Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 28.08.2023 13:39:16
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d1973fe

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

Кафедра онкологии и лучевой диагностики

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной деятельности
и молодежной политике Т.В. Бородулина
Учебно-методическое управление
2023г.
(печать УМУ)

Фонд оценочных средств по дисциплине
ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Специальность: 32.05.01 Медико-профилактическое дело
Уровень высшего образования: специалитет
Квалификация: врач по общей гигиене, по эпидемиологии

г.Екатеринбург
2023 год

1. Кодификатор-последовательность формирования компетенций в соответствии с ФГОС ВО и Профессиональным стандартом

ДЕ	Наименование	Индикаторы достижения			ОК, ОПК, ПК	ПС «Специалист в области медико-профилактического дела» Трудовые функции
		Знать (формулировка знания и указание ПК, ОК)	Уметь (формулировка умения и указание ПК, ОК)	Владеть (формулировка навыка и указание ПК, ОК)		
1	2	3	4	5	6	7
	Дисциплинарный модуль 1. ОБЩАЯ ОНКОЛОГИЯ					
ДЕ 1	Современные представления о канцерогенезе. Заболеваемость злокачественными новообразованиями. Значение накопленных клинико-экспериментальных данных и эпидемиологических	• Современные сведения об этиологических факторах и патогенезе злокачественных опухолей. • Ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; • Научные исследования, направленные на улучшение ранней	• Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу; • Организовать и обеспечить проведение профилактических медицинских осмотров в соответствии с действующими нормативными правовыми актами; • Провести анализ причин поздней диагностики рака. • Заполнить необходимую	• Правильным ведением медицинской документации; • Мероприятиями по улучшению качества лечебно-диагностической работы. Оценкой накопленных в настоящее время данных по канцерогенезу для планирования	ОК-7 ОПК-7 ПК-10,11,18,19,25,26	Трудовая функция В/02.7 Проведение социально-гигиенического мониторинга и оценки риска воздействия факторов среды обитания на

	исследований по канцерогенезу для профилактики рака.	диагностики и результаты лечения онкологических больных, проводимыми в нашей стране и за рубежом. • Медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности и смертности, характеризующие состояние здоровья населения, порядок их вычисления и оценки.	документацию при первичном выявлении больного со злокачественным новообразованием; • Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности для оценки здоровья населения.	противораковых мероприятий и формирование групп повышенного онкологического риска при диспансеризации; • Данными онкоэпидемических исследований. • Основными показателями заболеваний и смертности от злокачественных новообразований.		здоровье человека
ДЕ 2	Организация онкологической помощи в РФ. Реализация онкологического компонента профилактических осмотров населения в условиях всеобщей диспансеризации.	•Нормативно правовые акты, регламентирующие порядок проведения медицинских осмотров, в том числе профилактических; •Ведение типовой учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях; •Основные принципы профилактического наблюдения в соответствии с действующими клиническими	• Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли; • Выявлять и корригировать факторы риска; • Организовать и обеспечить проведение профилактических медицинских осмотров в соответствии с действующими нормативными правовыми актами; • Проводить диспансерное наблюдение в соответствии с действующими клиническими	• Современными принципами организации профилактических осмотров. • Методами реализация онкологического компонента профосмотров в условиях перехода к всеобщей диспансеризации роль участкового врача в выявлении онкологических больных с предраковыми	ОК-7 ОПК-7 ПК-10,11,18,19,25,26	Трудовая функция В/02.7 Проведение социально-гигиенического мониторинга и оценки риска воздействия факторов среды обитания на здоровье человека

		рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи; •Принципы диспансерного наблюдения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи •Вопросы организации онкологической помощи в России. •Вопросы скрининговых исследований, направленных на выявление ранних форм рака. •Систему паллиативной помощи инкурабельным больным. • Формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового	рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи	заболеваниями; •Методами организации медицинской помощи в медицинских организациях. •Правилами оформления и выдачи документов при направлении на госпитализацию в специализированную МО, медико-социальную экспертизу.		

		образа жизни у населения, пациентов и членов их семей.				
ДЕ 3	Обзор и оценка современных методов диагностики злокачественных заболеваний. Современные принципы и методы лечения онкологических больных	• Современные методы диагностики злокачественных опухолей, роль и способы инструментальных и морфологических исследований. • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи.	• Охарактеризовать основные методы диагностики злокачественных новообразований. • Дать оценку значения клинических данных лабораторных исследований, рентгенологических и инструментальных методов, иммунологических тестов и пр. • Определить тактику при подозрении на опухолевый процесс в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи.	• Методами общеклинического исследования; • Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; • Алгоритмом развернутого клинического диагноза в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи	ОК-7 ОПК-7 ПК-10,11,18,19,25,26	
	Дисциплинарный модуль 2. ЧАСТНАЯ ОНКОЛОГИЯ					
ДЕ 4	Опухоли кожи. Рак и меланома • рак кожи • Меланомы	• Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры	• Собрать анамнез и проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого	• Методикой сбора и оценки анамнеза больного; • Методологией абстрактного	ОК-7 ОПК-7 ПК-10,11	

		профилактики рака • Этиологию, патогенез болезни, клиническую симптоматику и состояние; • современную классификацию и меры профилактики; • Современные методы диагностики, роль и способы инструментальных и морфологических исследований в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи. • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и	синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); результаты осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований; • Проводить физикальное и общеклиническое обследование больного; • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.). • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить предварительный диагноз онкологического	мышления для постановки диагноза на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара; • Методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов в соответствии с МКБ-10 ; • Методологией ведения и лечения больных, в т.ч. при неотложной помощи, паллиативной медицинской помощи; • Методикой выявления и коррекции факторов риска и формировании навыков здорового образа жизни.		

		с учётом стандартов медицинской помощи.	заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и/или оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли.			
ДЕ 5	Опухоли костей и мягких тканей	• Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака • Этиологию, патогенез болезни, клиническую симптоматику и состояние; • современную классификацию и меры профилактики; • Современные методы диагностики, роль и способы инструментальных и морфологических исследований в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания	• Собрать анамнез и проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); результаты осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований; • Проводить физикальное и общеклиническое обследование больного; • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.). • Составить план	• Методикой сбора и оценки анамнеза больного; • Методологией абстрактного мышления для постановки диагноза на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара; • Методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов в соответствии с МКБ-10 ;	ОК-7 ОПК-7 ПК-10,11	

		медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи. • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи.	клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить предварительный диагноз онкологического заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и/или оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли.	• Методологией ведения и лечения больных, в т.ч. при неотложной помощи, паллиативной медицинской помощи; • Методикой выявления и коррекции факторов риска и формировании навыков здорового образа жизни.		
ДЕ 6	Опухоли головы и шеи: • рак нижней губы; • рак языка и слизистой оболочки полости рта; • опухоли слюнных желез;	• Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака • Этиологию, патогенез болезни, клиническую симптоматику и состояние; • современную	• Собрать анамнез и проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); результаты осмотра, лабораторных, инструментальных,	• Методикой сбора и оценки анамнеза больного; • Методологией абстрактного мышления для постановки диагноза на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными	ОК-7 ОПК-7 ПК-10,11	

		классификацию и меры профилактики; • Современные методы диагностики, роль и способы инструментальных и морфологических исследований в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи. • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи.	патолого-анатомических и иных исследований; • Проводить физикальное и общеклиническое обследование больного; • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.). • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить предварительный диагноз онкологического заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и/или оперативному лечению; • Сформировать группу лиц	методами исследования в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара; • Методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов в соответствии с МКБ-10 ; • Методологией ведения и лечения больных, в т.ч. при неотложной помощи, паллиативной медицинской помощи; • Методикой выявления и коррекции факторов риска и формировании навыков здорового образа жизни.		

			повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли.			
ДЕ 7	• рак гортани; • рак щитовидной железы.	• Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака • Этиологию, патогенез болезни, клиническую симптоматику и состояние; • современную классификацию и меры профилактики; • Современные методы диагностики, роль и способы инструментальных и морфологических исследований в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи. • Современные принципы и результаты радикального и	• Собрать анамнез и проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); результаты осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований; • Проводить физикальное и общеклиническое обследование больного; • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.). • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. • Сформулировать	• Методикой сбора и оценки анамнеза больного; • Методологией абстрактного мышления для постановки диагноза на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара; • Методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов в соответствии с МКБ-10 ; • Методологией ведения и лечения больных, в т.ч. при неотложной помощи, паллиативной медицинской помощи;	ОК-7 ОПК-7 ПК-10,11	

		паллиативного лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи.	развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить предварительный диагноз онкологического заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и/или оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли.	• Методикой выявления и коррекции факторов риска и формировании навыков здорового образа жизни.		
ДЕ 8	Предраковые заболевания и рак молочной железы • мастопатии; • рак молочной железы.	• Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака • Этиологию, патогенез болезни, клиническую симптоматику и состояние; • современную классификацию и меры профилактики; • Современные методы диагностики, роль и способы инструментальных и	• Собрать анамнез и проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); результаты осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований; • Проводить физикальное и общеклиническое обследование больного; • Выполнить наиболее	• Методикой сбора и оценки анамнеза больного; • Методологией абстрактного мышления для постановки диагноза на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара;	ОК-7 ОПК-7 ПК-10,11	

		морфологических исследований в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи. • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи.	распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.). • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить предварительный диагноз онкологического заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и/или оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли.	• Методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов в соответствии с МКБ-10 ; • Методологией ведения и лечения больных, в т.ч. при неотложной помощи, паллиативной медицинской помощи; • Методикой выявления и коррекции факторов риска и формировании навыков здорового образа жизни.		
ДЕ 9	Рак легкого	• Факторы, способствующие возникновению	• Собрать анамнез и проанализировать характер жалоб	• Методикой сбора и оценки анамнеза больного;	ОК-7 ОПК-7 ПК-	

		злокачественных опухолей и меры профилактики рака • Этиологию, патогенез болезни, клиническую симптоматику и состояние; • современную классификацию и меры профилактики; • Современные методы диагностики, роль и способы инструментальных и морфологических исследований в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи. • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения),	(нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); результаты осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований; • Проводить физикальное и общеклиническое обследование больного; • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое исследование и др.). • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить	• Методологией абстрактного мышления для постановки диагноза на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара; • Методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов в соответствии с МКБ-10 ; • Методологией ведения и лечения больных, в т.ч. при неотложной помощи, паллиативной медицинской помощи; • Методикой выявления и коррекции факторов риска и формировании навыков здорового	10,11	

		порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи.	предварительный диагноз онкологического заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и/или оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли.	образа жизни.		
ДЕ 10	Опухоли органов: пищеварительного тракта: • рак пищевода; • рак желудка; • опухоли гепатобилиопанк-реатодуоденальной зоны; • колоректальный рак.	• Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака • Этиологию, патогенез болезни, клиническую симптоматику и состояние; • современную классификацию и меры профилактики; • Современные методы диагностики, роль и способы инструментальных и морфологических исследований в соответствии с действующими клиническими рекомендациями	• Собрать анамнез и проанализировать характер жалоб (нарушений функции органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния); результаты осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований; • Проводить физикальное и общеклиническое обследование больного; • Выполнить наиболее распространенные врачебные манипуляции (выполнение диагностической пункции и взятие мазков на цитологическое	• Методикой сбора и оценки анамнеза больного; • Методологией абстрактного мышления для постановки диагноза на основе владения пропедевтическими, лабораторными и инструментальными методами исследования в амбулаторных условиях или в условиях дневного стационара; • Методами выявления патологических состояний, симптомов, синдромов в	ОК-7 ОПК-7 ПК-10,11	

		(протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи. • Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения), порядками оказания медицинской помощи и с учётом стандартов медицинской помощи.	исследование и др.). • Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль. • Сформулировать развернутый клинический диагноз, обосновать его на основе дифференциального диагноза; • Установить предварительный диагноз онкологического заболевания; • Сформулировать показания к консервативному и/или оперативному лечению; • Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли.	соответствии с МКБ-10 ; • Методологией ведения и лечения больных, в т.ч. при неотложной помощи, паллиативной медицинской помощи; • Методикой выявления и коррекции факторов риска и формировании навыков здорового образа жизни.		
	Дисциплинарный модуль 3. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ					
ДЕ 11	Физические основы лучевой терапии	• Физико-дозиметрические, биологические основы радиационной медицины, в частности, лучевой терапии	• Определить цели, задачи и место лучевой терапии в комбинированном лечении онкологического пациента; • На основании анамнеза и клинической картины болезни определить	• Методикой сбора и оценки анамнеза больного	ОК-7 ОПК-7 ПК-10,11	Трудовая функция В/02.7 Проведение социально-гигиенического мониторинга

			показания и противопоказания к лучевому лечению.			и оценки риска воздействия факторов среды обитания на здоровье человека
ДЕ 12	Радиобиологические основы лучевой терапии злокачественных новообразований	• Радиологические основы общих и местных, ранних и поздних изменений нормальных тканей при лучевой терапии злокачественных новообразований, способы и методы их коррекции.	• Совместно с врачом - лучевым терапевтом составить индивидуальный план проведения курса лучевого лечения больного. • Разработать план профилактических и лечебных мероприятий по предупреждению и купированию побочных эффектов облучения.	• Основными принципами профилактики и лечения лучевых реакций и повреждений.	ОК-7 ОПК-7 ПК-10,11	Трудовая функция В/02.7 Проведение социально-гигиенического мониторинга и оценки риска воздействия факторов среды обитания на здоровье человека
ДЕ 13	Моделирование и прогнозирование радиобиологических эффектов в лучевой терапии.	• Современные методы лучевой терапии, показания и противопоказания к их назначению; • Источники излучения для лучевой терапии, виды и методы лучевой	• Выбрать адекватный метод и способ лучевой терапии, а также режим фракционирования с учетом конкретной клинической ситуации;	• Методами лучевой терапии; • Техникой подготовки больного к каждому виду лучевой терапии.	ОК-7 ОПК-7 ПК-10,11	Трудовая функция В/02.7 Проведение социально-гигиенического мониторинга

		терапии; • Основы радиационной гигиены, виды доз ионизирующего излучения, регламент техногенного облучения в контролируемых условиях (НРБ).				и оценки риска воздействия факторов среды обитания на здоровье человека
	Технологии оценивания ЗУН	Тестовый контроль (входной, рубежный, итоговый); БРС; зачет	написание истории болезни; решение ситуационных задач; БРС; зачет	проверка усвоения навыков; разбор больных; БРС; зачет		

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

Кафедра онкологии и лучевой диагностики

2. Примеры тестов по дисциплине
ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Специальность: 32.05.01 Медико-профилактическое дело
Уровень высшего образования: специалитет
Квалификация: Врач по общей гигиене, по эпидемиологии

г.Екатеринбург
2019

Тестовые вопросы для начала обучения онкологии

1. К физическим канцерогенам относятся:
    1. Инфракрасные лучи
    2. Вибрация
    3. Ионизирующее излучение

2. Особенности углеводного обмена в опухолевых клетках:
    1. Аэробный гликолиз (до угл. газа и воды)
    2. Анаэробный гликолиз (до молочной кислоты)
    3. Полное отсутствие гликолиза

3. Инфекционные факторы, более всего связанные с этиопатогенезом опухолей:
    1. Бактериальная инфекция
    2. Паразитарная инфекция
    3. Вирусогенетический фактор

4. Степень контагиозности опухолевых заболеваний:
    1. Высококонтагиозны
    2. Абсолютно не контагиозны
    3. В редких случаях, при системных заболеваниях, при семейном контакте заражение не исключается

5. Опухоль состоит из клеток:
    1. Молодых, низкодифференцированных или недифференцированных
    2. Зрелых, активно выполняющих свои функции
    3. Старых, нефункционирующих, но не отторгнутых организмом

6. Какие виды лечения противопоказаны при опухолевых заболеваниях:
    1. Антибиотики
    2. Парентеральное вливание белковых препаратов
    3. Витаминотерапия
    4. Физиотерапия

7. Какой из нижеперечисленных вирусов является причиной некоторых опухолей:
    1. Вирус гриппа
    2. Вирус ветряной оспы
    3. ВПЧ
    4. Вирус гепатита А

8. Какое значение имеет наследственность в этиопатогенезе опухолей:
    1. Все опухоли наследственно обусловлены
    2. Наследственность не имеет отношения к канцерогенезу
    3. Наследственно обусловленными являются 10 % опухолей (примеры)

9. Роль эндогенных факторов в канцерогенезе:
    1. Эндогенных канцерогенов не существует
    2. Все опухоли связаны с эндогенными канцерогенами
    3. Существует часть опухолей, обусловленных эндогенными канцерогенами

10. В желудочно-кишечном тракте наиболее ракоопасными заболеваниями являются:
    1. Диффузный семейный полипоз толстого кишечника
    2. Острые воспалительные процессы

3. Хронические воспалительные процессы

11. У каких специалистов диспансеризуются больные с язвенной болезнью 12-перстной кишки:
1. У терапевтов
2. У хирургов
3. У онкологов

12. Какая локализация язвы в желудке является наиболее ракоопасной:
1. На малой кривизне
2. На большой кривизне
3. В антральном отделе

13. Дифференцировать язвенную болезнь и рак желудка следует на основании:
1. Типичной клиники, данных рентгено- и эндоскопии
2. Результата пробного лечения
3. Результата гастробиопсии

14. Как долго диспансеризуются онкобольные у онколога:
1. Первый год после лечения
2. Первые 2 лет после лечения
3. Всю оставшуюся жизнь

15. Опухоли толстой кишки вызывают непроходимость чаще всего:
1. Обтурационную
2. Странгуляционную
3. Смешанный вид

16. Какое гистологическое заключение указывает на злокачественную опухоль желудочно-кишечного тракта:
1. Аденома
2. Аденокарцинома
3. Лейомиома

17. Какие из названных эндопаразитов чаще всего способствуют развитию опухолей:
1. Аскариды
2. Свиной солитер
3. Кошачья двуустка

18. Какие бактерии более способствуют развитию опухолей желудка:
1. Энтерококки
2. Пневмококки
3. Хеликобактер

19. Какие вирусы более предрасполагают к развитию опухолей:
1. Гриппа
2. Аденовирусы
3. Гепатита В и С

20. Беременность в ближайшие годы после лечения рака молочной железы:
1. Желательна
2. Противопоказана

3. Никак не влияет на дальнейшую судьбу больной

21. Опухолевый процесс отражается на прочности кости:
    1. Усиливая её (т. к. утолщает её размер)
    2. Ослабляет и способствует переломам
    3. Не отражается никак

22. Каким методом можно визуализировать мягкотканую опухоль:
    1. Рентгеноскопически
    2. Рентгенографически
    3. УЗИ

23. Что такое Cancer in situ? (рак на месте или внутриэпителиальный):
    1. Инвазивный, но измеряемый в мм рак
    2. Доброкачественный процесс с признаками начальной инвазии
    3. Рак, но неинвазивный, не переходящий даже базальную мембрану эпителия

24. Какие виды лучей наиболее глубоко ионизируют ткани организма:
    1. Терапевтического лазера
    2. Рентгеновские
    3. Гамма лучи
    4. Получаемые в ускорителях электронов

25. Радиоактивным йодом можно лечить метастазы рака:
    1. Молочной железы
    2. Предстательной железы
    3. Щитовидной железы

26. Гормонозависимым является рак:
    1. Желудка
    2. Лёгкого
    3. Предстательной железы

27. Наиболее характерным симптомом рака пищевода и кардии является:
    1. Удушье
    2. Анорексия
    3. Изжога
    4. Дисфагия
    5. Булимия

28. Паллиативные операции – это:
    1. Уносящие часть процесса
    2. Оставляющие весь процесс, но устраняющие обструкцию полых органов
    3. Устраняющие смертельно опасные осложнения: кровотечение, удушье, перитонит
    4. Все вышеперечисленные варианты

29. Состояние иммунитета при начальном опухолевом процессе:
    1. Стимулирован
    2. Выключен
    3. Дезорганизован (часть функций стимулирована, часть угнетена, часть в норме)

30. Какова самая частая локализация рака у мужчин:

1. Желудок
2. Кишечник
3. Легкое

31. Какова самая частая локализация рака у женщин?
    1. Матка
    2. Желудок
    3. Молочная железа

32. Эффективная экстренная помощь при удушье, вызванном раком гортани.
    1. Дача кислорода
    2. Интубация гортани
    3. Срочная трахеостомия

33. Эвакуация асцита производится в положении больного:
    1. Стоя
    2. Сидя
    3. Лежа на спине

34. Прокол брюшной полости при эвакуации асцита производится
    1. Ниже и латерально от пупка
    2. В подреберье (любом)
    3. Непосредственно в пупок

35. Как отыскивать раковые клетки в асцитической и плевральной жидкости
    1. Микроскопия мазка любой капли
    2. Микроскопия мазка центрифугата

36. Опухолевые клетки в мокроте удается найти при раке легкого
    1. Центральном
    2. Периферическом (без распада)

37. Рак мочевого пузыря может быть установлен или отвергнут на основании
    1. Данных рентгенографии
    2. Данных УЗИ
    3. Данных цистоскопии с биопсией

38. Гематологические осложнения от противоопухолевой химиотерапии – это
    1. Лейко-тромбопения
    2. Лейкоцитоз
    3. Анемия

39. Аднекстумор требует в тактическом плане
    1. Консервативного лечения и динамического наблюдения
    2. Экстренного удаления вместе с маткой
    3. Исследование крови на опухолевые маркеры, лапароскопии с морфологическим анализом материала из брюшной полости

40. При клинически установленной эрозии шейки матки как следует выполнить биопсию?
    1. Конхотомом
    2. Скальпелем
    3. Способ не имеет значения

41. Какие гормоны исследуют при подозрении на хорионкарциному
    1. Эстрогены
    2. Прогестероны
    3. Хорионический гонадотропин

42. Какими гормонами лечат железисто-кистозную гиперплазию эндометрия?
    1. Эстрогенами
    2. Прогестеронами
    3. Андрогенами

43. Какая патология шейки матки наиболее ракоопасна?
    1. Ovula Naboti
    2. CIN 2-3
    3. Эрозия без дисплазии эпителия

44. Какая патология тела матки наиболее ракоопасна:
    1. Фибромиома
    2. Железисто-кистозная гиперплазия эндометрия с дисплазией эпителия
    3. Anteflexio uteri

45. Онкобольным санкурр. лечение
    1. Желательно
    2. Противопоказано
    3. Не противопоказано

46. Какое заболевание мочевого пузыря наиболее ракоопасно?
    1. Цистит
    2. Папиллярные разрастания слизистой
    3. Конкременты

47. Какое заболевание желчного пузыря наиболее ракоопасно?
    1. Конкременты
    2. Хронический некалькулезный холецистит
    3. Дискинезия желчного пузыря (перегиб)

48. Рациональное лечение меланомоопасного невуса
    1. Диатермокоагуляция
    2. Криодеструкция
    3. Иссечение в пределах здоровых тканей с гистоанализом

49. Подтверждение или исключение диагноза меланомы при отсутствии ее изъязвления должно осуществляться
    1. Биопсией
    2. Пункцией с цитологическим анализом
    3. Гистоанализом полностью иссеченного процесса (под общим обезболиванием)

50. Раку полости рта всего больше способствуют:
    1. Кислая и острая пища
    2. Горячая пища
    3. Курение

51. При экссудативном плеврите над зоной жидкости в плевре перкуторно определяется
    1. Тупой звук
    2. Тимпанический
    3. Обычный легочный

52. Над зоной ателектаза верхней доли легкого, обусловленного раком бронха, межреберные промежутки:
    1. Западают на вдохе
    2. Выбухают на выдохе
    3. Выбухают на вдохе

53. Какой вариант зоба представляет наибольший риск рака?
    1. Узловой
    2. Диффузный
    3. Оба в равной степени

54. Интенсивное загорание на солнце по отношению к опухолевым заболеваниям:
    1. Индифферентно
    2. Усиливает иммунитет, т.о. – полезно
    3. Является фактором им спосоствующим

55. Какое из перечисленных заболеваний кишечника наиболее ракоопасно?
    1. Болезнь Гиршпрунга
    2. Долихосигма
    3. Солитарный полип
    4. Ворсинчатая опухоль

56. Лейкоз распознается и исключается на основании:
    1. Общего анализа крови
    2. Специфических иммунологических маркеров
    3. Микроскопии пунктата костного мозга

57. Рентгенологически метастазы в легких выглядят
    1. Как шаровидные затемнения
    2. Как шаровидные просветления
    3. Как очаги затемнения с просветлением в центре

58. Асцитическая и плевральная жидкость при диссеминированном процессе имеет вид
    1. Абсолютно прозрачной, как вода
    2. Гноя
    3. Опалесцирующей или соломенно-желтой, с примесью крови

59. Каков характер гематурии при раке почки?
    1. Инициальная (в начале мочеиспускания)
    2. Терминальная (в конце мочеиспускания)
    3. Тотальная (окрашены все порции мочи)

60. Наиболее длительное и эффективное выключение боли у опухолевого больного достигается
    1. Пероральными наркотическими препаратами
    2. Инъекционными наркотиками
    3. Использованием специального кожного пластыря

Рак кожи, меланома.

1.При рецидивах после лучевой терапии рака кожи применяется лечение:
a.хирургическое;
b.химиотерапия;
c.криотерапия.

2.В общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России рак кожи занимает:
a.1%;
b.10%;
c.20%.

3.Малигнизации пигментных невусов способствуют все перечисленные факторы, кроме:
a.механические травмы;
b.солнечная радиация;
c.гормональные сдвиги в организме;
d.курение.

4.Признаками малигнизации невусов являются все перечисленные, кроме:
a.изменение размеров;
b.изменение цвета и характера распределения пигмента;
c.изменение контуров;
d.оволосение.

5.Факторами риска возникновения рака кожи являются все перечисленные, кроме:
a.солнечная радиация;
b.вирусы;
c.механические и термические травмы;
d.химические канцерогены.

6.Меланома кожи чаще метастазирует:
a.имплантационным путем;
b.лимфогенно;
c.гематогенно.

7.Близкофокусная рентгенотерапия как самостоятельный радикальный метод лечения применяют при :
a.при поверхностных опухолях небольшого размера; (T1)
b.для лечения регионарных метастазов;
c.при рецидивах после лучевой терапии.

8.При меланоме кожи абсолютным противопоказанием является:
a.биопсия;
b.взятие мазков-отпечатков;
c.все перечисленное.

9.Наиболее частой локализацией рака кожи является:
a.голова и шея;
b.туловище;
c.нижние и верхние конечности.

10.Средний возраст больных раком кожи составляет:
a.30-40 лет;
b.40-50 лет;
c.60-70 лет.

11.Профилактическими мерами озлокачествления пигментных невусов являются:
a.ограничение длительного пребывания на солнце;
b.иссечение травмируемых невусов;
c.все перечисленное.

12.К облигатным предракам кожи относят все перечисленные, кроме:
a.пигментная ксеродерма;
b.системная красная волчанка;
c.болезнь Педжета;
d.эритроплазия Кейра.

13.Базальноклеточный рак кожи:
a.обладает местнодеструирующим медленным ростом;
b.отличается инфильтративным ростом.

14.К факультативным предракам относят все перечисленные, кроме:
a.кожный рог;
b.болезнь Боуэна;
c.рубцы;
d.трофические язвы.

15.Базальноклеточный рак кожи:
a.не метастазирует;
b.обладает способностью к гематогенному метастазированию;
c.метастазирует лимфогенно.

16.Лучевая терапия применяется при лечении меланомы кожи:
a.в качестве самостоятельного метода лечения;
b.в комбинации с хирургическим методом;
c.все перечисленное.

17.Основным методом лечения меланомы кожи является:
a.хирургический;
b.химиотерапия;
c.лучевая терапия.

18.Окончательно диагноз рака устанавливается на основании:
a.осмотра кожных покровов;
b.данных морфологического исследования;
c.данных биохимического исследования сыворотки крови.

19.Заболеваемость меланомой кожи выше:
a.в странах с жарким климатом;
b.в северных регионах.

20.Цитологическая диагностика меланомы кожи проводится с использованием:
a.мазков-отпечатков;

b.пункционной биопсии;
c.все перечисленное.

21.Прогноз при меланоме кожи:
a.благоприятный;
b.неблагоприятный.

22.В радиоизотопной диагностике меланомы кожи используется изотоп:
a.золота;
b.йода;
c.фосфора.

23.Гематогенные метастазы меланомы обнаруживаются:
a.в костях скелета;
b.в сердце;
c.в легких;
d.все перечисленное.

Рак костей, мягких тканей

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

2.Злокачественные опухоли костей метастазируют:
a.лимфогенно;
b.гематогенно;
c.одинаково часто гематогенно и лимфогенно;
d.имплантационно.

3.Наиболее опасной доброкачественной опухолью которая может малигнизироваться является:
a.остеохондрома;
b.остеома;
c.остеоид-остеома;
d.остеобластокластома;
e.хондрома.

4.Калечащими опреациями в костной онкологии считаются:
a.порционные резекции кости, сегментарные резекции;
b.краевые резекции кости, экскохлеация опухоли;
c.ампутации конечностей, экзартикуляции, лопаточно-грудные ампутации;
d.резекции кости с аутотрансплантацией;
e.резекция кости с аллотрансплантацией;
f.все вышеперечисленные.

5.Этапы лечения остеогенной саркомы следующие:
a.облучение, операция;

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

6.Опухоли костей встречаются чаще всего:
a.в молодом возрасте;
b.в пожилом возрасте;
c.одинаково часто во всех возрастах.

7.По классификации ВОЗ к хрящеобразующим злокачественным опухолям относятся:
a.фиброма;
b.саркома Юинга;
c.остеобластокластома;
d.остеогенная саркома;
e.хондрома;
f.хондросаркома.

8.Для злокачественных опухолей костей характерна триада симптомов:
a.опухолевидное образование, повышение температуры, гиперемия;
b.боль, опухолевидное образование, повышение температуры;
c.нарушение функции в бижайшем суставе, опухолевидное образование, боль;
d.нарушение функции в бижайшем суставе, деформация конечности, боль.

9.Пятилетняя выживаемость у больных ретикулосаркомой которым проведено лечение составляет:
a.около 60%;
b.менее 30%;
c.менее 10%;
d.более 90%.

10.Опухолями чувствительными к лучевой терапии являются:
a.хондрома, саркома Юинга;
b.ретикулосаркома, саркома Юинга;
c.остеогенная саркома, ретикулосаркома;
d.хондросаркома, фибросаркома;
e.остеогенная саркома, злокачественная остеобластокластома.

11.Причиной возникновение опухолей костей является:
a.травма;
b.воспалительные заболевания;
c.врожденные пороки;
d.причина неизвестна.

12.Основным методом лечения хондросаркомы является:
a.облучение, операция;
b.химиотерапия, операция, химиотерапия;
c.облучение, операция, химиотерапия;
d.облучение, химиотерапия;
e.операция, облучение;
f.операция.

13.Пятилетняя выживаемость у больных хондросаркомой которым проведено лечение составляет:
a.более 90%;
b.около 75%;
c.менее 30%;
d.менее 10%.

14.По классификации ВОЗ к доброкачественным опухолям мягких тканей относятся:
a.хондрома;
b.остеохондрома;
c.фиброма;
d.остеогенная саркома;
e.фибросаркома;
f.хондробластома.

15.Этапы лечения остеогенной саркомы следующие:
a.облучение, операция;
b.облучение, операция, химиотерапия;
c.химиотерапия, операция, химиотерапия
d.операция, химиотерапия;
e.операция, облучение.

16.Опухоли мягких тканей встречаются чаще всего:
a.в молодом возрасте;
b.в пожилом возрасте;
c.одинаково часто во всех возрастах.

17.При остеогенной саркоме чаще всего поражаются:
a.кости таза, позвоночника;
b.большеберцовая кость и малоберцовая кость;
c.плечевая кость и бедренная кость;
d.бедренная кость и большеберцовая кость;
e.плечевая кость и кости черепа.

18.Пятилетняя выживаемость у больных остеогенной саркомой которым проведено комбинированное лечение составляет:
a.более 90%;
b.около 50%;
c.менее 30%;
d.менее 10%.

19.При поражении трубчатых костей наиболее излюбленной локализацией остеогенной саркомы являются:
a.эпифизы;
b.диафизы;
c.метафизы;
d.одинаково часто поражаются все отделы.

20.Рентгенологическими признаками саркомы Юинга является:
a.наличие секвестров;
b.участки остеопороза и остеосклероза, козырек Кодмана, спикулы;

c.расширение костномозгового канала, отслоение надкостницы в виде луковичного периостита;
d.участки утолщения надкостницы, патологические переломы;
e.все вышеперечисленное.

21.По классификации ВОЗ к костеобразующим доброкачественным опухолям относятся:
a.хондрома;
b.остеохондрома;
c.остеобластокластома;
d.остеогенная саркома;
e.фиброма;
f.хондробластома.

22.При поражении трубчатых костей наиболее излюбленной локализацией саркомы Юинга являются:
a.эпифизы;
b.диафизы;
c.метафизы;
d.одинаково часто поражаются все отделы.

23.По классификации ВОЗ к хрящеобразующим доброкачественных опухолям относятся:
a.фиброма;
b.саркома Юинга;
c.остеобластокластома;
d.остеогенная саркома;
e.хондрома;
f.хондросаркома.

24.Для цитоморфологической диагностики злокачественных опухолей костей применяются:
a.пункционная биопсия;
b.трепан-биопсия;
c.открытая биопсия;
d.все вышеперечисленные методы.

25.По классификации ВОЗ к костномозговым злокачественным опухолям относятся:
a.фибросаркома;
b.саркома Юинга;
c.остеобластокластома;
d.остеогенная саркома;
e.ангиосаркома;
f.хондросаркома.

26.Рентгенологическими признаками остеогенной саркомы является:
a.участки утолщения надкостницы, патологические переломы;
b.участки остеопороза и остеосклероза, козырек Кодмана, спикулы;
c.расширение костномозгового канала, отслоение надкостницы в виде луковичного периостита;
d.наличие секвестров;
e.все вышеперечисленное.

27.При отдаленном метастазировании злокачественных опухолей наиболее излюбленной локализацией являются:
a.печень, костный мозг;
b.поджелудочная железа, печень;
c.периферические лимфоузлы, легкие;
d.легкие, кости скелета;
e.головной мозг, кости скелета.

28.Наиболее злокачественными вариантами остеогенной саркомы являются:
a.смешанный;
b.остеобластический;
c.остеолитический;
d.все варианты.

29.Хондросаркома-это опухоль которая растет:
a.медленно в течении многих лет;
b.растет в течении 1 года;
c.растет стремительно в течении 1-2 месяцев;

30.По классификации ВОЗ к костеобразующим злокачественным опухолям относятся:
a.фиброма;
b.саркома Юинга;
c.остеобластокластома;
d.остеогенная саркома;
e.хондрома;
f.хондросаркома.

Опухоли головы, шеи

1.К скрытому раку щитовидной железы относятся опухоли, клинически не проявляющиеся, размером до:
a.до 5 см;
b.до 3 см;
c.до 1,5 см;
d.до 0,5 см.

2.Из методов лечения рака нижней губы применяются:
a.криодеструкция;
b.фотодинамическая терапия;
c.хирургическое лечение;
d.лучевая терапия;
e.все перечисленное.

3.Факторами, способствующими возникновению рака слизистой полости рта, являются:
a.курение;
b.алкоголь;
c.горячая пища;
d.острые края кариозных зубов;
e.все перечисленное.

4.Для рака нижней губы облигантным предраком является:
a.травма губы;
b.кожный рог;

c.хейлит Манганотти;
d.все перечисленное.

5.Пятилетняя выживаемость после радикального лечения у больных раком слизистой полости рта III стадии составляет:
a.около 30%;
b.около 50%;
c.более 70%;
d.около 90%.
6.Рак нижней губы- опухоль:
a.чувствительная к лучевой терапии;
b.нечувствительная к лучевой терапии;
c.умеренно чувствительная к лучевой терапии.

7.Из гистологических вариантов рака щитовидной щелезы наиболее часто вситречается:
a.папиллярная аденокарцинома;
b.фолликулярная аденокарцинома;
c.медулляярный рак;
d.недифференцированный рак;
e.все перечисленное.

8.Для рака нижней губы факультативным предраком является:
a.травма губы;
b.кожный рог;
c.хейлит Манганотти;
d.все перечисленное.

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

10.Для рака слизистой полости рта факультативным предраком является:
a.папиллома;
b.кожный рог;
c.лейкоплакия;
d.послелучевой стоматит;
e.все перечисленное.

11.Пятилетняя выживаемость после радикального лечения у больных раком нижней губы I-II стадии составляет:
a.около 20%;
b.около 40%;
c.около 70%;
d.около 90%.

12.Радиоизотопная диагностика рака щитовидной железы проводится с радиоизотопным препаратом:
a.йодом;
b.техницием;
c.золотом;

d.стронцием;
e.всеми перечисленными.

13.Рак нижней губы злокачественная опухоль морфологически представленная:
a.плоскоклеточным раком;
b.мелкоклеточным раком;
c.светлоклеточным раком;
d.фолликулярным раком;
e.всем перечисленным.

14.Факторами, способствующими возникновению рака нижней губы, являются:
a.курение;
b.алкоголь;
c.горячая пища;
d.острые края кариозных зубов;
e.все перечисленное.

15.Факторами, способствующими возникновению рака щитовидной железы, являются:
a.курение;
b.алкоголь;
c.ионизирующее излучение;
d.все перечисленное.

16.В лечении рака щитовидной железы применяют методы:
a.хирургический;
b.хирургический и лучевой;
c.химиотерапевтический;
d.лучевой;
e.все перечисленные.

17.Пятилетняя выживаемость после радикального лечения у больных раком слизистой полости рта при I-II стадии составляет:
a.около 20%;
b.около 40%;
c.более 70%;
d.около 90%.

18.Рак нижней губы чаще всего метастазирует:
a.в подмышечные лимфоузлы;
b.кости скелета;
c.головной мозг;
d.шейные лимфоузлы.

19.Для рака слизистой полости рта облигантным предраком является:
a.папиллома;
b.кожный рог;
c.лейкоплакия;
d.болезнь Боуэна;
e.все перечисленное.

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

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

Рак молочной железы

1.При диспансеризации больных раком молочной железы контрольный осмотр первые 2 года осуществляется:
a.1 раз в 2 года;
b.1 раз в 3 месяца;
c.1 раз в 6 месяцев;
d.1 раз в год.

2.При проведении эндокринотерапии рака молочной железы необходимо:
a.определение уровня рецепторов эстрогенов и прогестерона опухоли;
b.определение степени злокачественности опухоли;
c.определение гистологической формы рака;
d.определение степени патоморфоза опухоли.

3.У больной раком молочной железы опухоль 4 см в диаметре, не прорастает окружающую ткань, регионарные метастазы отсутствуют. Какая стадия заболевания:
a.I стадия;
b.IIа стадия;
c.IIб стадия;
d.IIIа стадия;
e.IIIб стадия;
f.IV стадия.

4.Оптимальной частотой мониторинга пациенток группы при диффузных формах дисгормональных заболеваний молочных железы является:
a.6 месяцев;
b.3 месяца;
c.12 месяцев;
d.24 месяца.

5.Для какого доброкачественного заболевания молочной железы является характерным выделение крови из соска:
a.внутрипротоковая папиллома;
b.болезнь Педжета;
c.узловая мастопатия;
d.киста;
e.фиброаденома.

6.В какие сроки необходимо проводить самообследование молочных желез:
a.на 18-24 день от начала менструации;
b.во время менструации;
c.на 6-12 день от начала менструации;
d.на 22-28 день от начала менструации.

7.Средние сроки временной нетрудоспособности при лечении рака молочной железы составляют:
a.3-4 месяца;

b.2 месяца;
c.10 месяцев;
d.1 год.

8.При мастопатии должно проводиться:
a.комплексное лечение;
b.комбинированное лечение;
c.монотерапия.

9.Какая частота мастопатий в популяции женского населения:
a.составляет от 45% до 50%;
b.составляет от 20% до 30%;
c.составляет от 10% до 20%;
d.составляет от 40% до 90%;
e.составляет от 5% до 10%.

10.Какой из способов лечения не применяется при раке молочной железы:
a.овариоэктомия;
b.химиотерапия;
c.гормонотерапия;
d.лучевая терапия;
e.пангистерэктомия.

11.Предоперационная лучевая терапия рака молочной железы крупными фракциями по биологическому изоэффекту соответствует:
a.40 Грей;
b.60 Грей;
c.25 Грей.

12.Рецептороположительными и чувствительными к гормонотерапии считают опухоли рака молочной железы, содержание рецепторных белков в которых превышает:
a.20 фентамоль на 1 мг белка;
b.60 фентамоль на 1 мг белка;
c.10 фентамоль на 1 мг белка.

13.Основным путем лимфогенного метастазирования рака молочной железы является:
a.надключичный;
b.подмышечный;
c.парастернальный;
d.медиастинальный (или позадигрудинный);
e.межреберный перекрестный по подкожному и кожным лимфатическим сосудам к f06.
f06. контрлатеральным подмышечным и надключичным лимфатическим узлам.

14.Метастазирование рака молочной железы в подмышечные лимфатические узлы наиболее часто происходит из опухолей, расположенных:
a.в подареолярной зоне;
b.на границе наружных и внутренних квадрантов железы;
c.в медиальных отделах молочной железы;
d.в центральных отделах молочной железы;
e.1, 2;
f.3, 4.

15.По анатомической форме роста рака молочной железы различают три типа роста рака, выберите эти формы:
a.узловые формы;
b.диффузные формы;
c.атипичные формы;
d.распространенные формы;
e.отграниченные формы;

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

17.Какие три метода показаны при комплексной диагностике рака молочной железы:
a.дуктография (галактография);
b.клинический;
c.чрезгрудинная флебография;
d.маммографический (или ультразвуковой);
e.пневмоцистография;
f.цитологический;
g.компьютерная томография;
h.(диафаноскопия);

18.Профилактика рака молочной железы подразделяется на:
a.первичную;
b.вторичную;
c.третичную;

19.При гематогенном метастазировании рака молочной железы чаще всего поражаются:
a.легкие;
b.кости;
c.печень;
d.яичники;
e.кожа;
f.1,2,3;
g.4,5.

20.Современный скрининг рака молочной железы включает:
a.дуктография;
b.маммография;
c.квалифицированное ежегодное физикальное обследование молочных желез в смотровых кабинетах;
d.ежемесячное самообследование;
e.компьютерная томография;

21.Методом выбора в хирургии рака молочной железы являются:
a.мастэктомия по Холстеду;
b.мастэктомия по Пейти;
c.мастэктомия по Маддену;

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

22.Какая дифференцировка опухоли соответствует I степени злокачественности опухоли:
a.высокодифференцированный рак;
b.умереннодифференцированный рак;
c.низкодифференцированный и недифференцированный рак.

23.Назовите два ведущих фактора риска рака молочной железы:
a.нарушения в репродуктивной системе организма;
b.эндокринно-метаболические нарушения;
c.курение;
d.злоупотребление алкоголем;
e.стрессы;

24.Реабилитация больных раком молочной железы включает:
a.психологическая реабилитация;
b.лучевая терапия;
c.реконструктивно-восстановительная хирургия;
d.гормонотерапия;
e.1, 3;
f.все ответы.

25.Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной железы:
a.умбиликация;
b.лимонная корка;
c.втяжение соска;
d.гиперпигментация соска и ареолы;
e.изъязвление.

26.Золотым стандартом адъювантной химиотерапии рака молочной железы является:
a.комбинация CMF;
b.антрациклины;
c.таксаны;
d.герцептин;
e.тамоксифен.

27.Каким лечением принято считать использование двух принципиально различных по характеру воздействий, направленных на местнорегионарные очаги и на весь организм, например: операция и лучевая терапия:
a.комбинированное;
b.комплексное;
c.симптоматическое;
d.паллиативное;
e.радикальное.

28.Развитие рака молочной железы имеет тесную связь с нарушением функции органов, укажите каких:
a.гормонопродуцирующих и участвующих в метаболизме гормонов;

b.органов выделительной системы;
c.сердечно-сосудистой системы.

29.Симптомом какого заболевания является симптом Краузе:
a.отечно-инфильтративная форма рака;
b.диффузно-фиброзная мастопатия;
c.рак Педжета;
d.липома молочной железы;
e.внутрипротоковая папиллома.

30.Какая форма мастопатии у пациентки, когда на фоне диффузных изменений определяются узлы:
a.диффузная;
b.узловая;
c.смешанная.

31.Мишени противоопухолевых лекарств:
a.первичная опухоль;
b.рецидивная опухоль;
c.макрометастазы;
d.микрометастазы;
e.ферменты;
f.нуклеотиды;
g.гены;
h.все ответы.

32.5-летняя выживаемость при I стадии рака молочной железы составляет:
a.90%;
b.87%;
c.96%;
d.67%;
e.80%.

33.Организационные мероприятия при профилактике рака молочной железы включают:
a.маммологический скрининг;
b.обучение самообследованиям молочных желез;
c.диспансеризация и лечение предраковых состояний молочных желез;
d.все ответы.

34.Ведущими факторами прогноза у больных раком молочной железы являются:
a.размер и локализация опухоли;
b.состояние лимфатических узлов;
c.наличие гормональных рецепторов в опухоли;
d.наследственность;
e.отек кожи молочной железы;
f.состояние менструальной функции (возраст);
g.гистологическая структура и степень злокачественности опухоли, степень патоморфоза опухоли при ранее проведенном лечении;
h.сопутствующая патология;
i.1, 2, 3, 5, 6, 7;
k.все ответы.

35.К иммуномодуляторам относятся:
a.цитокины;
b.гормоны;
c.моноклональные антитела;
d.дифференцирующие агенты;
e.химиопрепараты;
f.антиангиогенезные факторы;

36.К какому уровню относят подмышечные лимфатические узлы, расположенные медиально по отношению к медиальному краю малой грудной мышцы, включая подключичные и апикальные:
a.уровень I;
b.уровень II;
c.уровень III.

37.Принципами хирургического лечения РМЖ являются:
a.асептика;
b.радикализм;
c.абластика;
d.сохранение органа;
e.антибластика;

38.В России в структуре онкологической заболеваемости у женщин занимает первое место:
a.рак молочной железы;
b.рак легкого;
c.рак толстой кишки;
d.рак гортани;
e.рак кожи.

39.В целях профилактики рака молочной железы в возрастных группах до 47 лет наиболее эффективным гормональным средством при пролиферативной дисплазии являются:
a.прогестины;
b.сочетание эстрогенов и прогестинов;
c.антиэстрогены, прогестины, даназол;

Рак лёгкого

1.Стадия центрального рака легкого складывается из:
a.Размера первичной опухоли, числа пораженных сегментов и долей, наличия регионарных и отдаленных метастазов;
b.Уровня пораженного бронха (ов), наличия регионарных и отдаленных метастазов;
c.Интенсивности болевого синдрома и наличия симптомов обтурационного пневмонита.

2.Росту заболеваемости раком легкого способствуют:
a.Канцерогенные вещества, находящиеся в табачном дегте;
b.Полициклические ароматические углеводороды;
c.Хром и его соединения;
d.Мышьяк и его соединения;
e.Радиоизотопы;
f.Асбест;
g.Все перечисленное.

3.Центральный рак легкого развивается из:
a.Эпителия альвеол;
b.Эпителия бронхов;
c.Перибронхиальной соединительной ткани;
d.Медиастенальной плевры.

4.Атипичные формы рака легкого выделены потому, что:
a.Они имеют особое гистологическое строение;
b.Они имеют особенности клинического течения и метастазирования;
c.Сначала манифестирует метастаз, а потом - основной процесс.

5.Заболеваемость раком легкого на территории РФ составляет:
a.20,0 на 100000 населения;
b.30,0 на 100000 населения;
c.35,0 на 100000 населения;
d.свыше 40,0 на 100000 населения.

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

7.А.И.Савицкий выделил центральную форму рака легкого потому, что опухоль:
a.Располагается в центре легкого;
b.Прилежит к средостению;
c.Исходит из главного, долевого или сегментарного бронха (бронхов 1-2-3 порядка);
d.Имеет плоскоклеточное гистологическое строение.

8.Основными симптомами центрального рака легкого являются:
a.Кашель, кровохаркание, одышка, явления обтурационной пневмонии;
b.Боли в грудной клетке, паранеопластический синдром, повышение температуры тела;
c.Боли в грудной клетке, кашель, повышение температуры тела.

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

10.В классификации рака легкого А.И. Савицкого выделена периферическая форма, потому что:
a.Опухоль расположена к периферии от средостения;
b.Опухоль имеет, в основном, железистую форму гистологического строения;
c.Опухоль исходит из эпителия бронхов 4-7 порядка, бронхиол и альвеол;
d.Основным методом его диагностики является рентгенологический метод.

11.Рак легкого развивается:
a.из эпителия покрывающего слизистую бронха и бронхиальных желез;
b.из хрящевой и мембранозной части бронха и перибронхиальной ткани;
c.из перибронхиальной ткани, клетчатки, лимфатических сосудов и узлов.

12.При подозрении на рак легкого материал для цитологического исследования забирается:
a.из утренней мокроты больного;
b.при бронхоскопии;
c.при трансторакальной пункции;
d.при медиастиноскопии;
e.во всех перечисленных случаях.

13.Саркома легкого развивается:
a.из эпителия покрывающего слизистую бронха и бронхиальных желез;
b.из хрящевой и мембранозной части бронха и перибронхиальной ткани;
c.из перибронхиальной ткани, клетчатки, лимфатических сосудов и узлов.

14.Отдаленными для рака легкого считаются:
a.Бронхопульмональные и бифуркационные лимфатические узлы;
b.Пульмональные и бронхопульмональные лимфатические узлы;
c.Бифуркационные и трахеобронхиальные лимфатические узлы;
d.Паратрахеальные лимфатические узлы;
e.Надключичные и шейные лимфатические узлы.

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

16.Полное рентгенологическое обследование легких включает: тогда, когда:
a.остальные методы исчерпаны;
b.необходимо верифицировать процесс;
c.необходимо назначить лучевую или химиотерапию.

18.При центральном раке легкого различают:
a.Эндобронхиальную, перибронхиально-узловую и перибронхиально-разветвленную формы;
b.Прибронхиально-узловую, медиастенальную и шаровидную формы;
c.Перибронхиально-разветвленную, пневмониеподобную и плевральную формы.

19.При раке легкого гематогенные метастазы бывают в:
a.Лимфатические узлы средостения, шеи, надключичные;
b.Головной мозг, кости, надпочечники.

20.Наиболее часто из опухолей легкого встречается:
a.мезателиома плевры;
b.рак;
c.гамартома;
d.саркома;
e.карциноид.

21.Основным методом лечения рака легкого является:
a.хирургический;
b.лучевой;

c.лекарственный.

22.Формами периферического рака легкого являются:
a.Эндобронхиально-узловая, мозговая и шаровидный рак;
b.Медиастенальная, костная, плевральная;
c.Шаровидная опухоль, пневмониеподобная и Пенкоста.

23.Рак легкого метастазирует:
a.Лимфогенно;
b.Лимфогенно и гематогенно;
c.Лимфогенно, гематогенно и имплатационным путем.

24.Саркома легкого развивается:
a.из эпителия покрывающего слизистую бронха и бронхиальных желез;
b.из хрящевой и мембранозной части бронха и перибронхиальной ткани;
c.из перибронхиальной ткани, клетчатки, лимфатических сосудов и узлов

Рак желудка

1.Чаще всего рак поражает:
a.Пилороантральный отдел желудка;
b.Передние и задние стенки;
c.Кардиальный отдел.

2.Химиотерапию больным раком желудка проводят:
a.При первично - нерезектабельном раке желудка, рецидивах и метастазах опухоли;
b.используют, как самостоятельный метод лечения;
c.Все перечисленное.

3.К этиологическим факторам, оказывающим воздействие на возникновение рака желудка, в промышленной сфере относят производства:
a.Резины, асбеста, винилхлорида, минеральных масел, хрома;
b.Стекловолокна, брома, магния, селена;
c.Все перечисленное.

4.Чаще раком желудка болеют:
a.Мужчины;
b.Женщины;
c.Мужчины и женщины болеют одинаково часто.

5.К факторам риска возникновения рака желудка относятся:
a.Постоянное употребление соленой, жареной, консервированной, маринованной пищи;
b.Обсеменение слизистой желудка Helicobacter pylori;
c.Все перечисленное.

6.Наиболее часто рак желудка выявляют у лиц в возрасте:
a.35-45 лет;
b.45-59 лет;
c.65-79 лет.

7.Рак желудка метастазирует преимущественно:
a.Лимфогенным путем;
b.Гематогенным путем;

c.Имплатационным путем.

8.При раке желудка со стороны периферической крови наблюдается:
a.Анемия;
b.Лимфоцитоз;
c.Все перечисленное.

9.Для рака антрального отдела желудка наиболее часто проявляется:
a.Изжогой;
b.Дисфагией;
c.Чувством быстрого насыщения;
d.Все перечисленное.

10.Основным симптомом рака кардиального отдела желудка является:
a.Дисфагия;
b.Отрыжка тухлым;
c.Рвота;
d.Все перечисленное.

11.Окончательное подтверждение диагноза получают во время:
a.Рентгеноскопии желудка;
b.Гастроскопии с биопсией опухоли;
c.Все перечисленное.

12.Состояние кислотообразования в желудке имеет значение в возникновении рака:
a.Да;
b.Нет.

13.Лучевая терапия при лечении рака желудка используется как:
a.самостоятельный метод лечения;
b.в комбинации с хирургическим лечением;
c.все перечисленное.

14.С учетом понятия абластичности ревизию органов брюшной полости следует начинать с:
a.Периферических органов, исследуя в последнюю очередь желудок;
b.Желудка, затем периферические органы для исключения метастазов.

15.При выполнении радикальных операций на желудке, лимфаденэктомия является обязательной:
a.Да;
b.Нет.

16.Гематогенно наиболее часто рак желудка метастазирует:
a.Печень;
b.Легкие;
c.Надпочечники.

17.Основной метод лечения рака желудка:
a.Хирургический;
b.Лучевой;
c.Лекарственный.

18.В биохимических анализах крови при запущенной стадии рака отмечается:
a.Диспротеинемия, повышение щелочной фосфатазы, увеличение АлАТ, АсАТ;
b.Гиперпротеинемия, снижение щелочной фосфатазы. Уменьшение АлАТ и АсАТ.

Рак поджелудочной железы

1.Ультразвуковое исследование при раке поджелудочной железы позволяет:
a.Определить расширение внутрипеченочных и общего желчного протока;
b.Увеличение размеров поджелудочной железы;
c.Все перечисленное.

2.В структуре онкологической заболеваемости населения России рак поджелудочной железы составляет:
a1,5-5%;
b.5-10%;
c.10-15%.
3.Заболеваемость при раке поджелудочной железы имеет тенденцию:
a.К росту;
b.К снижению;
c.Остается стабильной.

4.Метастазирование при раке поджелудочной железы бывает:
a.Лимфогенным;
b.Гематогенным;
c.Имплантационным ;
d.Все перечисленное.

5.При раке поджелудочной железы желтуха является:
a.Паренхиматозной;
b.Гемолитической;
c.Механической.

6.При раке головки поджелудочной железы ретгенологическое исследование выявляет:
a.Расширение "подковы" двенадцатиперстной кишки;
b.Сужение;
c."Подкова" двенадцатиперстной кишки не изменяется.

7.К предраковым заболеваниям при раке поджелудочной железы относят:
a.Аденому;
b.Кисты;
c.Хронические панкреатиты;
d.Все перечисленное.

8.К паллиативным операциям при раке поджелудочной железы относят:
a.Трансдуоденальную папиллэктомию;
b."Бескровное" желчеотведение;
c.Все перечисленное.

9.Пероральная панкреатохолангиоскопия позволяет:
a.Провести визуальный осмотр главного панкреатического и общего желчного протоков;
b.Провести визуальный осмотр поджелудочной железы;

c.Все перечисленное.

10.К ракикальным операциям при раке поджелудочной железы относят:
a.Панкреатодуоденальные резекции;
b.Наложение билиодигестивных анастомозов;
c.Все перечисленное.

11.Боль при раке поджелудочной железы:
a.Постоянная, ноющая;
b.Периодическая, схваткообразная;
c."Кинжальная".

12.Паранеопластические синдромы при раке поджелудочной железы чаще возникают при опухолях:
a.Из эндокринных отделов;
b.Из экзокринных отделов;
c.Из стромы.

13.Косвенным признаком рака поджелудочной железы при компьютерной томографии является:
a.Расширение внутрипеченочных желчных протоков;
b.Сужение внутрипеченочных желчных протоков;
c.Просвет внутрипеченочных желчных протоков не меняется.

14.Чаще раком поджелудочной железы заболевают:
a.Женщины;
b.Мужчины;
c.Мужчины и женщины болеют одинаково часто.

15.Чаще всего по гистологическому строению опухоли рак поджелудочной железы это:
a.Слизистый рак;
b.Аденокарцинома;
c.Скирр;
d.Недифференцированный рак.

16.Иррадиация боли при раке поджелудочной железы отмечается:
a.В поясничную область;
b.В правое подреберье;
c.Все перечисленное.

17.Средний возраст больных раком поджелудочной железы:
a.40 лет;
b.55 лет;
c.60 лет.

18.Ведущим методом лечения рака поджелудочной железы является:
a.Химиотерапия;
b.Хирургический;
c.Лучевая терапия;
d.Комплексный.

19.Наиболее частой локализацией рака поджелудочной железы является:

a.Головка;
b.Тело;
c.Хвост.

20.Симптом Курвуазье характерен для рака поджелудочной железы с локализацией опухоли в области:
a.Тела;
b.Головки;
c.Хвоста.

Рак пищевода

1.Средняя продолжительность жизни больных без специального лечения при раке пищевода:
a.12-18 мес;
b.5-8 мес;
c.1-3 мес;
d.до 24 мес.

2.Пятилетняя выживаемость больных при комбинированном лечении рака пищевода составляет:
a.15,6%;
b.56,6%;
c.80,4%;
d.33,3%.

3.Комплексным лечением рака пищевода является:
a.Лучевое лечение + химиотерапия;
b.Лучевое лечение + операция + химиотерапия;
c.Химиотерапия+ операция + иммуностимуляция;
d.Неоадьювантная химиотерапия + операция + адьювантное химиолечение.

4.Обязательными в диагностике рака пищевода являются:
a.УЗИ брюшной полости + Р-скопия пищевода;
b.Р-скопия пищевода + Фиброэзофагогастроскопия;
c.Фиброэзофагогастроскопия + КТ грудной клетки;
d.Лапароскопия + Р-скопия пищевода;
e.Торакоскопия + лапароскопия.

5.Наиболее характерным симптомом при раке пищевода является:
a.Дисфагия;
b.Тошнота и рвота;
c.Боли в животе вздутие его;
d.Постоянные боли за грудиной.

6.Целью гастростомии являются:
a.Уменьшение болевого синдрома;
b.Предупреждение перфорации опухоли и развития медиастинита;
c.Проведение предоперационной подготовки;
d.Обеспечение питания больного.

7.Заболеваемость раком пищевода составляет:
a.13,5 на 100000 населения;

b.0,1- 0,3 на 100000 населения;
c.6,7 на 100000 населения;
d.22,5 на 100000 населения.

8.Комбинированным способом лечения рака пищевода является:
a.Лучевое + хирургическое лечение;
b.Хирургическое лечение + иммуностимуляция;
c.Химиотерапии + симптоматическое лечение;
d.Дистанционное лучевое лечение + внутриполостное лучевое лечение.
9.Применение предоперационной лучевой терапии способствует при раке пищевода:
a.Улучшению процессов репарации в зоне;
b.Предупреждению развития рефлюкс-эзофагита;
c.Улучшению отдаленных результатов лечения;
d.Профилактике гнойных осложнений.

10.Послеоперационная летальность после радикальных операций при раке пищевода:
a.2-3%;
b.30-33%;
c.6,6-10%;
d.90-92%.

11.Применение УЗИ брюшной полости при раке пищевода необходимо для:
a.Оценки состояния паренхиматозных органов;
b.брюшной полости;
c.Поиск метастазов в лимфатические узлы и печень;
d.Диагностика желчно-каменной болезни;
e.Определение состояние желудка в плане использования его в качестве трансплантата.

12.Комплексным лечением рака пищевода является:
a.Лучевое лечение + химиотерапия;
b.Лучевое лечение + операция + химиотерапия;
c.Химиотерапия+ операция + иммуностимуляция;
d.Неоадьювантная химиотерапия + операция + адьювантное химиолечение.

13.Предоперационные дозы лучевой терапии при раке пищевода:
a.60 - 80 Гр;
b.от 20 до 45 Гр;
c.10-20 Гр;
d.50- 70 Гр.

14.Рак пищевода среди всех заболеваний пищевода составляет:
a.до 10% всех заболеваний пищевода;
b.15- 20% всех заболеваний пищевода;
c.50-60% всех заболеваний пищевода;
d.до 90% всех заболеваний пищевода.

15.В хирургическом методе лечения рака пищевода предпочтение отдается:
a.Многоэтапным операциям;
b.Одномоментным операциям (резекция + пластика);
c.Экстренным операциям;
d.Паллиативным операциям.

16.Преимущественное гистологическое строение рака пищевода:
a.Мелкоклеточный рак;
bПлоскоклеточный рак;
c.Овсяноклеточный рак;
d.Аденокарцинома.

17.Основным методом лечения рака пищевода является:
a.Химио-лучевое лечение;
b.Полихимиотерапия + иммуностимуляция;
c.Хирургический метод;
d.Лучевое лечение.

18.Целью гастростомии являются:
a.Уменьшение болевого синдрома;
b.Предупреждение перфорации опухоли и развития медиастинита;
c.Проведение предоперационной подготовки;
d.Обеспечение питания больного.

19.Пятилетняя выживаемость больных при хирургическом лечении рака пищевода составляет:
a.48,8%;
b.76,2%;
c.15-30%;
d.90 -98%.

20.Пятилетняя выживаемость больных при комбинированном лечении рака пищевода составляет:
a.15,6%;
b.56,6%;
c.80,4%;
d.33,3%.

21.Радикальными операциями при раке пищевода являются:
a.Экстирпация пищевода с одномоментной пластикой + операция Льюиса;
b.Гастростомия + шунтирующие операции;
c.Операция Добромыслова- Торека + Гастростомия;
d.Операция Льюиса + Гастростомия;
e. Экстирпация пищевода с пластикой + шунтирующие операции.

22.Применение предоперационной лучевой терапии при раке пищевода способствует:
a.Улучшению процессов репарации в зоне;
b.Предупреждению развития рефлюкс-эзофагита;
c.Улучшению отдаленных результатов лечения;
d.Профилактике гнойных осложнений.

23.Морфологическая верификация диагноза рак пищевода достигается при:
a.Фиброэзофагогастроскопии;
b.Р-скопии пищевода и желудка;
c.КТ исследование грудной клетки;
d.Внутриполостное УЗИ пищевода.

24.Наиболее характерным симптомом при раке пищевода является:

a.Дисфагия;
b.Тошнота и рвота;
c.Боли в животе вздутие его;
d.Постоянные боли за грудиной.

Рак печени

1.Лабораторная диагностика первичного рака печени основана на обнаружении в сыворотке крови:
a.HbS-антигена;
b.Альфа-фетопротеина;
c.Все перечисленное.

2.Размеры печени при первичном раке:
a.Увеличиваются;
b.Уменьшаются;
c.Не меняются.
3.Из методов рентгенологической диагностики при первичном раке печени наиболее информативным является:
a.Рентгенография печени;
b.Холангиография;
c.Компьютерная томография.

4.Желтуха при первичном раке печени:
a.Гемолитическая;
b.Механическая;
c.Паренхиматозная;
d.Механическая и паренхиматозная.

5.Печень при первичном раке печени при пальпации имеет консистенцию:
a.Плотно-эластичную;
b.Плотную;
c.Мягко-эластичную.

6.Странами с наибольшей заболеваемостью первичным раком печени являются:
a.Страны Африки, Япония, Китай;
b.Россия, Украина;
c.Мексика, Канада;
d.США, Куба.

7.Количество сегментов печени равно:
a.Двум;
b.Шести;
c.Восьми;
d.Десяти.

8.Нормальная концентрация ?-фетопротеина в сыворотке крови взрослых (исключая беременных):
a.до 15 мкг/л;
b.15-150 мкг/л;
c.до 500 мкг/л.

9.Частота гепатоцеллюлярного рака среди первичных опухолей печени:

a.10-15%;
b.30-40%;
c.50-60%;
d.70-80%.

10.Странами с наименьшими показателями заболеваемости первичным раком печени являются:
a.Куба, Испания, Иран, Мексика, Шри-Ланка;
b.Австралия, Новая Зеландия;
c.Япония, Китай;
d.ЮАР.

11.Боли при раке печени носят характер:
a.Схваткообразный;
b.Опоясывающий;
c.Ноющий;
d.Все перечисленное.

12.Причиной смерти при раке печени являются:
a.гепатитическая кома;
b.кровотечение из опухоли или из варикозно расширенных вен пищевода;
c.кахектическое состояние;
d.все перечисленное.

13.К макроскопическим формам первичного рака печени относят:
a.Диффузную;
b.Узловую;
c.Массивную;
d.Все перечисленные.

14.Положительная реакция на альфа-фетопротеин отмечается у больных гепатоцеллюлярным раком:
a.В 30-50% случаев;
b.В 70-90% случаев;
c.В 100% случаев.

15.Основным методом лечения первичного рака печени является:
a.Хирургический;
b.Лучевая терапия;
c.Химиотерапия;
d.Комплексный.

16.К эпителиальным опухолям печени относят:
a.Гепатоцеллюлярный рак;
b.Тератобластому;
c.Саркому.

17.Средняя продолжительность болезни с момента клинической манифестации и до смерти пациента при первичном раке печни составляет:
6 месяцев;
1 год;
3 года;

5 лет.

18.Вторичные (метастатические) опухоли составляют среди всех новообразований печени:
a.25%;
b.50%;
c.75%;
d.90%.

Рак ободочной кишки

1.Перфорации кишечной стенки при раке ободочной кишки способствует:
a.распад опухоли;
b.повышенное давление в просвете кишки;
c.трофические расстройства стенки кишки вследствии ее перерастяжения;
d.травматизация стенки кишки при прохождении твердых каловых масс через суженный участок;
e.все перечисленные факторы.

2.Осложнения воспалительного характера (абсцессы, флегмоны) чаще развиваются при локализации опухоли:
a.в слепой и восходящей кишке;
b.в поперечно-ободочной кишке;
c.в нисходящей ободочной кишке;
d.в сигмовидной кишке;
e.в слепой, восходящей и нисходящей ободочной кишке.

3.При раке ободочной кишки в исследовании обязательным является:
a.пальцевое ректальное исследование;
b.ирригоскопия и ирригография;
c.лапароскопия;
d.УЗИ;
e.ректороманоскопия;
f.фиброколоноскопия;
g.гемокульт-тест.

4.При гематогенном метастазировании рака ободочной кишки наиболее часто поражаются:
a.легкие;
b.печень;
c.брюшина;
d.тонкая кишка;
e.все перечисленные органы.

5.Гемиколэктомия слева выполняется при локализации опухоли в:
a.слепой кишке;
b.восходящей обдочной кишке;
c.поперечной ободочной кишке;
d.нисходящей ободочной кишке;
e.сигмовидной кишке;
f.печеночном изгибе ободочной кишки;
g.селезеночном изгибе ободочной кишки.

6.Для токсико-анемического синдрома характерно:

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

7.Регионарными коллекторами лимфатических узлов для ободочной кишки являются:
a.параколические (эпиколические);
b.промежуточные (собственно брыжеечные);
c.забрюшинные (парааортальные);
d.подвздошные.

8.Эндофитная форма рака наиболее часто локализуется в:
a.слепой кишке;
b.восходящей ободочной;
c.поперечно-ободочной;
d.нисходящей ободочной;
e.сигмовидной кишке;
f.во всех отделах.

9.Эффективные химиопрепараты при раке ободочной кишки:
a.тиотеф;
b.бруломицин;
c.5-фторурацил;
d.фторафур;
e.митомицин - С;
f.лейковорин;
g.адриамицин.

10.Сравнительно более частое развитие кишечной непроходимости при опухолях левой половины ободочной кишки обусловлено:
a.преобладанием опухоли с инфильтративным типом роста;
b.более плотным содержимым кишки;
c.нарушением моторной функции кишки вследствие прорастания ее стенки опухолью;
d.воспалительным отеком кишечной стенки;
e.всеми перечисленными факторами.

11.Противопоказанием к радикальной операции при раке ободочной кишки является:
a.прорастание опухоли в смежные органы и ткани;
b.анатомические особенности;
c.возраст боле 70 лет;
d.обширный канцероматоз брюшины;
e.асцит.

12.Паллиативными операциями при раке ободочной кишки являются:
a.внутрибрюшная резекция поперечно-ободочной кишки;
b.внутрибрюшная резекция сигмовидной кишки;
c.передняя резекция ректосигмы;

d.операция Гартмана;
e.гемиколэктомия;
f.колэктомия;
g.колостомирование;
h.наложение обходного анастомоза;
i.все перечисленные операции.

13.Синдром кишечной непроходимости характерен для рака:
a.правой половины ободочной кишки;
b.левой половины ободочной кишки;
c.прямой кишки;
d.поперечно-ободочной кишки.

14.Гемиколэктомия справа выполняется при локализации опухоли в:
a.слепой кишке;
b.восходящей обдочной кишке;
c.поперечной ободочной кишке;
d.нисходящей ободочной кишке;
e.сигмовидной кишке;
f.печеночном изгибе ободочной кишки;
g.селезеночном изгибе ободочной кишки.

15.Токсико-анемический синдром характерен для рака:
a.правой половины ободочной кишки;
b.левой половины ободочной кишки;
c.поперечно-ободочной кишки;
d.прямой кишки;
e.всех перечисленных отделов.

16.Наиболее частым осложнением рака ободочной кишки является:
a.кишечная непроходимость;
b.перфорация опухоли;
c.присоединение воспаления с развитием абсцессов, флегмон;
d.массивное кишечное кровотечение;
e.все перечисленные осложнения встречаются примерно с одинаковой частотой.

17.К предраковым заболеваниям ободочной кишки относятся:
a.гранулематозный колит; (болезнь Крона)
b.хронический неспецифический язвенный колит;
c.полип (полипоз);
d.дивертикулез (дивертикулит);
e.периаппендикулярный инфильтрат.

18.Гистологические формы рака ободочной кишки:
a.аденокарцинома;
b.меланома;
c.плоскоклеточный рак;
d.слизистая аденокарцинома;
e.ангиосаркома;
f.перстневидноклеточный рак;
g.недифференцированный рак;
h.неклассифицируемый рак;

i.все перечисленные формы.

19.Для обструктивного синдрома характерно:
a.слабость;
b.боли по всему животу;
c.кровь в каловых массах;
d.тошнота;
e.рвота;
f.боль внизу живота;
g.анемия;
h.интоксикация;
i.илеус;
k.все перечисленные симптомы.
20.В ободочной кишке происходит:
a.переваривание кишечного химуса;
b.всасывание воды и электролитов;
c.всасывание питательных веществ;
d.формирование и транспорт каловых масс.

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

22.Метастазирует рак ободочной кишки:
a.лимфогенно;
b.гематогенно;
c.имплантационно;
d.всеми перечисленными путями.

23.Резекция кишки выполняется при локализации опухоли в:
a.слепой кишке;
b.восходящей обдочной кишке;
c.поперечной ободочной кишке;
d.нисходящей ободочной кишке;
e.сигмовидной кишке;
f.печеночном изгибе ободочной кишки;
g.селезеночном изгибе ободочной кишки.

24.Экзофитный тип роста рака ободочой кишки наиболее часто встречается:
a.в слепой и восходящих отделах;
b.в поперечно-ободочной кишке;
c.в нисходящей ободочной кишке;
d.в сигмовидной кишке;
e.во всех отделах.

Рак прямой кишки

1.При раке прямой кишки преобладает:
a.общие симптомы;
b.общие и местные симптомы;
c.местные симптомы;
d.ни один из перечисленных.

2.Опухоли каких отделов прямой кишки удается обнаружить при пальцевом исследовании:
a.нижнеампулярный;
b.среднеампулярный;
c.верхнеампулярный;
d.ректосигмальный;
e.дистальная треть сигмовидной кишки.

3.При меланоме прямой кишки из радикальных операций больному показано:
a.брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки;
b.брюшно-анальная резекция прямой кишки;
c.черезбрюшинная резекция прямой кишки;
d.допустимо выполнение всех перечисленных операций.

4.При гематогенном метастазировании рака прямой кишки наиболее часто поражаются:
a.легкие;
b.печень;
c.брюшина;
d.тонкая кишка;
e.все выше перечисленные органы.

5.Отток крови от прямой кишки осуществляется:
a.в систему нижней брыжеечной вены;
b.в систему подвздошной вены;
c.и той и другой.

6.Прогноз при раке прямой кишки зависит от:
a.стадии рака;
b.морфологической формы;
c.профессии;
d.места жительства.

7.Регионарными коллекторами лимфатических узлов для прямой кишки являются:
a.параректальные;
b.внутренние подвздошные;
c.наружные подвздошные;
d.забрюшинные (нижнебрыжеечные);
e.пахово-бедреные.

8. На выбор вида радикальной операции при раке прямой кишки оказывает влияние:
a.локализация опухоли в прямой кишке;
b.степень распространенности опухолевого процесса;
c.наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфатических узлах;
d.наличие осложений заболевания;
e.все перечисленное.

9. Предоперационная гамма-терапия наиболее эффективна при раке прямой кишки гистологической формы:
a.аденокарцинома;
b.плоскоклеточный рак;
c.слизистый рак.

10. Брюшно-анальная резекция с низведением сигмовидной кишки оптимально выполнима при локализации опухоли от анального канала:
a.4-6 см;
b.7-12 см;
c.12-16 см.
11.Наиболее часто рак прямой кишки локализуется в:
a.в ампулярном отделе;
b.в ректосигмоидном отделе;
c.анальном канале.

12. Радикальными операциями при раке прямой кишки являются:
a.экстирпация прямой кишки;
b.операция Гартмана;
c.операция Микулича;
d.брюшно-анальная резекция прямой кишки.

13. Кровоснабжение прямой кишки осуществляется за счет артерий, отходящих:
a.от нижней брыжеечной артерии;
b.от внутренней подвздошной артерии;
c.от обеих артерий.

14.Формы роста рака прямой кишки:
a.экзофитный;
b.эндофитный;
c.смешанный;
d.все перечисленные формы.

15.К облигатным предраковым заболеваниям прямой кишки относятся:
a.болезнь Крона;
b.неспецифический язвенный проктосигмоидит;
c.ворсинчатая опухоль;
d.аденоматозный полип;
e.все перечисленные заболевания.

16.Наиболее часто больные раком прямой кишки жалуются на:
a.слабость;
b.боли по всему животу;
c.примесь крови в каловых массах;
d.тошноту;
e.рвоту;
f.боли внизу живота;
g. тенезмы.

17.Химиопрепараты эффективные при раке прямой кишки:
a.тиотеф;

b.бруломицин;
c.5-фторурацил;
d.фторафур;
e.митомицин-С;
f.адриамицин.

18.Паллиативными операциями при раке прямой кишки являются:
a.наложение двухствольной сигмостомы;
b.гемиколэктомия;
c.наложение отходного анастомоза.

19.Предоперационная гамма-терапия рака прямой кишки выполняется при локализации опухоли в:
a.нижнеампулярном отделе;
b.среднеампулярном отделе;
c.верхнеампулярном отделе;
d.ректосигмоидном отделе.

20.Из перечисленных операций к сфинктеросохраняющим не относится:
a.чрезбрюшинная резекция прямой кишки;
b.брюшно-анальная резекция прямой кишки;
c.брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки;
d.все перечисленные операции следует относить к сфинктеросохраняющим.

21.Больные, оперированные по поводу рака прямой кишки:
a.нуждаются в диспансерном наблюдении и реабилитации;
b.не нуждаются в диспансерном наблюдении;
c.остаются на усмотрение оперирующего хирурга.

22.Метастазирует рак прямой кишки:
a.гематогенно;
b.лимфогенно;
c.имплантационно;
d.всеми перечисленными путями.

23.В какие коллекторы лимфоузлов происходит отток лимфы из нижнеампулярного и анального отделов прямой кишки:
a.наружные подвздошные;
b.внутренние подвздошные;
c.пахово-бедреные;
d.илеоцекальные.

24.К какому отделу прямой кишки прилежит предстательная железа:
a.надампулярному;
b.среднеампулярному;
c.нижнеампулярному;
d.анальному.

25.Лимфогенное метастазирование при раке средней и верхней трети прямой кишки происходит:
a.вдоль верхней прямокишечной артерии;
b.вдоль нижней прямокишечной артерии;

c.вдоль средней прямокишечной артерии;
d.в пароаортальные лимфатические узлы;
e.в анаректальные лимфоузлы;
f.в забрюшинные лимфоузлы;
g.все выше перечисленное.

26.Передняя резекция прямой кишки выполняется при расположении опухоли на расстоянии:
a.5см от ануса;
b.7-8см от ануса;
c.12см от ануса;
d.35-40см от ануса.

27.К облигатным предраковым заболеваниям прямой кишки относятся:
a.полип или полипоз;
b.хронический неспецифический язвенный ректит (проктосигмоидит);
c.ворсинчатая опухоль;
d.трещины и свищи анальной области;
e.геморрой.

28.Гистологические формы рака прямой кишки:
a.аденокарцинома;
b.меланома;
c.плоскоклеточный рак;
d.слизистый рак;
e.ангиосаркома.

29.Обследование больного, обратившегося к врачу с жалобами на нарушение функции кишечника, следует начинать:
a.с рентгенологического исследования толстой кишки (ирригоскопия);
b.с фиброколоноскопии;
c.ректороманоскопии;
d.с ректального пальцевого исследования;
e.с ультразвукового исследования брюшной полости.

30.К методу скрининга рака толстой кишки в настоящее время можно отнести регулярно проводимые:
a.исследование кала на скрытую кровь, в том числе гемокульттест и криптогемтест;
b.пальцевое исследование прямой кишки;
c.ректороманоскопию;
d.все перечисленное.

31.Среди больных раком прямой кишки преобладают:
a.мужчины;
b.женщины;
c.мужчины и женщины поровну.

32.Экстирпация прямой кишки заключается в:
a.удалении всей прямой кишки;
b.удаление прямой кишки с сохранением сфинктера.

33.При подозрении на онкопатологию прямой кишки обязательными методами исследования являются:
a.пальцевое исследование прямой кишки;
b.ректороманоскопия;
c.осмотр прямой кишки ректальными зеркалами;
d.реакция Грегерсена;
e.взятие мазков-отпечатков или биопсия опухоли для морфологического исследования.

34.Операция Гартмана при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки и раке ректосигмоидного изгиба целесообразно отдавать предпочтение в случаях:
a.наличия обтурационной кишечной непроходимости;
b.наличия воспалительных изменений стенки кишки;
c.у лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации;
d.во всех перечисленных ситуациях.

35.Прямая кишка имеет отделы:
a.надампулярный;
b.ампулярный;
c.анальный (промежностный).

36.В плане комбинированного лечения рака прямой кишки после проведения предоперационной крупнофракционной гамма-терапии выполнение операции показано не позднее:
a.72 часов;
b.2 недель;
c.3 недель.

37.В систему воротной вены отток крови осуществляется из:
a.верхней прямокишечной вены;
b.средней прямокишечной вены;
c.нижней прямокишечной вены.

38.Какие отделы прямой кишки покрыты брюшиной со всех сторон:
a.надампулярный;
b.ампулярный;
c.анальный (промежностный).

39.Лимфогенное метастазирование при раке нижней трети прямой кишки происходит:
a.вдоль верхней прямокишечной артерии;
b.вдоль нижней прямокишечной артерии;
c.вдоль средней прямокишечной артерии;
d.в пароаортальные лимфатические узлы;
e.в анаректальные лимфоузлы;
f.в забрюшинные лимфоузлы;
g.в подчревные лимфоузлы;
h.в подвздошные лимфоузлы;
i.в паховые лимфоузлы;
J.все выше перечисленное.

Лучевая диагностика и лучевая терапия

1.Единица системы си активности радиоактивных изотопов:
a.рентген (р);

b.биологический эквивалент рентгена (бэр);
c.беккерель (бк);
d.зивер (зв);
e.грей (гр.).

2.Активность радиоактивного изотопа это:
a.число свободных электронов в атоме вещества;
b.разница между числом нейтронов и протонов в атоме вещества;
c.число гамма квантов испускаемых в 1 секунду;
d.число ядерных распадов в единице массы вещества;
e.число распадов атомов в 1 секунду.

3.Какой вид излучения регистрируется при радионуклидных исследованиях in vivo на однофотонном эмиссионном компьютерном томографе?
a.альфа
b.бета
c.гамма
d.рентгеновское
e.нейтронное.

4.Основной молекулярной мишенью действия ионизирующего излучения в клетке является:
a.транспортная рнк;
b.мукополисахариды;
c.днк;
d.информационная рнк;
e.гликозамингликаны.

5.При увеличении линейной потери энергии ионизирующего излучения:
a.повышается поражаемость клеток и повышается их способность к восстановлению;
b.не изменяется поражаемость клеток и их способность к восстановлению;
c.снижается поражаемость клеток и их способность к восстановлению;
d.повышается поражаемость клеток и снижается их способность к восстановлению;
e.снижается поражаемость клеток и повышается их способность к восстановлению.

6.В каких единицах измеряется период полураспада радиоактивных изотопов?
a.единица времени;
b.беккерель;
c.грей;
d.бэр;
e.рад.

7.Единица поглощенной дозы:
a.рентген;
b.беккерель;
c.зиверт;
d.грей;
e.кюри.
8.Единица эквивалентной дозы:
a.рентген;
b.грей;
c.кюри;

d.беккерель;
e.зиверт.

9.Низкая проникающая способность свойственна для:
a.рентгеновского излучения;
b.тормозного излучения высокой энергии;
c.гамма-излучения;
d.излучения электронов высокой энергии;
e.альфа-излучения.

10.Максимальной радиочувствительностью обладают:
a.миоциты;
b.сперматогонии;
c.эритроциты;
d.сперматозоиды;
e.фибробласты.

11.Первичное действие ионизирующего излучения это:
a.нарушение проницаемости клеточных мембран;
b.ионизация атомов и молекул;
c.образование атомарного водорода;
d.образование перекисей;
e.нарушение синтеза днк.

12.Период полураспада tc99m:
a.2,8 сут;
b.6,04 ч;
c.1,7 ч;
d.13 ч;
e.2,03 мин.

13.Какой вид излучения регистрируется при радионуклидных исследованиях in vivo на позитронном двухфотонном эмиссионном томографе?
a.альфа;
b.бета;
c.фотоны;
d.позитроны;
e.нейтроны.

14.Радионуклид 99mtc является:
a.долгоживущим;
b.среднеживущим;
c.короткоживущим;
d.ультракороткоживущим;
e.органотропным.

15.Для исследования кровотока используется радиофармацевтический препарат:
a.99mtc-коллоид (технефит);
b.99mtc-моноклональные антитела;
c.99mtc-меченные эритроциты;
d.99m tc-микросферы альбумина (макротех);
e.99mtc-бутил-ида (бромезида).

16.Для исследования минерального обмена костной ткани используется радиофармацевтический препарат:
a.99mtc-коллоид (технифит);
b.99mtc-моноклональные антитела;
c.99mtc-меченные эритроциты;
d.99mtc-пирофосфат (пирфотех);
e.99mtc-бутил-ида (бромезида).

17.Для исследования функционального состояния гепатобилиарной системы используется радиофармацевтический препарат:
a.99mtc-коллоид (технифит);
b.99mtc-моноклональные антитела;
c.99mtc-меченные эритроциты;
d.99mtc-пирофосфат (пирфотех);
e.99mtc-бутил-ида (бромезида).

18.Для диагностики опухолевых процессов используется радиофармацевтический препарат:
a.99mtc-коллоид (технифит);
b.99mtc-моноклональные антитела;
c.99mtc-меченные эритроциты;
d.99mtc-пирофосфат (пирфотех);
e.99mtc-бутил-ида (бромезида).

19.Для диагностики тэла используется радиофармацевтический препарат:
a.99mtc-коллоид (технифит);
b.99mtc-моноклональные антитела;
c.99mtc-меченные эритроциты;
d.99mtc-пирофосфат (пирфотех);
e.99m тс-микросферы альбумина (макротех).

20.Для оценки объема функционирующей паренхимы почки после перенесенного инфаркта проводят:
a.остеосцинтиграфию;
b.гепатобилисцинтиграфию;
c.гепатосцинтиграфию;
d.статическую сцинтиграфию почек;
e.динамическую сцинтиграфию почек.

21.При подозрении на острую тромбоэмболию легочной артерии оптимальный диагностический алгоритм выглядит следующим образом:
a.радионуклидное исследование легочной перфузии + полипозиционная рентгенография грудной клетки;
b.радионуклидное исследование легочной перфузии + мультиспиральная (спиральная) компьютерная томография с контрастным агентом;
c.чреспищеводное ультразвуковое исследование полостей сердца + определение скорости свертывания крови;
d.чреспищеводное ультразвуковое исследование сосудов средо-стения + (при необходимости) внутрисосудистое ультразвуковое исследование.

22.Использование "болюсного" введения контрастного вещества при исследовании почек на спиральном (мультиспиральном) компьютерном томографе позволяет получить сведения о:
a.строении паренхимы почек и наличии объемных образований (кисты, опухоли, абсцессы);
b.строении чашек, лоханок, мочеточников и наличии в них конкрементов;
c.сосудах ножки почек (наличие кровотока, стенозы, кальциноз стенок);
d.всю вышеперечисленную информацию;
e.не дает дополнительной информации.

23.Для диагностики состояния почечного кровообращения, функции гломерулярного или тубулярного аппарата, нарушения уродинамики применяют:
a.спиральную (мультиспиральную) рентгеновскую компьютерную томографию;
b.магнитноядернорезонансную томографию;
c.реовазографию;
d.динамическую сцинтиграфию почек;
e.ультразвуковое исследование почек и забрюшинного пространства.

24.Динамическая сцинтиграфия почек с тубулотропным радиофармпрепаратом позволяет оценить:
a.строение паренхимы почек;
b.строение чашек и лоханок;
c.скорость канальцевой секреции и объем функционирующей паренхимы раздельно для каждой почки;
d.строение сосудов;
e.строение мочеточников.

25.Для оценки процессов почечной компенсации и декомпенсации при развитие хпн наиболее информативна:
a.спиральная (мультиспиральная) рентгеновская компьютерная томография;
b.магнитноядернорезонансная томография;
c.реовазография;
d.динамическая сцинтиграфия почек;
e.ультразвуковая диагностика.

26.Определение преимущественного пути лимфогенного метастазирования при меланоме кожи визуализируется при:
a.спиральной (мультиспиральной) рентгеновской компьютерной томографии;
b.магнитноядернорезонансной томографии;
c.реовазографии;
d.непрямой лимфосцинтиграфии;
e.ультразвуковой диагностике.

27.Визуализация первого лимфоузла на пути лимфотока от патологического процесса выевляется при:
a.магнитноядернорезонансной томографии с контрастным усилением;
b.термографии;
c.цветном доплеровском картировании;
d.эндоскопии;
e.непрямой лифосцинтиграфии.

28.Гепатобилисцинтиграфия позволяет получить сведения о:

a.строении печеночной дольки;
b.пространстве диссе;
c.накопительной и выделительной функции гепатоцитов;
d.функциональной активности клеток купфера;
e.процессах конъюгирования билирубина.

29.Непрямая лимфосцинтиграфия дает возможность оценить:
a.поражение метастазами региональных лимфоузлов;
b.функциональную активность коркового вещества лимфоузла;
c.картирование лимфотока;
d.кровоснабжение лимфоузлов;
e.состояние микроциркуляции тканей.
30.Функциональная проба с фуросемидом при проведении динамической сцинтиграфии почек позволяет:
a.оценить реабсорбцию в собирательных трубочках;
b.оценить функциональную активность нефрона;
c.выявить дилатационный или обструктивный тип уропатии;
d.выявить калекспиелоэктазию;
e.оценить клубочковую фильтрацию.

31.Радионуклидная диагностика in vivo позволяет оценить:
a.структуру патологического процесса;
b.плотность исследуемого объекта;
c.фармакокинетику индикатора в исследуемом объекте;
d.строение сосудистого русла;
e.фармакодинамику фармакологического препарата.

32.У пациента резкие, интенсивные боли в груди. при рентгенографии грудной клетки определяется расширение тени средостения. эгк-без отклонений от нормы. подозревается расслоение стенки грудной аорты. для уточнения диагноза необходимо применить немедленно:
a.радионуклидную метку эритроцитов для определения выхода крови за пределы кровяного русла;
b.ультразвуковое исследование сосудов средостения с введением эхографического контрастного вещества;
c.получено достаточно данных для направления пациента в операционную;
d.прямую ангиографию аорты и ее ветвей;
e.спиральную (мультиспиральную) компьютерную томографию с внутривенным болюсным введением контрастного вещества.

33.При исследовании лимфатических узлов забрюшинного пространства наиболее информативно проведение следующего метода:
a.радионуклидное исследование;
b.ультразвуковое исследование;
c.обзорная рентгенография;
d.брюшная аортография
e.компьютерная томография.
34.Какие из приведенных, не относятся к открытому типу радиоактивных источников?
a.растворы применяемые в радонотерапии;
b.растворы йода-131, для исследования щитовидной железы;
c.отстойники для жидких радиоактивных отходов;
d.радиоактивные изотопы и осколки деления ядерных устройств;

e.гамма-терапевтические и рентгенодиагностические аппараты.

35.Подготовка пациента к сцинтиграфии почек включает в себя:
a.полную гидратацию;
b.премедикацию слабыми диуретиками;
c.специальную диету;
d.специальной подготовки не требуется;
e.отмену нефротропных антибиотиков.

36.Какую форму приобретает ренографическая кривая у больных с тромбозом легочной артерии:
a.обструктивную;
b.афункциональную;
c.паренхиматозную;
d.изостенурическую;
e.без отклонений от нормы.

37.Накопление рфп в пораженных участках головного мозга при проведении сцинтиграфии с 99mtc - пертехнетатом обусловлено:
a.активным кровотоком;
b.нарушением гэб;
c.осмотическими процессами;
d.всеми перечисленными;
e.только 1 и 2.

38.Какие процессы в костной ткани стимулируются тиреокальцитонином:
a.метаболическая активность остеоцитов;
b.метаболическая активность остеобластов;
c.метаболическая активность остеокластов;
d.процессы минерализации костной ткани;
e.процессы органификации костной ткани.

39.Основной механизм накопления меченных коллоидов селезенкой:
a.капиллярная блокада;
b.активный транспорт;
c.фагоцитоз;
d.клеточная секвестрация;
e.развитие некроза.

40.Основные преимущества радиофармацевтических препаратов, используемых для сцинтиграфического исследования перфузии головного мозга на офэкт:
a.возможность проникать через неповрежденный гэб;
b.высокое поглощение мозговой тканью во время первого прохож-дения препарата;
c.распределение в головном мозге пропорционально уровню крово-тока в нем;
d.все выше перечисленные;
e.только 1. и 2.

41.Какие заболевания вызывают нарушения гэб с последующими позитивными сцинтиграфическими признаками:
a.первичные опухоли головного мозга;
b.метастатическое поражение головного мозга;
c.черепно-мозговая травма;

d.инсульт;
e.все перечисленные.

42.Гиперфиксация рфп в костях скелета в норме зависит от:
a.содержания губчатого вещества;
b.наличия активности в почках и ткани мочевого пузыря;
c.возраста пациента;
d.геометрии производимых измерений;
e.физической нагрузки.

43.Механизм визуализации при сцинтиграфическом исследовании перфузии легких с микросферами альбумина заключается в:
a.фагоцитозе частиц;
b.диффузии их через альвеолярно-капиллярную мембрану;
c.временной эмболии системы микроциркуляции;
d.адгезии на стенке капилляра;
e.развитии асептического воспаления.

44.Эффективный период полувыведения коллоидов, меченных 99mтс:
a.6 часов;
b.1,7 дня;
c.8 дней;
d.1,7 часа;
e.20 дней.

45.Нормальное накопление рфп селезенкой по отношению к суммарному накоплению его печенью и селезенкой в передней проекции находится в интервале:
a.3-5 %;
b.10-15%;
c.20-25%;
d.30-35%;
e.40-50%.

46.Противопоказания для проведения радионуклидных исследований:
a.детский возраст;
b.сахарный диабет;
c.тромбофлебит;
d.все;
e.исследования проводятся по клиническим показаниям.

47.Определение топики и размера ложа опухоли при планировании лучевой терапии необходимо для:
a.эффективного уничтожения опухоли;
b.защиты окружающей опухоль ткани;
c.увеличения радиотерапевтического интервала;
d.минимального соотношения интегральной и очаговой дозы;
e.подавления роста отдаленных метастазов.
48.Определение радиобиологических особенностей опухолевого процесса при планировании лучевой терапии необходимо для:
a.эффективного подавления субклинического распространения опухолевого процесса;
b.защиты окружающей опухоль ткани;
c.увеличения радиотерапевтического интервала;

d.минимального соотношения интегральной и очаговой дозы;
e.подавления роста отдаленных метастазов.

49.Моделирование пространственного распределения дозы поглащенного излучения при планировании лучевой терапии необходимо для:
a.эффекивного уничтожения опухоли;
b.защиты окружающей опухоль ткани;
c.увеличения радиотерапевтического интервала;
d.инимального соотношения интегральной и очаговой дозы;
e.подавления роста отдаленных метастазов.

50.Минимальное соотношения интегральной и очаговой дозы необходимо для:
a.эффективного уничтожения опухоли;
b.защиты окружающей опухоль ткани;
c.увеличения радиотерапевтического интервала;
d.выбора радиомодификатора;
e.снижения возможности развития постлучевых осложнений.

51.Радиотерапевтический интервал это:
a.разница между радиочувствительностью опухолевой и окружающей ее здоровой тканью;
b.диапазон опухолецидной дозы;
c.интервал времени для развития постлучевого патоморфоза;
dюинтервал времени для развития лучевых реакций.

52.Моделирование пространственного распределения дозы поглощенного излучения при планировании лучевой терапии необходимо для выбора:
a.радиосенсибилизатора;
b.технического приема подведения энергии ионизирующего излучения к ложу опухоли;
c.вида ионизирующего излучения;
d.радиопротектора.

53.Выбор вида ионизирующего излучения позволяет:
a.эффективно уничтожить опухоль;
b.подавить рост отдаленных метастазов;
c.увеличить радиотерапевтический интервал;
d.снизить проявления постлучевого патоморфоза в опухоли;
e.снизить возможность развития постлучевых осложнений.

54.Ведущим критерием выбора стратегии лучевого лечения злокачественного процесса является:
a.общее клинического состояния пациента;
b.сопутствующая патология;
c.стадия развития опухолевого процесса (tnm);
d.возраст.

55.Радикальная стратегия лучевого лечения опухолевого процесса это:
a.полное уничтожение первичного опухолевого процесса;
b.возможность подведения опухолецидной дозы к ложу опухоли;
c.подавление роста отдаленных метастазов;
d.уничтожение региональных метастазов.

56.Лучевые реакции (ранние лучевые осложнения) это прежде всего развитие:
a.процессов некробиоза тканей;
b.дистрофических процессов;
c.репаративных процессов;
d.воспалительных процессов.

57.Лучевые повреждения (поздние лучевые осложнения) это прежде всего развитие:
a.процессов некробиоза тканей;
b.дистрофических процессов;
c.репаративных процессов;
d.воспалительных процессов.

58.Минимальное соотношение интегральной и очаговой дозы возможны при:
a.внешнем дистанционном статическом многопольном способе обучения;
b.при конформном способе обучения;
c.при компланарном способе обучения;
d.при внутненнем внутритканевом способе обучения;
e.при внутненнем системном (внутривенном) способе обучения.

59.Наиболее эффективным внешним техническим приемом подведения энергии ионизирующего излучения к ложу опухоли является:
a.дистанционное статическое многопольное;
b.конформное;
c.многозонное;
d.компланарное;
e.дистанционное подвижное ротационное.

60.Радиочувствительность выше при условии:
a.чем ниже степень дифференцировки и выше пролиферативная активность клеток опухоли;
b.чем выше степень дифференцировки клеток опухоли;
c.чем более выражены процессы некробиоза в опухоли;
d.чем ниже парциальное напряжение кислорода в ткани опухоли.

Методы диагностики злокачественных заболеваний

1.Гиперкальциемия клинически проявляется всем перечисленным, кроме:
a.обезвоживание;
b.судороги;
c.аритмия;
d.повышение массы тела.

2.СА-125 используется для диагностики и контроля эффективности лечения:
a.рака яичника;
b.рака печени;
c.рака желудка.
3.Какие основные симптомы при изучении легочной патологии:
a.патологические изменения в легочной ткани;
b.вентиляционные расстройства;
c.патологические изменения корня легкого;
d.все перечисленное.

4.Каковы этапы рентгеноскопии верхних дыхательных отделов пищеварительного тракта (глотки, пищевода, желудка и 12п кишки):
a.изучение рельефа слизистой оболочки;
b.тугое наполнение;
c.двойное контрастирование;
d.все перечисленное.

5.Для экзофитно растущих новообразований внутрь просвета органа характерно:
a.дефект наполнения любой формы;
b.органическое (стойкое) сужение просвета полного органа с его деформацией;
c.ригидность стенки на ограниченном участке.

6.При злокачественном росте происходит:
a.угнетение Т-клеточного звена иммунитета;
b.угнетение В-клеточного звена иммунитета;
c.все перечисленное.

7.Гиперкальциемия у онкологических больных развивается в результате:
a.усиления резорбции кости при остеолитических метастазах;
b.остеолиза - вследствие выделения опухолью паратгормоноподобного белка;
c.все перечисленное.

8.Что включает в себя термин "первичная профилактика":
a.модификация внутренних и внешних канцерогенных факторов;
b.выявление и лечение предраковых заболеваний;
c.диагностика ранних стадий злокачественных новообразований;
d.санация хронических очагов инфекции.

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

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

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

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

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

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

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

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

17.Основными признаками злокачественного поражения костно-суставной системы являются все, кроме:
a.вздутие кости с ее деформацией;
b.деструкция;
c.остеопластические очаги;
d.остеопороз.

18.При злокачественных новообразованиях перекисное окисление липидов:
a.снижается;
b.активизируется;
c.не изменяется.

19.Линейная томография используется при диагностике:
a.периферического рака легкого или опухолей плевры;
b.центрального рака легкого;
c.корневой или медиастинальной лимфаденопатии;
d.опухолей костей и суставов;
e.все перечисленное.

20.Какие методы рентгенологического исследования относятся к основным:
a.рентгеноскопия;
b.флюорография;
c.рентгенография;
d.электрорентгенография;
e.все перечисленное.

21.Перечислите основные симптомы рака при контрастной рентгеноскопии полых органов ЖКТ:
a.органическое (стойкое) сужение просвета полого органа с его деформацией;

b.дефект наполнения любой формы (отсутствие части изображения органа вместе занятом опухолью);
c.ригидность стенки на ограниченном участке;
d.все перечисленное.

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

Кафедра онкологии и лучевой диагностики

3. Вопросы итогового тестирования по дисциплине ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Специальность: 32.05.01 Медико-профилактическое дело
Уровень высшего образования: специалитет
Квалификация: Врач по общей гигиене, по эпидемиологии

Екатеринбург
2019

Итоговое тестирование

1.Каков внешний вид очага плоскоклеточного рака кожи
a. Гладкая бляшка, покрытая истонченным эпидермисом.
b. Бородавчатое образование с гиперкератозом.
c. Язва с кратерообразным краем.

2. На чем основывается диагноз рака кожи?
a. Только на данных пальпации образования и лимфоузлов.
b. На пробном лечении антимикробными и антигрибковыми мазями.
c. На гистологическом анализе биоптата.

3. Как дифференцировать рак кожи с сифилисом?
a. По типичной локализации и внешнему виду образования.
b. По посевам с язвы.
c. По иммунологическим тестам.

4. Как дифференцировать рак кожи с туберкулезом?
a. По реакции Пирке, Манту.
b. По посевам с язвы.
c. По гистологическим анализам.

5. К какой стадии относится рак кожи лица 1х1 см, прорастающий в кость (у края орбиты)?
a. К первой.
b. Ко второй.
c. К третьей.
d.К четвертой.

6. Как лечить рак кожи конечности, проросший в кость?
a. Близкофокусная рентгенотерапия.
b. Сочетанная лучевая терапия (внутритканевая и дистанционная).
c. Ампутация или экзартикуляция.

7. Как лечить рак кожи 1 стадии на нижнем веке?
a. Близкофокусная рентгенотерапия.
b. Внутритканевая лучевая терапия.
c. Оперативно.

8. Наиболее рациональный способ лечения рака кожи лица вне век?
a. Иссечение.
b. Внутритканевая лучевая терапия.
c. Короткофокусная рентгенотерапия.

9. Каков внешний вид рака нижней губы?
a. Плотный инфильтрат покрытый истонченной слизистой.
b. Покрытая эпителием бляшка.
c. Эрозия, язва.

10. Какие из перечисленных признаков указывают на вероятную малигнизацию невуса?
a. Усиление пигментации в период полового созревания, беременности.
b. Эрозирование.
c. Появление волос на невусе.

11. Каковы диагностические мероприятия для дифференциальной диагностики большинства локализаций невуса и меланомы, если новообразование не изъязвлено?
a. Пункция и цитологическое исследование.
b. Биопсия.
c. Широкое иссечение и гистологический анализ.

12. Какие виды обезболивания нельзя применять при удалении меланомы?
a. Местная инфильтративная анестезия.
b. Проводниковая анестезия.
c. Внутривенный наркоз.

13. Какое лечение следует выбрать при локализованной меланоме без метастазов в лимфоузлы?
a. Близкофокусная рентгенотерапия.
b. Внутритканевая лучевая терапия.
c. Иссечение после лучевого лечения меланомы и зон регионарного метастазирования.
d. Иссечение меланомы и превентивная регионарная лимфаденэтомия.
e. Иссечение только самой меланомы.

14. Что из перечисленного отмечается чаще всего при начальном периферическом раке легкого?
a. Боль в груди.
b. Приступообразный сухой кашель.
c. Одышка.
d. Повышенная температура.
e. Отсутствие симптомов.

15. Рентгенологически периферический рак выглядит как:
a. Атэлектаз.
b. Затемнение в границах сегмента или доли.
c. Инфильтрат.
d. Круглая тень.

16. Как подтвердить периферический рак легкого морфологически?
a. Взятием мокроты на цитологию.
b. Взятием биоптата при бронхоскопии.
c. Трансторакальной пункцией под рентгеноконтролем.

17. Морфологическая верификация центрального рака легкого осуществляется путем:
a. Пункции опухоли под рентгеноконтролем.
b.Бронхоскопии с биопсией.
c. Торакоскопии.

18. Какой вариант мастопатии представляет наибольший риск рака молочной железы?
a. Кистозный фиброаденоматоз.
b. Секреторная болезнь.
c. Фиброаденома.
d. Фиброаденоматоз с пролиферацией и дисплазией эпителия.

19. Какими симптомами проявляется рак Педжета?
a. Выделениями из соска.

b. Втянутостью или фиксацией соска.
c. Эрозией или экземой соска.

20. Как берется материал для цитологического исследования при раке Педжета?
a. Пункцией наиболее плотного участка.
b. Выжиманием секрета из соска.
c. Мазок с эрозии или экзематозного участка.
21. Что понимается под названием диффузный рак молочной железы?
a. Первично-дессиминированный процесс.
b. Обширная узловая опухоль, занимающая всю железу.
c. Псевдовоспалительные варианты (рожисто-, мастито-подобные, отечно-инфильтративные).

22. На основании чего окончательно дифференцируется псевдовоспалительный рак и воспалительный процесс молочной железы?
a. Путем пробного лечения.
b. Маммографии.
c. Цитологии пунктата железы и лимфоузлов.
d. Рентгенобиопсии (ABBI).
23. На каком этапе обследования можно остановиться при пальпаторном обнаружении узла в молочной железе?
a. На маммографии с заключением: не раковый процесс.
b. На цитологии пунктата с заключением: не рак.
c. На гистоанализе секторного биоптата
24. Что следует делать при выявлении кисты в молочной железе (по данным УЗИ) для исключения рака?
a. Наблюдать с повторными УЗИ 1 раз в год.
b. Пункционная аспирация содержимого и цитологическое исследование.
c. Секторную резекцию при любой кисте.

25. Какое исследование следует исключить из приведенного перечня, при патологических выделениях из сосков?
a. Радиоизотопное исследование.
b. УЗИ.
c. Дуктография.
d. Цитология мазков выделений.

26. Какой из перечисленных симптомов наиболее характерен для раннего рака пищевода?
a. Анорексия.
b. Изжога.
c. Затруднения при глотании (дисфагия)
d. Удушье.

27. Какой из перечисленных рентгенологических симптомов характерен для рака пищевода?
a. Стеноз с умеренным супрастенотическим расширением.
b. Спазм с гигантским супрастенотическим расширением.
c. Выступание стенки в просвет с неизмененными складками слизистой.
d. Глубокая ниша с эластическими стенками, меняющая размер и форму наполнения и опорожнения.

28. На каком методе исследования можно остановиться при подозрении на рак пищевода по клиническим данным?
a. Рентгенологическом.
b. Эзофагоскопии с биопсией.
c. Эзофагогастроскопии с биопсией.

29. Какой из перечисленных методов является лишним при уточнении стадии рака пищевода и решении вопроса об операбельности?
a. УЗИ печени и забрюшинного пространства.
b. Лапароскопия.
c. Медиастиноскопия.
d. КТ на уровне опухоли.

30. Какой метод лечения выбрать для лечения курабельной стадии рака шейного отдела пищевода?
a. Оперативный.
b. Лучевой.
c. Лекарственный.
31. Какой метод лечения выбрать для лечения курабельной стадии рака поддиафрагмального сегмента пищевода?
a. Оперативный.
b. Лучевой.
c. Лекарственный.

32. Как в повседневной практике дифференцируют язвенную болезнь и рак желудка?
a. Рентгенологически.
b. На основании типичной клиники и пробного лечения.
c. Гастроскопия с биопсией.
d. Только по гистоанализу резецированного желудка.

33. Какой объем операции обеспечивает достаточный радикализм и считается рациональным при начальном раке пилоруса желудка?
a. Резекция 2\3 желудка.
b. Резекция 3\4 желудка.
c. Субтотальная резекция с удалением малой кривизны и
сальников.
d. Только гастроэктомия.

34. Как надежно диагностировать полип и полиповидный рак желудка?
a. По гистоанализу биоптата, полученного при ФГС.
b. По гистоанализу всего полипа, удаленного при ФГС.
c. По гистоанализу только резецированного желудка.

35. Какой объем операции наиболее рационален при начальном раке кардиального отдела желудка?
a. Гастростомия.
b. Проксимальная субтотальная резекция.
c. Гастрэктомия.

36. При какой локализации рака желудка с паллиативной целью целесообразна лучевая терапия?
a. Антральной.

b. Кардиальной.
c. Пилорической.

37. Какие из перечисленных заболеваний более всего способствуют развитию колоректального рака?
a. Полипы толстой и прямой кишки.
b. Девертикулы толстой кишки.
c. Долихосигма.
d. Болезнь Гиршпрунга.

38. Какой из перечисленных симптомов характерен для раннего рака отделов толстой кишки от слепой до селезеночного угла (т.е. правая 1\2)?
a. Многодневные запоры.
b. Схваткообразные боли с позывами на дефекацию.
c. Анемия без признаков кровотечения.

39. Какие из перечисленных симптомов характерны для раннего рака отделов толстой кишки от селезеночного угла до прямой (т.е. левая 1\2)?
a. Многодневные запоры.
b. Анемия без признаков кровотечения.
c. Пальпируемая опухоль в брюшной полости.

40. При раке отделов толстой кишки проксимальное селезеночного утла (т.е. правой половине) физикально характерны:
a. «Забитая» калом правая половина толстой кишки.
b. Пальпируемая опухоль.
c. Вздутая правая половина толстой кишки.
d. «Шум плеска».

41. Рак слепой кишки и аппендикулярный инфильтрат должны дифференцироваться на этапе:
a. Клинико-рентгено-эндоскопического (с биопсией) исследования.
b. Лапароскопии.
c. Лапаротомии.
42. Какая из групп симптомов наиболее характерна для раннего рака прямой кишки?
a. Кровь и слизь в кале.
b. Ректальный дискомфорт, нерегулярный не оформленный стул.
c. Боли в кишке, лихорадка, гной в кале.

43. Какие из перечисленных методов исследования используются чтобы оценивать стадию рака ободочной кишки?
a. Обзорная рентгенография брюшной полости.
b. Радиоизотопное исследование опухоли.
c. УЗИ печени и забрюшинного пространства.

44. Что не характерно для рентгенологической картины остеогенной саркомы:
a. Очаг остеолиза с секвестрами.
b. Очаг остеолиза без секвестров.
c. Периостит.
d. Периостальные спикулы.
e. Очаг остеосклероза.

45. Наиболее рациональное лечение остеогенной саркомы:
a. Только оперативное (ампутация, экзартикуляция).
b. Только лучевое.
c. Комплексное: химиотерапия и оперативное, по возможности сберегательном объеме резекция с эндопротезированием.

46. Выберите вариант лечения обеспечивающий излечение хондросаркомы.
a. Оперативное.
b. Лучевое.
c. Химиотерапия.

47. Физикальные особенности пораженных лимфогранулематозом лимфоузлов:
a. Болезненные спаянные между собой и с окружающими тканями.
b. Безболезненные не спаянные между собой и с окружающими тканями.
c. С множественными свищевыми ходами.

48. Какие из перечисленных симптомов можно отнести к специфическим «общим» при лимфогранулематозе?
a. Лихорадка выше 38 С, потливость по ночам и снижение веса тела на 10%.
b. Нарушение аппетита - от анорексии до булимии.
c. Бессоница.
e. Жажда и полиурия.

49. На основании каких исследований решается вопрос о наличии или отсутствии лимфогранулематоза у больного с неясной лимфаденопатией?
a. Клинико-рентгенологических.
b. Биохимических и иммунологических.
c. Пробного лечения антибиотиками.
d. Гистологии биоптата лимфоузлов.

50. К физическим канцерогенам относятся:
a. Инфракрасное облучение.
b. Вибрация.
c. Ультрафиолетовое и радиоактивное излучение.

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

Кафедра онкологии и лучевой диагностики

3. Ситуационные задачи по дисциплине ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Специальность: 32.05.01 Медико-профилактическое дело
Уровень высшего образования: специалитет
Квалификация: Врач по общей гигиене, по эпидемиологии

г.Екатеринбург
2019

Ситуационные задачи
Современное состояние онкологии, проблемы и перспективы развития
Организация онкологической помощи. Предраковые заболевания. Основные принципы диагностики и лечения.

Задача №1

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

Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы.T4N0M0. Больной рекомендовано провести лучевое лечение.

Каковы основные принципы предлучевой подготовки больной?

Задача №2

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

Какие возможны осложнения при облучении тазовой области?

Задача №3

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

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

Задача №4

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

Каковы основные цели неоадъювантной химиотерапии?

Задача №5

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

Больному начато лечение: проведено 3 цикла ПХТ. Каковы критерии оценки эффективности химиотерапии?

Задача №6

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

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

Задача №7

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

1. Какие обследования он должен пройти и для чего?
2. Как часто он должен обследоваться в дальнейшем?

Задача №8

У пациента 4 стадия рака предстательной железы.

1. К какой клинической группе он относится?
2. Определите план его лечения?

Задача №9

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

1. Какие непосредственные осложнения надо ожидать?
2. Как их купировать?
3. Какие возможные отдаленные осложнения могут быть?

Задача №10

После лучевой терапии у больного кожа в месте облучения гиперемирована.

1. К какой группе осложнений относится данное проявление?
2. Как помочь больному?

Задача №11

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

Какие документы заполняет паталогоанатом и для чего?

Задача №12

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

1. Причины поведения больного?
2. Как помочь больному в плане психологической адаптации?

Задача №13

У больной выявлен рак молочной железы 1 стадии.

1. К какой клинической группе она относится?
2. Какие дальнейшие действия онколога по месту жительства?

Задача №14

На мебельной фабрики участились случаи заболеваемости раком.

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

Задача №15

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

1. Правильная ли тактика выбрана хирургом? 2. Какие дополнительные обследования вы порекомендуете? 3. Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением аксиллярных лимфатических узлов?

Опухоли кожи
Рак кожи. Меланомы.

Задача №1

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

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

Задача №2

Больная М., 39 лет. Жалобы на наличие новообразования на наружной поверхности правого плеча, которое увеличилось в размерах за последние 2 месяца. При осмотре: на латеральной поверхности плеча имеется узловое образование, размерами 3х4см, на широком основании, с выраженным сосудистым компонентом, бордово-коричневого цвета, легко кровоточит при пальпации, безболезненно. В правой подмышечной впадине пальпируются увеличенные до 2 см лимфоузлы. Отдаленных метастазов не выявлено.

Ваш предположительный диагноз?

Какова ваша схема лечения данного больного?

Какие пути метастазирования данной опухоли?

Задача №3

Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере.

При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотно-эластическую консистенцию. Безболезненны.

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

Задача №4

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

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

Задача №5

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

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

Задача №6

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

1. Правильно ли выбран метод лечения?
2. Какова дальнейшая тактика?

Задача №7

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

Ваши действия?

Задача №8

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

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте план обследования и лечения?

Задача №9

Больному 62 лет в поликлинике три месяца назад произведено иссечение опухоли кожи височной области справа. В выписке указан диагноз: пигментный невус (гистологическое исследование не проводилось). При осмотре на коже височной области справа обнаружен окрепший послеоперационный рубец. Рядом с ним в толще кожи пальпируется узелок с синеватым оттенком. В правой околоушной слюной железе пальпаторно выявлена плотная подвижная округлой формы опухоль размерами 1,5х2,0см.

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

Опухоли головы и шеи
Рак нижней губы

Задача №1

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

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

Задача №2

Через 2 года после лечения рака нижней губы у женщины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области слева.А) Ваш предварительные диагноз? Б) Ваша дальнейшая тактика дообследования и лечения?

Задача №3

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

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

Рак языка и слизистой оболочки полости рта

Задача №1

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

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

Задача №2

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

Тактика действия врача?

Задача №3

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

Тактика действия врача?

Опухоли слюнных желез

Задача №1

Больного в течении последнего года беспокоят периодические боли в области левой околоушной слюнной железы. Около 2-х месяцев назад появилась ассиметрия лица

и уплотнение на этом месте. Обратился к врачу.

А) Тактика действия врача? Наиболее вероятный диагноз?

Задача №2

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

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

Задача №3

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

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

Рак щитовидной железы и гортаноглотки

Задача №1

Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа рост зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина.

Ваш диагноз? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

Задача №2

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

Ваш диагноз? Тактика лечения?

Задача №3

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

Ваш предварительный диагноз?

Какие современные методы диагностики позволяют подтвердить диагноз?

Задача №4

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

Ваш диагноз? Каков предполагаемый объем лечения?

Задача №5

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

Ваш диагноз? Каков предполагаемый объем лечения?

Задача №6

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

А) Ваш предварительный диагноз?

Б) Какой метод обследования дает возможность определить, что это не щитовидная железа?

В) Какие методы лечения можно проводить этой пациентке?

Задача №7

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

А) Как радикально лечить больную?

Б) Следует ли после операции проводить еще дополнительное специализированное лечение?

Задача №8

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

А) Ваш предварительный диагноз?

Б) С помощью какого метода можно установить точный диагноз?

В) Тактика лечения этой больной?

Задача №9

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

А) Какое осложнение струмэктомии возникло у данного больного?

Б) Какие последствия это может это за собой повлечь?

Задача №10

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

А) Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

Б) У каких специалистов должна лечиться это больная?

Задача №11

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

А) Ваш наиболее вероятный диагноз?

Б) Какой метод это может точно подтвердить?

В) Тактика лечения этого больного?

Задача №12

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

А) Какие дополнительные методы исследования нужно провести?

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

Задача №13

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

А) Дальнейшая тактика действия врача?

Б) Какие методы лечения нужно применить у этого больного?

Задача №14

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

А) Какой объем операции требуется на первом этапе?

Б) Какой метод лечения требуется на втором этапе?

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

Задача №15

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

А) Какой метод лечения нужно применить?

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

Предраковые заболевания и рак молочной железы
Мастопатии. Рак молочной железы.

Задача № 1

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

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

Задача № 2

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

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

Задача № 3

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

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

Задача №4

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №5

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

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

Задача №6

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №7

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

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Какие обследования надо сделать?

Задача №8

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

1. Назовите зоны регионарного и отдаленного метастазирования.
2. Поставьте стадию заболевания?
3. Определите тактику лечения.

Задача №9

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

1.Поставьте предварительный диагноз?

2.Какие обследования надо провести?

Задача №10

Больной 85 лет, жалобы на плотное безболезненное образование в левой молочной железе, которое пальпируется на протяжении 5 лет. К врачам не обращалась? При осмотре в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы плотное, бугристое образование без четких контуров размером 3 см. В левой подмышечной области плотный, увеличенный, подвижный, безболезненный лимфоузел. При сканировании костей скелета накопление радиофармпрепарата в головке бедренной кости.

1.Какие обследования надо провести?

2.Поставьте стадию заболевания?

3.Определите план лечения?

Задача №11

Больная 50 лет, жалобы на кровянистые выделения из сосков.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Основной метод лечения?

Задача №12

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

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Определите алгоритм диагностики?
3.С чего надо начать лечение данной больной?

Задача №13

У больной 40 лет рак правой молочной железы T2 N0M0.

Определите варианты возможного лечения?

Задача №14

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

1. Назовите зоны отдаленного метастазирования и методы их обследования?
2. Поставьте стадию заболевания?
3. Определите тактику лечения?

Задача №15

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

1. Ваш диагноз?
2. Алгоритм обследования?
3. План лечения?

Задача №16

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

1. Каков предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования.

Задача №17

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

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Определите план обследования?

Задача №18

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

1. Поставьте диагноз?
2. Какие исследования надо провести для его уточнения?

Рак легкого

Задача №1

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел

за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. РКТ головного мозга - без патологии.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №2

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

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №3

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

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

Задача №4

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

Диагноз? Тактика обследования?

Задача №5

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

пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика.

Задача №6

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

Диагноз? Лечебная тактика.

Задача №7

Больной Е. 62 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, снижение работоспособности, сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 6 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

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

Задача№8

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

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

Задача №9

Больной К. 59 лет. Жалобы на сухой кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку, слабость. Похудел за 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого, имеется увеличение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без

патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ брюшной полости: печень, почки- без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. КТ головного мозга - без патологии.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №10

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

Предположительный диагноз? Каков план обследования? Предположите объем лечения.

Опухоли пищеварительного тракта
Рак пищевода. Рак желудка.

Задача №1

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №2

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №3

Больная Е. 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течениие 15 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе - патологии не выявлено. В нижней трети желудка имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение

архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №4

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

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №5

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №6

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №7

Больной Н. 62 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно:

периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в нижней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в нижней трети пищевода по задней стенке имеется опухолевое образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см, с преимущественно инфильтративным ростом. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №8

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №9

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №10

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №11

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №12

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №13

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №14

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

Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №15

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №16

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

Диагноз? Стадия? Лечебная тактика?

Задача №17

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №18

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

Диагноз? Стадия. Лечебная тактика?

Задача №19

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

Предположительный диагноз? Объем обследования?

Задача №20

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

Диагноз? Лечебная тактика? Какое необходимо дополнительное исследование провести в данном случае?

Рак ободочной кишки. Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны.

Задача №1

Больной Л. 55 лет, механик. Мать умерла от рака желудка. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли внизу живота. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в сигмовидной кишке сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в сигмовидной кишке просвет сужен за счет инфильтрации. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: обнаружено опухолевое поражение сигмовидной кишки, печень, почки без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №2

Больной А. 56 лет, профессор истории. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: в печени в области 7 сегмента имеется округлое образование, без четких границ, в головке поджелудочной железы определяется объемное образование 3х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №3

Больной Н. 70 лет. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище, за последние две недели отметил желтушность кожи, зуд. Похудел за 2 месяца на 9 кг. В анамнезе хронический панкреатит. Объективно: кожные покровы и склеры желтушны, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, отмечается сдавление общего желчного протока, поджелудочная железа неоднородной структуры, отечна, вирсунгов проток расширен, в области головки поджелудочной железы определяется объемное образование 3х4см; в брюшной полости свободная жидкость; забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: определяется объемное образование в области головки поджелудочной железы, размерами 3х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 700 Ед/мл.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №4

Больной А. 69 лет, слесарь. Злоупотребляет алкоголем. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище. Похудел за 2 месяца на 8 кг. В анамнезе хронический панкреатит, страдает тромбофлебитом. Без эффекта лечился по поводу язвенной болезни желудка. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, в области тела поджелудочной железы определяется объемное образование 4х4см, структура поджелудочной железы неоднородная, отечна, забрюшинное пространство без особенностей. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование в головке поджелудочной железы, размерами 4х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 654 Ед/мл. Диагноз? Тактика лечения?

Задача №5

Больной А. 60 лет, рабочий в области резиновой промышленности. Жалобы на тошноту, боли в эпигастральной области, отвращение к пище. В анамнезе желчно-каменная болезнь. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ, РКТ органов брюшной полости: в области 4 и 5 сегментах печени отмечаются 3 очаговых образования размерами от 1 до 1,5 см с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, стенка желчного пузыря инфильтрирована, в просвете определяется объемное образование 2 см в диаметре. Положительны маркеры: СА 19-9, щелочная фосфатаза.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №6

Больной Х. 56 лет, инженер. Отец умер от рака толстой кишки. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота, слабость. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в правой половине кишки просвет сужен за счет экзофитного образования,

легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №7

Больной Р. 63 лет. Отец, брат умерли от рака толстой кишки. В анамнезе: семейный полипоз. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота, слабость. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в правой отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в правой половине кишки просвет сужен за счет экзофитного образования, рамерами до 6 см в диаметре, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в правой доле печени имеется очаг размерами 2см в диаметре, с нечетким контуром.

Диагноз? Лечебная тактика? Какое дополнительное исследование нужно провести больному?

Задача №8

Больная Р. 63 лет. В анамнезе: рак молочной железы. Жалобы на слабость, запоры, примеси слизи в кале, вздутие живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в левом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эдофитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №9

Больная К. 6о лет. В анамнезе: неспецифический язвенный колит. Жалобы на слабость, тошноту, иногда рвоту, тяжесть в животе, урчание, запоры. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эдофитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в правой доле печени имеется очаг размерами 2см в диаметре, с нечетким контуром.

Диагноз? Лечебная тактика? Какое дополнительное исследование нужно провести больной?

Задача №10

Больной П. 62 лет. В анамнезе: семейный полипоз. Жалобы на периодические боли в правой половине живота, слабость, наличие опухолевидного образования в правой половине живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование размерами до 8 см в диаметре. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет восходящего отдела сужен за счет экзофитного бугристого образования (6 см в диаметре), легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №11

Больной А. 60 лет. В анамнезе: хронический колит. Жалобы слабость, наличие опухолевидного образования в правой половине живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование размерами до 7 см в диаметре. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет восходящего отдела сужен за счет экзофитного бугристого образования (6 см в диаметре), легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии. На рентгенограмме органов грудной полости обнаружены множественные очаги с нечеткими контурами в левом легком.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №12

Больной Т. 68лет. Страдает наследственным полипозом. Жалобы на слабость, тошноту, тяжесть в животе, урчание, запоры. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эдофитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости, по брюшине – множественные очаги от 0,5 до 1,5 см в диаметре.

Диагноз? Лечебная тактика? Какое дополнительное исследование нужно провести больному?

Задача №13

Больной К. 71 года. Страдает наследственным полипозом. Жалобы на тошноту, тяжесть в животе, урчание, запоры, боли в животе. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в поперечном отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет поперечного отдела толстой кишки сужен за счет эдофитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологическое заключение: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости, по брюшине – множественные очаги от 0,5 до 1,5 см в диаметре, в печени 2 очага до 3 см в диаметре с нечеткими контурами.

Диагноз? Лечебная тактика? Какие дополнительные исследования нужно провести больному?

Задача №14

Больной Ж., 53 года. Страдает хроническим колитом. Жалобы нет. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, безболезненный, опухолевое образование не пальпируется. Пришел на контрольное обследование по поводу своего заболевания. При фиброколоноскопии в нисходящем отделе толстой кишки обнаружено экзофитно-растущее новообразование, размерами более 3 см, взята биопсия. Гистологическое заключение: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Рак прямой кишки.

Задача №1

Больной И. 65 лет, шофер, мать умерла от рака прямой кишки. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки (суживающий ее просвет). Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №2

Больная К. 65 лет, страдает геморроем 20 лет. В прошлом работник химкомбината в течении 45 лет. Жалобы на запоры, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудела на 8 кг. Объективно: невоспаленный геморрой. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологически: инфильтративный рак, низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №3

Больная Х., 65 лет. Жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак прямой кишки. Отдаленных метастазов не выявлено. Поскольку опухоль локализована в нижнеампулярном отделе, принято решение о проведении комбинированного лечения: лучевая терапия + операция в объеме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

Каковы основные принципы реабилитации больного с колостомой (что должен знать больной, чтобы научится управлять колостомой)?

Рак печени.

Задача №1

Больной С. 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, отмечается гепатомегалия. УЗИ, КТ брюшной полости: 4,5,6 сегменты печени занимает объемное образование размерами 4х5 см в диаметре с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, асцит. Маркер: АФП 700 нг\мл. Гистологическое заключение: гепатоцеллюлярный рак.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №2

Больной И., 36 лет. В течение 4-х лет болен вирусным гепатитом С. При настоящем обследовании в правой доле печени, на фоне цирротических изменений. Определяется объемное образование до 7,0 см в диаметре.Определите диагностическую и лечебную тактику, назовите возможные варианты заболеваний.

Задача №3

Больной А., 45 лет. 2 года назад перенес резекцию сигмовидной кишки по поводу рака. При настоящем обследовании в проекции 5 и 8 сегментов печени определяется два

опухолевых очага, максимальным размером до 5,0 см. Определите диагностическую и лечебную тактику.

Задача №4

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

Опухоли костей и мягких тканей

Задача №1

Больная Х., 23 лет. Жалобы на боли в левой ноге, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: в области латеральной поверхности средней трети левого бедра пальпируется опухолевидное образование, малоподвижное, каменистой плотности, размерами 5х6 см. Паховые лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, размерами от 1 до 2 см, безболезненны. Больной выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ: опухоль располагается в средней трети бедренной кости, протяженностью до 6 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ.

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

Задача №2

Больной П., 19 лет. Жалобы на боли в правом плече, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: правое плечо обычной конфигурации, кожные покровы не изменены, при пальпации отмечается локальная болезненность в средней трети. Больному выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ, МРТ: опухоль располагается в средней трети плечевой кости, протяженностью до 5см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

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

Задача №3

Больной Е., 41 года. Жалобы на наличие опухолевидного образования в верхней трети левого бедра. Объективно: на латеральной поверхности верхней трети левого бедра определяется опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размерами 5х6 см, ограниченной подвижности, кожа над ним гиперемирована. Больному выполнено РКТ, МРТ, УЗИ: опухоль располагается в мягких тканях средней трети бедра, размерами до 5см в диаметре, прорастания бедренной кости нет, выражен сосудистый компонент. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

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

Задача №4

У пациента липосаркома забрюшинного пространства, опухоль до 15 см, низкой степени дифференцировки, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов.

Какая стадия? Как классифицируются опухоль по глубине залегания? Наиболее целесообразная тактика лечения?

Задача №5

У больного 30 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома правого бедра, опухоль 6 см, высокой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

Какая стадия? Как классифицируются опухоль по глубине залегания?

Наиболее целесообразная тактика лечения?

Задача №6

У больного 50 лет ангиосаркома плеча, опухоль 8 см, низкой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

Какая стадия? Как классифицируются опухоль по глубине залегания?

Наиболее целесообразная тактика лечения?

Задача №7

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

Какая стадия? Как классифицируются опухоль по глубине залегания?

Наиболее целесообразная тактика лечения?

Задача №8

У больного 40 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома голени, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, опухоль располагалась над поверхностной фасцией. Регионарные лимфатические узлы не были поражены, отдаленных метастазов не было. Проведено хирургическое лечение голени, послеоперационный курс дистанционной лучевой терапии на голень. Через 6 месяцев выявлены метастазы в легкие.

Какая была стадия? Как классифицировалась опухоль по глубине залегания?

Какая СОД при проведении послеоперационного курса дистанционной лучевой терапии подводится в подобных случаях?

Наиболее целесообразная тактика лечения?

Задача №9

У пациента остеосаркома бедра, опухоль до 7 см, низкой степени злокачественности, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов.

Какая стадия? Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении остеосаркомы конечности?

Наиболее целесообразная тактика лечения?

Задача №10

У больного 20 лет саркома Юинга плеча, опухоль 9 см, низкой степени дифференцировки. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

Какая стадия? Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении саркомы Юинга конечности?

Наиболее целесообразная современная тактика лечения?

Задача №11

У больного 50 лет хондросаркома плеча, опухоль 8,5 см, низкой степени злокачественности. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

Какая стадия? Какова пятилетняя выживаемость при хирургическом лечении хондросаркомы конечности?

Наиболее целесообразная тактика лечения?

Задача №12

У больного 19 лет саркома Юинга крестца, опухоль 10 см, низкой степени дифференцировки. Регионарные лимфатические узлы не поражены, имеются множественные метастазы в легкие.

Какая стадия? Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении саркомы Юинга с наличием метастазов в легкие?

Тактика лечения.

Задача №13

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

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

Тактика лечения.

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

Кафедра онкологии и лучевой диагностики

4. **Методика оценивания образовательных достижений обучающихся по дисциплине. Правила формирования рейтинговой оценки обучающегося по учебной дисциплине**

ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Специальность: 32.05.01 Медико-профилактическое дело
Уровень высшего образования: специалитет
Квалификация: Специалист в области медико-профилактического дела

г.Екатеринбург
2019

1. Основой БРС оценивания учебных достижений студентов является модульность РПД «Онкология, лучевая терапия», реализуемой на кафедре. Модульный принцип организации учебного процесса основан на структурировании содержания РПД на образовательные модули (дидактические единицы).

В соответствии с объемом и видом учебной работы (табл. 1) при реализации РПД «Онкология, лучевая терапия» изучение материала проводится на 12-ом семестрах с освоением 5-ти дисциплинарных модулей (ДМ) и сдачей зачета.

табл. №1

Виды учебной работы	**Трудоемкость**	**Семестры (указание часов по семестрам)**
	часы	12 семестр
Аудиторные занятия (всего)	48	48
В том числе:		
Лекции	24	24
Практические занятия	24	24
Семинары		
Лабораторные работы		
Самостоятельная работа (всего)	24	24
В том числе:		
Курсовая работа (курсовой проект)		
Реферат		
Другие виды самостоятельной работы (УИРС)		
Формы аттестации по дисциплине (зачет, экзамен)	Зачет	
	ЗЕТ	часы
Общая трудоемкость дисциплины	2	72

В соответствии с тематическим планом дисциплины студенты изучают 13 дидактические единицы (ДЕ) (табл. 2).

Таблица 2

Тематический план

изучения дисциплины «Онкология, лучевая терапия»

(ДМ и дидактические единицы)

			min количество баллов	**Max количество баллов**
Лекционный материал			2	5
Посещение практических занятий			3	5
Дисциплинарный модуль №	Дидактическая единица №	Наименование модуля, дидактической единицы	min количество баллов	Max количество баллов
1	**ОБЩАЯ ОНКОЛОГИЯ** (рубежный контроль)		**9**	**15**
	1.1	Современные представления о канцерогенезе. Структура заболеваемости злокачественными новообразованиями. Значение накопленных клинико-	3	5

		экспериментальных данных и эпидемиологических исследований по канцерогенезу для профилактики рака.		
	1.2	Организация онкологической помощи в РФ. Реализация онкологического компонента профилактических осмотров населения в условиях всеобщей диспансеризации.	3	5
	1.3	Обзор и оценка современных методов диагностики злокачественных заболеваний. Современные принципы и методы лечения онкологических больных.	3	5
2	**ЧАСТНАЯ ОНКОЛОГИЯ** (рубежный контроль)		**27**	**40**
	2.1	Опухоли кожи. Рак и меланома • рак кожи; • меланомы	3	5
	2.2	Опухоли костей и мягких тканей	3	5
	2.3	Опухоли головы и шеи: • рак нижней губы; • рак языка и слизистой оболочки полости рта; • опухоли слюнных желез;	3	5
	2.4	• рак гортани; • рак щитовидной железы.	3	5
	2.5	Предраковые заболевания и рак молочной железы • мастопатии; • рак молочной железы.	3	5
	2.6	Рак легкого	3	5
	2.7	Опухоли органов пищеварительного тракта: • рак пищевода; • рак желудка; • опухоли гепатобилиопанкреатодуоденальной зоны; • колоректальный рак.	3	5
3	**ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ**		**6**	**15**
	3.1	Физические основы лучевой терапии	2	5
	3.2	Радиобиологические основы лучевой терапии злокачественных нофообразований	2	5
	3.3.	Моделирование и	2	5

		прогнозирование радиобиологических эффектов в лучевой терапии.		
4	**НАПИСАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ**		3	5
Минимальный рейтинг для допуска к зачету			**50**	
Максимальный рейтинг студента				**80**

1.1. В ходе изучения студент зарабатывает рейтинговые баллы в соответствии с успеваемостью по дисциплине: посещаемость лекций, практических занятий, самостоятельная работа, рубежный контроль знаний после окончания изучения дисциплинарной единицы. В конце каждого модуля выводится рейтинг по дисциплине в течение цикла.

2. Алгоритм определения рейтинга студента по дисциплине

2.1. Рейтинговые оценки студентов (баллы) при изучении дисциплины фиксируются как в традиционном виде на бумажном носителе, так и в форме «электронного журнала» на персональном компьютере. «Электронный журнал» позволяет оперативно в автоматическом режиме вести подсчет и контроль набранных студентами баллов.

2.2. Преподаватели кафедры оценивают знания студентов на каждом практическом занятии. Посещение всех (100%) практических занятий, предусмотренных учебным планом в течение циклавого обучения, выполнение всех учебных работ и заданий (письменные домашние работы, решение задач, демонстрация навыков), сдача всех контрольных тестов на положительную оценку – более 70% (обязательные условия для получения зачёта по дисциплине).

Для оценки усвоения материала студенту предлагаются тестовые задания по дидактическим единицам в режиме on-line на образовательном портале educa.usma.ru. Практические занятия пропущенные по уважительной или по неуважительной причине, должны быть отработаны в течение циклавого обучения в установленном порядке.

Студент имеет право на одну пересдачу каждого контрольного компьютерного тестирования и контроля по решению задач в целях повышения своего рейтингового балла. Последующие пересдачи контрольного тестирования и контрольного решения задач позволяют набрать необходимый рейтинговый балл для получения зачёта за семестр по дисциплине. Получение студентом неудовлетворительных оценок при первичной сдаче контрольного теста и при первичной пересдаче (итого две попытки) не освобождает от необходимости дальнейшей пересдачи теста. Однако успешная сдача (более 70%) с третьей и при последующих попытках будут оцениваться только на 71% независимо от фактически полученного балла за пересдачу.

Эквивалент оценки результатов рубежного тестового контроля или разбора клинических задач:

Таблица 3

Традиционная оценка	**Рейтинговые баллы**	**% правильных ответов**
неудовлетворительно	0	0 - 9%
Удовлетворительно	3	70-80%
Хорошо	4	81-90%
Отлично	5	91-100%

2.1. Посещение не менее 85% лекций, предусмотренных учебным планом в течение семестра - обязательное условие для получения права на получение зачёта по

дисциплине. В случае посещения студентом менее 85% лекций, предусмотренных учебной программой по дисциплине, для получения рейтингового балла, начисляемого по данному критерию, студент обязан предоставить преподавателю, ведущему группу или лектору конспект лекционного курса с устной отработкой пропущенных лекций.

Таблица 4

Посещение всех (100%) практических занятий, предусмотренных учебным планом в течение семестра, выполнение всех учебных работ и заданий, сдача всех контрольных тестов на положительную оценку – более 70% (обязательные условия для получения зачёта по дисциплине).	2 балла
Посещение не менее 85% лекций, предусмотренных учебным планом в течение семестра (обязательное условие для получения права на получение зачёта по дисциплине)	3 балла

2.4. Добор рейтинговых баллов может проходить в форме выполнения самостоятельной работы, написания реферата, доклада по заданию преподавателя, участия в перевязках, операциях, курации больных, решения ситуационных задач.

Таблица 5

№ п/п	Вид работы	Максимальное количество рейтинговых баллов
1.	Участие в перевязках	5
1.	Участие в операциях	5
2.	Курация больных	5
3.	Решение ситуационных задач	5
4.	Перевод статей, тезисов на русский/английский языки	10
5.	Доклад	10
6.	Написание рефератов, устные выступления по источникам и другие формы самостоятельной работы студентов по заранее полученным от преподавателя заданиям	10

3. Критерии оценки.

3.1.Минимальный балл по окончании семестра, дающий студенту право для допуска к зачёту – 50 баллов. В случае получения студентом в течение циклового обучения менее 50 баллов, студент не получает зачёта по дисциплине и переходит к процедуре добора рейтинговы.

После успешного добора рейтинговых баллов студенту начисляется минимальный проходной балл – 50 рейтинговых баллов, позволяющих быть допущенным к итоговому тестированию и получить зачёт по циклу.

3.2. Максимальный балл, который может быть начислен студенту по итогу циклового (весь курс изучения дисциплины) – 80 баллов. Максимальный балл, получаемый студентом на зачёте – 10 баллов.

По результатам суммирования баллов, полученных студентом в течение циклового обучения (от 50-80 баллов), баллов, начисленных студенту за зачёт, поощрительных баллов (от 5 до 10 баллов) выводится итоговый рейтинг по дисциплине, который рассчитывается, как сумма значений рейтинга студента в семестре и зачетного рейтинга.

Шкала итоговых оценок успеваемости по дисциплине, завершающейся зачётом

Таблица 6

Набранные баллы	Меньше 50 баллов	с 51 балла
Оценка, проставляемая в зачетную книжку	Не зачтено	«Зачтено»

4. Заключительные положения

4.1. Настоящая Методика вступают в силу с момента её утверждения на заседании кафедры онкологии и медицинской радиологии.

4.2. Преподаватели, ведущие занятия по дисциплине обязаны ознакомить студентов с Методикой балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений студентов по учебной дисциплине в начале изучения дисциплины. Информация выставляется на стенде кафедры и сайте УГМУ.