчин, и у женщин

**7.3 Ситуационные задачи:**

**Задача №1**

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. Какой метод необходим для постановки диагноза?
3. Какой метод лечения применим в данном случае?
4. Как называется вышеописанный синдром (по автору)?
5. Какая гистологическая структура наиболее характерна для данного патологического процесса?

Ответы: Рак верхушки правого лёгкого.

1. Трансторакальная пункция.
2. Химио-лучевое лечение.
3. Синдром Горнера.
4. Аденокарцинома.

### **Задача №2**

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. Какой метод необходим для установления диагноза?
3. Какой метод лечения применим в данном случае?
4. В каком объёме возможна операция у данного пациента?

Ответы: Периферический рак левого лёгкого.

1. Трансторакальная пункция.
2. З.КТ.
4. Хирургический.
5. Левосторонняя пневмонэктомия.

### **Задача №3**

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?

Ответы: 1. Медиастенальная форма рака лёгкого, лимфома средостения, метастазы рака щитовидной железы в лимфоузлы средостения, метастазы рака в лимфоузлы средостения из неустановленного первичного очага.

2. Синдром верхней полой вены.

3-6. Да.

### **Задача №4**

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

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

Ответы: Центральный рак правого лёгкого.

1. Бронхоскопия со взятием биопсии.
2. КТ.
3. Метастазы в головной мозг.
4. Химио-лучевое лечение.

### **Задача №5**

Больной С., 57 лет, отмечает, что после охлаждения у него внезапно повысилась температура, появилось кровохарканье, одышка, сильная слабость. Из анамнеза выяснено, что курит 30 лет по 25 сигарет в сутки. В течение последних двух месяцев отмечает усиление кашля с небольшим количеством слизисто-гноной мокроты. В терапевтическом отделении при рентгенологическом исследовании диагностирована правосторонняя верхнедолевая пневмония. Больному была проведена антибактериальная терапия. На фоне лечения температура снизилась до субфебрильных цифр; динамическое рентгенологическое исследование через 30 дней лечения выявило неполное купирование «пневмонического очага».

Какое Ваше мнение о диагнозе? Как уточнить диагноз?

Ответы: Вероятно у больного центральный рак лёгкого с сопутствующим пневмонитом. Для уточнения диагноза надо провести рентгеномографию лёгких, бронхоскопию. При обнаружении опухоли обязательна биопсия с последующим гистологическим исследованием.

### **Задача №6**

У больного О., 49 лет, диагностирован мелкоклеточный рак левого главного бронха 3 стадии.

Какие лечебные мероприятия показаны больному?

Ответ: Оперативное лечение больному противопоказано в связи со стадией заболевания. Учитывая высокую чувствительность мелкоклеточного рака к лучевому лечению и х/т, показана химиолучевая терапия.

### **Задача №7**

У больного Б., 58 лет, диагностирован рак правого главного бронха 4 стадии.

Какое будет экспертное решение о его нетрудоспособности?

Ответ: Больному устанавливается I гр. Инвалидности, т.к. в связи с нарастанием общей слабости, кахексии и различных осложнений такие больные нуждаются в постороннем уходе.

### **Задача №8**

У больного Т., 48 лет, экономиста, произведена правосторонняя верхнедолевая лобэктомия по поводу дифференцированного плоскоклеточного рака. В послеоперационном периоде осложнений не было.

Решить вопрос о трудоспособности.

Ответ: Больному следует продлить б. л. до 6 мес. С последующей выпиской на работу.

### **Задача №9**

Больной 76 лет, в течение последнего года постепенно нарастали симптомы дисфагии, появились осиплость голоса, одышка. При осмотре: больной истощён, тургор снижен. Кожные покровы бледные, сухие, язык сухой, обложен коричневым налётом. Пульс ритмичный, частота сердечных сокращений 90 в минуту, артериальное давление 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий и безболезненный. При рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях определяют полный стеноз пищевода-желудочного перехода. При гистологическом исследовании биоптата поставлен диагноз аденокарцинома.

Вопросы

- Какие исследования следует провести данному больному?
- Какова тактика ведения данного больного?
- Каков прогноз?

Ответы: Больному необходимо выполнить: рентгенографию и КТ органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и печени.

- Хирургическое лечение.
- Плохой.

### **Задача №10**

Больная С., 38 лет, обратилась с жалобами на затруднение прохождения пищи по пищеводу, которое усиливается после больших волнений и неприятностей. Больная около 3-х лет. После приёма успокаивающих средств, спазмолитиков и снотворных препаратов самочувствие улучшается. Снижение веса тела не отмечает.

При осмотре больной патологических отклонений со стороны пищеварительного тракта не обнаружено. Средней упитанности. Шейные и надключичные л/узлы не увеличены. Анализ крови без патологических отклонений.

Ваш предварительный диагноз. Каков план обследования больной?

Ответ: Учитывая молодой возраст больной, длительность течения заболевания и эффективность консервативной терапии можно подумать о кардиоспазме. Для уточнения диагноза следует выполнить рентгенологическое исследование пищевода и эзофагоскопию.

### **Задача №11**

Больной И., 29 лет, поступил с жалобами на затруднение прохождения твёрдой пищи по пищеводу около 2-х месяцев. Сначала года старался более тщательно разжёвывать её, и запивал каждый глоток /водой, молоком, киселём/. Последние 3 недели питается только жидкой пищей /метана, бульон, сырые яйца и т.д./. Похудел на 12 кг.

Из анамнеза установлено, что около полугода тому назад было отравление уксусной кислотой. В течение месяца лечился в районной больнице. Выписан домой в удовлетворительном состоянии и 3 месяца чувствовал себя хорошо. Затем присоединились казанные выше жалобы. При осмотре состояние больного удовлетворительное. Масса тела уменьшена. Клинический анализ крови без особенностей. При рентгенологическом исследовании пищевода обнаружено коническое веретенообразное сужение пищевода в средней трети на протяжении 8 см. Контуры сужения ровные.

Предварительный диагноз? Дальнейший план обследования и лечения?

Ответ: У больного имеется рубцовое сужение пищевода после химического ожога уксусной кислотой. Показана фиброэзофагоскопия и бужирование пищевода.

**7.4 Самостоятельная работа.** Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

## ***Раздел 9. Опухоли органов брюшной полости***

### **9.1 Фронтальный опрос : (перечень вопросов)**

1. Рак пищевода. Клинические особенности течения. Возможности ранней диагностики. Принципы лечения.
2. Рак пищевода, эпидемиология. Анатомические формы роста. Патогенез клинических симптомов. Методы диагностики и лечения.
3. Рак желудка. Группы риска. Возможности раннего выявления.
4. Рак желудка, Клиническая картина в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Особенности метастазирования. Виды радикальных оперативных вмешательств.
5. Рак кардиального отдела желудка. Особенности клиники.
6. Принципы диагностики и лечения рака кардиального отдела желудка
7. Рак антрального отдела желудка. Особенности клиники. Принципы диагностики и лечения.
8. Ранний рак желудка. Классификация, возможности диагностики и результаты лечения.
9. Злокачественные опухоли 12-перстной кишки.
10. Клиника, диагностики и лечение рака большого дуоденального соска.
11. Рак поджелудочной железы. Заболеваемость и смертность. Клиническая картина в зависимости от локализации опухоли.
12. Принципы диагностики. Способы морфологического подтверждения диагноза.

### **9.2 Тестовый контроль:**

**1. К доброкачественным опухолям пищевода эпителиального происхождения относятся все перечисленные, кроме:**

- А). Полипов
- Б). Аденом
- В). Папиллом
- Г). Лейомиом

**2. Наиболее часто встречающимися симптомами доброкачественных опухолей пищевода являются:**

- А). Дисфагия
- Б). Боль за грудиной или в эпигастральной области
- В). Респираторные нарушения
- Г). Правильные ответы А) и Б)
- Д). Правильные ответы Б) и В)

**3. Основными методами диагностики доброкачественных опухолей пищевода являются:**

- 1). Рентгенологический
- 2). Эндоскопический
- 3). Радиоизотопный
- 4). Трахеобронхоскопия

Правильные ответы:

- А). 1,2
- Б). 2,3
- В). 3,4
- Г). 1,3
- Д). 1,4

**4. При лечении доброкачественных опухолей пищевода применяется:**

- А). Хирургическое лечение
- Б). Лучевое лечение
- В). Химиотерапия
- Г). Комбинированное лечение

Д). правильного ответа нет

**5. Уровень заболеваемости раком желудка у мужчин:**

- А). Выше, чем у женщин в 5 раз
- Б). Выше, чем у женщин в 2 раза
- В). Ниже, чем у женщин
- Г). Одинаков у мужчин и женщин
- Д). Правильного ответа нет

**6. При каком способе сохранения продуктов не увеличивается содержание нитрозаминов и их предшественников в пище?**

- А). Солении
- Б). Копчении
- В). Замораживании
- Г). Консервировании
- Д). Правильный ответ Б) и Г)

**7. Генетические особенности организма играют роль в возникновении:**

- А). Диффузной формы рака желудка
- Б). Интестинальной формы рака желудка
- В). Любых форм рака желудка
- Г). Роли не играют
- Д). Правильно все ответы, кроме В) и Г)

**8. Характер питания играет решающую роль в возникновении:**

- А). Диффузного рака желудка
- Б). Интестинального рака желудка
- В). Любых форм рака желудка
- Г). Роли не играет
- Д). Правильный ответ все, кроме В) и Г)

**9. Для возникновения рака желудка не имеет значения:**

- А). Избыточное употребление поваренной соли
- Б). Количество потребляемой клетчатки
- В). Инфицирование желудка бактериальной флорой
- Г). Особенности кулинарной обработки пищи
- Д). Возраст

**10. Регургитация желчи из 12-ти перстной кишки в желудок:**

- А). Способствует возникновению рака желудка
- Б). Не играет роли в возникновении рака желудка
- В). Способствует возникновению рака желудка у мужчин
- Г). Способствует возникновению рака желудка только у лиц старше 60 лет
- Д). Способствует возникновению рака желудка у женщин

**11. Предраковое заболевание желудка с резким утолщением складок слизистой оболочки и усиленным образованием слизи, называется:**

- А). Болезнь Менетрие
- Б). Болезнь Педжета
- В). Эритроплазия Кейра
- Г). Болезнь Гиршпрунга
- Д). Пищевод Баретта

**12. Дисплазию эпителия слизистой желудка обнаруживают:**

- А). При рентгеновском обследовании
- Б). При ФГДС
- В). При цитологическом и гистологическом исследовании
- Г). Всеми указанными способами
- Д). Нет правильного ответа

**13. Экзофитный тип роста характерен больше для:**

- А). Слепой и восходящей ободочной кишки
- Б). Поперечной ободочной кишки
- В). Нисходящей ободочной кишки
- Г). Сигмовидной кишки
- Д). Правильного ответа нет

**14. Эндофитный тип роста опухоли более характерен для опухолей:**

- А).левой половины толстой кишки
- Б).правой половины толстой кишки
- В).слепой кишки
- Г).одинаково часто встречается во всех отделах
- Д).правильного ответа нет

**15. Эндофитный РОК растет преимущественно:**

- А).в проксимальном направлении от опухоли
- Б).в дистальном направлении
- В).в обоих направлениях одинаково
- Г).циркулярно по периметру кишки
- Д).правильно и Б) и Г)

**16. Для РОК наиболее характерный путь метастазирования:**

- А).гематогенный
- Б).лимфогенный
- В).имплантационный
- Г).нет четких различий
- Д).чаще имплантационный

**17. РОК чаще метастазирует в:**

- А).кости
- Б).головной мозг
- В).поджелудочную железу
- Г).печень
- Д).легкие

Эталоны ответов:

1-Г	5-Б	9-Б	13- В	17-В
2-Г	6-В	10-А	14-Г	
3-А	7-А	11-А	15-Б	
4- А	8-В	12-В	16-Б	

**9.3 Ситуационные задачи:**

**Задача №1**

Больной 46 лет предъявляет жалобы на изжогу, чувство тяжести в желудке, отрыжку после еды, периодические срыгивания принятой пищей. Данные обследования.

- Рентгенография лёгких: патологии не обнаружено.
- ЭГДС: в пилорическом отделе желудка имеется язва, суживающая просвет привратника до 0,5 см.
- ЭКГ: ритм синусовый, 65 в мин. Нагрузка на правое предсердие.
- Клинический анализ крови:
  - гемоглобин — 100 г/л;
  - эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$
  - цветовой показатель — 0,9;
  - тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;
  - лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);
  - СОЭ - 30 мм/ч.
- Анализ мочи: плотность — 1003 г/л, реакция среды — нейтральная, лейкоцитов 0-3 в поле зрения.

Вопросы

- С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
- Что необходимо выполнить для уточнения морфологического диагноза до начала лечения?
- Какое стандартное рентгеновское исследование необходимо выполнить для уточнения степени распространённости процесса в органе?
- Какой основной метод лечения указанной патологии?
- Какая операция будет считаться минимально допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

Ответы:

У больного сравнительно молодого возраста определяется опухоль в области расположения желудка. Наличие длительного срока болезни, анемии, похудения и асцита в этом случае говорят о раковом поражении и неоперабельности опухоли. Уточнить диагноз можно рентгеноскопией, гастроскопией, лапароскопией.



### Задача №2

Больной 50 лет предъявляет жалобы на снижение аппетита, похудание, изжогу, затруднение прохождения пищи. Данные обследования.

- Рентгенография лёгких: патологии не обнаружено.
- ЭКГ: ритм синусовый, 65 в минуту. Нагрузка на правое предсердие.
- Клинический анализ крови:
  - гемоглобин — 100 г/л;
  - эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}$ /л;
  - цветовой показатель — 0,9;
  - тромбоциты —  $240 \times 10^9$ /л;
  - лейкоциты —  $8,2 \times 10^9$ /л (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);
  - СОЭ - 30 мм/ч.
- Анализ мочи: плотность — 1003 г/л; реакция среды — нейтральная, лейкоциты — 0-3 в поле зрения.

#### Вопросы

- Каков предположительный диагноз?
- Что необходимо выполнить для уточнения морфологического диагноза до начала лечения?
- Какое стандартное рентгеновское исследование необходимо выполнить для уточнения степени распространённости процесса в органе?
- Какой основной метод лечения указанной патологии?
- Какая операция будет считаться минимально допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

Ответы: В данном случае можно думать о развитии стеноза выходного отдела желудка. Характер развития болезни, отсутствие язвенного анамнеза, возраст и пол больного заставляют думать о его раковой этиологии. В данном случае диагноз можно уточнить: стеноз – рентгеноскопии желудка, его природу – гастроскопией с биопсией, лапароскопией, лапаротомией.

### Задача №3

У женщины 50 лет, при профилактическом осмотре гинекологом обнаружена бугристая опухоль в правом яичнике. При расспросе выяснилось, что в течение трёх месяцев больная отмечает диспепсические расстройства, боли в эпигастрии, слабость, недомогание. Иногда возникает отрыжка.

О чём можно думать в данном случае? Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответ: Наличие опухоли в яичнике в сочетании с признаками поражения желудка у женщины 50 лет, заставляет предположить, кроме рака яичника, рак желудка с метастазом в яичник /метастаз Крукенберга/. С целью уточнения диагноза необходимо обследовать желудок (рентгеноскопию, гастрофиброскопию и биопсию), брюшинную полость – на наличие, как первичной опухоли, так и метастазов (лапароскопия), другие органы, где чаще встречаются метастазы (рентгеноскопия и

### Задача №4

У больного 67 лет, обратившегося с жалобами на затруднённое прохождение пищи, похудание, при комплексном обследовании выявлен рак кардинального отдела желудка. На операции диагноз подтвердился: обнаружена опухоль размерами 6×8 см, суживающая вход в желудок, имеется увеличение л/узлов в малом сальнике и воротах селезёнки. Пищевод не поражён.

Какова стадия рака? Какую операцию необходимо провести?

Ответ: У больного рак кардинального отдела желудка, III стадия. Случай операбельный. Необходимо провести гастрэктомию и спленэктомию с удалением большого и малого сальников, проходимость ЖКТ восстанавливается эзофагоюноанастомозом.

### Задача №5

У больного 60 лет, госпитализированного в связи с обострением хронической язвы желудка, при гастрофиброскопии и биопсии обнаружен рак антрального отдела. Во время операции диагноз подтвердился, одновременно в левой доли печени обнаружен одиночный метастаз размерами 3×4 см.

Какова должна быть дальнейшая тактика?

Ответ: У больного имеется рак желудка с одиночным метастазом в печень. В данном случае наиболее целесообразно провести расширенную радикальную операцию, заключающуюся в дистальной субтотальной резекции желудка и резекции левой доли печени. Такой объём операции вполне допустим, а у больного появляются шансы более благоприятного исхода.

### Задача №6

Больной 60 лет предъявляет жалобы на слабость, снижение аппетита, субфебрильную температуру, неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота. Данные обследования.

- Рентгенография лёгких без патологии.
- ЭКГ: ритм синусовый, 85 в минуту, нагрузка на правое предсердие.
- Клинический анализ крови:

—гемоглобин — 60 г/л;

—эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$ ;

—цветовой показатель — 0,9;

—тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;

—лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);

—СОЭ - 30мм/ч.

- Анализ мочи: плотность — 1003 г/л, реакция среды — нейтральная, лейкоциты — 0-3 в поле зрения.
- ЭГДС без патологии.
- УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.

#### Вопросы

- Каков предположительный диагноз?
- Что необходимо выполнить для уточнения диагноза до начала лечения?
- Как называется данная форма течения указанной патологии?
- Каков основной метод лечения указанной патологии?
- Какая операция будет считаться минимально-допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

#### Ответы:

- Рак правой половины толстой кишки.
- Колоноскопия.
- Токсико-анемическая форма.
- Хирургический.
- Правосторонняя гемиколэктомия.

### Задача №7

Больной 46 лет предъявляет жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в левой половине живота, периодическое ощущение вздутия, чередование поносов и запоров. Отмечает следы крови в кале. Данные обследования.

- Рентгенография: патологии не обнаружено.
- ЭКГ: ритм синусовый, 85 в мин, нагрузка на правое предсердие.
- Клинический анализ крови:

—гемоглобин — 100 г/л;

—эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$

—цветовой показатель — 0,9;

—тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;

—лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);

—СОЭ - 30 мм/ч.

- Анализ мочи: плотность — 1003 г/л, реакция среды — нейтральная, лейкоцитов — 0-3 в поле зрения.
- ЭГДС: без патологии.
- УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.

#### Вопросы

- Каков предположительный диагноз?
- Что необходимо выполнить для уточнения диагноза до начала лечения?
- Как называется данная форма течения указанной патологии?
- Каков основной метод лечения указанной патологии?
- Какая операция будет считаться минимально-допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

#### Ответы:

- Рак левой половины толстой кишки.
- Колоноскопия.
- Энтероколитическая форма.
- Хирургический.
- Левосторонняя гемиколэктомия.

### Задача №8

Больной 56 лет предъявляет жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в животе, периодическое ощущение

вздутия. При пальпации брюшной стенки определяется инфильтрат на границе эпи- и мезогастрия, смещаемый, безболезненный. Данные обследования.

- Рентгенография: патологии не обнаружено.
- ЭКГ: ритм синусовый, 85 в мин, нагрузка на правое предсердие.
- Клинический анализ крови:
  - гемоглобин — 130 г/л;
  - эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$ ;
  - цветовой показатель — 0,9;
  - тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;
  - лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);
  - СОЭ - 30 мм/ч.
- Анализ мочи: плотность — 1003 г/л, реакция среды — нейтральная, лейкоцитов — 0-3 в поле зрения.
- ЭГДС: без патологии.
- УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.

#### Вопросы

- Каков предположительный диагноз?
- Что необходимо выполнить для уточнения диагноза до начала лечения?
- Какое рентгеновское исследование может дополнить клиническую картину?
- Каков основной метод лечения указанной патологии?
- Какая операция будет считаться минимально-допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

#### Ответы:

- Рак поперечной ободочной кишки.
- Колоноскопия.
- Рентгенография с барием.
- Хирургический.
- 5. Резекция поперечной ободочной кишки.

#### Задача №9

Больной 48 лет предъявляет жалобы на частые ложные позывы к дефекации, выделение крови и слизи с калом, склонность к запорам. Данные обследования.

- Рентгенография: патологии не обнаружено.
- ЭКГ: ритм синусовый, 85 в минуту, нагрузка на правое предсердие.
- Клинический анализ крови:
  - гемоглобин — 120 г/л;
  - эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$ ;
  - цветовой показатель — 0,9;
  - тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;
  - лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);
  - СОЭ — 30 мм/ч.
- Анализ мочи: плотность — 1003 г/л, реакция среды — нейтральная, лейкоцитов — 0-3 в поле зрения.
- ЭГДС: без патологии.
- УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.

#### Вопросы

- Каков предположительный диагноз?
- Что необходимо выполнить для уточнения диагноза до начала лечения?
- Какое общепринятое амбулаторное исследование может помочь установить диагноз?
- Каков основной метод лечения указанной патологии?
- Каким видам хирургических вмешательств следует отдать предпочтение при не осложнённом течении указанной патологии?

#### Ответы:

- Рак прямой кишки.
- Ректоскопия.
- Пальцевое исследование прямой кишки.
- Лучевой и хирургический.
- Органосохраняющим с восстановлением непрерывности кишки.

#### Задача №10

Больной 54 года, 3 месяца назад обращался к врачу с жалобами на периодические запоры, появление крови при акте дефекации. Хирург поставил диагноз – геморрой, назначил слабительные средства. Больной ставил клизмы и принимал слабительное. При этом выделялась кровь, слизь, в связи с чем обратился за помощью повторно.

Какой предполагается диагноз? Какое обследование больному следует назначить? Какую ошибку допустил хирург?

Ответ: У больного имеется клиника рака прямой кишки. Следует произвести пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопию, биопсию опухоли для цитологического исследования, при необходимости выполнить ирригоскопию, фиброколоноскопию. Ошибкой хирурга было отсутствие онкологической настороженности.

#### **Задача №11**

Больной 78 лет, около 2 месяцев назад заметил кровь при дефекации. Страдает ожирением 4 степени, эмфиземой лёгких, пневмосклерозом. При ректоскопии обнаружена опухоль 3×4 см. на заднебоковой стенке кишки на высоте 4 см. от ануса. Стенка прямой кишки подвижна вместе с опухолью. При гистологическом и цитологическом исследовании обнаружена картина рака. От предложенной операции больной отказался.

Какое лечение следует назначить? Какую операцию произвести, если больной даст своё согласие?

Ответ: Больному следует назначить сочетанную лучевую терапию (дистанционную гамма-терапию и внутриместное облучение), затем показана одномоментная брюшно-промежностная экстрипация прямой кишки.

#### **Задача №12**

Больная 65 лет, обратилась с жалобами на выделения крови и слизи из заднего прохода, частые позывы на стул. При пальцевом исследовании на передней стенке прямой кишки определяется опухоль 4×5 см. на высоте 4 см. от ануса, кровоточит при её пальпации. При исследовании живота край печени выступает из подреберья, в правой паховой области пальпируется л/узел до 2 см. в диаметре, плотный.

Каков предполагаемый диагноз? Какие исследования необходимо произвести больной для его уточнения?

Ответ: Предполагаемый диагноз – рак прямой кишки. Для его уточнения следует выполнить ректоскопию с биопсией опухоли для цитологического и гистологического исследований, произвести сканирование печени или ультразвуковую эхолакацию, лапароскопию (для исключения метастазов), пунктировать лимфоузел для цитологического исследования (возможен метастаз).

5.12. Больная 64 года, обратилась с жалобами на кровь в стуле, запоры и боли в животе. Больна 3 месяца. Боли в животе и запоры беспокоят последние две недели. При ректоскопии на высоте 13 см. от ануса обнаружена опухоль, суживающая просвет, кровоточива. Выше её пройти не удаётся. Цитологическая картина – подозрение на рак, гистологическая – аденокарцинома.

Какую операцию следует сделать больной?

Ответ: При отсутствии большого распространения опухоли (Т 1-3) и метастазов можно выполнить переднюю резекцию прямой кишки.

#### **Задача №13**

Больной А., 68 лет. 2 года назад перенёс переднюю резекцию прямой кишки по поводу рака. При настоящем обследовании в проекции 2 и 5-8 сегментов печени определяется два опухолевых очага, максимальным размером до 5,0 см.

Вопрос• Определите диагностическую и лечебную тактику.

Ответ: Предположительный клинический диагноз - колоректальное метастатическое поражение печени. Диагностические задачи - уточнение морфологической природы опухоли и распространенности опухолевого процесса. Необходимо выполнить пункционную аспирационную биопсию очага в печени, УЗИ или КТ брюшной полости, рентгеновское исследование легких, колоноскопию и определить уровень опухолевого маркера РЭА. При отсутствии других проявлений заболевания возможно выполнение операции в объеме правосторонней гемигепатэктомии с резекцией или радиочастотной термоаб-ляцией очага во втором сегменте печени.

### **9.4 Самостоятельная работа.**

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

## **Раздел 10. Забрюшинные внеорганные опухоли**

### **10.1 Фронтальный опрос: ( перечень вопросов)**

1. Определения понятия «забрюшинные внеорганные опухоли»
2. Этиология и Патогенез Забрюшинных внеорганных опухолей.
3. Классификация. Клиника Забрюшинных внеорганных опухолей
4. Диагностика Забрюшинных внеорганных опухолей
5. Лечение Забрюшинных внеорганных опухолей

## 10.2 Тестовый контроль:

### 1. Клинические проявления забрюшинных неорганных опухолей в первую очередь обусловлены

- а) гистологической структурой опухоли
- б) размерами опухоли
- в) локализацией опухоли
- г) размерами и локализацией опухоли
- д) гистологической структурой и размерами опухоли

### 2. Рентгеноконтрастные исследования желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы в диагностике забрюшинных неорганных опухолей дают возможность

- а) установить внутри- или внебрюшинную локализацию опухоли
- б) определить органную принадлежность опухоли или ее неорганный характер
- в) судить о распространении опухоли на соседние органы
- г) все ответы правильные
- д) правильного ответа нет

### 3. При забрюшинных неорганных опухолях чаще встречаются

- 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

### 4. Морфологическое подтверждение диагноза при забрюшинных неорганных опухолях до операции может быть получено

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

### 5. Цитологическое исследование биопсийного материала при забрюшинных неорганных опухолях, как правило, не позволяет до начала лечения

- а) установить гистогенез опухоли
- б) установить злокачественность или доброкачественность опухолевого процесса
- в) исключить воспалительный характер заболевания
- г) исключить метастатическое поражение забрюшинных лимфоузлов
- д) правильного ответа нет

### 6. Клиническое течение неорганных забрюшинных опухолей характеризуется

- а) длительным бессимптомным периодом
- б) частым рецидивированием
- в) ранним и частым метастазированием
- г) нарастанием признаков злокачественности опухоли по мере рецидивирования
- д) правильные ответы а), б), в)

### 7. Для оценки местной распространенности опухолевого процесса при забрюшинных неорганных опухолях наиболее эффективно

- а) ультразвуковое исследование
- б) ангиографическое исследование
- в) экскреторная урография
- г) рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта
- д) все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью

### 8. Операбельность при забрюшинных неорганных опухолях в первую очередь зависит

- а) от локализации опухоли
- б) от гистологической структуры опухоли
- в) от размеров опухоли
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы б) и в)

Эталоны ответов :

- 1- Г            5-А
- 2- Г            6-Д

3- Б            7-Б  
4-Д            8-Г

### 10.3 Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

## **Раздел 11. Опухоли женских половых органов**

### 11.1 Тестирование:

**1. Крауроз и лейкоплакия вульвы чаще встречаются у женщин в возрасте**

- а) 31-40 лет
- б) 41-50 лет
- в) 51-60 лет
- г) 61-70 лет
- д) независимо от возраста

**2. При подозрении на меланому вульвы используют методы**

- а) ножевая биопсия
- б) скарификационная биопсия
- в) взятие мазков-отпечатков
- г) пункционная биопсия
- д) все перечисленное верно

**3. Морфологические изменения при краурозе вульвы больше выражены**

- а) в эпителии
- б) в сосудах вульвы
- в) во всей толще вульвы
- г) в соединительной ткани вульвы

**4. Дифференциальную диагностику гиперпластических процессов**

и рака эндометрия следует проводить

- а) с субмукозным узлом миомы
- б) с железисто-фиброзным полипом эндометрия
- в) с гормонально-активной опухолью яичника
- г) верно а) и б)
- д) со всем перечисленным

**5. Основной путь метастазирования при раке эндометрия**

- а) гематогенный
- б) лимфогенный
- в) имплантационный
- г) контактный

**6. Первая стадия рака эндометрия разделяется на варианты (а, б, в) в зависимости**

- а) от степени распространения опухоли за пределы матки
- б) от степени инвазии опухоли в миометрий
- в) от величины полости матки
- г) от размеров матки

**7. Объем хирургического лечения при злокачественных опухолях яичников**

- а) надвлагалищная ампутация матки с придатками и резекция большого сальника
- б) экстирпация матки и резекция большого сальника
- в) влагалищная экстирпация матки с придатками
- г) верно а) и б)
- д) верно все перечисленное

**8. Методы лечения больных со злокачественными опухолями яичников**

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

д) все перечисленные

**9. Причиной возникновения крауроза и лейкоплакии вульвы, как правило, является**

- 1) трофические нарушения
  - 2) нейроэндокринные расстройства
  - 3) гипоэстрогения
  - 4) снижения функции коры надпочечников
- а) верно 1, 2, 3
  - б) верно 1, 2
  - в) все перечисленное
  - г) верно 4
  - д) ничего из перечисленного

**10. Крауроз и лейкоплакию вульвы следует дифференцировать**

- 1) с красным плоским лишаем вульвы
  - 2) с эссенциальным зудом вульвы
  - 3) с нейродермитом вульвы
  - 4) с витилиго вульвы
- а) верно 1, 2, 3
  - б) верно 1, 2
  - в) со всем перечисленным
  - г) верно 4
  - д) ни с чем из перечисленного

Эталоны ответов:

1- Г	4-Д	7-Г	
2- В	5-Б	8-Д	
3- Г	6-Б	9- В	10-В

**11.2 Ситуационные задачи :**

**Задача.№1**

Больная, 40 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. Проведена биопсия шейки матки — плоскоклеточный рак.

Вопросы

- Назовите дополнительный метод обследования, который надо применить больной для уточнения диагноза.
- Ваш предположительный диагноз.

Ответы:

- УЗИ органов малого таза, регионарных лимфоузлов (КТ, МРТ по показаниям).
- РШМ стадия IIb, T2bN0M0.

**Задача.№2**

Больная 40 лет. Поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сукровичные выделения из влагалища, боли в низу живота на протяжении двух 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.

Вопрос: Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.

Ответ: Кольпоцервикоскопия с биопсией, УЗИ органов малого таза.

**Задача.№3**

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

- Ваш предположительный диагноз?

- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- Методы исследования для уточнения диагноза.
- Ошибка, допущенная врачом стационара.

Ответ:

- Миома матки с подслизистой локализацией узла.
- Дифференциальную диагностику следует проводить с внутренним эндометриозом, саркомой тела матки, полипом эндометрия, раком матки.
- Аспират из матки, УЗИ.
- Проведение лечебных мероприятий без уточнения диагноза.

#### **Задача №4**

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.

Вопросы

- Назовите стадию заболевания.
- Какова лечебная тактика?
  - Прогноз в отношении этой больной.

Ответ:

- У больной РТМ стадии 1-Н.
- Показано комплексное лечение (расширенная экстирпация матки с придатками, сочетанная лучевая терапия).
- Прогноз сомнительный.

#### **Задача №5**

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. При обращении в женскую консультацию рекомендована медикаментозная терапия.

Вопросы

- Ваш предположительный диагноз?
- При знакомстве с анамнезом заболевания и жизни, на какие моменты следует обратить особое внимание?
- В какой последовательности и какие инструментальные методы обследования следует провести?

Ответ:

- РТМ.
- Менструальная и детородная функции, ациклические маточные кровотечения; были ли диагностические выскабливания матки и каков результат гистологических исследований соскобов?
- Исследование аспирата из матки, гистероцервикоскопия, биопсия эндометрия или раздельное диагностическое выскабливание матки.

#### **Задача №6**

Во время операции у больной 42 лет обнаружена двухсторонняя опухоль яичников. В большом сальнике выявлены метастазы опухоли. В брюшной полости умеренное количество асцитической жидкости.

Вопросы

- Ваш диагноз?
- Рекомендуемый объем операции?
- Какое исследование нужно провести для уточнения диагноза?

Ответ:

- Клинический диагноз рак яичников III стадии.
- Экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника.
- Для выбора объема операции необходимо произвести срочное гистологическое исследование удаленной опухоли яичника.

#### **Задача №7**

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 приеме пищи. В день поступления: живот увеличен в размерах, пальпация его затруднена. При обследовании обнаружен асцит.

Вопросы

- Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

Ответ:

- Парацентез с последующим гинекологическим исследованием.
- Рентгенография органов грудной клетки.
- Ирригоскопия, фиброгастроскопия.
- Цитологическое исследование асцитической жидкости и аспирата из матки.
- Лапароскопия.



### Задача №8

Больная 32 лет оперирована два года тому назад по поводу рака желудка III стадии. Состояние больной относительно удовлетворительное. Справа и слева от матки пальпируются плотные образования, расположенные над входом в малый таз.

Вопросы

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

Ответ:

- У больной опухоль Крукенберга.
- Для исключения рецидива и метастазов опухоли в других органах необходимо произвести рентгенографию лёгких, рентгенографическое и эндоскопическое исследования области анастомоза, ирригоскопию, УЗИ органов брюшной полости, малого таза.
- При исключении опухолевого поражения других органов и тканей показана лапаротомия, удаление правых и левых придатков матки.
- Прогноз сомнительный.

### 11.3 Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

### Раздел 12. Опухоли молочной железы

1. Мастопатии, Классификация.
  2. Принципы диагностики и лечения мастопатий
  3. Рак молочной железы. Факторы риска. Клинические формы.
  4. Рак Педжета. Принципы диагностики и лечения,
  5. Рак молочной железы. Заболеваемость. Возможности ранней диагностики.
  6. Профилактика рака молочной железы.
  7. Рак молочной железы. Причины поздней диагностики. Возможности лечения распространенных форм рака молочной железы,
  8. Узловая форма рака молочной железы. Кожные симптомы. Принципы диагностики и лечения.
  9. Рак молочной железы. Особенности регионарного и отдаленного метастазирования.
  10. Методы диагностики и лечения РМЖ
1. **12.1 Тестовый контроль:**

**К доброкачественным опухолям молочной железы относятся**

- А) узловая фиброзно-кистозная мастопатия
- Б) диффузная мастопатия
- В) фибroadенома

**2. У больного 30 лет после перенесенной болезни Боткина развилась двусторонняя гинекомастия. Ему следует назначить**

- А) гормонотерапию эстрогенами
- Б) гормонотерапию андрогенами
- В) гормонотерапию кортикостероидами
- Г) препараты, улучшающие функцию печени
- Д) йодсодержащие препараты

**3. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия может развиваться вследствие**

- А) хронического аднексита
- Б) хронического гепатита
- В) заболевания щитовидной железы
- Г) все ответы правильные

**4. Плазмноклеточный мастит является результатом**

- А) воспалительного процесса
- Б) возрастной инволюции молочных желез
- В) эктазии протоков
- Г) кисты молочных желез

**5. Основным методом лечения злокачественных опухолей является**

- А) хирургическое
- Б) лучевое

- В) гормональное
- Г) лекарственное

**6. Основным видом лечения внутрипротоковых папиллом является**

- А) хирургическое
- Б) лучевое
- В) гормональное
- Г) лекарственное

**7. К какой клинической группе относятся больные, страдающие пролиферативной формой фиброзно-кистозной мастопатии**

- А) I а
- Б) I б
- В) II
- Г) III

**8. Деление больных на клинические группы необходимо**

- А) для учета онкологических больных
- Б) для диспансеризации онкологических больных
- В) для определения степени распространенности опухолевого процесса
- Г) правильные ответы А и Б
- Д) правильные ответы Б и В

**9. Наименьшая заболеваемость раком молочной железы наблюдается**

- А) в Грузии
- Б) в Азербайджане
- В) в Туркмении
- Г) в России

**10. Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения**

- А) лучевой терапии
- Б) гормонотерапии
- В) химиотерапии
- Г) хирургического лечения молочной железы

Эталоны ответов:

41-в	42-г	43-г	44-в	45-а	46-а	47-б	48-г	49-в	50-б
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

**12.3 Ситуационные задачи:**

**Задача №1** Больная 35 лет. Поступила в клинику с жалобами на наличие опухоли в правой молочной железе. Опухоль заметила самостоятельно, неделю назад. Месяц назад упала на область правой половины грудной клетки. При осмотре: молочные железы правильно развиты, соски и ареолы без особенностей. В правой молочной железе на границе внутренних квадрантов имеется опухоль до 3,5 см в диаметре без чётких границ, спаянная с кожей.

Вопросы

- Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Какие признаки могут быть обнаружены на маммограммах в случае наличия злокачественной опухоли?
- Как будет спланировано лечение, если данные цитологического исследования не подтверждают картину рака?

Ответы:

1. УЗИ молочных желез, маммографию, пункцию узлов образования для цитологического исследования.
2. Узел звездчатой формы и микрокальцинаты.
3. Секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием.

**Задача №2**

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 желёз патологических образований не определяется. Цитологическое исследование мазков показало наличие клеток протокового эпителия с явлениями пролиферации и атипии.

Вопросы

- Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

- Ваш предварительный диагноз.
- План лечения в случае отсутствия данных за наличие рака.

Ответы:

1. Дуктография.
2. Внутрипротоковая папиллома левой молочной железы.
3. Секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием.

### **Задача №3.**

При маммографии у больной 30 лет выявлен рак левой молочной железы. Размеры опухоли по данным маммографии — 4х4 см.

Вопросы

- Какое обследование необходимо произвести больной для подтверждения диагноза?
- Какое обследование необходимо произвести больной для определения состояния регионарного лимфатического аппарата?

Ответы:

1. Пункция опухоли с цитологическим исследованием материала.
2. УЗИ аксиллярной области и, при необходимости, пункция.

### **Задача №4**

Больная 50 лет. Поступила в клинику с жалобами на кровотечение из распадающейся опухоли правой молочной железы, увеличенные спаянные лимфатические узлы подмышечной области на одноимённой стороне. В течение длительного времени (более 5 лет) отмечала наличие опухоли в молочной железе, но за медицинской помощью не обращалась из-за страха потерять грудь.

Вопросы

- Предварительный диагноз?
- Какой план лечения будет выработан и почему?
- Прогноз заболевания.

Ответы:

1. Рак молочной железы.
2. Саннационную паллиативную мастэктомию в связи с распадающейся опухолью с последующим химиолучевым лечением, гормонотерапией по показаниям.
3. Неблагоприятный.

### **Задача №5.**

Больная 58 лет. Поступила в клинику с жалобами на наличие опухоли в правой молочной железе, увеличение лимфатических узлов в подмышечной области на одноимённой 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 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.

Вопросы

- Ваш предварительный диагноз.
- Какие методы уточняющей диагностики необходимо произвести?
- Какой план лечения будет выработан?

Ответы:

1. Рак молочной железы.
2. Радионуклидное исследование, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, малого таза.

## **12.4 Самостоятельная работа.**

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

## **Раздел 13. Опухоли кожи**

### **13.1 Фронтальный опрос: (перечень вопросов)**

1. Рак кожи. Заболеваемость. Меры профилактики.

2. Особенности клинического течения базалиом и плоскоклеточного рака. Принципы диагностики и лечения.
3. Пигментные невусы. Признаки и факторы, способствующие из озлокачествлению.
4. Диагностика и лечебная тактика при пигментных невусах.
5. Меланома кожи. Особенности роста и метастазирования.
6. Принципы диагностики и лечения меланомы кожи
7. Злокачественные опухоли мягких тканей. Принципы диагностики и лечения.

### 13.2 Тестовый контроль:

11. У больного 72 лет базалиома кожи спины 0,8 см в диаметре. Ему наиболее целесообразно
  - А) хирургическое удаление
  - Б) криогенная деструкция
  - В) близкофокусная рентгенотерапия
  - Г) все ответы равнозначны
  - Д) правильно А и Б
12. У больной 62 лет базалиома кожи височной области около 1,5 см в диаметре. Ей наиболее целесообразно
  - А) близкофокусная рентгенотерапия
  - Б) криогенная деструкция
  - В) хирургическое удаление
  - Г) все перечисленное
  - Д) правильно А и Б
13. При лучевой терапии базалиомы наиболее целесообразно использовать
  - А) близкофокусную рентгенотерапию
  - Б) быстрые электроны
  - В) фотоны 15-20 МэВ
  - Г) гамма-излучение
  - Д) правильно А и Б
14. При лучевой терапии базалиомы наиболее целесообразно подведение суммарной дозы
  - А) 30 г
  - Б) 40-45 г
  - В) 50-60 г
  - Г) 60-70 г
15. У больного 65 лет рецидив базалиомы около 1 см в области носогубной складки через год после близкофокусной рентгенотерапии в СОД-60 г. Ему наиболее целесообразно
  - А) повторный курс близкофокусной рентгенотерапии
  - Б) курс дистанционной гамма-терапии
  - В) лазерная деструкция
  - Г) хирургическое удаление
16. У больной 65 лет рак кожи волосистой части головы 2 см, подвижный с кожей. Ей наиболее целесообразна
  - А) близкофокусная рентгенотерапия
  - Б) дистанционная гамма-терапия
  - В) лазерная деструкция
  - Г) хирургическое удаление
17. У больного 63 лет плоскоклеточный рак кожи спины около 2,5 см на фоне рубцовых изменений после ожогов. Ему наиболее целесообразно
  - А) хирургическое удаление
  - Б) лазерная деструкция
  - В) дистанционная гамма-терапия
  - Г) облучение электронами
  - Д) близкофокусная рентгенотерапия
18. У больного 62 лет рак кожи ягодичной области III а стадии. Ему наиболее целесообразно
  - А) дистанционная гамма-терапия (самостоятельный курс)
  - Б) близкофокусная рентгенотерапия
  - В) комбинированное лечение с предоперационной дистанционной гамма-терапией
  - Г) комбинированное лечение с предоперационной близкофокусной рентгенотерапией
  - Д) хирургическое лечение
19. У больного рецидив рака кожи волосистой части головы через год после близкофокусной рентгенотерапии в СОД 60 г. Ему наиболее целесообразно

- А) повторный курс близкофокусной рентгенотерапии
- Б) курс дистанционной гамма-терапии
- В) хирургическое иссечение с пластикой
- Г) комбинированное лечение с предоперационной дистанционной гамма-терапией

**20. У больной 35 лет меланома кожи задней поверхности голени диаметром около 2 см. Ей целесообразно**

- А) близкофокусная рентгенотерапия
- Б) сочетанная лучевая терапия
- В) комбинированное лечение с предоперационной близкофокусной рентгенотерапией
- Г) чисто хирургическое удаление

**Эталоны ответов:**

1-д	2-д	3-д	4-в	5-г	6-а	7-а	8-в	9-в	10-г
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

**13.3 Ситуационные задачи:**

**Задача №1**

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

Вопросы

- Ваш диагноз?
- Назначьте план обследования и лечения.

Ответы:

- В данном случае необходимо проводить дифференциальный диагноз между меланомой кожи и диспластическим невусом.
- Необходимо проведение УЗИ подмышечных, над-, подключичных, паховых лимфоузлов. В случае отсутствия признаков их поражения, а также отсутствия данных за отдаленное метастазирование необходимо провести широкое хирургическое иссечение участка кожи с пигментным образованием. Материал обязательно направляется на гистологическое исследование.

**Задача №2**

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

Вопросы

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

Ответы:

- Вероятнее всего, у пациента внутрикожный метастаз (сателлит) меланомы кожи правой височной области, метастаз в правую околоушную слюнную железу.
- Основная ошибка хирурга - материал не был направлен на гистологическое исследование.

**Задача №3**

У больного М., 20 лет, с раннего детства отмечалась гиперчувствительность кожи к солнечным лучам, которая проявлялась гиперемией и отёком её, затем рассеянной пигментацией. Кожные покровы лица становятся сухими, местами атрофичными с телеангиоэктазиями. Была диагностирована пигментная ксеродерма. В последнее время в области носогубной складки слева появились бородавчатые разрастания.

Ваше мнение о динамике процесса? Как проводится уточнение диагноза? Предполагаемое лечение?

Ответы:

Можно полагать, что происходит озлокачествление пигментной ксеродермы с переходом в плоскоклеточный рак. Показана биопсия и гистологическое исследование. Лечение хирургическое или криовоздействие. При множественных разрастаниях возможна близкофокусная рентгенотерапия.

**Задача №4**

У больной К., 60 лет, несколько лет назад на коже лопаточной области справа появились очаги пятнисто-узелковых высыпаний, покрытых чешуйками и корками. В настоящее время в результате слияния этих элементов образовались бляшки желтовато-красного цвета с влажной поверхностью. Была диагностирована болезнь Боуена.

Какое должно быть назначено лечение?

Ответ:

Болезнь Боуэна в настоящее время рассматривается как клиническая форма рака кожи (ранее рассматривалась как облигатный предрак). Показано хирургическое лечение.

#### **Задача №5**

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

Лечебная тактика при этом заболевании?

Ответ: Болезнь Кейра в 100% переходит в рак. Показано проведение близкофокусной рентгенотерапии. В случаях недостаточного эффекта необходимо иссечение поражённого участка. Возможно проведение химиотерапии блеомицином или аппликации 5% 5-фторурациловой мази.

#### **Задача №6**

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

Поставить предварительный диагноз. Ваши действия по уточнению диагноза. Какое лечение предлагается больной?

Ответ: Вероятно у больного базально-клеточный рак. Показана биопсия и гистологическое исследование. При гистологическом подтверждении заболевания может быть использован хирургический метод лечения, близкофокусная рентгенотерапия, криодеструкция или химиотерапия 0,5% омаиновой мазью.

#### **Задача №7**

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.

Ваше мнение о диагнозе, как уточнить его, планируемое лечение?

Ответ: Очевидно у больного плоскоклеточный рак кожи. Окончательно характер заболевания можно установить после биопсии с гистологическим исследованием. При подтверждении диагноза показано иссечение опухоли лучевой терапией, криодиструкция.

#### **Задача №8**

У больного К., 21 год, в толще кожи ладонной поверхности левой кисти около 3 лет назад появилось плотное образование тёмно-коричневого цвета диаметром 1,5 см. с неровными краями. Диагностирован пограничный невус.

Какое лечение показано этому больному?

Ответ: Учитывая возможность перехода приобретённого пограничного невуса в злокачественную меланому, необходимо провести иссечение новообразования в онкодиспансере, отступив от его видимого края не менее чем на 0,5 см. Гистологическое исследование удалённого препарата является обязательным. При категорическом отказе от иссечения невуса, больной должен находиться под постоянным наблюдением онколога.

### **13.4 Самостоятельная работа.**

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

## **Раздел 14. Опухоли опорно-двигательного аппарата**

### **14.1 Фронтальный опрос: (перечень вопросов)**

1. Злокачественные опухоли костей.
2. Особенности клиники, диагностики и лечения.
3. Метастазы рака в кости из невыявленного первичного очага.

4. Клиника и диагностика опухолей опорно-двигательного аппарата
5. Доброкачественные костные опухоли.
6. Методы лечения остеопластической саркомы.
7. Доброкачественные костные опухоли.

## 14.2 Ситуационные задачи

### . Задача №1

Больной С, 19 лет. Заболевание началось остро, 6 мес. назад с озноба, повышения температуры тела до 39,3 °С, слабости, умеренных болей и отёчности по передней поверхности верхней трети правой голени. Боли усиливались в ночное время. При осмотре в поликлинике установлен диагноз «грипп» и, учитывая анамнез и умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, назначена симптоматическая терапия. Через 10 дней температура тела нормализовалась, но сохранялись боли и отёчность правой голени. Эти явления были расценены как осложнения гриппа. Назначили физиотерапевтические процедуры на поражённую область правой голени, наложили заднюю гипсовую лангету. На фоне проводимого лечения мягкие ткани верхней трети правой голени немного уплотнились, отёчность распространилась выше (к коленному суставу), боли усилились. Направляясь на очередной сеанс физиотерапии, больной упал. Рентгенологически диагностирован перелом правой большеберцовой кости; наложено скелетное вытяжение. Через 3 нед при контрольном рентгенологическом исследовании было отмечено нарастание деструктивных изменений в сломанной кости. Был заподозрен патологический перелом; проведена открытая биопсия фрагментов деструктивно изменённой кости с последующей морфологической диагностикой. По совокупности анамнестических, клинических, рентгенологических и морфологических данных диагностирована саркома Юинга правой большеберцовой кости.

#### Вопросы

- Что в данной клинической картине позволяет усомниться в диагнозе «Осложнённый грипп»? Какие исследования следовало провести перед назначением физиотерапии?
- В какое учреждение и к какому специалисту следовало направить больного?
- Своевременно ли установлен диагноз?
- Отметьте симптомы, характерные для диагноза «Саркома Юинга большеберцовой кости».
- Охарактеризуйте основные этапы лечения саркомы Юинга.

#### Ответы:

1. Боли и отечность по передней поверхности верхней трети правой голени.
2. Рентгенография костей правой голени.
3. К онкологу.
4. Нет.
5. Повышение температуры тела, острое начало боли и отечность правой голени.
6. Химиолучевая терапия.

### Задача №2

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 8х10 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.

#### Вопросы

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

#### Ответы:

1. Рентгенография левой бедренной кости в двух проекциях.
2. Открытая биопсия бедренной кости с целью морфологической верификации диагноза.
3. Назначение консервативного лечения, особенно физиотерапии без рентгенологического исследования.

### Задача №3

. Больная Д., 46 лет, поступила в отделение с рецидивом опухоли мягких тканей левого плеча. Около двух лет назад под местной анестезией в поликлинике произведено иссечение опухоли примерно 3 см в диаметре, расположенной в средней трети левого плеча по внутренней его поверхности. Оперировавшим хирургом установлен диагноз липомы, гистологическое исследование не производилось. Через 1,5 года после операции в проекции рубца появилось опухолевидное образование, которое постепенно увеличивалось в размерах. Тогда же стала отмечать нарастающую отёчность руки и, периодически, чувство онемения пальцев кисти. При осмотре в средней трети левого плеча по

внутренней его поверхности обнаружен послеоперационный рубец длиной около 10 см. В его проекции определяется плотная, бугристая, малоподвижная опухоль размером 10x8 см, умеренно болезненная при пальпации. Кожа над ней истончена, с выраженным венозным рисунком. В левой подмышечной области пальпируется 2-3 увеличенных лимфатических узла.

#### Вопросы

Выберите необходимые действия:

- Пункционная или открытая биопсия опухоли.
- Доплеровское исследование сосудов левой руки.
- Рентгенография лёгких и левой плечевой кости.
- УЗИ левой подмышечной области.
- При отсутствии отдалённых метастазов — широкое фасциально-фулярное иссечение рецидивной опухоли. При соответствующих показаниях операция может быть дополнена:
  - т подмышечной лимфоаденэктомией;
  - коррекцией сосудисто-нервного пучка;
  - химиолучевой терапией (в зависимости от морфологического варианта опухоли).

Ответ:

1. Пункционная или открытая биопсия опухоли.
2. Рентгенография легких и левой плечевой кости.
3. УЗИ левой подмышечной области.
4. Химио-лучевая терапия.

#### Задача №4

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 12x8 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.

#### Вопросы

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

- длительное самолечение;
- до лучевого лечения не верифицирован диагноз (проведение лучевого лечения нецелесообразно);
- при обследовании данного контингента больных необходимо делать рентгенографию, а не флюорографию лёгких;
- не выполнено УЗИ опухоли для установления её истинных границ;
- проведение необоснованной лучевой терапии радиорезистентной опухоли исключило возможность выполнения сохранной операции.

Ответ:

1. Длительное самолечение.
2. До лучевого лечения не верифицирован диагноз.

### 14.4 Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

## Раздел 15. Опухоли кроветворной системы

### 15.1 Тестовый контроль:

1. Наиболее частое первое проявление лимфогранулематоза – поражение групп лимфатических узлов

А) шейно-надключичных



- Б) средостения
  - В) забрюшинных
  - Г) паховых
  - Д) частота одинакова
- Правильный ответ: в

### 2. Поражение костного мозга и печени при лимфогранулематозе

- А) I стадия
  - Б) II стадия
  - В) III стадия
  - Г) IV стадия
- Правильный ответ: г

### 3. Лечение при лимфогранулематозе IIa стадии с неблагоприятными факторами прогноза

- А) многокурсовая химиотерапия
  - Б) лучевая терапия по радикальной программе
  - В) лучевая терапия на зоны поражения с последующими курсами химиотерапии (5-6 курсов)
  - Г) 3 курса химиотерапии, лучевая терапия на зоны поражения и субклинического распространения, 3 курса химиотерапии
  - Д) все варианты одинаково
- Правильный ответ: г

### 4. Основание для выбора тактики лечения лимфосаркомы

- А) морфологический вариант
  - Б) распространённость процесса
  - В) локализация первичного очага опухоли
  - Г) симптомы интоксикации
- Правильный ответ: а, б, в, г

## 15.2 Ситуационные задачи

### Задача №1

Больная 30 лет, обратилась к участковому врачу 2 года назад по поводу увеличения лимфатического узла в правой надключичной области до 2 см в диаметре. Незадолго до этого перенесла острую респираторную вирусную инфекцию. Врач не назначил никаких дополнительных исследований, рекомендовал спиртовые компрессы.

Через полгода у больной в этом же месте появились ещё два плотных лимфатических узла размерами 1,5x2,0 см, а в надключичной области слева выявлен лимфатический узел такого же размера. Врач поликлиники назначил тепловые процедуры и антибиотики. Лимфатические узлы сначала незначительно уменьшились в размерах, а затем снова увеличились до 2,0-3,0 см в диаметре. Больная решила больше к врачам не обращаться, её самочувствие оставалось удовлетворительным.

Через 2 года от начала заболевания температура тела внезапно поднялась и сохранялась несколько дней на уровне 38,5-39,0 °С; не снизилась она и после применения антибиотиков. По ночам больную беспокоило обильное потоотделение. Периодически возникал кожный зуд. При ходьбе несколько раз появлялись колющие боли в левом подреберье. Во время врачебного осмотра на этот раз были выявлены увеличенные немногочисленные плотные лимфатические узлы (не менее 3 см в диаметре) в обеих шейно-надключичных областях. При пальпации селезёнка выступала на 4 см из-под края рёберной дуги.

Вопросы

1. Какой должна была быть тактика врача при первом и при повторном обращении?
2. Какой диагноз можно предположительно поставить больной?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
4. Можно ли считать проявлениями одного и того же заболевания симптомы, возникшие 2 года назад и появившиеся в дальнейшем? Что можно сказать о характере течения болезни, какие клинические стадии заболевания были у больной за время трёх её обращений к врачу?

Ответы:

1. Как видно, решение подобных задач требует знания особенностей проявления и течения лимфомы Ходжкина, умения правильно оценить ситуацию с учётом онкологической настороженности и применить вовремя правильные диагностические методы, чтобы с уточнённым диагнозом своевременно направить больного в специализированный стационар.

2. На основании развившейся через 2 года от начала заболевания картины можно предположить лимфому Ходжкина, хотя в начале болезни увеличенные лимфатические узлы с одинаковой вероятностью можно было отнести и к другим лимфопролиферативным заболеваниям, метастазу рака, туберкулёзу и пр.

3. Основным диагностическим методом — биопсия лимфатического узла с последующим иммуногистохимическим исследованием опухолевой ткани. Дополнительные методы исследования — рентгенография органов грудной клетки, КТ, УЗИ, радиоизотопное исследование лимфатической системы, трепанбиопсия подвздошной кости и пр. Описанный случай демонстрирует динамику болезни от IA стадии (начальной) до ШБ (генерализованной, с интоксикацией) в течение двух лет. Лечение больной года назад могло, несомненно, привести к длительной ремиссии (если не к полному излечению), лечение в ШБ стадии может иметь определённый успех, но не даёт надежды на радикальную помощь больной; прогноз в этой стадии несравненно хуже.

#### **Задача №2**

Больной 21 год в течение месяца отмечает стойкое повышение температуры до 38°C, похудение, потливость, кожный зуд. При объективном исследовании на левой боковой поверхности шеи и в левой подмышечной области определяются увеличенные, подвижные, безболезненные л/узлы тугоэластической консистенции. Кожные покровы над ними не изменены. В анализе крови отмечается умеренная гипохромная анемия, эозинофилия, нейтрофильный лейкоцитоз, СОЭ 36 мм/час.

Какой предварительный диагноз можно поставить этому больному? Как уничтожить диагноз?

Ответ: Вероятно, у больного лимфогранулематоз. Диагноз следует уточнить с помощью патологического исследования биопсированного л/узла. В дальнейшем назначить рентгенологическое исследование л/узлов средостения и решить вопрос о диагностической лапаротомии со спленэктомией.

#### **Задача №3**

У больного 29 лет, около 3 месяцев повышается температура до 38°C, кожный зуд, выраженная потливость, похудение, других жалоб не предъявляет. Периферические л/узлы не увеличены. При исследовании внутренних органов выявить патологию не удаётся. При очередном рентгенологическом контроле определяется увеличение л/узлов средостения. Поставить предварительный диагноз. Как подтвердить его?

Ответ: Очевидно, больной страдает лимфогранулематозом. Для уточнения диагноза необходима торакотомия с патологическим исследованием л/узлов средостения.

#### **Задача №4**

У больного 56 лет с диагнозом лимфогранулематоз II б стадии при очередном рецидиве заболевания на фоне повышенной температуры появился кашель, кровохарканье, одышка.

Как вы оцениваете появление вышеуказанных симптомов?

Ответ: Вероятно, у больного прогрессирующее заболевание (лимфогранулематоз IV б стадии с поражением лёгкого). Для уточнения диагноза провести рентгенологическое исследование лёгких.

#### **Задача №5**

У больного 42 года с диагнозом лимфогранулематоз II б стадии при очередном обострении заболевания появились: выраженная одышка в покое, одутловатость, синюшность лица, набухание вен шеи, тахикардия до 120 уд/мин, политопная экстрасистолия.

Какое ваше мнение о диагнозе?

Ответ: Можно предположить, что на фоне прогрессирования заболевания у больного поражено сердце (лимфогранулематоз IV б стадии) с выявлением гидроперикарда или имеется компрессионный медиастальный синдром в связи со значительным увеличением л/узлов.

### **15.3 Самостоятельная работа.**

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

#### **Раздел 16. Опухоли мочеполовой системы**

##### **16.1 Фронтальный опрос: (перечень вопросов)**

1. Опухоли почки. Этиология. Патогенез
2. Доброкачественные опухоли почечной паренхимы
3. Опухоли почечной лоханки. Методы диагностики
4. Аденома. Клиника, диагностика, лечение.
5. Лечение опухолей верхних мочевых путей.

##### **16.2 Тестовый контроль**

#### **1 Наиболее частым симптомом рака почки является**

а) боль

- б) пальпируемая опухоль
- (+) в) гематурия
- г) слабость
- д) ускоренная СОЭ

**2 Из методов системной химиотерапии при раке мочевого пузыря используются**

- а) внутримышечные введения
- б) внутривенное введение
- в) внутриартериальное введение
- г) эндолимфатическое введение
- (+) д) все перечисленные методы

**3 Среди морфологических форм опухолей лоханки чаще всего встречаются**

- (+) а) папиллярный переходо-клеточный рак
- б) фиброма
- в) липома
- г) саркома
- д) рабдомиома

**4 Добракачественные опухоли мочеиспускательного канала встречаются в возрасте**

- а) до 20 лет
- (+) б) от 30 до 40 лет
- в) от 50 до 60 лет
- г) старше 60 лет

**5 Эффективность химиотерапии при раке почки составляет**

- а) химиотерапия неэффективна
- (+) б) 10-15%
- в) 30-40%
- г) 50-60%
- д) более 60%

**6 Опухоли надпочечников встречаются**

- а) у детей
- б) у взрослых
- (+) в) и у тех, и у других

**7 У больного 52 лет рак предстательной железы. Опухоль (аденокарцинома) занимает половину предстательной железы. При ультразвуковом исследовании данных за метастазы в лимфоузлы нет. При сканировании костей - повышенное накопление изотопа в L2. Лечение его должно включать**

- а) гормонотерапию
- б) гормонотерапию + химиотерапию
- в) лучевую терапию только на первичный очаг
- г) лучевую терапию на первичный рак и на область L2
- (+) д) лучевую терапию на первичный очаг, на область L2 и гормонотерапию

**8 К особенностям клинического течения кортикостеромы относятся**

- а) артериальная гипертензия
- б) раннее половое созревание
- в) ожирение
- г) только а) и б)
- (+) д) все перечисленное

**9 К наиболее часто встречающейся морфологической форме опухоли мочевого пузыря относится**

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

**10 Удельный вес злокачественных опухолей яичка в структуре онкологических заболеваний составляют**

- (+) а) 1-1.5%
- б) 10-15%

- в) 20-25%
- г) более 25%

### 11 Опухолевым маркером хорионэпителиомы яичка является

- 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)

### 12 Противопоказаниями для орхофуникулэктомии служат

- а) метастазы в забрюшинные лимфоузлы
- б) метастазы в легкие
- (+) в) тяжесть состояния больного
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все перечисленное

### 13 Внутрипузырная химиотерапия используется

- а) с лечебной целью
- б) с профилактической целью
- в) с неoadъювантной целью
- (+) г) все перечисленное
- д) только а) и б)

## 16.3 Ситуационные задачи:

### Задача №1.

Дежурному урологу сообщили из приемного покоя, что поступил больной с безболевым тотальной гематурией.

Какова должна быть тактика уролога, экстренность диагностических и лечебных процедур?

**Ответ.** Тотальная гематурия наблюдается при ряде заболеваний почек и мочевого пузыря. Но наиболее частой причиной безболевого гематурии является опухоль мочевой системы. Гематурия, раз возникшая, может в последующем длительное время не повторяться. Поэтому в момент гематурии крайне важно выяснить источник кровотечения, чтобы при последующем обследовании акцентировать внимание на пораженном органе. Для выяснения источника кровотечения в момент гематурии абсолютно показаны УЗИ почек и мочевого пузыря и цистоскопия.

### Задача №2.

У больного, 52 лет, в правом подреберье пальпируется плотное смещаемое опухолевидное образование размером 10x8 см с бугристой поверхностью. При перкуссии над образованием тимпанит. Данные экскреторной урографии не позволяют с уверенностью исключить опухоль правой почки.

Какие методы обследования позволят подтвердить или исключить опухоль почки?

**Ответ.** Наличие бугристой опухоли в подреберье и тимпанит над образованием указывают на локализацию процесса в забрюшинном пространстве. Тимпанит при перкуссии обусловлен наличием кишечных газов в восходящем отделе и печеночном углу толстой кишки. Если бы при перкуссии над образованием было притупление, следовало бы думать о локализации процесса в брюшной полости.

Необходимо исключить опухоль в забрюшинном пространстве и, в частности, опухоль почки. Для установления диагноза и определения тактики лечения показаны УЗИ почек и печени, РКТ или МРТ брюшной полости.

### Задача №3.

У больного, 54 лет, работающего 20 лет на заводе анилиновых красителей, в последние три месяца учащенное, иногда болезненное мочеиспускание. Периодически отмечает тупые боли внизу живота. Обращался в кожно-венерический диспансер, где проведенное обследование исключило венерические заболевания.

При объективном исследовании патологических изменений не выявлено. В анализе крови обращает на себя внимание ускорение СОЭ до 20 мм час. В анализе мочи удельный вес 1020, реакция кислая, лейкоциты 3-5 в поле зрения, эритроциты свежие 8-10 в п/з.

О каком заболевании следует думать?

Что нужно предпринять для уточнения диагноза?

**Ответ.**Наличие дизурии и болей внизу живота, указание на контакт больного с анилиновыми красителями должно насторожить врача в отношении возможного развития рака мочевого пузыря. Наиболее полную информацию о наличии или отсутствии опухоли в мочевом пузыре можно получить, сделав больному УЗИ мочевого пузыря и цистоскопию. Эти исследования позволят не только установить опухоль в мочевом пузыре, но и определить ее распространение, отношение опухоли к устьям мочеточников. Данные цистоскопии будут иметь ведущее значение для определения лечебной тактики и объема оперативного пособия.

#### **16.4. Самостоятельная работа**

Написание реферата в соответствии с темами раздела (свободный выбор темы).

### **Раздел 8**

#### **8.1. Контрольная работа.**

**Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами разделов 1-7)**

### **Раздел 17**

#### **17.1. Контрольная работа.**

**Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами разделов 8-16)**

## **ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.**

### **Раздел 8**

#### **8.2 Экзамен**

Вопросы промежуточного контроля.

#### **Теоретические вопросы к экзамену.**

1. Организация онкологической помощи в России. Клинические группы онкологических больных. Диспансеризация.
2. Эпидемиология и профилактика злокачественных опухолей.
3. Канцерогенез. Основные группы канцерогенов. Генетические предпосылки появления злокачественной опухоли.
4. Первичная и вторичная профилактика злокачественных новообразований.
5. Профессиональные раки. Факторы, способствующие их возникновению.
6. Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях.
7. Закономерности и пути метастазирования злокачественных опухолей.
8. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.
9. Феномены опухолевого роста. Паранеопластические синдромы.
10. Принципы деонтологии в онкологии. Психология онкологического больного.
11. Основные принципы диагностики злокачественных новообразований.
12. Организационные мероприятия по выявлению злокачественных опухолей среди населения. Виды профилактических осмотров, скрининговые осмотры. Роль смотровых кабинетов.
13. Основные принципы лечения злокачественных новообразований.
14. Сочетание беременности и злокачественных опухолей. Особенности диагностики, лечения и прогноза.
15. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований.
16. Значение эндоскопических, цитологических, рентгенологических и иммунологических методов исследования в онкологии.
17. Роль морфологических методов исследования в онкологии. Способы взятия материала для цитологического и гистологического исследований.
18. Принципы лекарственного лечения в онкологии.
19. Общие принципы и виды лучевого лечения в онкологии
20. Принципы хирургического лечения в онкологии.
21. Симптоматическое лечение онкологических больных.
22. Рак щитовидной железы. Заболеваемость, способствующие факторы. Предопухолевые заболевания.
23. Рак щитовидной железы. Клинические формы заболевания. Диагностика. Лечение.
24. «Скрытый рак» щитовидной железы. Особенности диагностики и лечения.
25. Злокачественные опухоли полости рта. Клиника. Диагностика. Лечение.
26. Рак нижней губы. Предраковые заболевания. Диагностика. Лечение.

27. Рак языка. Заболеваемость. Предрасполагающие факторы. Предопухолевые заболевания. Диагностика. Лечение.
28. Злокачественные опухоли гортани. Современные принципы лечения.
29. Рак лёгкого. Заболеваемость, способствующие факторы, профилактика.
30. Рак лёгкого. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
31. Центральной рак легкого. Зависимость клиники от типа роста опухоли.
32. Понятие о пневмоните. Методы диагностики, принципы лечения.
33. Периферический рак легкого. Клинические формы. Возможности раннего выявления.
34. Дифференциальная диагностика шаровидных образований. Принципы лечения
35. Особенности клинического течения мелкоклеточного рака легкого. Выбор метода лечения.
36. Центральный рак легкого. Зависимость клиники от типа роста опухоли.
37. Понятие о пневмоните. Методы диагностики, принципы лечения
38. Рак пищевода. Заболеваемость, предрасполагающие факторы,
39. Предраковые заболевания рака пищевода. Формы роста опухоли и гистологическое строение.
40. Рак пищевода. Клиническая картина. Диагностика
41. Опухоли средостения. Клиника. Диагностика. Лечение.

## **Раздел 17**

### **17.2 Экзамен**

#### **Теоретические вопросы к экзамену**

1. Рак кожи. Заболеваемость. Меры профилактики. Особенности клинического течения базалиом и плоскоклеточного рака. Принципы диагностики и лечения.
2. Пигментные невусы. Признаки и факторы, способствующие из озлокачествлению. Диагностика и лечебная тактика.
3. Меланома кожи. Особенности роста и метастазирования. Принципы диагностики и лечения.
4. Злокачественные опухоли мягких тканей. Принципы диагностики и лечения.
5. Злокачественные опухоли костей. Особенности клиники, диагностики и лечения.
6. Рак пищевода. Клинические особенности течения. Возможности ранней диагностики. Принципы лечения.
7. Рак пищевода, эпидемиология. Анатомические формы роста. Патогенез клинических симптомов. Методы диагностики и лечения.
8. Рак желудка. Группы риска. Возможности раннего выявления.
9. Рак желудка, Клиническая картина в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Особенности метастазирования. Виды радикальных оперативных вмешательств.
10. Рак кардиального отдела желудка. Особенности клиники. Принципы диагностики и лечения.
11. Рак антрального отдела желудка. Особенности клиники. Принципы диагностики и лечения.
12. Ранний рак желудка. Классификация, возможности диагностики и результаты лечения.
13. Злокачественные опухоли 12-перстной кишки. Клиника, диагностики и лечение рака большого дуоденального соска.
14. Рак поджелудочной железы. Заболеваемость и смертность. Клиническая картина в зависимости от локализации опухоли. Принципы диагностики. Способы морфологического подтверждения диагноза.
15. Рак поджелудочной железы. Информативность различных методов диагностики. Показания к инвазивным методам исследования. Принципы хирургического лечения.
16. Дифференциальная диагностика желтухи. Особенности клинических и лабораторных проявлений при механической желтухе. Методы устранения механической желтухи.
17. Первичные и метастатические опухоли печени. Возможности дифференциальной диагностики и лечения.
18. Рак печени. Заболеваемость. Гистологические варианты строения. Клиника. Методы диагностики. Возможности лечения.
19. Рак ободочной кишки. Группы риска. Особенности клинического течения. Методы диагностики. Принципы лечения.
20. Рак прямой кишки. Группы риска. Клиническая картина в зависимости от локализации и анатомической формы роста. Принципы диагностики и лечения.
21. Мастопатии, Классификация. Принципы диагностики и лечения.
22. Рак молочной железы. Факторы риска. Клинические формы. Рак Педжета. Принципы диагностики и лечения,
23. Рак молочной железы. Заболеваемость. Возможности ранней диагностики. Профилактика рака молочной железы.
24. Рак молочной железы. Причины поздней диагностики. Возможности лечения распространенных форм рака молочной железы,
25. Узловая форма рака молочной железы. Кожные симптомы. Принципы диагностики и лечения.
26. Рак молочной железы. Особенности регионарного и отдаленного метастазирования. Методы диагностики и лечения.
27. Метастатические плевриты. Дифференциальная диагностика. Возможности выявления первичного очага. Методы лечения.
28. Асциты при злокачественных опухолях. Их патогенез. Вероятная локализация первичной опухоли. Методы диагностики и лечебная тактика.

29. Синдром пояснично-крестцового радикулита в онкологии.
30. Синдром верхней полой вены.
31. Синдром сдавления нижней полой вены при онкологических заболеваниях.
32. Симптом лихорадки неясного генеза,
33. Метастазы рака в лимфатические узлы из невыявленного первичного очага. Диагностическая тактика. Возможные локализации первичного очага.
34. Метастазы рака в кости из невыявленного первичного очага. Диагностический поиск. Лечебная тактика.
35. Первично-множественные опухоли.
36. Лимфогранулематоз. Морфологическая классификация и ее прогностическое значение.
37. Лимфогранулематоз. Деление на стадии, Симптомы интоксикации. Биологические признаки активности процесса. Принципы лечения.

## Тестовый контроль

### Вариант1

**1. Основным методом диагностики рака желудка является**

- A) УЗИ органов брюшной полости
- B) гастроскопия с биопсией
- C) лапароскопия
- D) рентгеноскопия
- E) иммуноферментный метод

**2. Основной гистологической формой рака желудка является**

- A) плоскоклеточный
- B) аденокарцинома
- C) недифференцированный
- D) перстневидноклеточный
- E) карциноид

**3. Радикальной операцией при раке антрального отдела желудка считается:**

- A) гастрэктомия
- B) дистальная субтотальная резекция
- C) проксимальная субтотальная резекция
- D) гастроэнтеростомия
- E) гастростомия

**4. При раке тела желудка радикальной операцией считается**

- A) дистальная субтотальная резекция
- B) проксимальная субтотальная резекция
- C) гастрэктомия
- D) резекция 2/3 желудка
- E) гастроэнтеростомия

**5. При раке кардиального отдела желудка радикальной операцией является:**

- A) гастрэктомия
- B) проксимальная субтотальная резекция
- C) дистальная субтотальная резекция
- D) резекция 2/3 желудка
- E) гастроэнтеростомия

**6. При дистальном поражении желчных путей опухолью характерно:**

- A) желтуха и обесцвеченный кал
- B) гепатомегалия
- C) симптом Курвуазье
- D) кожный зуд
- E) все верно

**7. Дифференциальная диагностика рака ободочной кишки проводится:**

- A) с полипом ободочной кишки
- B) с неспецифическим язвенным колитом
- C) с инвагинацией
- D) с туберкулезом и антиномикозом
- E) со всеми перечисленными заболеваниями

**8. Токсическая форма характерна для рака толстой кишки**

- A) поперечно - ободочной
- B) левых отделов
- C) правых отделов
- D) прямой
- E) сигмовидной

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

- A) неустойчивый стул
- B) распирающие, вздутие и урчание в кишечнике
- C) расстройство акта дефекации
- D) боли в животе
- E) все перечисленные

**10. Радикальными операциями при раке толстой кишки считаются:**

- A) левосторонняя гемиколэктомия
- B) правосторонняя гемиколэктомия
- C) резекция поперечно – ободочной кишки
- D) резекция сигмовидной кишки
- E) все верно

**11. Основными методами диагностики рака легкого являются:**

- A) рентгенологический и бронхоскопия с биопсией
- B) бронхоскопия и биопсия и бронхография
- C) радиоизотопный и рентгенологический
- D) бронхография и бронхоскопия
- E) пневмомедиастиноскопия и радионуклеидный

**12. Рак легкого следует дифференцировать**

- A) с затянувшейся пневмонией
- B) с туберкулезом легких
- C) с доброкачественной опухолью
- D) с метастазами других в легкие
- E) со всеми перечисленными

**13. Для медиастинальной формы рака легкого характерно**

- A) акроцианоз
- B) осиплость голоса
- C) отек лица
- D) расширение подкожных вен передней поверхности грудной стенки
- E) все верно

**14. Наиболее характерным для рака пнэктоста является (тест с 1 правильным ответом):**

- A) кровохарканье
- B) боли за грудиной
- C) синдром Горнера
- D) осиплость голоса
- E) отек в области шеи и лица

**15. Основным методом лечения мелкоклеточного рака легкого 3-й стадии считается**

- A) хирургический
- B) лучевой
- C) химиотерапевтический и лучевой
- D) химиотерапевтический
- E) иммуно – гормональный

**16. Мелкоклеточный рак легкого чаще метастазирует (тест с 1 правильным ответом):**

- A) в кости
- B) в мозг
- C) в кожу
- D) в печень
- E) в надпочечники

**17. При аденокарциноме легких 1-2-й стадии показано лечение:**

- A) лучевое
- B) химиотерапевтическое
- C) комбинированное
- D) хирургическое
- E) комплексное

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

- A) маммография
- B) пальпация молочной железы
- C) УЗИ молочных желез
- D) морфологический
- E) термография

**19. При 2-й стадии рака молочной железы опухоль достигает размеров**

- A) до 2 см
- B) 2-5 см
- C) 1 см
- D) 5-7 см
- E) более 8 см



**20. Для рака молочной железы не характерны метастазы**

- A) в легкие
- B) в печень
- C) в мозг
- D) в пупок
- E) в кости

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

- A) симптом «умбиликации»
- B) симптом «морщинистости»
- C) боль
- D) симптом площадки
- E) пальпация опухолевидного образования

**22. Дифференциальный диагноз рака молочной железы проводят:**

- A) с фиброаденомой
- B) с кистами
- C) с мастопатией
- D) с миомой
- E) со всеми перечисленными заболеваниями

**23. При 1-й стадии рака молочной железы проводится лечение:**

- A) лучевое
- B) хирургическое
- C) комплексное
- D) химиотерапевтическое
- E) комбинированное

**24. Методом лечения меланомы кожи лица 1-й стадии считается:**

- A) хирургический
- B) лазерный
- C) лучевой
- D) комбинированный
- E) химиотерапевтический

**25. «Ранним» симптомом рака щитовидной железы является**

- A) уплотнение и увеличение железы
- B) боль при глотании
- C) дисфагия
- D) осиплость голоса
- E) похудание

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

- A) физикальный
- B) рентгенологический
- C) морфологический
- D) радиоизотопный
- E) УЗИ

**27. Основным методом лечения рака щитовидной железы считается:**

- A) лучевой
- B) хирургический
- C) химиотерапевтический
- D) иммунотерапия
- E) гормонотерапия

**28. Не является симптомом интоксикации при лимфогранулематозе:**

- A) кожный зуд
- B) лихорадка
- C) анемия
- D) повышенная потливость
- E) похудание на 10% от исходного веса за короткий период

**29. Основным методом лечения лимфогранулематоза 3-й стадии является:**

- A) лучевой
- B) хирургический
- C) гормонотерапия
- D) химиотерапевтический
- E) иммунотерапия

**30. Показанием к назначению химиотерапии считается (тест с 1 правильным ответом):**

- A) наличие злокачественной опухоли
- B) невозможность проведения хирургического лечения
- C) наличие метастазов
- D) чувствительность опухоли к цитостатикам

Е) невозможность проведения лучевого лечения

**31. Лучевая терапия по радикальной программе проводится:**

- А) при раке молочной железы 1-й стадии
- В) при раке легкого
- С) при лимфогранулематозе 1-2-й стадии
- Д) при раке мочевого пузыря
- Е) при раке яичников

**32. К факультативным предраковым заболеваниям нижней губы не относится (:**

- А) эрозивная лейкоплакия
- В) папилломы
- С) стоматит
- Д) кожный рог
- Е) кератоакантома

**33. При раке нижней губы 3-й стадии проводится лечение:**

- А) хирургическое
- В) лучевое
- С) комбинированное
- Д) химиотерапевтическое
- Е) лазерное

**34. В околоушную слюнную железу наиболее часто метастазирует:**

- А) рак кожи лица
- В) меланома кожи височной области
- С) базалиома кожи затылочной области
- Д) рак языка
- Е) опухоли мозга

**35. Основным методом диагностики лимфосаркомы считается**

- А) рентгеноскопия
- В) биопсия опухоли
- С) УЗИ
- Д) компьютерное обследование
- Е) термография

**36. Методом лечения лимфоцитарной лимфосаркомы 2а стадии считается:**

- А) лучевая терапия
- В) химиотерапия
- С) гормонотерапия
- Д) хирургическое лечение
- Е) иммунотерапия

**37. При лимфосаркоме, нейрорлейкемии показана**

- А) системная химиотерапия
- В) гормонотерапия
- С) интравенное введение метотрексата
- Д) облучение головного мозга
- Е) симптоматическая терапия

**38. Лейкемизация характерна**

- А) для рака молочной железы
- В) для лимфосаркомы
- С) для рака легкого
- Д) для миосаркомы
- Е) для остеогенной саркомы

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

- А) плоскоклеточный
- В) аденокарцинома
- С) недифференцированный
- Д) коллоидный
- Е) карциноид

**40. Сходство тиреотоксической аденомы и диффузного токсического зоба в том, что они**

- А) вызывают декомпенсацию сердечной деятельности
- В) поражают лиц одного возраста
- С) часто дают экзофтальм
- Д) имеют одинаковую симптоматику тиреотоксикоза
- Е) все верно

**41. Для выявления злокачественных опухолей щитовидной железы чаще всего применяется**

- А) пробная эксцизия
- В) пункционная биопсия толстой иглой
- С) трепанобиопсия
- Д) определение титра антител к щитовидной железе

Е) пункционная биопсия тонкой иглой

**42. При 2а стадии рака щитовидной железы выполняют**

- А) гемиструмэктомия с резекцией перешейка, в последующем прием тиреоидина
- В) субтотальную резекцию щитовидной железы
- С) операцию Крайля
- Д) экстракапсулярную тотальную струмэктомию
- Е) все неверно

**43. У больной 30 лет, выявлено плотной консистенции опухолевидное образование в правой доле щитовидной железы размерами 2на2см. периферические лимфоузлы не увеличены. данные радиоизотопного сканирования подтверждают диагноз: узловой эутиреодный зоб. Лечение**

- А) резекция части доли щитовидной железы с узлом
- В) субтотальная струмэктомия
- С) гемиструмэктомия
- Д) вылущивание опухоли
- Е) консервативное лечение

**44. Больной 65 лет, жалуется на раздражительность, непереносимость жары, похудание, сердцебиение, повышенную потливость. отмечается нарушение ритма сердечных сокращений. глазные симптомы отсутствуют. при пальпации щитовидной железы определяется узел с четкими границами, не спаянный с окружающими тканями, смещающийся при глотании. Диагноз(тест с 1 правильным ответом):**

- А) рак щитовидной железы
- В) киста щитовидной железы
- С) узловой токсический зоб
- Д) абсцесс щитовидной железы
- Е) холодная аденома щитовидной железы

**45. Больная 60 лет. 10 лет назад у нее диагностирован узловой эутиреодный зоб размерами 5на3см. за последние полгода образование увеличилось вдвое, ухудшилось общее состояние больной: слабость, быстрая утомляемость. при пальпации поверхность щитовидной железы неровная, консистенция плотная. образование малоподвижное. лимфоузлы на левой половине шеи увеличены, плотные. диагноз**

- А) острый тиреоидит
- В) тиреотоксический узловой зоб
- С) эутиреодный узловой зоб
- Д) малигнизация зоба
- Е) паратиреоаденома

**46. Какой метод вы бы избрали как наиболее исчерпывающий при подозрении на малигнизацию узлового зоба (тест с 1 правильным ответом):**

- А) пункционную биопсию
- В) радиоизотопное исследование функции железы
- С) лучевую терапию
- Д) тотальную струмэктомию с последующей лучевой терапией
- Е) струмэктомию с удалением регионарных лимфоузлов

**47. У больной 50 лет диагностирован рак щитовидной железы. при осмотре определяется плотный узел, лимфоузлы 3на4см по ходу кивательной мышцы плотные, увеличенные, безболезненные. как радикально лечить больную (тест с 1 правильным ответом):**

- А) энуклеация узла
- В) субтотальная струмэктомия
- С) лучевая терапия
- Д) тотальная струмэктомия с последующей лучевой терапией
- Е) струмэктомия с удалением регионарных лимфатических узлов

**48. Для диагностики новообразований средостения может быть использован**

- А) пневмоторакс
- В) пневмоперитонеум
- С) ретропневмоперитонеум
- Д) бронхография
- Е) пневмомедиастенография

**49. Наиболее ранним проявлением рака пищевода**

- А) дисфагия
- В) боль за грудиной и в спине
- С) срыгивание застойным содержимым
- Д) усиленное слюноотделение
- Е) похудание

**50. При раке шейного отдела пищевода чаще применяют**

- а) комбинированную терапию
- б) лучевую терапию
- в) хирургическое лечение
- г) химиотерапию
- д) симптоматическую терапию

Эталон ответов

1 В	10 Е	19 В	28 С	37 С	46 А
2 В	11 А	20 D	29 D	38 В	47 Е
3 В	12 Е	21 С	30 D	39 В	48 Е
4 С	13 Е	22 Е	31 С	40 Е	49 А
5 В	14 С	23 В	32 С	41 Е	50 В
6 Е	15 С	24 В	33 С	42 А	
7 Е	16 В	25 А	34 В	43 А	
8 С	17 D	26 С	35 В	44 А	
9 Е	18 D	27 В	36 А	45 D	

ВАРИАНТ 2

**1. При раке шейного отдела пищевода чаще применяют**

- а) комбинированную терапию
- б) лучевую терапию
- в) хирургическое лечение
- г) химиотерапию
- д) симптоматическую терапию

**2. Среди злокачественных опухолей пищевода чаще всего встречается:**

- А) саркома
- В) лейомиосаркома
- С) меланома
- Д) рабдомиосаркома
- Е) рак

**3. Какие клинические признаки встречаются при доброкачественных новообразованиях пищевода**

- 1) дисфагия
- 2) потеря в весе
- 3) ощущение инородного тела в пищеводе
- 4) изжога
- 5) ноющая боль в подложечной области
- 6) гнилостный запах изо рта
- 7) икота

- А) 2,3,7
- В) 4,5,6
- С) 1,2,6
- Д) 1,3
- Е) 4,6

**4. Какие методы исследования наиболее информативны для диагностики доброкачественных новообразований пищевода**

- 1) R-логическое исследование
- 2) эзофагоманометрия
- 3) эзофаграфия
- 4) эзофагометрия
- 5) эзофагоскопия

- А) 1,2,3
- В) 2,3,4
- С) 3,5
- Д) 1,5
- Е) 2,4,5

**5. Какие исследования нужно назначить при подозрении на рак пищевода(тест с 1 правильным ответом)**

- 1) эзофагоманометрию
- 2) эзофагоскопию с биопсией
- 3) R-логическое исследование пищевода и желудка
- 4) Электрокимографическое исследование пищевода
- 5) Компьютерную томографию

- А) 1,2,4
- В) 2,3
- С) 3,4,5

D) 2,5

E) 3,5

**6. Какой метод применяется для лечения доброкачественных новообразований пищевода**

- 1) экстирпация пищевода
- 2) энуклеация опухоли пищевода
- 3) резекция сегмента пищевода
- 4) лучевая терапия
- 5) химиотерапия

A) 1,2

B) 2,3

C) 3,4

D) 4,5

E) 1,5

**7. Больной н., предъявляет жалобы на дисфагию, которая появилась 6 месяцев назад. объективно: больной умеренного питания, бледность кожи, ps-72, сердечные тоны глухие, аритмия, экг: диффузные изменения миокарда. г-скопия пищевода: имеется сужение пищевода на уровне средней трети на протяжении 5см. в месте сужения контуры пищевода ровные, рельеф слизистой сохранен, пассаж бария замедлен.:**

A) рак пищевода

B) дивертикул пищевода

C) опухоль средостения

D) лейомиома пищевода

E) эзофагоспазм

**8. Выбрать метод лечения у больного 50 лет с раком шейного отдела пищевода 3 степени с явлениями дисфагии**

A) консервативная терапия: лучевое лечение, химиотерапия

B) наложение гастростомы

C) резекция пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза

D) операция: резекция пищевода в 2 этапа по Тореку - Добромыслову

E) наложение еюностомы

**9. У больного 78 лет при обследовании выявлена опухоль верхней трети пищевода с прорастанием в трахею, mts в печень. при глотании с трудом проходит жидкость. ваша**

A) буживание опухоли

B) эндоскопическая реканализация опухоли

C) эзофагостома

D) гастростома

E) еюностома

**10. У больного 60 лет, жалующегося на дисфагию, значительное похудание, появившееся 4 месяца назад, внезапно появились боли за грудиной при приеме жидкости и пищи, кашель, цианоз. ваш диагноз**

A) кардиоспазм

B) дивертикул пищевода

C) стенокардия

D) полип пищевода

E) рак пищевода с образованием эзофаготрахеального свища

**11. У больного 50 лет обнаружен рак средне – грудного отдела пищевода. г-логически протяженность участка поражения до 8см, смещаемость его по отношению к отделам позвонков при глотании, перемене положения тела ограничена. по данным компьютерной томографии имеются единичные регионарные mts, отдаленных нет. заключение гистологического исследования-плоскоклеточный рак. общее состояние относительно удовлетворительное. астеничен, за время болезни похудел на 15кг. способствующих заболеваний не выявлено. ваша лечебная практика**

A) лучевая терапия, операция не показана

B) наложение гастростомы, через 3-6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишки

C) операция Добромыслова – Торека, через 6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишки

D) операция Льюиса (резекция пищевода с одномоментным эзофагогастроанастомозом)

E) бужирование опухоли с последующим эндопротезирование

**12. Больного 40 лет в течение года беспокоят затруднения глотания при приеме твердой пищи, боли за грудиной и кашель при глотании, в связи с чем принимал только жидкую пищу. 2 месяца назад отметил однократное неожиданное облегчение глотания, пища проходила полностью, мог съесть обед. однако, после непродолжительного улучшения состояния вновь ухудшилось, появилось все указанное выше, жалобы носили выраженный и упорный характер. присоединились слабость, недомогание, потеря в весе. ваш предварительный диагноз**

A) язвенная болезнь желудка

B) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная эзофагитом

C) рак пищевода

D) острый гастрит

E) ахалазия кардии

**13. Метастазирование злокачественных опухолей пищевода осуществляется преимущественно лимфогенным путем. в чем состоит особенность лимфатической системы пищевода и связанная с ней особенность лимфогенного метастазирования**

- A) близком расположении грудного лимфатического протока
- B) продольной ориентации внутриорганных лимфатических сосудов
- C) наличии лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистом слое и мышечной оболочке
- D) наличии порто-кавальных связей
- E) тесной связи лимфатической системы пищевода и желудка

**14. У больного 50 лет, с дисфагией, при г-исследовании в брюшном отделе пищевода локальное асимметричное сужение. контуры сужения зазубренные, нечеткие, стенка пищевода в области сужения утолщена, регидна, перистальтика отсутствует, складки слизистой оболочки сглажены. над сужением – асимметричное супрастенничное расширение пищевода. пораженный участок не смещается при глотании и перемене положения тела. абдоминальный сегмент пищевода удлиннен, газовый пузырь желудка сохранен. ацетилхолиновый и корбохолиновый тесты отрицательны. о каком заболевании пищевода можно думать**

- A) ахалазии пищевода
- B) раке пищевода
- C) грыже пищеводного отверстия диафрагмы
- D) дивертикуле пищевода
- E) доброкачественном опухоли пищевода

**15. Мужчина 47 лет, болен в течении 3 месяцев, когда впервые заметил затруднение при глотании твердой пищи, постоянно дисфагия нарастала, похудел на 5кг. при рентгенологическом исследовании пищевода в средне – грудном отделе имеется циркулярное сужение просвета пищевода на протяжении 3.5см. при эзофагоскопии на расстоянии 31см от резцов циркулярное сужение его просвета до 0.5см, при биопсии картина плоскоклеточного рака пищевода преимущественно инфильтративная форма роста II стадия. какой метод лечения показан больному**

- A) химиотерапия
- B) лучевая терапия
- C) бужирование пищевода
- D) субтотальная резекция пищевода
- E) пробная торакотомия

**16. Больному 65 лет, болен в течение 4 месяцев, когда появилось поперхивание при глотании твердой пищи, постепенно дисфагия нарастала, появились боли в области шеи. при осмотре в левой надключичной области выявлен увеличенный лимфоузел до 2см, при пункции – цитологическая картина метастаза плоскоклеточного рака. при рентгенографии пищевода в верхнегрудом отделе определяется сужение его просвета на протяжении 6см, при эзофагоскопии – опухоль на расстоянии 23см от резцов, морфологическая картина – в биоптате плоскоклеточный рак. при трахеоскопии патологии не выявлено. какой метод лечения показан больному**

- A) экстирпация пищевода
- B) химиотерапия
- C) лучевая терапия с облучением пищевода и шейно – надключичных зон
- D) пробная торакотомия
- E) гастростомия

**17. У больного рак средней трети пищевода, преимущественно инфильтративная форма роста. интраоперационно выявлено прорастание опухоли в аорту, протяженность поражения около 8см, просвет сужен до 0.5см, отмечено глубокое изъязвление опухоли. какое лечение необходимо провести больному**

- 1) пробную торактомию
- 2) гастростомию
- 3) лучевую терапию
- 4) химиотерапию

- A) 1,2,3
- B) 2,3,4
- C) 1,3,4
- D) 1,2
- E) 1,4

**18. К симптомам раннего рака пищевода следует отнести**

- A) дисфагию
- B) боли за грудиной и в спине
- C) кашель при приеме пищи
- D) усиленное слюноотделение
- E) похудание

**19. Мужчина 58 лет, болен в течение 6 месяцев, когда заметил затруднение при глотании твердой пищи. 3 месяца спустя появились боли в межлопаточной области, слабость, стала проходить только полужидкая пища, похудел на 6кг. при рентгенологическом исследовании пищевода отмечено сужение его просвета в средней трети за счет дефекта наполнения на протяжении 6см. какое исследование необходимо провести в первую очередь для уточнения диагноза**

- A) бронхоскопию
- B) УЗИ грудной полости
- C) эзофагоскопию с биопсией
- D) компьютерную томографию грудной полости
- E) лапароскопию

**20. Больному 43 года, болен в течении 3 месяцев, когда появились боли в эпигастральной области при глотании твердой пищи, изжога, периодическая рвота, похудел на 4кг. рентгенологически – в нижней трети пищевода определяется сужение его просвета за счет дефекта наполнения на протяжении 7см с изъязвлением, при эзофагоскопии – на расстоянии 34см от резцов сужение просвета за счет экзофитной опухоли с изъязвлением, морфологически – плоскоклеточный рак. метастазов в отдаленных органах не выявлено. какое лечение показано больному**

- A) предоперационное облучение и радиальная операция
- B) лучевая терапия
- C) радикальная операция и послеоперационная терапия
- D) гастростомия
- E) химиотерапия

**21. Женщина 57лет, больна в течении 7 месяцев, когда впервые отметила затруднение при глотании твердой пищи, в последующем дисфагия нарастала, 2 недели назад появились боли в межлопаточной области, слабость, подъем температуры до 38с. при рентгенографии пищевода выявлено сужение его просвета на протяжении 8см, по правой стенке выявлен выход контраста за пределы органа. при эзофагоскопии на расстоянии 32см от резцов выявлено циркулярное сужение просвета до 0,5см, морфологически – плоскоклеточный рак. диагноз: рак средней и нижней трети пищевода, пищеводно – медиастинальный свищ. какой метод лечения показан больной):**

- A) химиотерапия
- B) лучевая терапия
- C) субтотальная резекция пищевода
- D) гастростомия
- E) пробная торактомия

**22. Больная 35 лет, больна около 1 года, когда впервые обратила внимание на некоторые затруднения при глотании твердой пищи. при обследовании рентгенологически в нижней трети выявлен дефект наполнения на протяжении 3см, суживающий его просвет; эзофагоскопия изменений со стороны слизистой пищевода патологии не выявила, рекомендовано контрольное обследование через 6 месяцев, к врачу обратилась только через год, состояние за этот период не изменилось. рентгенологически отмечено увеличение дефекта наполнения до 3,5см, однако при эзофагоскопии по прежнему изменений со стороны слизистой пищевода не выявлено. дисфагия не нарастает. ваш диагноз:**

- A) рефлюкс - эзофагит
- B) рубцовая стриктура
- C) рак нижней трети пищевода
- D) лейомиома пищевода
- E) дивертикул пищевода

**23. У больной 56 лет, выявлен рак нижней трети пищевода с метастазами в забрюшинные лимфоузлы, протяженность поражения около 6см с глубоким изъязвлением. выберите правильное сочетание методов лечения**

- 1) пробную торактомия
- 2) лучевая терапия
- 3) гастростомия
- 4) химиотерапия

- A) 1,2,3
- B) 2,3,4
- C) 2,3
- D) 3,4
- E) 2,4

**24. У больного рак трети пищевода с распространением на желудок, протяженность поражения около 7см. при компьютерной томографии грудной полости высказано подозрение об интимном спаянии опухоли с перикардом, а при исследовании брюшной полости высказано предположение об увеличенных лимфоузлах паракардиальной области. какие диагностические методы позволят уточнить распространенность процесса**

- 1) лапароскопия
- 2) УЗИ брюшной полости
- 3) диагностическая лапаротомия
- 4) диагностическая торактомия
- 5) торакоскопия

- A) 1,2,5
- B) 2,3,4
- C) 3,4
- D) 1,2

Е) 2,5

**25. Доброкачественными образованиями пищевода могут быть все, кроме:**

- А) лейомиомы
- В) папилломы
- С) фибромы
- Д) меланомы
- Е) ангиомы

**26. Больному 80 лет, жалуется на боли при глотании твердой пищи, слабость, похудание, болен в течении 6 месяцев. похудел на 6кг, в анамнезе 7 лет назад перенес нарушения мозгового кровообращения, 3 года назад инфаркт миокарда. при рентгенографии в верхнегрудном отделе пищевода выявлена экзофитная опухоль на протяжении 3см суживающая просвет. при эзофагоскопии на расстоянии 23см экзофитная опухоль по задне – правой стенке, кровоточащая при взятии биопсии – морфологическая картина плоскоклеточного рака. учитывая сопутствующие заболевания, какой метод лечения показан больному**

- А) экстирпации пищевода
- В) лучевая терапия
- С) эндоскопическая электротермокоагуляция опухоли
- Д) гастростомия
- Е) химиотерапия

**27. Метастаз шницлера локализуется**

- А) в печени
- В) в прямокишечно – пузырьной складке
- С) в яичниках
- Д) между ножками кивательной мышцы
- Е) в области пупка

**28. Наиболее часто проявляется дисфагией рак желудка, локализующийся**

- А) в пилорическом отделе
- В) в кардии
- С) в теле желудка
- Д) по большой кривизне
- Е) в области дна

**29. Рак, развивающийся на фоне гастрита, чаще всего локализуется:**

- А) в кардиальном отделе
- В) в теле желудка
- С) в выходном отделе желудка
- Д) в области привратника
- Е) на дне желудка

**30. Опухоль желудка диаметром 4 см, прорастающая мышечный слой, с единичными метастазами в малом сальнике относится к стадии**

- А) 2А
- В) 2Б
- С) 3А
- Д) 3Б
- Е) 4

**31. Наиболее частой гистологической формой рака желудка является**

- А) аденокарцинома
- В) недифференцированный рак
- С) плоскоклеточный рак
- Д) аденоакантома
- Е) низкодифференцированный рак

**32. Наиболее часто рак желудка метастазирует**

- А) в легкие
- В) в печень
- С) в яичники
- Д) в кости
- Е) в щитовидную железу

**33. При раке желудка, прорастающем серозную оболочку, с метастазами в большой сальник определяется стадия**

- А) 2А
- В) 2Б
- С) 3Б
- Д) 3А
- Е) 4

**34. Наиболее частой локализацией рака желудка является**

- А) кардиальный отдел желудка
- В) антральный отдел
- С) тело желудка



- D) тотальное поражение желудка
- E) большая кривизна желудка

**35. Метастаз крученберга локализуется (тест с 1 правильным ответом):**

- A) в прямокишечно – пузырьной складке
- B) в пупке
- C) в яичниках
- D) между ножками кивательной мышцы
- E) в печени

**36. Задержка эвакуации из желудка характерна для локализации рака:**

- A) в пилорическом отделе
- B) в кардиальном отделе
- C) в теле желудка
- D) по большой кривизне
- E) по малой кривизне

**37. Метастаз вирхова локализуется (тест с 1 правильным ответом)::**

- A) в печени
- B) в прямокишечно – пузырьной складке
- C) в яичниках
- D) между ножками кивательной мышцы
- E) в легких

**38. При опухоли тела желудка 4 см, прорастающей в мышечный слой, без регионарных метастазов увеличивается стадия (тест с 1 правильным ответом):**

- A) 2А
- B) 2Б
- C) 3А
- D) 3Б
- E) 4

**39. При опухоли в пределах подслизистого слоя желудка диаметром 1,5см без регионарных метастазов можно думать о стадии заболевания :**

- A) T1 N1 M0
- B) T1 N0 M0
- C) T2 N0 M0
- D) T2 N1 M0
- E) T1 N0 M1

**40. Наиболее раннюю диагностику рака желудка обеспечивает:**

- A) гастроскопия
- B) поиск синдрома «малых признаков»
- C) появление раковой триады по Мельникову
- D) рентгенография желудка
- E) обзорная рентгеноскопия брюшной полости

**41. Наиболее поздно проявляется клинически рак (тест с 1 правильным ответом):**

- A) тела желудка
- B) субкардиального отдела
- C) кардиального отдела
- D) антрального отдела
- E) пилорического канала

**42. Для рака тела желудка не характерно (тест с 1 правильным ответом):**

- A) дисфагия
- B) анемия
- C) желудочный дискомфорт
- D) ноющие боли в эпигастрии
- E) похудание

**43. Наибольшая вероятность малигнизации полипа желудка при диаметре:**

- A) 0,5см
- B) 1см
- C) 2см
- D) 3см
- E) размер полипа не имеет значения

**44. При раке желудка диаметром 4см, прорастающем в мышечный слой, без регионарных метастазов устанавливают стадию(тест с 1 правильным ответом):**

- A) T3 N1 M0
- B) T3 N0 M0
- C) T2 N1 M0
- D) T2 N0 M0

Е) T4 N0 M0

**45. Абсолютным признаком неоперабельности рака желудка является:**

- А) множественные метастазы в печень
- В) метастазы в селезенку
- С) метастазы в большой сальник
- Д) большие размеры опухоли
- Е) все перечисленное верно

**46. Типичным клиническим проявлением рака выходного отдела желудка является:**

- А) поносы
- В) дисфагия
- С) «шум плеска» натошак
- Д) тошнота
- Е) все верно

**47. Отдаленными для рака желудка являются метастазы:**

- А) в печень
- В) Крукенберга
- С) в пупок
- Д) Вирхова
- Е) все верно

**48. Паллиативной операцией, выполняемой при раке кардиального отдела желудка, является**

- А) гастростомия
- В) пилоропластика
- С) гастроэнтероанастомоз
- Д) дистальная резекция желудка
- Е) гастродуоденоанастомоз

**49. Паллиативной операцией при локализации рака в пилороантральном отделе является**

- А) гастростомия
- В) пилоропластика
- С) гастроэнтероанастомоз
- Д) гастродуоденоанастомоз
- Е) проксимальная резекция желудка

**50. Решающая роль в развитии рака желудка, резецированного по поводу язвенной болезни, принадлежит (тест с 1 правильным ответом):**

- А) удаление антрального отдела желудка
- В) подавлению кислотопродукции желудка
- С) потере основного физиологического источника гастрина
- Д) энтерогастральному рефлексу
- Е) снижению продукции панкреатических бикарбонатов

ЭТАЛОН ОТВЕТОВ:

1 Е	10 С	19 С	28 С	37А	46 Е
2 D	11 С	20 D	29 В	38 В	47 А
3 D	12 В	21 D	30 А	39 А	48 С
4 В	13 В	22 D	31 В	40 А	49 D
5 В	14 D	23 С	32 С	41 А	50 Е
6 D	15 С	24 D	33 В	42 D	
7 А	16 D	25 С	34 С	43 D	
8 D	17 А	26 В	35 А	44 А	
9 Е	18 С	27 В	36 D	45 С	

ВАРИАНТ №3

**1. Опухоль желудка, прорастающая серозную оболочку, с метастазами в большой сальник относят к стадии (тест с 1 правильным ответом):**

- А) T2 N1 M0
- В) T3 N1 M1
- С) T3 N0 M1
- Д) T4 N1 M0

Е) T3 N1 M0

**2. При 4-й стадии рака антрального отдела желудка показана:**

- А) передняя гастроэнтеростомия
- В) задняя гастроэнтеростомия
- С) гастрэктомия
- Д) превентивная гастростомия
- Е) все перечисленное верно

**3. При пилородуоденальном стенозе необходимо в первую очередь исследовать**

- А) объем циркулирующей крови
- В) электролитный состав плазмы
- С) внутрижелудочный рН
- Д) провести дуоденальное зондирование
- Е) измерить диурез

**4. Гастростомия показана**

- А) при пилороспазме
- В) при кардиоспазме
- С) при раке кардии 4-й стадии
- Д) при раке проксимального отдела желудка 2-й стадии
- Е) при раке дистального отдела 4-й стадии

**5. Операцией выбора при малигнизированном полипе желудка является):**

- А) резекция желудка
- В) эндоскопическая электроэксцизия полипа
- С) клиновидная резекция желудка
- Д) эндоскопическая криотерапия
- Е) удаление полипа с помощью лазера

**6. При операбельном раке выходного отдела желудка с явлениями стеноза показана**

- А) гастродуоденостомия
- В) субтотальная дистальная резекция желудка
- С) пилоропластика
- Д) гастростомия
- Е) гастроэнтеростомия

**7. Гастростомия показана (тест с 1 правильным ответом):**

- А) при неоперабельных раках пищевода и кардии
- В) при питании больных, находящихся без сознания
- С) при кровоточащей язве желудка
- Д) при нарушениях глотания после операции при облучении глотки
- Е) при рецидиве кровотечения из варикозных вен пищевода

**8. При раке тела желудка показана (тест с 1 правильным ответом):**

- А) гастрэктомия
- В) субтотальная резекция желудка
- С) антрумэктомия
- Д) резекция пораженного участка желудка
- Е) эзофагогастростомия

**9. Скудной клинической симптоматикой сопровождается рак**

- А) кардии с переходом на пищевод
- В) субкардии
- С) тела желудка
- Д) антрального отдела
- Е) пилорического канала

**10. При опухоли тела желудка диаметром 4см, прорастающей мышечный слой, с единичными метастазами в малом сальнике устанавливается стадия:**

- А) T2 N1 M1
- В) T3 N1 M0
- С) T2 N1 M0
- Д) T2 N0 M0
- Е) T1 N1 M0

**11. Радикальными операциями при раке желудка являются**

- А) дистальная субтотальная резекция желудка
- В) проксимальная субтотальная резекция
- С) гастрэктомия
- Д) расширенные комбинированные операции
- Е) все перечисленные операции

**12. Основным методом диагностики рака желудка является:**

- А) аниография
- В) рентгеноскопия
- С) радиоизотопный метод

D) гастроскопия с биопсией и цитологией

E) исследования желудочной секреции

**13. Для проведения химиотерапии при раке желудка используется:**

A) контрикал

B) невигамон

C) 5-фторурацил

D) гордокс

E) хонван

**14. Характерными рентгенологическими признаками бластоматозного поражения желудка являются (тест с 1 правильным ответом):**

1) «ниша»

2) конвергенция складок слизистой

3) дефект наполнения

4) усиление перистальтики

5) ригидность стенки желудка

A) 2,3

B) 3,5

C) 2,3,4

D) 3,4

E) все ответы правильные

**15. Характерными клиническими признаками рака кардиального отдела желудка являются**

1) отрыжка тухлым

2) чувство тяжести в эпигастрии

3) слабость

4) дисфагия

5) боли в эпигастрии

A) 1,4

B) 2,3,4

C) 2

D) 4

E) все ответы правильные

**16. Характерными путями метастазирования опухоли, расположенной в антральном отделе по большой кривизне желудка, являются**

1) ворота селезенки

2) параэзофагеальные лимфоузлы

3) ворота печени

4) брыжейка тонкой кишки

5) лимфоузлы по верхнему краю поджелудочной железы

A) 1,2

B) 2,3

C) 4

D) 5

E) все ответы правильные

**17. Наиболее эффективным препаратом при химиотерапии рака желудка является**

1) тиофосамид

2) 5-фторурацил

3) сарколизин

4) винкристин

5) имифос

A) 1,2

B) 2,3

C) 2

D) 4

E) все ответы правильные

**18. Лучшие отделенные результаты лечения рака кардиального отдела желудка дают методы лечения(тест с 1 правильным ответом):**

1) хирургический

2) лучевой

3) химиотерапия

4) комбинация лучевого и хирургического лечения

5) комбинация химиотерапии и хирургического лечения

A) 1,2

B) 2,3

C) 1

D) 4

E) все ответы правильные

**19. Какие из указанных способов диагностики рака желудка наиболее информативны**

- 1) объективное исследование больного
- 2) рентгенологическое исследование желудка
- 3) гастроскопия с биопсией
- 4) ангиография
- 5) лапароскопия

- A) 1,2  
B) 2,3  
C) 2  
D) 3  
E) 3,4,5

**20. Какие из перечисленных обстоятельств не влияют на выбор метода оперативного вмешательства при раке желудка (тест с 1 правильным ответом):**

- 1) возраст больных
- 2) длительность болезни
- 3) питание больных
- 4) распространенность опухоли
- 5) гистологическое строение опухоли
- 6) форма роста опухоли

- A) 1,2  
B) 2,3  
C) 4,5  
D) 5,6

E) все ответы правильные

**21. Какие признаки, выявляемые при лапароскопии, характерны для генерализации опухолевого процесса (тест с 1 правильным ответом)::**

- 1) петехиальные высыпания на брюшине
- 2) жидкость в брюшной полости
- 3) просовидные высыпания на брюшине
- 4) красная окраска печени
- 5) увеличение размеров печени
- 6) бугристость печени

- A) 1,2  
B) 2,3  
C) 2,3,5  
D) 2,3,6  
E) 4,5

**22. Наиболее достоверным методом диагностики полипов ободочной кишки является**

- A) рентгеноскопическое исследование пероральным введением бария  
B) ирригоскопия  
C) колоноскопия  
D) исследование кала на скрытую слизь  
E) УЗИ

**23. Для выявления типичных отдаленных метастазов рака прямой кишки используется**

- A) лабораторное исследование  
B) пальцевое исследование прямой кишки  
C) лапароскопия  
D) ректороманоскопия  
E) ирригоскопия

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

- A) экстирпация прямой кишки по Кеню - Майлсу  
B) операция Гартмана  
C) передняя резекция прямой кишки  
D) наложение цекостомы  
E) наложение сигмостомы

**25. Наиболее рациональным лечением рака прямой кишки является:**

- A) химиотерапия  
B) симптоматическое лечение  
C) рентгенорадиотерапия  
D) комбинированное лечение  
E) хирургическое вмешательство

**26. При раке прямой кишки 2-й стадии на 15см от ануса показана:**

- A) операции Гартмана  
B) брюшно – промежностная экстирпация прямой кишки, колостомия  
C) передняя резекция  
D) промежностная ампутация прямой кишки

Е) двустольная колостомия

**27. К облигатным предракам ободочной кишки относят:**

- А) ювенильные полипы
- В) одиночный полип ободочной кишки
- С) регионарный энтерит
- Д) терминальный илеит
- Е) диффузный семейный полипоз

**28. Большую склонность к малигнизации имеют полипы толстой кишки:**

- А) гиперпластические
- В) ворсинчатые
- С) аденоматозные
- Д) множественные аденоматозные
- Е) индекс малигнизации одинаков во всех случаях

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

- А) скирр
- В) перстневидноклеточный (слизистый)
- С) плоскоклеточный (ороговевающий)
- Д) аденокарцинома
- Е) недифференцированный

**30. Осложнением рака ободочной кишки может быть все, кроме**

- А) перфорации опухоли
- В) периколита
- С) острой кишечной непроходимости
- Д) кровотечения
- Е) токсического панкреатита

**31. При обтурационной кишечной непроходимости на почве рака сигмовидной кишки в 80 лет показана (тест с 1 правильным ответом):**

- А) левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзостомы
- В) наложением транверзостомы
- С) обходной трансверзосигмоанастомоз
- Д) резекция сигма с анастомозом конец в конец
- Е) объем операции определяется состоянием больного и брюшной полости

**32. При острой правосторонней толстокишечной непроходимости при тяжелом состоянии больного следует выполнять (тест с 1 правильным ответом):**

- А) правостороннюю гемиколэктомию
- В) наложение обходного илеотрансверзоанастомоза
- С) подвесную илеостомию
- Д) цекостомию
- Е) резекцию кишки с опухолью

**33. Какова особенность клинического проявления рака ректо – сигмовидного отдела прямой кишки (тест с 1 правильным ответом)::**

- А) клиника кишечной непроходимости
- В) кровотечения
- С) тенезмы
- Д) потеря в весе
- Е) боли во время дефекации

**34. Какие формы относятся к клиническим формам рака ободочной кишки**

- 1) энтероколитическая
  - 2) диспептическая
  - 3) обтурационная
  - 4) псевдовоспалительная
  - 5) анемическая
- А) 1,2,3
  - В) 1,3,4
  - С) 1,2,3,4
  - Д) 2,3,4,5
  - Е) все ответы правильные

**35. Выбор метода хирургического вмешательства при раке ободочной кишки зависит (тест с 1 правильным ответом):**

- 1) от локализации опухоли
  - 2) от наличия или отсутствия осложнений
  - 3) от общего состояния больного
  - 4) от наличия метастазов
  - 5) от гистологического исследования
- А) 1,2,4
  - В) 1,2,3,4

С) 2,3,4,5

Д) 1,2,4,5

Е) все ответы правильные

**36. На операции по поводу рака сигмовидной кишки, у больного 57 лет, обнаружен одиночный метастаз в печени, состояние больного удовлетворительное. тактика хирурга**

А) наличие метастаза указывает, что опухоль инкурабельна, поэтому следует ограничиться наложением двустольной сигмостомы

В) произвести обструктивную резекцию сигмы

С) произвести резекцию сигмы, с двустольной сигмостомой, клиновидную резекцию печени

Д) наложить трансверзостому

Е) произвести левостороннюю гемиколэктомию

**37. Больной 76 лет, заболел остро около 3-х часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота. из анамнеза известно, что в течение 3-х лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. последние 4 дня беспокоила задержка газов и стула. при объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно – розовая. больной пониженного питания. пульс 96 уд/мин. живот умеренно вздут, тимпанит, значительно болезненный и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабо положительные симптомы раздражения брюшины в нижних отделах. ваш диагноз, лечение:**

А) дивертикулез сигмовидной кишки с подозрением на микроперфорацию, интенсивная противовоспалительная терапия

В) рак сигмовидной кишки, обтурирующий ее просвет, перфорация, перитонит, экстренная операция

С) заворот сигмовидной кишки, оперативное лечение

Д) низкая обтурационная толстокишечная непроходимость, экстренная операция

Е) рак сигмовидной кишки, обтурационная толстокишечная непроходимость, консервативная терапия, сифонная клизма

**38. Больная 67 лет, в течение 6 месяцев отмечает слабость, снижение аппетита, периодические боли в правой половине живота, больше в подвздошной области, похудание, чередование частого стула и запоров. в анализе крови – анемия. в кале обнаружена скрытая кровь. при ирригоскопии – дефект наполнения 2-3см, с неровными бугристыми контурами слепой кишки. ваш диагноз (тест с 1 правильным ответом):**

А) дивертикул

В) актиномикоз

С) опухоль слепой кишки

Д) туберкулез

Е) неспецифический язвенный колит

**39. У больного, 60 лет, на основании клинической картины болезни и анамнеза заподозрена опухоль толстой кишки. больной подготовлен к ирригоскопии. при исследовании выявлено сужение восходящего отдела толстой кишки, через которое не удастся ретроградно провести бариеву взвесь. клинических и рентгенологических признаков острой кишечной непроходимости нет. тактика (тест с 1 правильным ответом):**

А) лапароскопия

В) экстренная операция

С) дать барий перорально

Д) колоноскопия

Е) селективная ангиография

**40. Больная, 60 лет поступила с явлениями частичной кишечной непроходимости, которая была разрешена консервативными мероприятиями. при ирригоскопии выявлен участок циркулярного симметричного сужения в нисходящем отделе толстой кишки, имеющий четкие контуры, длиной около 10см. рельеф слизистой оболочки сохранен, складки выпрямлены, сближены, местами их непрерывность нарушается отдельными мелкими дефектами. подвижность пораженного участка ограничена, стенка ригидная, нижний участок неизменной кишки расширен, продвижение бариевой взвеси замедлено. о каком заболевании толстой кишки можно думать на основании г-логической картины(тест с 1 правильным ответом):**

А) болезни Крона

В) раке нисходящего отдела толстой кишки

С) неспецифическом язвенном колите

Д) ишемическом колите

Е) функциональном расстройстве толстой кишки в виде стойкого спазма

**41. В клинику поступил больной, 62 лет, с жалобами на выделение крови из ануса, сильное похудание, периодические запоры. какой метод исследования можно применить для уточнения диагноза в первую очередь(тест с 1 правильным ответом):**

А) ирригоскопию

В) ректороманоскопию

С) колоноскопию

Д) пальцевое исследование прямой кишки

Е) антеградный пассаж бария по кишечнику

**42. Какие из перечисленных обстоятельств оказывают влияние на характер оперативного вмешательства при раке ободочной кишки(тест с 1 правильным ответом):**

- 1) возраст больного
  - 2) наличие сопутствующей патологии
  - 3) распространение ракового процесса
  - 4) данные рентгенологического и эндоскопического исследований
  - 5) наличие осложнений рака ободочной кишки
- A) 1,2,5  
B) 2,3,5  
C) 2,3,4  
D) 1,3,5  
E) 1,4,5

**43. Отметьте основной рентгенологический признак рака ободочной кишки:**

- 1) отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки
  - 2) ригидность кишечной стенки на определенном участке
  - 3) нарушение эвакуаторной функции
  - 4) дефект наполнения или плоская «ниша» в пределах контуров кишечной стенки
  - 5) усиленная перистальтика кишечника
- A) 1  
B) 2  
C) 4  
D) 3  
E) все ответы правильные

**44. Выберите наиболее информативный метод рентгенологического исследования при раке ободочной кишки (тест с 1 правильным ответом):**

- 1) обзорная рентгенография брюшной полости
  - 2) исследование пассажа по кишечнику
  - 3) введение контрастной взвеси через клизму
  - 4) пневмоперитонеум и ретроперитонеум
  - 5) селективная ангиография
- A) 1  
B) 5  
C) 2  
D) 3  
E) все ответы правильные

**45. Какие из указанных способов дифференциальной диагностики рака ободочной кишки наиболее информативны (тест с 1 правильным ответом):**

- 1) лапароскопия
  - 2) селективная ангиография
  - 3) ректороманоскопия
  - 4) колоноскопия
  - 5) сканирование печени
- A) 1,2,3  
B) 1,3,4  
C) 1,4,5  
D) 4,5  
E) 3,4,5

**46. Больной в течение последних трех месяцев отмечает умеренные ноющие боли в правой подвздошной области, вздутие живота, усиленное урчание кишечника, слабость, субфебрильную температуру. около месяца беспокоят запоры, сменяющиеся жидким стулом со слизью и следами темной крови. три дня назад боли в животе значительно усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. состояние больного тяжелое, пульс 94уд/мин. живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется малоподвижный плотный инфильтрат. перистальтика резонирующая. при обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости, чаши Клойбера. укажите правильный клинический диагноз (тест с 1 правильным ответом):**

- A) опухоль слепой кишки, осложнившаяся обтурационной кишечной непроходимостью  
B) периаппендикулярный абсцесс с прорывом в брюшную полость  
C) илеоцекальная форма инвагинации  
D) тромбоз верхней брыжеечной артерии  
E) острая токсическая дилатация толстой кишки

**47. Больной 56 лет, оперируется по поводу острой кишечной непроходимости. первые признаки непроходимости появились трое суток назад. на операции установлено, что имеется опухоль сигмовидной кишки, полностью обтурирующая просвет. проксимальнее опухоли ободочная и подвздошная кишка резко вздуты, переполнены жидким содержимым и газами. дистальнее опухоли**



**сигмовидная кишка в спавшемся состоянии. видимых метастазов не выявлено. больному следует произвести оперативное вмешательство в следующем объеме (тест с 1 правильным ответом):**

- 1) мезосигмопликация по Гаген – Торну
  - 2) обструктивная резекция сигмовидной кишки, одностольная колостомия (операция Гертмана)
  - 3) обходной илеосигмоанастомоз «бок в бок»
  - 4) назоинтестинальная интубация
  - 5) субтотальная колэктомия, энтеростомия
- A) 1,4  
B) 1,3  
C) 2,4  
D) 2,5  
E) 3,4

**48. Больного 67 лет, в течение полугода беспокоят запоры, стул по типу овечьего кала, появление слизи и следов темной крови в кале. за двое суток до поступления в клинику появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, не было стула. состояние больного средней тяжести. живот вздут, видна перистальтика кишечника. при пальпации живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. выслушиваются атония сфинктера, на высоте пальца патологии не выявлено. во время выполнения сифонной клизмы в прямую кишку удается ввести не более 500,0мл воды. при обзорной рентгенографии брюшной полости выявляются множественные тонко- и толстокишечные уровни жидкости с газом над ними. выберите правильный клинический диагноз(тест с 1 правильным ответом):**

- A) заворот сигмовидной кишки, острая странгуляционная кишечная непроходимость  
B) опухоль ректосигмоидного отдела толстой кишки, острая обтурационная кишечная непроходимость  
C) неспецифический язвенный колит, токсическая дилатация толстой кишки  
D) спастическая кишечная непроходимость  
E) изоперистальтическая илеоцекальная инвагинация

**49. Больная 74 лет, экстренно оперирована по поводу обтурационной кишечной необходимости. на операции в брюшной полости около 1,5л светло-желтого выпота. при ревизии выявлено: опухоль слепой кишки с переходом на восходящую ободочную размерами 10,0на 12,0см, плотная бугристая, неподвижная, полностью обтурирующая просвет кишки. подвздошная кишка резко раздута жидким содержимым и газом, толстая кишка в спавшемся состоянии. брыжейке тонкой кишки и толстой кишки определяются увеличенные плотные лимфоузлы. в печени пальпируется очаговые образования размерами от 1,0см до 3,5см. больной необходимо выполнить оперативное вмешательство следующего объема (тест с 1 правильным ответом):**

- 1) резекция слепой кишки
  - 2) ограничиться ревизией брюшной полости
  - 3) назоинтестинальная интубация
  - 4) правосторонняя гемиколэктомия
  - 5) обходной илеотрансверзоанастомоз
- A) 3,4  
B) 3,5  
C) 1,3  
D) 2,3  
E) 1,5

**50. Клиническими симптомами рака прямой кишки являются:**

- 1) выделения из заднего прохода слизи и гноя
- 2) тенезмы
- 3) ректальные кровотечения
- 4) запоры
- 5) похудание
- 6) схваткообразные боли внизу живота

- A) 1,2,3,4  
B) 1,2,5  
C) 3,5,6  
D) 5,4,6  
E) 1,3,5

1 A	10 E	19 B	28 D	37 C	46 C
2 B	11 D	20 D	29 E	38 D	47 B
3 C	12 C	21 C	30 B	39 B	48 B
4 A	13 B	22 C	31 D	40 D	49 A
5 B	14 D	23 C	32 A	41 B	50 D
6 A	15 C	24 D	33 E	42 C	
7 A	16 C	25 C	34 B	43 D	
8 C	17 C	26 E	35 C	44 D	
9 C	18 B	27 B	36 B	45 A	

## ВАРИАНТ4

1. **Наиболее частой является следующая локализация рака прямой кишки**

- A) анальная
- B) нижеампулярная
- C) среднеампулярная
- D) вышеампулярная
- E) ректосигмоидная

2. **Какие клинические признаки делают сомнительной возможность произвести радикальное оперативное вмешательство при раке прямой кишки:**

- A) асцит
- B) острая толстокишечная непроходимость
- C) пальпируемая опухоль
- D) увеличение паховых лимфоузлов
- E) кровотечение из прямой кишки

3. **Больной 76 лет поступил в клинику с картиной механической желтухи, болен в течении месяца. при обследовании выявлен рак головки поджелудочной железы. страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью. какой вид лечения предпочтителен :**

- A) холецистостомия
- B) операция Микулича
- C) панкреатодуоденальная резекция
- D) эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- E) отказаться от операции, проводить консервативную терапию

4. **У больного, поступившего с резкими болями в правом подреберье, тошнотой, рвотой, желтушностью кожных покровов, на экстренной дуоденоскопии выявлен ущемленный камень большого дуоденального сосочка. что нужно предпринять в данной ситуации**

- A) эндоскопическую папиллосфинктеротомию
- B) операцию, дуоденотомию, удаление конкремента
- C) наложение микрохолецистостомы под контролем УЗИ
- D) операцию, установить дренаж Кера в холедох
- E) наложение макрохолецистостомы

5. **На операции установлена причина механической желтухи - метастазы рака желудка в ворота печени. тактика (тест с 1 правильным ответом):**

- A) гепатикоэнтеростомия
- B) ограничиться лапаротомией
- C) бужирование суженного участка и дренирование протоков
- D) транспеченочное дренирование печеночных путей
- E) наружная гепатикостома

6. **У больной 27 лет при ЭГДС выявлена опухоль антрального отдела желудка без признаков стенозирования просвета привратника. во время УЗИ диагностировано тканевое образование 5-го сегмента печени. высказано подозрение на аденому печени либо солитарный метостаз. каков наиболее рациональный путь ведения больной (тест с 1 правильным ответом):**

- A) симптоматическая терапия
- B) наблюдение онколога
- C) госпитализация в хирургический стационар
- D) компьютерная томография через 6 месяцев
- E) амбулаторное проведение целиакографии

7. **Из указанных вариантов радикального хирургического лечения рака печени выберите правильную комбинацию (тест с 1 правильным ответом):**

- 1) анатомическая резекция печени
- 2) атипичная резекция печени
- 3) трансплантация печени
- 4) оментогепатопексия
- 5) пломбировка печеночной артерии
- 6) кавафильтр
- 7) перевязка портальной вены
- 8) перевязка правой и левой печеночных артерий

- 9) дренирование холедоха
- 10) бигепатикоэнтероанастомоз

- A) 1,3,5
- B) 2,4,5,6
- C) 3,5,7,8
- D) 1,3
- E) 3,6,9,10

8. На операции по поводу индуративного хронического панкреатита обнаружен рак головки поджелудочной железы, железа подвижна, метастазов нет. выберите радикальную операцию (тест с 1 правильным ответом):

- A) резекция поджелудочной железы
- B) панкреатодуоденальная резекция
- C) цистоэнтероанастомоз
- D) гастроэнтероанастомоз
- E) панкреатоэнтероанастомоз

9. Больной 58 лет поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, похудание, отвращение к жирным продуктам, плохой аппетит, метеоризм, повышение температуры тела (37.3с). при осмотре: желтушность кожных покровов, при пальпации живота определяется пальпируемый безболезненный желчный пузырь. ваш диагноз (тест с 1 правильным ответом):

- A) язва желудка
- B) острый холецистит
- C) рак поджелудочной железы
- D) гепатит
- E) острый панкреатит

10. Для рака поджелудочной железы характерно (тест с 1 правильным ответом):

- A) интенсивное похудание
- B) умеренное раздражение брюшины
- C) липаземия
- D) симптом Керте
- E) симптом Куллена, Мондора, Хольстеда

11. На операции по поводу механической желтухи обнаружена опухоль головки поджелудочной железы, единичные метастазы в печень. ваша тактика (тест с 1 правильным ответом):

- A) панкреатодуоденальная резекция
- B) холецистоэнтероанастомоз
- C) холецистэктомия
- D) холедоходуоденоанастомоз
- E) наружное дренирование холедоха

12. У больной 70 лет интенсивная механическая желтуха в течении месяца. отмечает кожный зуд, потерю аппетита и массы тела. желчный пузырь увеличен, безболезненный. ваш предположительный диагноз (тест с 1 правильным ответом):

- A) рак желчного пузыря
- B) рак головки поджелудочной железы
- C) рак печени
- D) рак желудка
- E) рак ободочной кишки

13. Основной ранний признак периферического рака легких (тест с 1 правильным ответом):

- A) боли в грудной клетке
- B) кровохарканье
- C) анемия
- D) рецидивирующий пневмоторакс
- E) очаг затмения с неровными контурами

14. Длительное кровохарканье при сухом кашле заставляет прежде всего подозревать (тест с 1 правильным ответом):

- A) рак бронха
- B) кавернозную форму туберкулеза легких
- C) бронхоэктатическую болезнь
- D) пневмокониоз
- E) хронический бронхит

15. Пациент 40 лет, курильщик, жалуется на сухой кашель в течении многих месяцев. за последние 4 недели похудел на 4 кг. объективно: шея и лицо одутловаты, цианоз губ. пульс – 102 в минуту. ад – 165/95мм рт. ст., пальпируя плотные надключичные лимфоузлы слева. соэ – 70мм/час. гемоглабин – 175г/л, лейкоциты – 9000. предположительный диагноз (тест с 1 правильным ответом):

- A) болезнь Кушинга
- B) рак легкого
- C) хроническая пневмония

- D) эхинококкоз легкого
- E) туберкулез легкого

16. **Факторами риска развития рака легкого являются (тест с 1 правильным ответом):**

- A) курение
- B) хронические воспалительные заболевания легких
- C) пневмокониозы
- D) алкоголизм
- E) мужской пол

17. **Какие паранеопластические проявления наблюдаются при бронхогенном раке (тест со многими вариантами ответов):**

- A) увеличение шейных лимфоузлов
- B) синдром Иценко – Кушинга
- C) лихорадка
- D) гипертрофическая остеоартропатия
- E) дисфония

18. **При опухолях каких органов наиболее часто наблюдается лимфогенный канцероматоз (тест со многими вариантами ответов):**

- A) почки
- B) щитовидная железа
- C) кости
- D) молочная железа
- E) предстательная железа

19. **Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка (тест с 1 правильным ответом):**

- A) рентгенологический
- B) эндоскопический
- C) кал на скрытую кровь
- D) желудочный сок с гистамином
- E) эндоскопия с биопсией

20. **Причиной механической желтухи является (тест с 1 правильным ответом):**

- A) холедохолитиаз
- B) стриктура фатерова соска
- C) рак головки поджелудочной железы
- D) ничего из перечисленного
- E) все вышеназванное

21. **Признак, позволяющий отличить цирроз печени от первичного рака печени (тест с 1 правильным ответом):**

- A) желтуха
- B) бугристая печень
- C) повышение уровня аминотрансфераз
- D) отсутствие в крови  $\alpha$ -фетопротеина
- E) повышение уровня билирубина

22. **Наиболее специфичным отдаленным метостазом рака желудка является (тест с 1 правильным ответом):**

- A) регионарные лимфоузлы
- B) печень
- C) верховская железа
- D) дугласово пространство
- E) легкие

23. **При лимфогранулематозе (тест со многими вариантами ответов):**

- A) поражаются только лимфатические узлы
- B) рано возникает лимфоцитопения
- C) в биоптатах определяют клетки Ходжкина
- D) в биоптатах определяют клетки Березовского- Штернберга-Рида

24. **Началу заболевания лимфогранулематозом соответствует гистологический вариант (тест с 1 правильным ответом):**

- A) лимфоидное истощение
- B) лимфоидное преобладание
- C) нодулярный склероз
- D) смешанноклеточный

25. **Для III клинической стадии лимфогранулематоза характерно (тест с 1 правильным ответом):**

- A) поражение лимфатических узлов одной области
- B) поражение лимфатических узлов двух и более областей по одну сторону диафрагмы
- C) поражение лимфатических узлов любых областей по обеим сторонам диафрагмы
- D) локализованное поражение одного внемлимфатического органа
- E) диффузное поражение внемлимфатических органов

26. **Чаще всего при лимфогранулематозе поражаются (тест с 1 правильным ответом):**

- A) забрюшинные лимфоузлы
- B) периферические лимфоузлы
- C) паховые лимфоузлы
- D) внутригрудные лимфоузлы

27. **Лихорадка при лимфогранулематозе (тест со многими вариантами ответов):**

- A) волнообразная
- B) сопровождающая потливостью
- C) на ранних стадиях купируется индометацином
- D) в поздних стадиях постоянная

28. **Основными ранними симптомами центрального эндобронхиального рака легких являются (тест с 1 правильным ответом):**

- A) раковый пневмонит
- B) рецидивирующий пневмоторакс
- C) ателектаз участка легкого
- D) одышка и боли при дыхании
- E) надсадный кашель и кровохарканье

29. **При выявлении круглой тени на рентгенограмме легких не показана (тест с 1 правильным ответом):**

- A) томография
- B) динамическое наблюдение
- C) проба Пирке и Манту
- D) фибробронхоскопия с биопсией
- E) пневмомедиастинография

30. **Основным рентгенологическим признаком центрального рака легкого является (тест с 1 правильным ответом):**

- A) наличие округлой тени в легком
- B) наличие «дорожки» к корню легкого
- C) ателектаз
- D) высокое стояние диафрагмы
- E) смещение средостения

31. **Рак пэнкоста – это (тест с 1 правильным ответом):**

- A) центральный рак средней доли
- B) периферический рак нижней доли
- C) центральный рак верхней доли
- D) периферический рак верхушки легкого
- E) полостная форма периферического рака легкого

32. **Для верификации опухоли легкого показано (тест с 1 правильным ответом):**

- A) наблюдение за больным в поликлинике
- B) повторное обследование через 6 месяцев
- C) диагностическая торакотомия
- D) повторное обследование через 1 месяц
- E) наблюдение и лечение больного в терапевтическом стационаре

33. **Основным методом лечения рака легкого является (тест с 1 правильным ответом):**

- A) рентгенотерапия
- B) химиотерапия
- C) гормонотерапия
- D) хирургический
- E) санационная бронхоскопия

34. **Исследование мокроты на атипичные клетки целесообразно проводить (тест с 1 правильным ответом):**

- A) один раз в сутки
- B) два дня подряд
- C) еженедельно
- D) пять – шесть дней подряд
- E) два раза в сутки

35. **Методом, позволяющим верифицировать диагноз при среднедолевом синдроме, является (тест с 1 правильным ответом):**

- A) боковая томография
- B) бронхография
- C) динамическое наблюдение
- D) фибробронхоскопия с биопсией
- E) компьютерная томография

36. **Рентгенологическим признаком периферического рака легкого с распадом является (тест с 1 правильным ответом):**

- A) сегментарный ателектаз
- B) бугристый узел с «дорожкой» к корню легкого
- C) узурация ребер

- D) экссудативный плеврит
- E) тонкостенная многокамерная полость

37. **К периферическому раку легкого не относится рак (тест с 1 правильным ответом):**

- A) сегментарного бронха
- B) Пэнкоста
- C) пневмониеподобный
- D) бронхоальвеолярный
- E) полостной (полостная форма)

38. **При раке главного бронха показана (тест с 1 правильным ответом):**

- A) пульмонэктомия
- B) лобэктомия
- C) сегментэктомия
- D) лучевая терапия без операции
- E) все неверно

39. **При раке легкого t3 n0 m0 у больного 45 лет показано (тест с 1 правильным ответом):**

- A) лечение цитостатиками
- B) комбинированное цитостатическое и радиологическое лечение
- C) лучевая терапия
- D) хирургическое лечение
- E) симптоматическая терапия

40. **Перечислите заболевания, с которыми следует дифференцировать периферические доброкачественные опухоли легких (тест с 1 правильным ответом):**

- 1) Рак периферический
- 2) туберкулома
- 3) киста
- 4) буллезная эмфизема
- 5) междолевой плеврит

- A) 1,2,3
- B) 1,2,4
- C) 2,3,4
- D) 3,4,5
- E) 2,3,5

41. **Больная, 42 года, предъявляет жалобы на приступообразный сухой кашель, периодическое кровохарканье. больна в течение 8 лет. на томограммах в просвете первого главного бронха определяется округлая тень диаметром 1,2см с четкими контурами. ваш диагноз (тест с 1 правильным ответом):**

- A) доброкачественная опухоль
- B) рак
- C) бронхостеноз
- D) дивертикул бронха
- E) инородное тело

42. **У больного, 65 лет, на рентгенограмме легких выявлена округлая периферическая тень. что необходимо для верификации диагноза (тест с 1 правильным ответом):**

- A) чрезкожная игловая пункция легких с биопсией
- B) УЗИ
- C) томография
- D) бронхоскопия с биопсией
- E) динамическое наблюдение с контролем через 2 месяца

43. **При профилактическом рентгенологическом исследовании у больного 60 лет в верхней доле справа выявлено округлое «шаровидное» образование диаметром 2см, расположенное субплеврально. окружающая легочная ткань не изменена. жалоб больной не предъявляет. какова должна быть лечебная тактика врача поликлиники (тест с 1 правильным ответом):**

- A) рекомендовать повторное обращение в поликлинику через 4 – 6 месяцев
- B) рекомендовать повторно обратиться в поликлинику только после возникновения жалоб (боли, кашель, кровохарканье, повышением температуры тела)
- C) срочно направить в специализированное лечебное учреждение
- D) провести курс антибиотикотерапии с повторным рентгенологическим исследованием в поликлинике
- E) рекомендовать повторное обращение в поликлинику через год

44. **Больной, 50 лет, жалуется на постоянный сухой кашель. отмечает похудание, появилась одышка. при осмотре: состояние средней тяжести. шея и лицо одутловаты. пульс 120уд/мин. ад 170/100 мм рт.ст. над ключицей слева пальпируются плотные лимфоузлы диаметром 2-2,5см. ваш предварительный диагноз (тест с 1 правильным ответом):**

- A) хронический медиастенит с обструкцией верхней полой вены
- B) рак легкого
- C) хроническая пневмония
- D) туберкулез легких

Е) слипчивый перикардит

45. **Основными методами диагностики периферического рака легкого являются (тест с 1 правильным ответом):**

- 1) бронхоскопия с биопсией
  - 2) катетеризационная биопсия
  - 3) медиастиноскопия
  - 4) трансторакальная пункция легких и опухоли
  - 5) цитологическое исследование макроты
- A) 2,4,5  
B) 1,2,3  
C) 2,3,4  
D) 2,3,5  
E) 1,4,5

46. **Укажите начальные симптомы, характерные для периферического рака легкого (тест с 1 правильным ответом):**

- 1) кашель с гнойной макротой и примесью крови
  - 2) рентгенологически гиповентиляция или ателектаз легкого или доли легкого
  - 3) наличие округлой тени в легком
  - 4) бессимптомное течение при наличии округлой тени в легком, затем присоединяется кашель
- A) 1,2  
B) 1,3  
C) 2,3  
D) 3,4  
E) 2,4

47. **Основными методами диагностики центрального рака легкого являются (тест с 1 правильным ответом):**

- 1) бронхоскопия с биопсией
  - 2) ангиография легочной артерии
  - 3) медиастиноскопия
  - 4) цитологическое исследование макроты
- A) 1,4  
B) 1,3  
C) 1,2  
D) 2,4  
E) 2,3

48. **Основным методом для постановки диагноза центрального рака легкого является (тест с 1 правильным ответом):**

- A) R-логическое исследование легких
- B) томография легких
- C) компьютерная томография
- D) радиоизотопное исследование легких
- E) транхеобронхоскопия+биопсия

49. **Перечислите ранние признаки центрального рака легкого при г-исследовании (тест с 1 правильным ответом):**

- 1) признаки гиповентиляции сегментов или долей
  - 2) наличие инфильтративных тканей в области корня легкого
  - 3) локальная эмфизема сегментов или долей легкого
  - 4) тень опухоли
  - 5) деформация бифуркация трахеи
- A) 2,5  
B) 3,4  
C) 1,3  
D) 1,2  
E) 2,4

50. **Боль в плече, атрофия мышц руки синдрома горнера (объединяемые в синдром пенкоста) характерны (тест с 1 правильным ответом):**

- A) для центрального рака нижней доли легкого
- B) для центрального рака средней доли легкого
- C) для периферического рака верхней доли легкого
- D) для периферического рака средней доли легкого
- E) для центрального рака верхней доли легкого

Эталон ответов:

1 С	10 А	19 Е	28 Е	37 А	46 D
-----	------	------	------	------	------

2 A	11 B	20 E	29 E	38 A	47 A
3 B	12 B	21 D	30 C	39 D	48 E
4 A	13 E	22 C	31 D	40A	49 E
5 B	14 A	23 C D	32 E	41 A	50 C
6 C	15 B	24 B	33 D	42 A	
7 D	16 D	25 C	34 D	43 C	
8 B	17 A B D	26 B	35 D	44 B	
9 C	18 B D	27 A C D	36 E	45 A	

ВАРИАНТ 5

1. У больного, 35 лет, с центральным раком легкого определяется осиплость голоса, расширение вен на лице, шее и верхней половине грудной клетки. при спирографии дыхательная функция компенсирована. ваши рекомендации о дальнейшем лечении (тест с 1 правильным ответом):

- A) симптоматическое лечение
- B) лобэктомия
- C) пульмонэктомия
- D) пульмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи
- E) рентгенотерапия

2. Мужчина 70 лет, считает себя больным около 2-х месяцев, когда появилась постоянная боль в левой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой и иногда с прожилками крови, одышка при незначительной физической нагрузке. при осмотре: больной резко истощен, справа перкуторный коробочный звук, слева в нижних отделах резко притуплен. справа дыхание везикулярное с единичными сухими хрипами, слева дыхание не выслушивается. ваш диагноз (тест с 1 правильным ответом):

- A) левосторонняя пневмония
- B) туберкулез
- C) плеврит
- D) центральный рак с ателектазом левого легкого
- E) абсцесс

3. Мужчина, 48 лет, заболел остро 2 месяца назад, когда поднялась температура до 38с, сухой кашель, одышка, слабость, потливость. проводилось амбулаторное лечение «таблетками» в течение 3-х недель, состояние улучшилось. рентгенологически в нижних отделах правого легкого определяется гиповентиляция, правый корень расширен, правое легкое уменьшено в объеме. какое исследование в первую очередь необходимо провести для уточнения диагноза (тест с 1 правильным ответом):

- A) плевральную пункцию
- B) торакоскопию
- C) бронхоскопию
- D) посев макроты
- E) медиастиноскопию

4. Мужчина 63 лет, болен в течение 2-х месяцев, когда при флюорографии в верхней доле правого легкого было выявлено округлое уплотнение легочной ткани диаметром около 3,5см. обследован в туберкулезном диспансере, диагноз туберкулеза отвергнут, заподозрен периферический рак правого легкого, направлен к онкологу. при компьютерной томографии грудной полости помимо вышеописанных изменений в верхней доле правого легкого выявлено увеличение лимфоузлов в виде конгломерата до 4см в диаметре бифуркационных и паратрахеальных групп. какое исследование необходимо провести в первую очередь для уточнения стадии заболевания (тест с 1 правильным ответом):

- A) торакоскопию
- B) анализ мокроты на атипические клетки
- C) поднаркозную бронхоскопию с чрезбронхиальной пункцией лимфотических узлов средостения
- D) плевральную пункцию
- E) диагностическую торактомию

5. Мужчина 65 лет, болен в течение 8 месяцев, когда появился сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки, в последние 3 недели стала нарастать слабость, появилась одышка в покое, похудел на 5кг, стала подниматься температура до 38с. при осмотре: отмечается справа тупой перкуторный звук над всей поверхностью, дыхание над правым легким выслушивается только над верхушкой, слева



**дыхание везикулярное. рентгенологически определяется в правой плевральной полости жидкость, в первую очередь необходимо выполнить для уточнения диагноза (тест с 1 правильным ответом):**

- A) бронхоскопию
- B) анализ мокроты на атипические клетки
- C) компьютерную томографию грудной полости
- D) плевральную пункцию справа
- E) торакоскопию

**6. Женщина 60 лет, больна около 6 месяцев, когда появился сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки, подъем температуры до 38с. проводилось лечение в стационаре по поводу верхнедолевой пневмонии слева с эффектом, однако 1,5 месяца назад состояние ухудшилось, усилился кашель, появилась одышка, вновь отмечены подъемы температуры. в последние 2 недели появилась обильная гнойная мокрота. рентгенологически в верхней доле левого легкого выявлено округлое образование до 5см в диаметре с уровнем жидкости, левый корень уплотнен и расширен, на томограммах отмечено прорастание грудной стенки в области 4 ребра по средне – аксилярной линии. какое диагностическое исследование в первую очередь необходимо провести для уточнения диагноза (тест с 1 правильным ответом):**

- A) бронхоскопию
- B) торакоскопию
- C) диагностическую торакотомию
- D) плевральную пункцию
- E) парастернальную медиастинотомию

**7. Больному 60 лет, болен в течение 4 месяцев, когда появился кашель, температура до 38с, лечили в стационаре по поводу правосторонней пневмонии с временным эффектом, в последние 1,5 месяца состояние ухудшилось, усилился кашель, одышка, в мокроте появились прожилки крови. при обследовании рентгенологически отмечается гиповентиляция в средней и нижней долях, правый корень расширен, уплотнен. при бронхоскопии отмечается obturация среднедолевого бронха с шероховатостью и повышенной кровоточивостью по передней стенке нижнедолевого бронха. при морфологическом исследовании биоптата – плоскоклеточный рак. при торакотомии определяется ателектаз средней доли, в лимфоузлах корня – гиперплазия. диагноз: центральный рак среднедолевого бронха с распространением на нижнедолевой бронх. какую операцию необходимо выполнить (тест с 1 правильным ответом):**

- A) пневмонэктомию
- B) среднюю лобэктомию
- C) среднюю лобэктомию с циркулярной резекцией нижнедолевого бронха
- D) нижнюю лобэктомию
- E) пробную лобэктомию

**8. Больная 57 лет, больна в течение 5 месяцев, когда появился сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки, температура до 38с. лечили в стационаре по поводу верхнедолевой пневмонии с эффектом, однако в последние 2 месяца состояние ухудшилось, усилился кашель, одышка. консультирована фтизиатром, туберкулез отвергнут. при обследовании рентгенологически отмечена гиповентиляция верхней доли слева, при бронхоскопии выявлено сужение устья верхнедолевого бронха слева, опухоль распространяется на главный бронх, морфологическое исследование биоптата – аденокарцинома. диагноз: центральный рак верхнедолевого бронха слева. при торакотомии в бифуркационных лимфоузлах гиперплазия. какую операцию необходимо выполнить (тест с 1 правильным ответом):**

- A) пневмонэктомию
- B) клиновидную резекцию верхней доли
- C) верхнюю лобэктомию
- D) верхнюю лобэктомию с циркулярной резекцией главного бронха
- E) пробную торакотомию

**9. У больного периферический рак нижней доли левого легкого с прорастанием париетальной плевры. морфологически – плоскоклеточный рак. интраоперационно в лимфатических узлах корня легкого метастазов не выявлено. какое лечение необходимо провести больному (тест с 1 правильным ответом):**

- 1) пневмонэктомию
- 2) нижнюю лобэктомию с резекцией париетальной плевры
- 3) лучевую терапию
- 4) химиотерапию
- 5) пробную торакотомию

- A) 1,3,4
- B) 2,3
- C) 3,4
- D) 1,4
- E) 5

**10. У больной периферический рак верхней доли правого легкого. морфологически – мелкоклеточный рак. интраоперационно опухоль не прорастает висцеральную плевру, метастазов в лимфатических узлах**

**грудной полости не обнаружено. какое лечение необходимо провести больной (тест с 1 правильным ответом):**

- 1) пневмонэктомию
  - 2) верхнюю лобэктомию справа
  - 3) пробную торакотомию
  - 4) лучевую терапию
  - 5) химиотерапию
- A) 1,4,5  
B) 2,4,5  
C) 3,4,5  
D) 4,5  
E) 2,5

**11. При диффузной мастопатии не применяется (тест с 1 правильным ответом):**

- A) эстрогенные препараты  
B) физиотерапия  
C) длительный прием йодита калия  
D) секторальная резекция молочной железы  
E) лучевая терапия

**12. При раке молочной железы диаметром 2,5см без увеличения регионарных лимфоузлов устанавливается стадия (тест с 1 правильным ответом):**

- A) 1  
B) 2A  
C) 2Б  
D) 3A  
E) 3Б

**13. Для молочной железы не являются регионарными лимфоузлы (тест с 1 правильным ответом):**

- A) подмышечные  
B) парастернальные  
C) подключичные  
D) лимфоузлы противоположной стороны  
E) все перечисленные лимфоузлы являются регионарными

**14. При фиброаденоме молочной железы показана (тест с 1 правильным ответом):**

- A) простая мастэктомия  
B) ампутация молочной железы  
C) секторальная резекция  
D) радикальная мастэктомия  
E) лучевая терапия

**15. Радикальная мастэктомия по холстеду включает (тест с 1 правильным ответом):**

- A) удаление молочной железы с большой и малой грудными мышцами, клетчаткой подключичной, подмышечной и подлопаточной области  
B) то же + удаление парастернальной и медиастанальной клетчатки и лимфатических лимфоузлов  
C) удаление молочной железы с малой грудной мышцей и клетчаткой подмышечной, подлопаточной и подключичной областей  
D) удаление сектора молочной железы с подмышечной клетчаткой и лимфатическими узлами  
E) удаление молочной железы

**16. Опухоль молочной железы диаметром 1,5см с единичными увеличенными подмышечными лимфоузлами относят к стадии (тест с 1 правильным ответом):**

- A) T1N1M0  
B) T1N0M0  
C) T2N0M0  
D) T2N1M0  
E) T3N0M0

**17. Для стадии рака 2б молочной железы характерно (тест с 1 правильным ответом):**

- A) отсутствие метастазов в регионарные лимфатические лимфоузлы противоположной стороны  
B) наличие отдаленных метастазов  
C) наличие метастазов в подмышечные, подключичные, надключичные лимфоузлы  
D) изъязвления в зоне опухоли  
E) поражение подмышечных лимфоузлов

**18. При раковой опухоли молочной железы диаметром 2,5см и не увеличенных регионарных лимфоузлах устанавливается стадия (тест с 1 правильным ответом):**

- A) T1N1M0  
B) T1N0M0  
C) T2N0M0  
D) T2N1M0  
E) T3N0M0

**19. При выявлении микрокальцинатов при маммографии рекомендуется (тест с 1 правильным ответом):**

- A) динамическое наблюдение
- B) секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием
- C) пункционная биопсия
- D) ультразвуковая диагностика
- E) в наблюдении не нуждается

**20. При опухоли молочной железы диаметром 4 см с метастазами в регионарные лимфоузлы и легкие показано лечение (тест с 1 правильным ответом):**

- A) симптоматическое
- B) хирургическое
- C) лучевое
- D) комплексное
- E) комбинированное

**21. Наиболее эффективным методом исследования при опухоли молочной железы менее 0,5 см являются (тест с 1 правильным ответом):**

- A) маммография
- B) УЗИ
- C) термография
- D) пальпация
- E) радиоизотопная диагностика

**22. Опухоль молочной железы диаметром 1,5 см с увеличенными подмышечными лимфоузлами относят к стадии (тест с 1 правильным ответом):**

- A) I
- B) 2A
- C) 2B
- D) 3A
- E) 3B

**23. В положении лежа опухоль молочной железы исчезает при симптоме (тест с 1 правильным ответом):**

- A) умбиликации
- B) Кенига
- C) Пайра
- D) Прибрама
- E) «апельсиновой корки»

**24. При раке в верхне – наружном квадранте молочной железы 2 см без метастазов рекомендуется (тест с 1 правильным ответом):**

- A) симптоматическое лечение
- B) хирургическое лечение
- C) лучевая терапия
- D) комбинированная терапия
- E) комплексная терапия

**25. При раке педжета с неувеличенными лимфоузлами в 45 лет рекомендуется (тест с 1 правильным ответом):**

- A) лучевая терапия
- B) химиотерапия
- C) радикальная мастэктомия
- D) лучевая терапия + секторальная резекция
- E) комбинированное лечение

**26. Больная 50 лет, молочная железа инфильтрирована, отечна, резко уплотнена и увеличена в объеме, кожа железы покрыта красными пятнами с неровными «языкообразными» краями, сосок втянут и деформирован. Ваш диагноз (тест с 1 правильным ответом):**

- A) острый мастит
- B) рак педжета
- C) рожеподобный рак
- D) солидный рак
- E) панцирный рак

**27. При раке молочной железы с отеком верхней конечности показана (тест с 1 правильным ответом):**

- A) радикальная мастэктомия по Холстеду
- B) операция по Пейти
- C) простая мастэктомия
- D) расширенная мастэктомия
- E) ни одна из названных операций

**28. У больной 27 лет на границе верхних квадрантов левой молочной железы определяются два очага уплотнения размером до 2 см, не спаянных с кожей, которые уплотняются и становятся болезненными в предменструальном периоде. ваш диагноз (тест с 1 правильным ответом):**

- A) рак Педжета
- B) фиброаденома
- C) липома
- D) узловатая мастопатия

Е) галактоцеле

**29.Рак молочной железы чаще всего метастазирует (тест с 1 правильным ответом):**

А) в средостение

В) в кости

С) в кожу

Д) в печень

Е) в надпочечники

**30.При раке молочной железы 2а стадии показана (тест с 1 правильным ответом):**

А) секторальная резекция

В) радикальная мастэктомия

С) лучевая терапия

Д) химиотерапия

Е) все перечисленное верно

**31.К диффузным формам рака молочной железы относятся все, кроме (тест с 1 правильным ответом):**

А) отечно - инфильтративной

В) маститоподобной

С) рожеподобной

Д) панцирного рака

Е) рака Педжета

**32.Основным путем оттока лимфы от молочной железы является (тест с 1 правильным ответом):**

А) перекрестный

В) подключичный

С) подмышечный

Д) парастеральный

Е) межреберный

**33.Секторальная резекция молочной железы показана (тест с 1 правильным ответом):**

А) при агалактии

В) при диффузной мастопатии

С) при узловой мастопатии

Д) при раке Педжета

Е) при гинекомастии

**34.Выделение крови из соска характерно (тест с 1 правильным ответом):**

А) для внутрипротоковой папилломы

В) для болезни Педжета

С) для узловой мастопатии

Д) для кисты

Е) для фибroadеномы

**35.Для рака молочной железы характерным не является (тест с 1 правильным ответом):**

А) умбиликация

В) лимонная корка

С) втяжение соска

Д) гиперпигментация

Е) изъязвление

**36.Реже всего рак молочной железы метастазирует (тест с 1 правильным ответом):**

А) в плевру

В) в легкие

С) в подмышечные парастеральные лимфоузлы

Д) в кости

Е) в мозг

**37.Симптом прибрама патогномичен (тест с 1 правильным ответом):**

А) для острого мастита

В) для фиброзно – кистозной мастопатии

С) для рака молочной железы

Д) для фибroadеномы молочной железы

Е) для внутрипротоковой папилломы

**38.Основными ранними симптомами центрального эндобронхиального рака легкого являются (тест с 1 правильным ответом):**

А) раковый пневмонит

В) рецидивирующий пневмоторакс

С) ателектаз участка легкого

Д) одышка и боли при дыхании

Е) надсадный кашель и кровохарканье

**39.Для какого доброкачественного заболевания является характерным выделение крови из соска (тест с 1 правильным ответом):**

А) внутрипротоковой папилломы

В) болезни Педжета

С) узловой мастопатии

Д) кисты

Е) фиброаденомы

**40. Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной железы (тест с 1 правильным ответом):**

А) умбиликация

В) лимонная соска

С) втяжение соска

Д) гиперпигментация соска и ареолы

Е) изъязвление

**41. Какой из дополнительных способов лечения рака молочной железы применяется чаще всего (тест с 1 правильным ответом):**

А) овариоэктомия

В) химиотерапия

С) гормонотерапия

Д) лучевая терапия

Е) пангистерэктомия

**42. При пальпации в верхнем наружном квадранте правой молочной железы обнаружена болезненная опухоль до 3 см в диаметре, кожа над ней не изменена. из соска выделения желтоватого цвета. подмышечные лимфатические узлы слегка увеличены, болезненны. болезненность и размер опухоли, а также выделения из соска изменяются циклично в течение месяца. какой предположительный диагноз вы можете поставить (тест с 1 правильным ответом):**

А) внутрипротоковая папиллома

В) узловатая форма фиброзно – кистозной мастопатии

С) фиброаденома

Д) диффузный рак

Е) узловой рак

**43. Больная 39 лет, обратилась с жалобами на боли и деформацию правой молочной железы. при осмотре железа резко увеличена и деформирована, кожа инфильтрирована, представляет собой толстый, бугристый пласт, на ее поверхности имеются участки кровоизлияний и изъязвлений. сосок деформирован, втянут. при пальпации подмышечных лимфоузлов справа пальпируются увеличенные, плотные лимфоузлы. со стороны внутренних половых органов патологии не обнаружено. диагноз (тест с 1 правильным ответом):**

А) диффузная мастопатия

В) рак Педжета

С) пастилитоподобный рак

Д) панцирный рак

Е) коллоидный рак

**44. При осмотре больной, 50 лет, в области соска правой молочной железы видна язва, покрытая вялыми грануляциями, язва имеет подрытые края, серовато – гнойное несвертывающееся в корки отделяемое. вокруг язвы выражен пояс венозной гиперемии кожи. Диагноз (тест с 1 правильным ответом):**

А) экзема соска

В) первичный шанкр

С) аденома соска

Д) туберкулез молочной железы в стадии язвы

Е) рак Педжета

**45. Больная, 60 лет, жалобы на кровянистые выделения из соска, незначительная болезненность в период, когда выделений нет. внешне железа не изменена, при пальпации выявить что – либо не удалось, лимфоузлы не пальпируются. диагноз (тест с 1 правильным ответом):**

А) рак

В) саркома

С) внутрипротоковая аденома

Д) туберкулез

Е) мастопатия

**46. Больная 35 лет, жалуется на покраснение соска и утолщение его. при осмотре: сосок и часть ареолы покрыты корочкой и струпом, имеется мокнутие в области соска. при сдвигании корочки обнаруживается влажная, зернистая поверхность. сосок утолщен и плотный на ощупь. диагноз (тест с 1 правильным ответом):**

А) актиномикоз молочной железы

В) болезнь Педжета

С) экзема соска

Д) скирр молочной железы

Е) маститоподобный рак

**47. Больная 19 лет, обратилась с жалобами на умеренные боли в молочной железе, усиливающиеся в предменструальный период. обе молочные железы правильной конфигурации, симметричны. соски и кожный покров не изменены. пальпаторно в железе определяются бугристые образования, на фоне которых выявляется плотная, с четкими границами опухоль диаметром до 6 см, легко смещается в тканях, не связанная с кожей и соском. регионарные лимфоузлы не увеличены. Диагноз (тест с 1 правильным ответом):**

**А) на фоне фиброзно – кистозной мастопатии - фиброаденома**

- В) рак молочной железы
- С) абсцесс молочной железы
- Д) липома
- Е) саркома молочной железы

**48. В верхне – наружном квадранте молочной железы одиночный безболезненный узел диаметром 5см, плотной консистенции, хорошо ограниченный от окружающих тканей. сосок не изменен, выделений нет. регионарные лимфоузлы не увеличены. ваш предварительный диагноз (тест с 1 правильным ответом):**

- А) фиброаденома молочной железы
- В) рак молочной железы
- С) мастит
- Д) узловатая форма мастопатии
- Е) фиброзно – кистозная форма мастопатии

**49. У больной 28 лет, в обеих молочных железах диффузно, нечетко пальпируются мелкие очаги уплотнения, которые в предменструальный период становятся болезненными и более плотными. кожа молочной железы не изменена. соски правильной формы. выделений нет. лимфоузлы не увеличены. диагноз (тест с 1 правильным ответом):**

- А) диффузная двусторонняя фиброзно – кистозная мастопатия
- В) фиброаденома молочной железы
- С) инфильтративно – отечная форма рака
- Д) диффузный двусторонний мастит
- Е) маститоподобный рак молочной железы

**50. Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на температуру 39с, боли и припухлость в молочной железе. две недели назад были роды. молочная железа отечна, багрово – красного цвета. пальпаторно болезненный, диффузный инфильтрат. в подмышечной области болезненные лимфоузлы. диагноз (тест с 1 правильным ответом):**

- А) острый мастит
- В) диффузная мастопатия
- С) хронический мастит
- Д) рожеподобный рак
- Е) узловатая мастопатия

Эталон ответов:

1 А	10 В	19 В	28 D	37 C	46 В
2 D	11 E	20 D	29 В	38 E	47 A
3 C	12 A	21 A	30 В	39A	48 A
4 D	13 E	22 C	31 E	40 D	49 A
5 D	14 C	23 В	32 C	41 D	50 A
6 D	15 A	24 В	33 C	42 В	
7D	16 A	25 C	34 A	43 D	
8 D	17 E	26 C	35D	44 D	
9 В	18 В	27 E	36 E	45 C	

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Задача №1.

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

Вопросы

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

Ответы:

Необходимо взять мазки с поверхности шейки матки и из цервикального канала и направить их на цитологическое исследование; необходимо произвести осмотр молочных желёз и регионарных лимфатических узлов.

В случае отсутствия признаков поражения молочных желёз пациентку необходимо направить на скрининговую маммографию. В случае обнаружения признаков патологии в молочных железах пациентка должна быть направлена к маммологу либо к онкологу.

### **Задача №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 образований 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.

#### **Вопросы**

1. Правильная ли тактика выбрана хирургом?
2. Какие дополнительные исследования вы порекомендуете?
3. Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением аксиллярных лимфатических узлов?

#### **Ответы:**

- Тактика неверна.
- Необходимо провести дополнительные исследования.
- А. УЗИ регионарных лимфатических узлов.
- Б. Осмотр кожи правой верхней конечности, груди, живота, спины (для исключения меланомы кожи, рака кожи).
- В. Рентгенографию органов грудной клетки для исключения рака легких.
- Г. Пункцию пораженных лимфатических узлов с последующим цитологическим исследованием пунктата.
- Д. В случае неинформативности пункции — биопсию пораженных лимфатических узлов с гистологическим исследованием полученного материала.
- Поражением аксиллярных лимфатических узлов могут проявляться следующие заболевания: РМЖ; неэпителиальные опухоли молочной железы; меланома кожи передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; плоскоклеточный рак кожи передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; лимфопролиферативные заболевания; рак лёгких; опухоли мягких тканей передней грудной и брюшной стенок, спины, правой верхней конечности.

### **Задача №3**

На осмотре выявлен больной с жалобами на постоянные боли в подложечной области, потерю аппетита, быстро нарастающее похудание и слабость. При рентгеноскопии обнаружен обширный рак тела желудка. Слева в прескаленной области пальпируется безболезненный плотный несмещаемый бугристый узел.

#### **Вопросы**

1. Поставьте стадию заболевания, клиническую группу.
2. Какие учётные формы следует заполнить?
3. Какое организационное мероприятие проводится?

Ответ: Рак желудка IV стадии. Клиническая группа IV. Заполняют «Извещение» и «Протокол» с направлением этих документов в онкологический диспансер. Обсуждают причину запущенности на врачебной конференции.

### **Задача №4.**

Больной в хирургическом отделении поставлен диагноз: Узловой зоб. Пункция не выполнена. Произведена субфасциальная резекция щитовидной железы по Николаеву без гистологического исследования препарата. Через два месяца отмечен рост опухоли в области операции. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружены шаровидные тени в лёгких.

#### **Вопросы**

1. Поставьте диагноз.
2. Нужно ли составлять «Протокол»?
3. Какова причина запущенности?

Ответ: Рак щитовидной железы с метастазами в лёгкие. Составляется «Протокол». Причина запущенности процесса – неполное обследование больной.

### **Задача №5**

Больной в течение месяца находился в терапевтическом отделении с диагнозом: гипохромная анемия неясной этиологии, жалуясь на нарастающую общую слабость. При рентгенологическом обследовании желудка патологии не

обнаружено. Через месяц при пальпации в правой мезогастральной области выявлена безболезненная неподвижная опухоль. Появились признаки асцита. Произведена ирригоскопия кишечника, при которой диагностирована обширная опухоль восходящей ободочной кишки.

Вопросы

1. Поставьте диагноз, клиническую группу.
2. Нужно ли заполнять «Протокол»?
3. Какова причина запущенности?

Ответ: Диагноз “Рак восходящего отдела ободочной кишки”. IV клиническая группа. Составляется «Протокол». Причина запущенности процесса – неполное обследование больного.

#### **Задача №6**

Больная обратилась к терапевту с жалобами на частые позывы к дефекации с выделением крови и слизи. Считает себя больной второй месяц. Лишь после повторных отрицательных данных анализов на дизентерийную флору сделана ректороманоскопия и обнаружена бугристая опухоль в 6 см от сфинктера, занимающая более полуокружности кишки.

Вопросы

1. Какое простое исследование, проведённое, при первичном обращении больной помогло бы поставить диагноз?
2. Нужно ли составлять «Протокол»?
3. Какова причина запущенности?

Ответ: Пальцевое исследование прямой кишки. “Протокол” составляется, так как имеется III стадия рака «визуальной локализации». Причина запущенности процесса – неполное обследование больной и ошибка в клинической диагностике.

#### **Задача №7**

На профилактическом осмотре в поликлинике по месту жительства у двух больных обнаружены изменения на красной кайме нижней губы, заподозрен рак нижней губы. После обследования диагноз был подтвержден, при этом у одного больного установлена I стадия заболевания, у второго III стадия.

Вопросы

5. Какое исследование позволило установить диагноз?
6. Определите клиническую группу у каждого больного.
7. Какие учетные формы документов необходимо заполнить?
8. В какое учреждение необходимо направить данных больных на лечение?

Ответ:

Диагноз подтверждается морфологическим (цитологическим или гистологическим) исследованием. В данном случае оба больных относятся к I клинической группе диспансерного наблюдения, подлежащих радикальному лечению. На больного с I стадией заболевания заполняется «Извещение», на больного с III стадией – «Извещение» и «Протокол». На лечение больные направляются в онкологический диспансер.

#### **Задача №8**

Больной в хирургическом отделении поставлен диагноз: Узловой зоб. Пункция не выполнена. Произведена субфасциальная резекция щитовидной железы по Николаеву без гистологического исследования препарата. Через два месяца отмечен рост опухоли в области операции. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружены шаровидные тени в лёгких.

Вопросы

4. Поставьте диагноз.
5. Какие учетные формы документов необходимо заполнить?
6. Какова причина запущенности? Ваша тактика?

Ответ: Диагноз у больной: рак щитовидной железы с метастазами в лёгкие. Заполняются «Извещение» и “Протокол”. Причина запущенности процесса – неполное обследование больной. Больная направляется в онкологический диспансер для определения возможности лечения с помощью радиоактивного йода.

#### **Задача №9**

При приёме в поликлинике районной больницы у больного 65 лет с жалобами на тяжесть в эпигастрии, усиливающуюся после еды, отрыжку заподозрен рак желудка. При фиброгастроскопии обнаружена каллезная язва большой кривизны желудка, из-за отсутствия инструмента биопсия не выполнялась. Больному предложено оперативное лечение. Выполнена дистальная субтотальная резекция желудка. При гистологическом исследовании препарата выявлена аденокарцинома.

Вопросы

Какие ошибки были допущены на этапе обследования больного?



4. К какой клинической группе Вы его отнесёте?
5. Какие учетные формы следует заполнить?
6. Назовите сроки диспансеризации данного больного.

Ответ: Больному не выполнена биопсия язвы желудка и не проведено морфологическое исследование, поэтому диагноз рака желудка был поставлен только после планового гистологического исследования удаленного препарата. Клиническая группа III. Заполняют «Извещение», «Контрольную карту диспансерного наблюдения больного злокачественным новообразованием». Сроки диспансеризации больных III клинической группы: в течение первого года после проведенного лечения – 1 раз в 3 месяца, в течение второго года – 1 раз в 6 месяцев, в дальнейшем пожизненно – 1 раз ежегодно.

#### **Задача №10**

.У больного с жалобами на постоянные боли в эпигастрии, потерю аппетита, похудание, слабость при осмотре слева в надключичной области обнаружен плотный, безболезненный, бугристый узел. При рентгенологическом исследовании обнаружен обширный рак тела желудка.

#### **Вопросы**

5. Какова Ваша тактика?
6. Поставьте стадию заболевания, клиническую группу.
7. Какие учетные формы следует заполнить на больного?
8. Какое организационное мероприятие проводится?

Ответ: Необходимо выполнить пункционную биопсия надключичного узла с последующим цитологическим исследованием пунктата. При подтверждении метастатического характера узла у больного рак желудка IV стадия, клиническая группа IV. Заполняется «Извещение» и «Протокол» с направлением этих документов в онкологический диспансер. Проводится обсуждение причины запущенности на врачебной конференции.

#### **Задача №11**

Больная находилась на диспансерном наблюдении у онколога по поводу радикально излеченного рака молочной железы. Через 3 года при очередном контрольном обследовании у больной выявлены метастазы в легких и кости позвоночника.

#### **Вопросы**

4. Какая клиническая группа была и стала у больной?
5. Следует ли заполнить «Протокол»?
6. Кто осуществляет наблюдение за больной?

Ответ: У больного была III клиническая группа. В связи с диссеминацией рака она переводится в IV клиническую группу. «Протокол» не заполняется. Больную наблюдает участковый терапевт, консультирует врач-онколог.

#### **Задача №12**

Больной в течение месяца находился в терапевтическом отделении с диагнозом: гипохромная анемия неясной этиологии, жалуясь на нарастающую общую слабость. При рентгенологическом обследовании желудка патологии не обнаружено. Через месяц при пальпации в правой мезогастральной области выявлена безболезненная неподвижная опухоль. Появились признаки асцита. Произведена ирригоскопия кишечника, при которой диагностирована обширная опухоль восходящей ободочной кишки.

#### **Вопросы**

4. Поставьте диагноз, клиническую группу.
5. Нужно ли заполнять «Протокол»?
6. Какова причина запущенности?

Ответ: Диагноз “Рак восходящего отдела ободочной кишки”. IV клиническая группа. Составляется «Протокол». Причина запущенности процесса – неполное обследование больного.

#### **Задача №13**

Больная обратилась к терапевту с жалобами на частые позывы к дефекации с выделением крови и слизи. Считает себя больной второй месяц. Лишь после повторных отрицательных данных анализов на дизентерийную флору сделана ректороманоскопия и обнаружена бугристая опухоль в 6 см от сфинктера, занимающая более полуокружности кишки.

#### **Вопросы**

4. Какое простое исследование, проведенное, при первичном обращении больной помогло бы поставить диагноз?
5. Какие учетные формы следует заполнить?
6. Какова причина запущенности?

Ответ: Пальцевое исследование прямой кишки. Заполняются «Извещение» и «Протокол». «Протокол» составляется, так как имеется III стадия рака «визуальной локализации». Причина запущенности процесса – неполное обследование больной и ошибка в клинической диагностике.

#### **Задача №14**

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

Вопросы

1. Правильно ли выбран метод лечения?
2. Какова дальнейшая тактика?
3. Ответы:
4. Выбор тактики и метода лечения должен зависеть от результатов цитологического исследования мазков-отпечатков, которое не было выполнено.

Ответ:

Необходимо проведение цитологического исследования (соскоб с поверхности образования), при необходимости - его биопсия. В случае обнаружения опухолевого роста необходимо хирургическое лечение. В случае его отсутствия - продолжение противовоспалительной терапии.

#### **Задача №15**

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

Вопрос

1. Ваши действия?

Ответ:

Необходимо УЗИ поражённой группы лимфоузлов, а также других регионарных групп лимфатических узлов (подмышечные с другой стороны, над-, подключичные). В случае подозрения на метастатическое поражение лимфоузлов возможна их пункция для подтверждения диагноза.

#### **Задача №16**

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

Вопросы

Ваш диагноз?

1. Назначьте план обследования и лечения.

Ответы:

В данном случае необходимо проводить дифференциальный диагноз между меланомой кожи и диспластическим невусом.

Необходимо проведение УЗИ подмышечных, над-, подключичных, паховых лимфоузлов. В случае отсутствия признаков их поражения, а также отсутствия данных за отдаленное метастазирование необходимо провести широкое хирургическое иссечение участка кожи с пигментным образованием. Материал обязательно направляется на гистологическое исследование.

#### **Задача №17**

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

Вопросы

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

Ответы:

Вероятнее всего, у пациента внутрикожный метастаз (сателлит) меланомы кожи правой височной области, метастаз в правую околоушную слюнную железу.

Основная ошибка хирурга - материал не был направлен на гистологическое исследование.

### **Задача №18**

У больного М., 20 лет, с раннего детства отмечалась гиперчувствительность кожи к солнечным лучам, которая проявлялась гипермией и отёком её, затем рассеянной пигментацией. Кожные покровы лица становятся сухими, местами атрофичными с телеангиоэктазиями. Была диагностирована пигментная ксеродерма. В последнее время в области носогубной складки слева появились бородавчатые разрастания.

Ваше мнение о динамике процесса? Как проводится уточнение диагноза? Предполагаемое лечение?

Ответы:

Можно полагать, что происходит озлокачествление пигментной ксеродермы с переходом в плоскоклеточный рак. Показана биопсия и гистологическое исследование. Лечение хирургическое или криовоздействие. При множественных разрастаниях возможна близкофокусная рентгенотерапия.

### **Задача №19**

У больной К., 60 лет, несколько лет назад на коже лопаточной области справа появились очаги пятнисто-узловых высыпаний, покрытых чешуйками и корками. В настоящее время в результате слияния этих элементов образовались бляшки желтовато-красного цвета с влажной поверхностью. Была диагностирована болезнь Боуэна.

Какое должно быть назначено лечение?

Ответ:

Болезнь Боуэна в настоящее время рассматривается как клиническая форма рака кожи (ранее рассматривалась как облигатный предрак). Показано хирургическое лечение.

### **Задача №20**

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

Лечебная тактика при этом заболевании?

Ответ: Болезнь Кейра в 100% переходит в рак. Показано проведение близкофокусной рентгенотерапии. В случаях недостаточного эффекта необходимо иссечение поражённого участка. Возможно проведение химиотерапии блеомицином или аппликации 5% 5-фторурациловой мази.

### **Задача №21**

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

Поставить предварительный диагноз. Ваши действия по уточнению диагноза. Какое лечение предлагается больной?

Ответ: Вероятно у больного базально-клеточный рак. Показана биопсия и гистологическое исследование. При гистологическом подтверждении заболевания может быть использован хирургический метод лечения, близкофокусная рентгенотерапия, криодеструкция или химиотерапия 0,5% омаиновой мазью.

### **Задача №22**

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.

Ваше мнение о диагнозе, как уточнить его, планируемое лечение?

Ответ: Очевидно у больного плоскоклеточный рак кожи. Окончательно характер заболевания можно установить после биопсии с гистологическим исследованием. При подтверждении диагноза показано иссечение опухоли лучевая терапия, криодеструкция.

### **Задача №23**

У больного К., 21 год, в толще кожи ладонной поверхности левой кисти около 3 лет назад появилось плотное образование тёмно-коричневого цвета диаметром 1,5 см. с неровными краями. Диагностирован пограничный невус.

Какое лечение показано этому больному?

Ответ: Учитывая возможность перехода приобретённого пограничного невуса в злокачественную меланому, необходимо провести иссечение новообразования в онкодиспансере, отступив от его видимого края не менее чем на 0,5 см. Гистологическое исследование удалённого препарата является обязательным. При категорическом отказе от иссечения невуса, больной должен находиться под постоянным наблюдением онколога.

### **Задача №24**

У больной С., 57 лет, в верхней половине грудной клетки справа под ключицей на коже при профосмотре выявлено пятно чёрного цвета 3,5 см в диаметре с нерезкими границами. Кожный рисунок сохранён. Диагностирован ограниченный предраковый меланоз Дюбрея.

Лечебная тактика при этом заболевании?

Ответ: Ограниченный предраковый меланоз Дюбрея должен быть удалён хирургическим путём в онкологическом диспансере, отступая от видимого края опухоли не менее 1 см.

### **Задача №25**

У больного Д., 30 лет, при профилактическом осмотре на коже тыла правой стопы выявлен узел, слегка возвышающийся над кожей, синего цвета размером 0,5 см. в диаметре, края его ровные, волосы на нём отсутствуют. Диагностирован голубой невус.

Какое лечение необходимо провести в данном случае?

Ответ: Голубой невус необходимо иссечь в условиях онкологического диспансера, отступая не менее 0,5 см от видимого края. Удалённый препарат должен быть исследован гистологически.

**Задача №26** У больного М., 36 лет, на коже левой лопаточной области в течение последних трёх месяцев отмечился быстрый рост пигментного образования бывшего до этого времени неизменным, с 0,3 см. в диаметре до 3,5 см. Цвет его стал более тёмно-коричневым. Появилось чувство жжения, напряжения. Выявились папилломатозные выросты, трещины, кровоточивость.

Ваше мнение о диагнозе? Какое лечение надо назначить?

Ответ: В данном случае имеет место перерождение пигментного невуса в злокачественную меланому. В онкологическом диспансере необходимо провести широкое иссечение кожного лоскута с опухолью, отступая от видимых её краёв 3,5 см.

### **Задача №27**

У больной Н., 25 лет, при профилактическом осмотре онкологическом, на коже тыла правой кисти обнаружена пигментная опухоль сочно-коричневого цвета диаметром в 1 см. При радиофосфорной диагностике обнаружено накопление препарата в опухоли в 4 раза выше, чем в здоровых участках кожи.

Поставить диагноз заболевания, решить вопрос о лечении.

Ответ: Можно полагать, что у больной меланома. Больной показано иссечение опухоли в пределах 3-3,5 см. от её краёв с пластикой.

**Задача №28** У больного М., 30 лет, диагностирована злокачественная меланома кожи на внутренней поверхности в средней трети левого бедра, а также метастаз в лимфатический узел верхней трети бедра с этой же стороны.

Какое лечение должно быть проведено этому больному?

Ответ: Больному в онкологическом диспансере должно быть произведено широкое иссечение кожи с опухолью, удаление метастаза в лимфоузел, а также произведена бедренно-пахово-подвздошная лимфоэктомия (операция Дюкена).

### **Задача №29**

У 33-х летней женщины обнаружена меланома кожи нижней трети передней поверхности правого плеча и метастаз опухоли в лимфоузел подкожной клетчатки в средней трети этого же плеча.

Составить план (схематический) оперативного вмешательства.

Ответ: Должно быть проведено широкое иссечение кожного лоскута с первичной опухолью, удаление метастаза меланомы и произведена подмышечная лимфоэктомия.

### **Задача №30**

Больной С., 19 лет. Заболевание началось остро, 6 мес. назад с озноба, повышения температуры тела до 39,3 °С, слабости, умеренных болей и отёчности по передней поверхности верхней трети правой голени. Боли усиливались в ночное время. При осмотре в поликлинике установлен диагноз «грипп» и, учитывая анамнез и умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, назначена симптоматическая терапия. Через 10 дней температура тела нормализовалась, но сохранялись боли и отёчность правой голени. Эти явления были расценены как осложнения гриппа. Назначили физиотерапевтические процедуры на поражённую область правой голени, наложили заднюю гипсовую лангету. На фоне проводимого лечения мягкие ткани верхней трети правой голени немного уплотнились, отёчность распространилась выше (к коленному суставу), боли усилились. Направляясь на очередной сеанс физиотерапии, больной упал. Рентгенологически диагностирован перелом правой большеберцовой кости; наложено скелетное вытяжение. Через 3 нед при контрольном рентгенологическом исследовании было отмечено нарастание деструктивных изменений в сломанной кости. Был заподозрен патологический перелом; проведена открытая биопсия фрагментов деструктивно изменённой кости с последующей морфологической диагностикой. По совокупности анамнестических, клинических, рентгенологических и морфологических данных диагностирована саркома Юинга правой большеберцовой кости.

Вопросы

• Что в данной клинической картине позволяет усомниться в диагнозе «Осложнённый грипп»?

Какие исследования следовало провести перед назначением физиотерапии?

В какое учреждение и к какому специалисту следовало направить больного?

Своевременно ли установлен диагноз?

Отметьте симптомы, характерные для диагноза «Саркома Юинга большеберцовой кости».

Охарактеризуйте основные этапы лечения саркомы Юинга.

Ответы:

Боли и отечность по передней поверхности верхней трети правой голени.

Рентгенография костей правой голени.

К онкологу.

Нет.

Повышение температуры тела, острое начало боли и отечность правой голени.

Химиолучевая терапия.

### Задача №31

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 каменной 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.

Вопросы

Поясните оптимальный алгоритм действий областного онколога с целью установления диагноза.

Найдите ошибки в действиях специалистов районной поликлиники.

Ответы:

Рентгенография левой бедренной кости в двух проекциях.

Открытая биопсия бедренной кости с целью морфологической верификации диагноза.

Назначение консервативного лечения, особенно физиотерапии без рентгенологического исследования.

### Задача №32

Больная Д., 46 лет, поступила в отделение с рецидивом опухоли мягких тканей левого плеча. Около двух лет назад под местной анестезией в поликлинике произведено иссечение опухоли примерно 3 см в диаметре, расположенной в средней трети левого плеча по внутренней его поверхности. Опиерирующим хирургом установлен диагноз липомы, гистологическое исследование не производилось. Через 1,5 года после операции в проекции рубца появилось опухолевидное образование, которое постепенно увеличивалось в размерах. Тогда же стала отмечать нарастающую отечность руки и, периодически, чувство онемения пальцев кисти. При осмотре в средней трети левого плеча по внутренней его поверхности обнаружен послеоперационный рубец длиной около 10 см. В его проекции определяется плотная, бугристая, малоподвижная опухоль размером 10x8 см, умеренно болезненная при пальпации. Кожа над ней истончена, с выраженным венозным рисунком. В левой подмышечной области пальпируется 2-3 увеличенных лимфатических узла.

Вопросы

Выберите необходимые действия:

Пункционная или открытая биопсия опухоли.

Допплеровское исследование сосудов левой руки.

Рентгенография лёгких и левой плечевой кости.

УЗИ левой подмышечной области.

При отсутствии отдалённых метастазов — широкое фасциально-фулярное иссечение рецидивной опухоли. При соответствующих показаниях операция может быть дополнена:

г подмышечной лимфоаденэктомией;

коррекцией сосудисто-нервного пучка;

химиолучевой терапией (в зависимости от морфологического варианта опухоли).

Ответ:

Пункционная или открытая биопсия опухоли.

Рентгенография легких и левой плечевой кости.

УЗИ левой подмышечной области.

Химио-лучевая терапия.

### Задача №33 33

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 12x8 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.

Вопросы

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

длительное самолечение;

до лучевого лечения не верифицирован диагноз (проведение лучевого лечения нецелесообразно);

при обследовании данного контингента больных необходимо делать рентгенографию, а не флюорографию лёгких;

не выполнено УЗИ опухоли для установления её истинных границ;

проведение необоснованной лучевой терапии радиорезистентной опухоли исключило возможность выполнения сохранной операции.

Ответ:

Длительное самолечение.

До лучевого лечения не верифицирован диагноз.

#### Задача №34

У пациента 56 лет, обратившегося к стоматологу, обнаружен в правой подчелюстной области плотный, ограниченно подвижный, увеличенный до 2 см, безболезненный лимфатический узел. При расспросе выяснено, что год назад пациенту проводили облучение в онкологическом диспансере (со слов пациента, под языком была небольшая язвочка). В настоящее время при осмотре слизистой оболочки полости рта патологии выявлено не было.

Вопросы

Поставьте предположительный диагноз.

Определите тактику, если Вы:

стоматолог-терапевт;

стоматолог-хирург;

онколог.

Ответы:

1. Метастазы рака слизистой оболочки полости рта в шейные лимфатические узлы.

Необходимы следующие меры:

-направить больного к онкологу;

-возможны УЗИ шейных лимфатических узлов, пункция лимфатического узла с целью цитологического исследования.

При подтверждении метастаза направить больного к онкологу;

-выполнить УЗИ шейных лимфатических узлов, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, пункцию лимфатического узла подчелюстной области, при подтверждении метастаза рака — хирургическое лечение в объеме фасциально-футлярного иссечения клетчатки шеи справа.

#### Задача №35

При раке нижней губы III стадии (опухоль занимала более половины нижней губы и инфильтрировала мягкие ткани подбородка) проведена криодеструкция опухоли.

Вопросы

Правильно ли выбран метод лечения?

Какой метод лечения Вы бы предложили?

Ответы:

Метод лечения выбран неверно.

Возможно проведения комбинированного лечения: на первом этапе дистанционная лучевая терапия в дозе 44-46 Гр, затем хирургическое лечение.

#### Задача №36

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.

Вопросы

Поставьте диагноз.

К какой клинической группе следует отнести пациента?

Ответы:

Наиболее вероятен рецидив рака языка.

Клиническая группа II.

#### Задача №37

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.

Вопрос

- Предложите дальнейшую тактику лечения данного пациента.

Ответ:

Отменить применение глюкокортикоидов; продолжить консервативное лечение препаратами, улучшающими репарацию - аппликации масляного раствора витамина А, облепихового, шиповникового масел, мазей «Солкосерил», «Актовегин», пероральный прием АЕвита; применение гигиенической губной помады с витаминами А и Е, ограничение воздействия травмирующих факторов, диетические рекомендации.

#### **Задача №38**

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.

Вопросы

Назовите наиболее вероятный диагноз.

Перечислите необходимые методы уточняющей диагностики.

Определите тактику лечения.

Ответы:

Наиболее вероятный диагноз - рак правой околоушной слюнной железы с метастазами в лимфатических узлах шеи справа T4N1Mx.

Для подтверждения диагноза необходимо цитологическое исследование пунктата, полученного из опухоли околоушной области и из шейного лимфатического узла.

Исследования, позволяющие уточнить стадию процесса, следующие - ультразвуковое исследование околоушной железы, лимфатических узлов шеи, печени; рентгенография органов грудной клетки; компьютерная томография челюстно-лицевой зоны и основания черепа.

#### **Задача №39**

Больная 45 лет обратилась с жалобами на внезапно возникшую асимметрию лица с ограничением мимики справа. За несколько месяцев до этого отмечала постепенно нарастающую «припухлость» в области правой щеки. При осмотре - признаки пареза маргинальной ветви правого лицевого нерва. В правой околоушно-жевательной области пальпируется плотно-эластическое, ограниченно-смещаемое образование без четких контуров до 4 см в диаметре, инфильтрирующее кожу, в верхней трети шеи справа пальпируется плотный, безболезненный, смещаемый лимфатический узел до 2 см в диаметре.

Вопросы

Назовите наиболее вероятный диагноз и предположительную стадию заболевания.

Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза и уточнения распространенности процесса?

Каков возможный план лечения?

Ответы:

Диагноз - синдром MEN 2б: медулярный рак щитовидной железы с метастазами в лимфатических узлах правой надключичной области, феохромоцитоме левого надпочечника.

Пункция опухолевого узла в щитовидной железе и узлов правой надключичной области под контролем УЗИ с цитологическим исследованием; определение уровня кальцитонина сыворотки крови; исследование суточной мочи на содержание катехоламинов, генетическое консультирование для подтверждения семейного характера заболевания.

При верификации предполагаемого диагноза - хирургическое лечение: тиреоидэктомия с фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи справа, левосторонняя адреналэктомия.

#### **Задача №40**

Больной 48 лет курит трубку более 30 лет. На нижней губе, ближе к углу рта, определяется бородавчатая опухоль диаметром 3 см., инфильтрирует подлежащие ткани. Гистологическое заключение – плоскоклеточный ороговевающий рак. Регионарные метастазы не определяются.

Определите стадию заболевания и составьте план лечения.

Ответ:

У больного рак нижней губы IIa стадии. Лечение – близкофокусная рентгенотерапия 40 грей с последующим наблюдением за больным.

#### **Задача №41**

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.

Поставьте диагноз и составьте план лечения.

Ответ:

У больного рак нижней губы IIIb стадии. Первичная опухоль при раке губы III стадии лечится сочетанным или комбинированным методом. Используют облучение на гамма-терапевтических установках в сочетании с контактным облучением остаткоопухоли или внедрением в опухоль радиоактивных игл. Остатки не излеченной опухоли удаляют путём резекции губы. Второй этап – удаление регионарных лимфатических узлов путём фасциально-фулярного

иссечения клетчатки шеи с обеих сторон с глубокими шейными лимфатическими узлами в области развилки общей сонной артерии.

#### **Задача № 42**

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.

Ваша тактика в лечении больного?

Ответ:

У больного рецидив рака нижней губы. Показана электроэксцизия губы в пределах здоровых тканей с последующей хейлопластикой.

#### **Задача №43**

Больной 71 года живёт в отдалённой местности, болен 7 месяцев. Язва занимает всю нижнюю губу, инфильтрация мягких тканей подбородка деревянистой плотности. Двухсторонние несмещаемые метастазы в подбородочных и челюстных лимфатических узлах.

Поставьте диагноз, составьте план лечения.

Ответ:

У больного рак нижней губы IV стадии. С учётом возраста больного и степени распространённости процесса больному показана паллиативная дистанционная гамма-терапия.

#### **Задача №44**

У больного 36 лет, спустя 2 года после комбинированного лечения по поводу рака нижней губы, определяются с обеих сторон плотные несмещаемые среднерёмные лимфатические узлы.

Ваша лечебная тактика?

Ответ:

У больного имеет место метастазирование в лимфатические узлы II этапа. Так как метастазы неподвижные, то показана паллиативная гамма-терапия.

#### **Задача №45**

Больной 60 лет, работает путевым обходчиком.

На нижней губе свыше одного года чётко очерченная опухоль диаметром 0,8 см. с шероховатостью, выступающая над губой.

Диагноз? Ваша тактика?

Ответ:

Диагноз – папиллома нижней губы. Показано иссечение опухоли с обязательным гистологическим исследованием.

#### **Задача №46**

Больная 35 лет. Поступила в клинику с жалобами на наличие опухоли в правой молочной железе. Опухоль заметила самостоятельно, неделю назад. Месяц назад упала на область правой половины грудной клетки. При осмотре: молочные железы правильно развиты, соски и ареолы без особенностей. В правой молочной железе на границе внутренних квадрантов имеется опухоль до 3,5 см в диаметре без чётких границ, спаянная с кожей.

Вопросы

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Какие признаки могут быть обнаружены на маммограммах в случае наличия злокачественной опухоли?

Как будет спланировано лечение, если данные цитологического исследования не подтверждают картину рака?

Ответы:

УЗИ молочных желез, маммографию, пункцию узлового образования для цитологического исследования.

Узел звездчатой формы и микрокальцинаты.

Секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием.

#### **Задача № 47**

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 желёз патологических образований не определяется. Цитологическое исследование мазков показало наличие клеток протокового эпителия с явлениями пролиферации и атипии.

Вопросы

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ваш предварительный диагноз.

План лечения в случае отсутствия данных за наличие рака.

Ответы:



Дуктография.  
Внутрипротоковая папиллома левой молочной железы.  
Секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием.

#### **Задача №48**

При маммографии у больной 30 лет выявлен рак левой молочной железы. Размеры опухоли по данным маммографии — 4х4 см.

#### **Вопросы**

Какое обследование необходимо произвести больной для подтверждения диагноза?  
Какое обследование необходимо произвести больной для определения состояния регионарного лимфатического аппарата?

#### **Ответы:**

Пункция опухоли с цитологическим исследованием материала.  
УЗИ аксиллярной области и, при необходимости, пункция.

#### **Задача №49**

Больная 50 лет. Поступила в клинику с жалобами на кровотечение из распадающейся опухоли правой молочной железы, увеличенные спаянные лимфатические узлы подмышечной области на одноимённой стороне. В течение длительного времени (более 5 лет) отмечала наличие опухоли в молочной железе, но за медицинской помощью не обращалась из-за страха потерять грудь.

#### **Вопросы**

Предварительный диагноз?  
Какой план лечения будет выработан и почему?  
Прогноз заболевания.

#### **Ответы:**

Рак молочной железы.  
Саннационную паллиативную мастэктомию в связи с распадающейся опухолью с последующим химиолучевым лечением, гормонотерапией по показаниям.  
Неблагоприятный.

#### **Задача №50**

Больная 58 лет. Поступила в клинику с жалобами на наличие опухоли в правой молочной железе, увеличение лимфатических узлов в подмышечной области на одноимённой 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 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.

#### **Вопросы**

Ваш предварительный диагноз.  
Какие методы уточняющей диагностики необходимо произвести?  
Какой план лечения будет выработан?

#### **Ответы:**

Рак молочной железы.  
Радиоизотопное исследование, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, малого таза.

#### **Задача №51**

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?  
Какой метод необходим для постановки диагноза?  
Какой метод лечения применим в данном случае?  
Как называется вышеописанный синдром (по автору)?  
Какая гистологическая структура наиболее характерна для данного патологического процесса?

#### **Ответы:**

Рак верхушки правого лёгкого.  
Трансторакальная пункция.  
Химио-лучевое лечение.  
Синдром Горнера.  
Аденокарцинома.

#### **Задача №52**

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

Ваш предварительный диагноз?

Какой метод необходим для установления диагноза?

Какой метод лечения применим в данном случае?

В каком объёме возможна операция у данного пациента?

Ответы:

Периферический рак левого лёгкого.

Трансторакальная пункция.

З.КТ.

Хирургический.

Левосторонняя пневмонэктомия.

#### **Задача №53**

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

При каких заболеваниях можно отметить подобную клинико-рентгенологическую картину?

Как называется вышеописанный синдром?

Характерен ли данный синдром для медиастинальной формы рака лёгкого?

Характерен ли данный синдром для лимфогранулематоза?

Характерен ли данный синдром для лимфосаркомы?

Характерен ли данный синдром для метастазов в лимфатические узлы средостения из невыявленного первичного очага?

Ответы:

1. Медиастенальная форма рака легкого, лимфома средостения, метастазы рака щитовидной железы в лимфоузлы средостения, метастазы рака в лимфоузлы средостения из неустановленного первичного очага.

2. Синдром верхней полой вены.

3-6. Да.

#### **Задача №54**

У мужчины Т., 65 лет, около двух недель назад появились боли в области левой ключицы, отдающие в руку, взбухание надключичной области. При объективном исследовании отмечаются сужение зрачка и глазной щели и западание глазного яблока слева, а так же атрофия мышц левой руки. При рентгенологическом исследовании обнаружена опухоль в верхушке левого лёгкого.

Предположительный диагноз?

Ответы: У больного верхушечный рак левого лёгкого (Рак Пэнкоста).

#### **Задача №55**

На приём в поликлинику к участковому терапевту обратился мужчина, 53 года, с жалобами на грудные боли и одышку. При объективном исследовании отмечается синюшность лица, шеи и верхней половины туловища. На обзорной рентгенограмме тень средостения увеличена.

Ваше мнение о диагнозе?

Ответы:

Вероятно, у больного может быть медиастинальная форма рака лёгкого или опухоль средостения со сдавливанием верхней полой вены.

#### **Задача №56**

У больного С., 63 года, на рентгенограмме отмечается ограниченное затемнение лёгочного поля слева. Цитологическое исследование мокроты выявило раковые клетки.

Описать варианты локализации опухоли.

Ответ: Ограниченные ателектазы лёгкого встречаются при закупорке опухолью долевых или сегментарных бронхов. Это может быть связано с наличием центрального бронха, а так же при периферическом раке, проросшем в крупный бронх. В таких случаях ограниченное затемнение гомогенно, на боковой рентгенограмме имеет треугольную форму, локализуется в пределах доли сегмента, в зависимости от локализации опухоли в соответственном бронхе, характеризуется уменьшением объёма доли или сегмента. Тень опухоли на фоне ателектаза чаще всего не прослеживается. Обычно наблюдается смещение корня лёгкого или средостения к уплотнённому участку. При расположении опухоли в нижней доле диафрагма подтягивается вверх. С прогрессированием ателектаза затемнение постепенно уменьшается в размерах. Следует иметь в виду, что на ранних стадиях понижение воздушности лёгочной ткани или ателектаз может на некоторое время ликвидироваться. Нередко это встречается при проведении антибактериальной терапии.

#### **Задача №57**

При профилактическом рентгенологическом обследовании у мужчины В., 56 лет, в правом лёгком обнаружена округлая тень до 2 см в диаметре.  
Сформулировать предварительный диагноз и обосновать его.

Ответ: Вероятно, у больного периферический рак лёгкого или одиночный МТС опухоли из других органов, т.к. мелкие очаговые образования и округлые тени в лёгком являются частым рентгенологическим проявлением рака. Тень имеет резкие очертания. При малых размерах опухоли контуры её обычно ровные, при больших бугристые. Лёгочная ткань, окружающая опухоль неизменна. Иногда видна «сосудистая дорожка» от опухоли к корню в виде узких извилистых полосок, обусловленных инфильтрацией лимфатических сосудов раковыми клетками. Обнаружение л/у в корне лёгкого (увеличенных) при наличии округлой тени у взрослого человека свидетельствует о периферическом раке лёгкого.

#### **Задача №58**

У больного Б., 58 лет, диагностирован рак правого главного бронха 4 стадии.  
Какое будет экспертное решение о его нетрудоспособности?

Ответ:

Больному устанавливается I гр. Инвалидности, т.к. в связи с нарастанием общей слабости, кахексии и различных осложнений такие больные нуждаются в постороннем уходе.

#### **Задача №59**

Больной 76 лет, в течение последнего года постепенно нарастали симптомы дисфагии, появились осиплость голоса, одышка. При осмотре: больной истощён, тургор снижен. Кожные покровы бледные, сухие, язык сухой, обложен коричневым налётом. Пульс ритмичный, частота сердечных сокращений 90 в минуту, артериальное давление 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий и безболезненный. При рентгенологическом и эндоскопическом исследованиях определяют полный стеноз пищевода-желудочного перехода. При гистологическом исследовании биоптата поставлен диагноз аденокарцинома.

Вопросы

Какие исследования следует провести данному больному?

Какова тактика ведения данного больного?

Каков прогноз?

Ответы:

Больному необходимо выполнить: рентгенографию и КТ органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и печени.

Хирургическое лечение.

Плохой.

#### **Задача №60**

Больная С., 38 лет, обратилась с жалобами на затруднение прохождения пищи по пищеводу, которое усиливается после больших волнений и неприятностей. Больная около 3-х лет. После приёма успокаивающих средств, спазмолитиков и снотворных препаратов самочувствие улучшается. Снижение веса тела не отмечает.

При осмотре больной патологических отклонений со стороны пищеварительного тракта не обнаружено. Средней упитанности. Шейные и надключичные л/узлы не увеличены. Анализ крови без патологических отклонений.

Ваш предварительный диагноз. Каков план обследования больной?

Ответ: Учитывая молодой возраст больной, длительность течения заболевания и эффективность консервативной терапии можно подумать о кардиоспазме. Для уточнения диагноза следует выполнить рентгенологическое исследование пищевода и эзофагоскопию.

#### **Задача №61**

Больной И., 29 лет, поступил с жалобами на затруднение прохождения твёрдой пищи по пищеводу около 2-х месяцев. Сначала года старался более тщательно разжёвывать её, и запивал каждый глоток /водой, молоком, киселём/. Последние 3 недели питается только жидкой пищей /метана, бульон, сырые яйца и т.д./. Похудел на 12 кг.

Из анамнеза установлено, что около полугода тому назад было отравление уксусной кислотой. В течение месяца лечился в районной больнице. Выписан домой в удовлетворительном состоянии и 3 месяца чувствовал себя хорошо. Затем присоединились казанные выше жалобы. При осмотре состояние больного удовлетворительное. Масса тела

уменьшена. Клинический анализ крови без особенностей. При рентгенологическом исследовании пищевода обнаружено коническое веретенообразное сужение пищевода в средней трети на протяжении 8 см. Контуры сужения ровные.

Предварительный диагноз? Дальнейший план обследования и лечения?

Ответ: У больного имеется рубцовое сужение пищевода после химического ожога уксусной кислотой. Показана фиброэзофагоскопия и бужирование пищевода.

8.4. 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 свежечитартной 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.

Ваш диагноз? Какова хирургическая тактика?

Ответ: У больной имеется доброкачественная опухоль – лейомиома, исходящая из гладких мышц пищевода. Эти опухоли часто дают тяжёлые кровотечения. Больной показана торактомия, иссечение опухоли и ушивание стенки пищевода. Эта операция должна выполняться в отделении торакальной хирургии. Прогноз благоприятный.

### Задача №62

Больной 60 лет предъявляет жалобы на снижение аппетита, похудание, изжогу. Данные обследования.

Рентгенография лёгких: патологии не обнаружено.

ЭГДС: на фоне атрофического гастрита имеется хронический язвенный дефект с каллёзными краями, расположенный в области тела желудка.

Электрокардиография; ритм синусовый, 65 в минуту. Нагрузка на правое предсердие.

Клинический анализ крови:

гемоглобин — 100 г/л;

эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$ ;

цветовой показатель — 0,9;

тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;

лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);

СОЭ - 30 мм/ч.

Анализ мочи: плотность 1003 г/л; реакция среды нейтральная, лейкоцитов 0-3 в поле зрения.

Вопросы

Предположительный диагноз?

Что необходимо выполнить для уточнения морфологического диагноза до начала лечения?

Какое стандартное рентгеновское исследование необходимо выполнить для уточнения степени распространённости процесса в органе?

Какой основной метод лечения указанной патологии?

Какая операция будет считаться минимально допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

Ответы:

Рак желудка.

Биопсию из области язвы.

Рентгеноскопию желудка.

Хирургический.

Гастрэктомия.

### Задача №63

У больного 44-х лет в течение 7 месяцев отмечают слабость, похудание, появилась сначала чувство тяжести в эпигастриальной области после приёма пищи, затем постоянное ощущение переполнения желудка, вздутие живота. При обследовании выявлена бледность кожных покровов, понижение питания, увеличен объём живота, в эпигастриальной области пальпируется бугристое опухолевидное малоподвижное образование, определяется асцит.

Какой диагноз можно поставить в данном случае? Чем его можно подтвердить?

Ответ:

Рак желудка, язвенная болезнь.

Биопсию из области язвы.

Рентгеноскопию желудка.

Хирургический.

Субтотальная резекция желудка.

### Задача №64

У больного 54 года, без каких-либо предвестников, появилось ощущение переполнения желудка, впоследствии

отрыжка и рвота пищей с неприятным запахом рвотных масс и примесью продуктов, съеденных на кануне. Постепенно прогрессирует слабость, уменьшается масса тела. А при обследовании больного выявлены: понижения питания, бледность покровов, видимый на глаз перистальтирующий желудок. Пальпаторно опухоль отчётливо определить не удаётся.

Какой диагноз предварительно можно поставить данному больному? Какое обследование следует провести с целью его уточнения?

Ответ:

Рак желудка.

Биопсию из области язвы.

Рентгеноскопию пищевода и желудка.

Хирургический.

Гастрэктомия, резекция нижней трети пищевода.

#### **Задача №65**

Больной 46 лет предъявляет жалобы на изжогу, чувство тяжести в желудке, отрыжку после еды, периодические срыгивания принятой пищей. Данные обследования.

Рентгенография лёгких: патологии не обнаружено.

ЭГДС: в пилорическом отделе желудка имеется язва, суживающая просвет привратника до 0,5 см.

ЭКГ: ритм синусовый, 65 в мин. Нагрузка на правое предсердие.

Клинический анализ крови:

—гемоглобин — 100 г/л;

эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$

цветовой показатель — 0,9;

тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;

лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);

СОЭ - 30 мм/ч.

• Анализ мочи: плотность — 1003 г/л, реакция среды — нейтральная, лейкоцитов 0-3 в поле зрения.

Вопросы

С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

Что необходимо выполнить для уточнения морфологического диагноза до начала лечения?

Какое стандартное рентгеновское исследование необходимо выполнить для уточнения степени распространённости процесса в органе?

Какой основной метод лечения указанной патологии?

Какая операция будет считаться минимально допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

Ответы:

У больного сравнительно молодого возраста определяется опухоль в области расположения желудка. Наличие длительного срока болезни, анемии, похудения и асцита в этом случае говорят о раковом поражении и неоперабельности опухоли. Уточнить диагноз можно рентгеноскопией, гастроскопией, лапароскопией.

#### **Задача №66**

Больной 50 лет предъявляет жалобы на снижение аппетита, похудание, изжогу, затруднение прохождения пищи. Данные обследования.

Рентгенография лёгких: патологии не обнаружено.

ЭКГ: ритм синусовый, 65 в минуту. Нагрузка на правое предсердие.

Клинический анализ крови:

гемоглобин — 100 г/л;

эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$ ;

цветовой показатель — 0,9;

тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;

лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);

СОЭ - 30 мм/ч.

• Анализ мочи: плотность — 1003 г/л; реакция среды — нейтральная, лейкоциты — 0-3 в поле зрения.

Вопросы

Каков предположительный диагноз?

Что необходимо выполнить для уточнения морфологического диагноза до начала лечения?

Какое стандартное рентгеновское исследование необходимо выполнить для уточнения степени распространённости процесса в органе?

Какой основной метод лечения указанной патологии?

Какая операция будет считаться минимально допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

Ответы: В данном случае можно думать о развитии стеноза выходного отдела желудка. Характер развития болезни, отсутствие язвенного анамнеза, возраст и пол больного заставляют думать о его раковой этиологии. В данном случае

диагноз можно уточнить: стеноз – рентгеноскопии желудка, его природу – гастроскопией с биопсией, лапароскопией, лапаротомией.

#### **Задача №67**

У женщины 50 лет, при профилактическом осмотре гинекологом обнаружена бугристая опухоль в правом яичнике. При расспросе выяснилось, что в течение трёх месяцев больная отмечает диспепсические расстройства, боли в эпигастрии, слабость, недомогание. Иногда возникает отрыжка.

О чём можно думать в данном случае? Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответ: Наличие опухоли в яичнике в сочетании с признаками поражения желудка у женщины 50 лет, заставляет предположить, кроме рака яичника, рак желудка с метастазом в яичник /метастаз Крукенберга/. С целью уточнения диагноза необходимо обследовать желудок (рентгеноскопию, гастрофиброскопию и биопсию), брюшинную полость – на наличие, как первичной опухоли, так и метастазов (лапароскопия), другие органы, где чаще встречаются метастазы (рентгеноскопия и рентгенография лёгких).

#### **Задача №68**

Больной 60 лет предъявляет жалобы на слабость, снижение аппетита, субфебрильную температуру, неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота. Данные обследования.

Рентгенография лёгких без патологии.

ЭКГ: ритм синусовый, 85 в минуту, нагрузка на правое предсердие.

Клинический анализ крови:

гемоглобин — 60 г/л;

эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$ ;

цветовой показатель — 0,9;

тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;

лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);

СОЭ - 30 мм/ч.

Анализ мочи: плотность — 1003 г/л, реакция среды — нейтральная, лейкоциты — 0-3 в поле зрения.

ЭГДС без патологии.

УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.

Вопросы

Каков предположительный диагноз?

Что необходимо выполнить для уточнения диагноза до начала лечения?

Как называется данная форма течения указанной патологии?

Каков основной метод лечения указанной патологии?

Какая операция будет считаться минимально-допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

Ответы:

Рак правой половины толстой кишки.

Колоноскопия.

Токсико-анемическая форма.

Хирургический.

Правосторонняя гемиколэктомия.

#### **Задача №69**

Больной 46 лет предъявляет жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в левой половине живота, периодическое ощущение вздутия, чередование поносов и запоров. Отмечает следы крови в кале. Данные обследования.

Рентгенография: патологии не обнаружено.

ЭКГ: ритм синусовый, 85 в мин, нагрузка на правое предсердие.

Клинический анализ крови:

гемоглобин — 100 г/л;

эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$ ;

цветовой показатель — 0,9;

тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;

лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);

СОЭ - 30 мм/ч.

Анализ мочи: плотность — 1003 г/л, реакция среды — нейтральная, лейкоцитов — 0-3 в поле зрения.

ЭГДС: без патологии.

УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.

Вопросы

Каков предположительный диагноз?

Что необходимо выполнить для уточнения диагноза до начала лечения?

Как называется данная форма течения указанной патологии?

Каков основной метод лечения указанной патологии?

Какая операция будет считаться минимально-допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

Ответы:

Рак левой половины толстой кишки.

Колоноскопия.

Энтероколитическая форма.

Хирургический.

Левосторонняя гемиколэктомия.

#### **Задача №70**

Больной 56 лет предъявляет жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в животе, периодическое ощущение вздутия. При пальпации брюшной стенки определяется инфильтрат на границе эпи- и мезогастрия, смещаемый, безболезненный. Данные обследования.

Рентгенография: патологии не обнаружено.

ЭКГ: ритм синусовый, 85 в мин, нагрузка на правое предсердие.

Клинический анализ крови:

гемоглобин — 130 г/л;

эритроциты —  $4,0 \times 10^{12}/л$ ;

цветовой показатель — 0,9;

тромбоциты —  $240 \times 10^9/л$ ;

лейкоциты —  $8,2 \times 10^9/л$  (палочкоядерные — 1%, сегментоядерные — 61%, эозинофилы — 7%, лимфоциты — 8%, моноциты - 13%);

СОЭ - 30 мм/ч.

Анализ мочи: плотность — 1003 г/л, реакция среды — нейтральная, лейкоцитов — 0-3 в поле зрения.

ЭГДС: без патологии.

УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.

Вопросы

Каков предположительный диагноз?

Что необходимо выполнить для уточнения диагноза до начала лечения?

Какое рентгеновское исследование может дополнить клиническую картину?

Каков основной метод лечения указанной патологии?

Какая операция будет считаться минимально-допустимой при выборе хирургической тактики лечения?

Ответы:

Рак поперечной ободочной кишки.

Колоноскопия.

Рентгенография с барием.

Хирургический.

5. Резекция поперечной ободочной кишки.

### **Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций, описание шкал оценивания**

## **ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **1. Оценка фронтального опроса**

#### **Рекомендации по оцениванию фронтального опроса**

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

**Критерии оценки:**

**По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).**

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программно материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо
		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

## 2. Оценка ситуационных задач

### Рекомендации по оцениванию результатов решения задач



Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не искажившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

#### Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

### **3. Рекомендации по оцениванию рефератов**

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

#### **Критерии оценки реферата**

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объём реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

#### **Контрольная работа.**

#### **Рекомендации по оцениванию презентаций**

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

#### **Критерии оценки**

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

## **ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса**

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

### **Критерии оценки:**

**По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).**

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программно материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо

		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

#### **Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:**

##### **Критерии оценки результатов тестирования**

<b>Оценка (стандартная)</b>	<b>Оценка (тестовые нормы)</b>
Отлично	90 – 100%
Хорошо	80 – 89,9%
Удовлетворительно	70 – 79,9%
Неудовлетворительно	от 0% до 69,9%

#### **Рекомендации по оцениванию результатов решения задач**

<b>Процент от максимального количества баллов</b>	<b>Правильность (ошибочность) решения</b>
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а

	выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

Схема итогового оценивания ответа при промежуточном контроле (экзамен).

Задания в билете	Проверяемые компетенции	Оценка	Набранные баллы
Теоретический вопрос	УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Теоретический вопрос №2	УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Тестовый контроль	УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Практическое задание (ситуационная задача)	УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
<b>Общая оценка</b>	УК-1, УК-2,УК-3, ПК-1 ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5 ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	отлично	19-20
		хорошо	17-18
		удовлетворительно	14-16
		неудовлетворительно	11-13

**Вывод:** В результате выполнения заданий: теоретический опрос, решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: УК -1, УК – 2, УК – 3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК – 5, ПК – 6, ПК – 7, ПК – 8, ПК – 9, ПК – 10, ПК-11, ПК-12.