

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ

«ХАНТЫ-МАНСИЙСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»

ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ

Кафедра онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии

А.В. Чижиков, С.Н. Васильев, В.В. Аксенов

Методические рекомендации для самостоятельной работы ординаторов

по дисциплине

«Онкология»

Ханты- Мансийск, 2015 г.

УДК 616-006.04

ББК 55,6

Ч 59

Методические рекомендации по проведению практических занятий для ординаторов по разработаны на основе федерального государственного стандарта высшего профессионального образования по специальности 31.08.57 Онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1044; основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования по специальности онкология, ординатура; приказа Минздравсоцразвития России №415н от 7 июля 2009 г. Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения (зарегистрирован в Минюсте 9 июля 2009, № 14292; положения об ординатуре принятого на заседании Ученого совета БУ «Ханты-Мансийская государственная медицинская академия», протокол № 165 от 30 апреля 2014 г.; приказа Министерства образования и науки РФ от 29.06.2015 г. Об утверждении порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования.

Рецензент:

Ганцев Шамиль Ханафиевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии, с курсами онкологии и патологической анатомии ИПО, ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет».

Методические рекомендации разработаны преподавателями кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии БУ ВПО ХМАО – Югры «Ханты- Мансийская государственная медицинская академия» и содержат: общие положения, цели и задачи учебной дисциплины, перечень практических знаний и умений, формируемых компетенций, методические разработки к практическим занятиям. Представлены тестовые и практические задачи.

Методические рекомендации предназначены для ординаторов ведущих дисциплину по специальности 31.08.57 Онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. N 1044.

Обсуждено и одобрено на заседании кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии лечебного факультета. Протокол № 1б от «01» сентября 2014 г.

Программа заслушана и утверждена на заседании ЦМК дополнительного профессионального образования. Протокол № ____ « ____ » _____ 2014 г.

Сведения об авторах:

А.В. Чижиков – д.м.н., зав. кафедрой онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии БУ ВПО ХМАО – Югры «Ханты- Мансийская государственная медицинская академия».

С.Н. Васильев – к.м.н., доцент кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии БУ ВПО ХМАО – Югры «Ханты- Мансийская государственная медицинская академия».

В.В. Аксенов - к.м.н., доцент кафедры онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии БУ ВПО ХМАО – Югры «Ханты- Мансийская государственная медицинская академия».

СОДЕРЖАНИЕ

	СОДЕРЖАНИЕ	3
ТЕМА 1.	Современные возможности профилактики злокачественных новообразований. Первичная, вторичная и третичная профилактика.	4
ТЕМА 2.	Эпидемиология ЗНО. Особенности распространения на мировом уровне, этиологические факторы. Современная система организации онкоучета в РФ.	6
ТЕМА 3.	Лекарственное лечение ЗНО. Новые цитостатические, гормональные, иммуномодулирующие и таргетные препараты.	9
ТЕМА 4.	Рак поджелудочной железы.	14
ТЕМА 5.	Рак печени.	17
ТЕМА 6.	Рак щитовидной железы.	20
ТЕМА 7.	Рак нижней губы.	23
	Перечень практических навыков врача-специалиста по онкологии	26
	Перечень вопросов для изучения, темы рефератов	31
	Тестовые задания	38
	Ситуационные задачи	108

Тема 1. Современные возможности профилактики злокачественных новообразований. Первичная, вторичная и третичная профилактика.

Цели занятия: Знать социально-гигиенические и индивидуальные меры профилактики рака. Знать задачи скрининговых программ, методы обследования. Иметь представление о третичной профилактике ЗНО.

Основные этапы самоподготовки:

1. Работа с учебной литературой и периодическими изданиями в библиотеке.
2. Работа на компьютере с информационной базой в компьютерном классе (каб.343, Мира, 40), в поисковых системах с помощью Internet.
3. Подготовка реферата в печатном варианте и презентацию к нему.

Список теоретических (контрольных) вопросов:

1. Социально-гигиенические и индивидуальные меры профилактики рака. Борьба с курением. Гигиена питания.
2. Важнейшие научные направления в онкологии. Динамика показателей излечения онкологических больных.
3. Современные достижения профилактической онкологии.
4. Химиопрофилактика.
5. Понятие о скрининге.
6. Порядок наблюдения диспансерных групп после радикального лечения по поводу ЗНО.

Темы рефератов:

1. Первичная профилактика рака.
2. Вторичная профилактика ЗНО.
3. Скрининговые программы ХМАО - Югры.

N п/ п	Наименование печатных и электронных образовательных и информационных ресурсов
Онкология (основная)	
1.	Онкология: учеб. с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.: ил. уч. Рек. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970412145.html
2.	Онкология: учеб. с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.: ил. уч. Рек. 10 экз.
3.	Кузнецов Е.В., Котляров Е.В. Рак ободочной кишки (вопросы этиопатогенеза, патоморфологии, клиники, диагностики, рационального лечения): учеб. пособие для студ. старших курсов леч. и педиатр. факультетов, врачей-интернов, клинических ординаторов. - Ханты-Мансийск: ХМГМИ, 2008. - 38 с.уч.п. 20 экз.
4.	Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Хирургические болезни: учеб. / под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970412917.html
5.	Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие / А. И. Кириенко, А. М. Шулутко, В. И. Семиков, В. В. Андрияшкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970420393.html
6.	Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш. Х. Ганцев [и др.]. - Электрон.текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 . - 448 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420584.html
7.	Вельшер, Л. З. Клиническая онкология. Избранные лекции [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - Электрон.текстовые дан. - М.

	: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428672.html
8.	Профилактика онкологических заболеваний полости рта [Электронный ресурс]: учебное пособие для ординаторов / ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России; сост. Р. Т. Буляков [и др.]. - Электрон.текстовые дан. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2014. – 123с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А. Г. Хасанов, Н. Р. Кобзева, И. Ю. Гончарова. – Электрон.дан. – Уфа: БГМУ, 2009-2015. – Режим доступа: http://library.bashgmu.ru
9.	Савченко, В. Г. Острый промиелоцитарный лейкоз [Электронный ресурс]: руководство / В. Г. Савченко, Е. Н. Паровичникова. - Электрон.текстовые дан. - М.: Издательство Литтерра, 2010 . - 224 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785904090241.html
Онкология (дополнительная)	
1.	Атлас онкологических операций [Электронный ресурс] / А. Х. Трахтенберга, А. И. Пачеса; ред. В. И. Чиссова. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 632 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970407127.html
2.	Ошибки в клинической онкологии: руководство для врачей [Электронный ресурс]: руководство / ред.: В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг. - Электрон.текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 . - 768 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411179.html
3.	Трахтенберг, А. Х. Рак легкого. Атлас [Электронный ресурс]: руководство / А. Х. Трахтенберг, В. И. Чиссов. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414163.html
4.	Румянцев, П.О. Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению [Электронный ресурс] / П.О. Румянцев, А.А. Ильин, В.А. Саенко. - 2009. - 448 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970410257.html

Рекомендуемые сайты:

www.bmi.com
www.cardiosite.ru
www.clinicalevidence.org
www.consilium-medicum.com
www.iama.org
www.medscape.com
www.osdm.org
www.ossn.ru
www.pubmed.org
www.rmi.ru

КОНСУЛЬТАНТ СТУДЕНТА

[HTTP://WWW.STUDMEDLIB.RU/](http://WWW.STUDMEDLIB.RU/)

1. [Онкология: учебник. Абузарова Г.Р., Алексеев Б.Я., Берзой А.А., Бойко А.А. и др. / Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. 2009. - 560 с.: ил.](#)
2. [Онкология : учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. : ил.](#)
3. [Онкология: модульный практикум: учебное пособие. Давыдов М.И., Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Ганцев Ш.Х., Петерсон С.Б. и др. 2009. - 320 с.](#)
4. [Онкология: учебник. Вельшер Л.З., Матякин Е.Г., Дулицкая Т.К., Поляков Б.И. 2009. - 512 с.: ил.](#)
5. [Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. 2008. - 632 с.](#)
6. [Клиническая онкология. Избранные лекции](#) : учебное пособие. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. : ил.
7. Рак легкого Атлас: руководство. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. 2009. - 256 с.: 485 ил.
8. Лучевая терапия : учебник / [Г. Е. Труфанов, М. А. Асатурян, Г. М. Жаринов, В. Н. Малаховский] ; под ред. Г. Е. Труфанова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с. : ил.
9. Лучевая диагностика и терапия: учебное пособие / С.К. Терновой, В.Е. Синицын. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 304 с: ил.
10. Лучевая терапия. Том 2. Лучевая терапия: учебник. В 2-х томах. Том 2. Труфанов Г.Е., Асатурян М.А., Жаринов Г.М. 2010. - 192 с.: ил.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА:

Включает ежедневную работу в специализированных отделениях стационара, амбулаторно-поликлиническом учреждении с обязательной курацией больных под руководством лечащего врача или заведующего отделением. В самостоятельную работу врача-ординатора входит работа с тематической литературой и периодическими изданиями, проведение санитарно-просветительной работы среди пациентов по самостоятельно выбранной актуальной проблеме в медицине и т.д. Сведения о проведенной самостоятельной работе приводятся в дневнике ординатора, где регистрируются:

- 1) перечень курируемых больных с указанием основного диагноза, даты курации (не менее 40);
- 2) перечень больных с неотложными состояниями (в приемном отделении, ПИТе);
- 3) перечень выполненных диагностических исследований;
- 4) перечень лечебных манипуляций;
- 5) перечень выполненных консультаций;
- 6) участие и его степень (присутствие, выступление, отчет) в научно-практических конференциях, заседаниях научных обществ, клинических разборах, ПИЛИ, клинико-анатомических конференциях;
- 7) участие в патологоанатомических вскрытиях;
- 8) список изученной литературы;
- 9) сведения о дежурствах (не реже 2 раза в месяц по онкологии и хирургии).

Выполнение всех видов деятельности врача-ординатора заверяется ответственным преподавателем или зав. отделением.

Тема 2. Эпидемиология ЗНО. Особенности распространения на мировом уровне, этиологические факторы. Современная система организации онкоучета в РФ. Канцер-регистр.

Цели занятия: Знать эпидемиологии ЗНО. Знать систему организации онкоучета в РФ. Иметь представление о канцер-регистре.

Основные этапы самоподготовки:

1. Работа с учебной литературой и периодическими изданиями в библиотеке.
2. Работа на компьютере с информационной базой в компьютерном классе (каб.343, Мира, 40), в поисковых системах с помощью Internet.
3. Подготовка реферата в печатном варианте и презентацию к нему.

Список теоретических (контрольных) вопросов:

1. Общая характеристика развития онкологической помощи в мире
2. Эпидемиология злокачественных опухолей, организация онкологической помощи.. Заболеваемость и смертность населения различные стран от злокачественных новообразований.
3. Динамика и структура заболеваемости населения в мире. Особенности распространения злокачественных новообразований в странах Северной Америки и Западной Европе.
4. Основные задачи и установки системы сбора данных в онкологической службе РФ. Основная документация. Правила заполнения

Темы рефератов:

1. Особенности структуры ЗНО в России.
2. Понятие о канцер-регистре.

N п/ п	Наименование печатных и электронных образовательных и информационных ресурсов
Онкология (основная)	
1.	Онкология: учеб. с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.: ил. уч. Рек. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970412145.html
2.	Онкология: учеб. с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.: ил. уч. Рек. 10 экз.
3.	Кузнецов Е.В., Котляров Е.В. Рак ободочной кишки (вопросы этиопатогенеза, патоморфологии, клиники, диагностики, рационального лечения): учеб. пособие для студ. старших курсов леч. и педиатр. факультетов, врачей-интернов, клинических ординаторов. - Ханты-Мансийск: ХМГМИ, 2008. - 38 с.уч.п. 20 экз.
4.	Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Хирургические болезни: учеб. / под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970412917.html
5.	Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие / А. И. Кириенко, А. М. Шулутко, В. И. Семиков, В. В. Андрияшкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970420393.html
6.	Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш. Х. Ганцев [и др.]. - Электрон.текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 . - 448 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420584.html
7.	Вельшер, Л. З. Клиническая онкология. Избранные лекции [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428672.html

8.	Профилактика онкологических заболеваний полости рта [Электронный ресурс]: учебное пособие для ординаторов / ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России; сост. Р. Т. Буляков [и др.]. - Электрон.текстовые дан. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2014. – 123с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А. Г. Хасанов, Н. Р. Кобзева, И. Ю. Гончарова. – Электрон.дан. – Уфа: БГМУ, 2009-2015. – Режим доступа: http://library.bashgmu.ru
9.	Савченко, В. Г. Острый промиелоцитарный лейкоз [Электронный ресурс]: руководство / В. Г. Савченко, Е. Н. Паровичникова. - Электрон.текстовые дан. - М.: Издательство Литтерра, 2010 . - 224 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785904090241.html
Онкология (дополнительная)	
1.	Атлас онкологических операций [Электронный ресурс] / А. Х. Трахтенберга, А. И. Пачеса; ред. В. И. Чиссова. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 632 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970407127.html
2.	Ошибки в клинической онкологии: руководство для врачей [Электронный ресурс]: руководство / ред.: В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг. - Электрон.текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 . - 768 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411179.html
3.	Трахтенберг, А. Х. Рак легкого. Атлас [Электронный ресурс]: руководство / А. Х. Трахтенберг, В. И. Чиссов. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414163.html
4.	Румянцев, П.О. Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению [Электронный ресурс] / П.О. Румянцев, А.А. Ильин, В.А. Саенко. - 2009. - 448 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970410257.html

Рекомендуемые сайты:

www.bmi.com
www.cardiosite.ru
www.clinicalevidence.org
www.consilium-medicum.com
www.iama.org
www.medscape.com
www.osdm.org
www.ossn.ru
www.pubmed.org
www.rmi.ru

КОНСУЛЬТАНТ СТУДЕНТА

[HTTP://WWW.STUDMEDLIB.RU/](http://WWW.STUDMEDLIB.RU/)

1. [Онкология: учебник. Абузарова Г.Р., Алексеев Б.Я., Берзой А.А., Бойко А.А. и др. / Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. 2009. - 560 с.: ил.](#)
2. [Онкология : учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. : ил.](#)
3. [Онкология: модульный практикум: учебное пособие. Давыдов М.И., Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Ганцев Ш.Х., Петерсон С.Б. и др. 2009. - 320 с.](#)
4. [Онкология: учебник. Вельшер Л.З., Матякин Е.Г., Дудицкая Т.К., Поляков Б.И. 2009. - 512 с.: ил.](#)
5. [Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. 2008. - 632 с.](#)
6. [Клиническая онкология. Избранные лекции](#) : учебное пособие. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. : ил.
7. Рак легкого Атлас: руководство. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. 2009. - 256 с.: 485 ил.
8. Лучевая терапия : учебник / [Г. Е. Труфанов, М. А. Асатуриян, Г. М. Жаринов, В. Н. Малаховский] ; под ред. Г. Е. Труфанова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с. : ил.
9. Лучевая диагностика и терапия: учебное пособие / С.К. Терновой, В.Е. Сеницын. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 304 с: ил.
10. Лучевая терапия. Том 2. Лучевая терапия: учебник. В 2-х томах. Том 2. Труфанов Г.Е., Асатуриян М.А., Жаринов Г.М. 2010. - 192 с.: ил.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА:

Включает ежедневную работу в онкологических специализированных отделениях стационара, амбулаторно-поликлиническом учреждении с обязательной курацией больных под руководством лечащего врача или заведующего отделением.

В самостоятельную работу врача-ординатора входит работа с тематической литературой и периодическими изданиями, проведение санитарно-просветительной работы среди пациентов по самостоятельно выбранной актуальной проблеме в медицине и т.д.

1. Основы трудового законодательства и документы, определяющие правовой статус, юридическую ответственность и обязанности врача.
2. Приоритетные направления национального проекта «Здоровье» с введением всеобщей диспансеризации населения.

Тема 3. Лекарственное лечение ЗНО. Новые цитостатические, гормональные, иммуномодулирующие и таргетные препараты.

Цели занятия: Знать основные направления лекарственного лечения ЗНО. Знать принципы химиотерапии и гормонального лечения в онкологии. Иметь представление о таргетной терапии.

Основные этапы самоподготовки:

1. Работа с учебной литературой и периодическими изданиями в библиотеке.
2. Работа на компьютере с информационной базой в компьютерном классе (каб.343, Мира, 40), в поисковых системах с помощью Internet.
3. Подготовка реферата в печатном варианте и презентацию к нему.

Список теоретических (контрольных) вопросов:

1. Механизм действия противоопухолевых препаратов. Чувствительность злокачественных опухолей к химиотерапевтическим препаратам.
2. Показания к применению таргетных препаратов.
3. Клинические исследования новых цитостатиков и таргетных препаратов в онкологии.

Темы рефератов:

1. Принципы химиотерапии.
2. Побочные эффекты химиотерапии.

N п/ п	Наименование печатных и электронных образовательных и информационных ресурсов
Онкология (основная)	
1.	Онкология: учеб. с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.: ил. уч. Рек. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970412145.html
2.	Онкология: учеб. с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.: ил. уч. Рек. 10 экз.
3.	Кузнецов Е.В., Котляров Е.В. Рак ободочной кишки (вопросы этиопатогенеза, патоморфологии, клиники, диагностики, рационального лечения): учеб. пособие для студ. старших курсов леч. и педиатр. факультетов, врачей-интернов, клинических ординаторов. - Ханты-Мансийск: ХМГМИ, 2008. - 38 с.уч.п. 20 экз.
4.	Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Хирургические болезни: учеб. / под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970412917.html
5.	Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие / А. И. Кириенко, А. М. Шулутко, В. И. Семиков, В. В. Андрияшкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970420393.html
6.	Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш. Х. Ганцев [и др.]. - Электрон.текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 . - 448 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420584.html
7.	Вельшер, Л. З. Клиническая онкология. Избранные лекции [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428672.html
8.	Профилактика онкологических заболеваний полости рта [Электронный ресурс]: учебное пособие для ординаторов / ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России; сост. Р. Т. Буляков [и др.]. - Электрон.текстовые дан. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2014. – 123с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база дан-

	ных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А. Г. Хасанов, Н. Р. Кобзева, И. Ю. Гончарова. – Электрон.дан. – Уфа: БГМУ, 2009-2015. – Режим доступа: http://library.bashgmu.ru
9.	Савченко, В. Г. Острый промиелоцитарный лейкоз [Электронный ресурс]: руководство / В. Г. Савченко, Е. Н. Паровичникова. - Электрон.текстовые дан. - М.: Издательство Литтерра, 2010 . - 224 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785904090241.html
Онкология (дополнительная)	
1.	Атлас онкологических операций [Электронный ресурс] / А. Х. Трахтенберга, А. И. Пачеса; ред. В. И. Чиссова. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 632 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970407127.html
2.	Ошибки в клинической онкологии: руководство для врачей [Электронный ресурс]: руководство / ред.: В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг. - Электрон.текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 . - 768 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411179.html
3.	Трахтенберг, А. Х. Рак легкого. Атлас [Электронный ресурс]: руководство / А. Х. Трахтенберг, В. И. Чиссов. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414163.html
4.	Румянцев, П.О. Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению [Электронный ресурс] / П.О. Румянцев, А.А. Ильин, В.А. Саенко. - 2009. - 448 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970410257.html

Рекомендуемые сайты:

www.bmi.com
www.cardiosite.ru
www.clinicalevidence.org
www.consilium-medicum.com
www.iama.org
www.medscape.com
www.osdm.org
www.ossn.ru
www.pubmed.org
www.rmi.ru

КОНСУЛЬТАНТ СТУДЕНТА

[HTTP://WWW.STUDMEDLIB.RU/](http://www.studmedlib.ru/)

1. [Онкология: учебник. Абузарова Г.Р., Алексеев Б.Я., Берзой А.А., Бойко А.А. и др. / Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. 2009. - 560 с.: ил.](#)
2. [Онкология : учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. : ил.](#)
3. [Онкология: модульный практикум: учебное пособие. Давыдов М.И., Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Ганцев Ш.Х., Петерсон С.Б. и др. 2009. - 320 с.](#)
4. [Онкология: учебник. Вельшер Л.З., Матякин Е.Г., Дудицкая Т.К., Поляков Б.И. 2009. - 512 с.: ил.](#)
5. [Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. 2008. - 632 с.](#)
6. [Клиническая онкология. Избранные лекции](#) : учебное пособие. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. : ил.
7. Рак легкого Атлас: руководство. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. 2009. - 256 с.: 485 ил.
8. Лучевая терапия : учебник / [Г. Е. Труфанов, М. А. Асатуриян, Г. М. Жаринов, В. Н. Малаховский] ; под ред. Г. Е. Труфанова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с. : ил.
9. Лучевая диагностика и терапия: учебное пособие / С.К. Терновой, В.Е. Сеницын. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 304 с: ил.
10. Лучевая терапия. Том 2. Лучевая терапия: учебник. В 2-х томах. Том 2. Труфанов Г.Е., Асатуриян М.А., Жаринов Г.М. 2010. - 192 с.: ил.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА:

Включает ежедневную работу в специализированных отделениях стационара, амбулаторно-поликлиническом учреждении с обязательной курацией больных под руководством лечащего врача или заведующего отделением.

ЗАНЯТИЕ №4.

1. НАЗВАНИЕ ТЕМЫ: Основы лучевой терапии

2. ФОРМА ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА: Практическое занятие.

3. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ: 2 часа.

4. ЗНАЧЕНИЕ ТЕМЫ: Лучевая терапия является одним из основных методов лечения онкологических больных.

1. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ: Рассмотреть вопросы действия ионизирующего облучения на опухоль. Виды ионизирующего облучения. Дозы облучения. Фракционирование дозы.

2. МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ: Учебная комната отделения лучевой терапии ОКБ г. Ханты-Мансийска.

7. ПЕРЕЧЕНЬ ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ НАВЫКОВ:

а) Врач-ординатор должен овладеть манипуляциями:

- основами разметки для лучевой терапии.

б) Врач-ординатор должен уметь:

- качественно провести осмотр пациента и выявить основные объективные данные;

- определить необходимый минимум лабораторных и инструментальных исследований, информативных для установления диагноза;

- составить план лучевого лечения для конкретного больного;

8. ВОПРОСЫ БАЗОВЫХ ДИСЦИПЛИН, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ДАННОЙ ТЕМЫ:

1. Ионизирующее излучение и его действие.

2. Патогенетические механизмы нарушений метаболизма при лучевом воздействии.

3. Возможные осложнения лучевой терапии.

9. ХРОНОКАРТА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

№	Наименование разделов занятия	Время, (мин)	Дидактические процессы обеспечения (учебные операции)
1	Организационная часть.	10	Объявление темы занятия, актуальность и значение этой темы в учебной, практической, профессиональной деятельности.
2	Виды лучевой терапии	20	1. Контрольный опрос с целью определения исходного уровня знаний; форма контроля – фронтальный опрос.
	Показания для лучевой терапии.	20	
3		20	Технические средства для лучевой терапии
	Осложнения лучевой терапии	20	
			2. Заключение преподавателя.

10. САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА:

Включает ежедневную работу в специализированных отделениях стационара, амбулаторно-поликлиническом учреждении с обязательной курацией больных под руководством лечащего врача или заведующего отделением.

Тема 4. Рак поджелудочной железы.

Цели занятия: Знать основные данные по эпидемиологии рака поджелудочной железы. Основные клинические проявления рака поджелудочной железы. Знать принципы диагностики рака поджелудочной железы. Иметь представление о методах лечения рака поджелудочной железы.

Основные этапы самоподготовки:

1. Работа с учебной литературой и периодическими изданиями в библиотеке.
2. Работа на компьютере с информационной базой в компьютерном классе (каб.343, Мира, 40), в поисковых системах с помощью Internet.
3. Подготовка реферата в печатном варианте и презентацию к нему.

Список теоретических (контрольных) вопросов:

1. Анатомо-физиологические особенности строения поджелудочной железы. Деление на анатомические отделы. Особенности кровоснабжения, венозного оттока, лимфатического оттока.
2. Эпидемиология: заболеваемость (место в структуре онкологической патологии, динамика заболеваемости). Высокая частота встречаемости данных нозологий среди лиц пожилого и старческого возраста. Способствующие факторы. Значение экзогенных канцерогенов. Предраковые заболевания. Группы риска. Меры профилактики.
3. Вопросы патоморфологии. Гистологическое строение, макроскопические формы роста, особенности регионарного и отдаленного метастазирования. Частота встречаемости в зависимости от локализации. Оценка распространенности опухолевого процесса по системе TNM.
4. Клиника. Клинические особенности в зависимости от локализации . Дифференциальная диагностика.
5. Диагностика: данные опроса, анамнеза, объективного исследования.
6. Лечение. Принципы хирургического лечения, радикальные операции. Объем хирургического вмешательства в зависимости от локализации опухоли и наличия регионарных метастазов. ПДР. Резекция поджелудочной железы.
7. Лучевая терапия. Комбинированное лечение. Химиотерапия. Отдаленные результаты.

Темы рефератов:

1. Принципы диагностики рака поджелудочной железы.
2. Хирургическое лечение рака поджелудочной железы.

N п/ п	Наименование печатных и электронных образовательных и информационных ресурсов
Онкология (основная)	
1.	Онкология: учеб. с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.: ил. уч. Рек. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970412145.html
2.	Онкология: учеб. с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.: ил. уч. Рек. 10 экз.
3.	Кузнецов Е.В., Котляров Е.В. Рак ободочной кишки (вопросы этиопатогенеза, патоморфологии, клиники, диагностики, рационального лечения): учеб. пособие для студ. старших курсов леч. и педиатр. факультетов, врачей-интернов, клинических ординаторов. - Ханты-Мансийск: ХМГМИ, 2008. - 38 с.уч.п. 20 экз.

4.	Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Хирургические болезни: учеб. / под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970412917.html
5.	Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие / А. И. Кириенко, А. М. Шулутко, В. И. Семиков, В. В. Андрияшкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970420393.html
6.	Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш. Х. Ганцев [и др.]. - Электрон.текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 . - 448 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420584.html
7.	Вельшер, Л. З. Клиническая онкология. Избранные лекции [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428672.html
8.	Профилактика онкологических заболеваний полости рта [Электронный ресурс]: учебное пособие для ординаторов / ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России; сост. Р. Т. Буляков [и др.]. - Электрон.текстовые дан. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2014. – 123с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А. Г. Хасанов, Н. Р. Кобзева, И. Ю. Гончарова. – Электрон.дан. – Уфа: БГМУ, 2009-2015. – Режим доступа: http://library.bashgmu.ru
9.	Савченко, В. Г. Острый промиелоцитарный лейкоз [Электронный ресурс]: руководство / В. Г. Савченко, Е. Н. Паровичникова. - Электрон.текстовые дан. - М.: Издательство Литтерра, 2010 . - 224 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785904090241.html
Онкология (дополнительная)	
1.	Атлас онкологических операций [Электронный ресурс] / А. Х. Трахтенберга, А. И. Пачеса; ред. В. И. Чиссова. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 632 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970407127.html
2.	Ошибки в клинической онкологии: руководство для врачей [Электронный ресурс]: руководство / ред.: В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг. - Электрон.текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 . - 768 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411179.html
3.	Трахтенберг, А. Х. Рак легкого. Атлас [Электронный ресурс]: руководство / А. Х. Трахтенберг, В. И. Чиссов. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414163.html
4.	Румянцев, П.О. Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению [Электронный ресурс] / П.О. Румянцев, А.А. Ильин, В.А. Саенко. - 2009. - 448 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970410257.html

Рекомендуемые сайты:

www.bmi.com
www.cardiosite.ru
www.clinicalevidence.org
www.consilium-medicum.com
www.iama.org
www.medscape.com
www.osdm.org
www.ossn.ru
www.pubmed.org
www.rmi.ru

КОНСУЛЬТАНТ СТУДЕНТА

[HTTP://WWW.STUDMEDLIB.RU/](http://WWW.STUDMEDLIB.RU/)

1. Онкология: учебник. Абузарова Г.Р., Алексеев Б.Я., Берзой А.А., Бойко А.А. и др. / Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. 2009. - 560 с.: ил.

2. [Онкология : учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. : ил.](#)
3. [Онкология: модульный практикум: учебное пособие. Давыдов М.И., Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Ганцев Ш.Х., Петерсон С.Б. и др. 2009. - 320 с.](#)
4. [Онкология: учебник. Вельшер Л.З., Матякин Е.Г., Дудицкая Т.К., Поляков Б.И. 2009. - 512 с.: ил.](#)
5. [Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. 2008. - 632 с.](#)
6. [Клиническая онкология. Избранные лекции](#) : учебное пособие. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. : ил.
7. Рак легкого Атлас: руководство. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. 2009. - 256 с.: 485 ил.
8. Лучевая терапия : учебник / [Г. Е. Труфанов, М. А. Асатурян, Г. М. Жаринов, В. Н. Малаховский] ; под ред. Г. Е. Труфанова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с. : ил.
9. Лучевая диагностика и терапия: учебное пособие / С.К. Терновой, В.Е. Сеницын. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 304 с: ил.
10. Лучевая терапия. Том 2. Лучевая терапия: учебник. В 2-х томах. Том 2. Труфанов Г.Е., Асатурян М.А., Жаринов Г.М. 2010. - 192 с.: ил.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА:

Включает ежедневную работу в терапевтическом и специализированных стационарах, амбулаторно-поликлиническом учреждении с обязательной курацией больных под руководством лечащего врача или заведующего отделением.

Тема 5. Рак печени.

Цели занятия: Знать основные данные по эпидемиологии рака печени. Основные клинические проявления рака печени. Знать принципы диагностики рака печени. Иметь представление о методах лечения рака печени.

Основные этапы самоподготовки:

1. Работа с учебной литературой и периодическими изданиями в библиотеке.
2. Работа на компьютере с информационной базой в компьютерном классе (каб.343, Мира, 40), в поисковых системах с помощью Internet.
3. Подготовка реферата в печатном варианте и презентацию к нему.

Список теоретических (контрольных) вопросов:

1. Анатомо-физиологические особенности строения печени. Деление на анатомические отделы. Особенности кровоснабжения, венозного оттока, лимфатического оттока.
2. Эпидемиология: заболеваемость (место в структуре онкологической патологии, динамика заболеваемости).
3. Способствующие факторы Предраковые заболевания. Группы риска. Меры профилактики.
4. Вопросы патоморфологии. Гистологическое строение, макроскопические формы роста, особенности регионарного и отдаленного метастазирования. Оценка распространенности опухолевого процесса по системе TNM.
5. Клиника. Клинические формы . Дифференциальная диагностика.
6. Диагностика: данные опроса, анамнеза, объективного исследования.
7. Лечение. Принципы хирургического лечения, радикальные операции.
8. Паллиативное лечение.
9. Лучевая терапия. Комбинированное лечение. Химиотерапия. Отдаленные результаты.

Темы рефератов:

1. Принципы диагностики рака печени.
2. Радикальное лечение рака печени.
3. Паллиативное лечение рака печени

N п/ п	Наименование печатных и электронных образовательных и информационных ресурсов
Онкология (основная)	
1.	Онкология: учеб. с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.: ил. уч. Рек. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970412145.html
2.	Онкология: учеб. с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.: ил. уч. Рек. 10 экз.
3.	Кузнецов Е.В., Котляров Е.В. Рак ободочной кишки (вопросы этиопатогенеза, патоморфологии, клиники, диагностики, рационального лечения): учеб. пособие для студ. старших курсов леч. и педиатр. факультетов, врачей-интернов, клинических ординаторов. - Ханты-Мансийск: ХМГМИ, 2008. - 38 с.уч.п. 20 экз.
4.	Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Хирургические болезни: учеб. / под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с.

	http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970412917.html
5.	Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие / А. И. Кириенко, А. М. Шулуток, В. И. Семиков, В. В. Андрияшкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970420393.html
6.	Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш. Х. Ганцев [и др.]. - Электрон.текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 . - 448 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420584.html
7.	Вельшер, Л. З. Клиническая онкология. Избранные лекции [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428672.html
8.	Профилактика онкологических заболеваний полости рта [Электронный ресурс]: учебное пособие для ординаторов / ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России; сост. Р. Т. Буляков [и др.]. - Электрон.текстовые дан. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2014. – 123с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А. Г. Хасанов, Н. Р. Кобзева, И. Ю. Гончарова. – Электрон.дан. – Уфа: БГМУ, 2009-2015. – Режим доступа: http://library.bashgmu.ru
9.	Савченко, В. Г. Острый промиелоцитарный лейкоз [Электронный ресурс]: руководство / В. Г. Савченко, Е. Н. Паровичникова. - Электрон.текстовые дан. - М.: Издательство Литтерра, 2010 . - 224 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785904090241.html
Онкология (дополнительная)	
1.	Атлас онкологических операций [Электронный ресурс] / А. Х. Трахтенберга, А. И. Пачеса; ред. В. И. Чиссова. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 632 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970407127.html
2.	Ошибки в клинической онкологии: руководство для врачей [Электронный ресурс]: руководство / ред.: В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг. - Электрон.текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 . - 768 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411179.html
3.	Трахтенберг, А. Х. Рак легкого. Атлас [Электронный ресурс]: руководство / А. Х. Трахтенберг, В. И. Чиссов. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414163.html
4.	Румянцев, П.О. Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению [Электронный ресурс] / П.О. Румянцев, А.А. Ильин, В.А. Саенко. - 2009. - 448 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970410257.html

Рекомендуемые сайты:

www.bmi.com
www.cardiosite.ru
www.clinicalevidence.org
www.consilium-medicum.com
www.iama.org
www.medscape.com
www.osdm.org
www.ossn.ru
www.pubmed.org
www.rmi.ru

КОНСУЛЬТАНТ СТУДЕНТА

[HTTP://WWW.STUDMEDLIB.RU/](http://WWW.STUDMEDLIB.RU/)

1. [Онкология: учебник. Абузарова Г.Р., Алексеев Б.Я., Берзой А.А., Бойко А.А. и др. / Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. 2009. - 560 с.: ил.](#)

2. [Онкология : учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. : ил.](#)

3. [Онкология: модульный практикум: учебное пособие. Давыдов М.И., Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Ганцев Ш.Х., Петерсон С.Б. и др. 2009. - 320 с.](#)
4. [Онкология: учебник. Вельшер Л.З., Матякин Е.Г., Дудицкая Т.К., Поляков Б.И. 2009. - 512 с.: ил.](#)
5. [Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. 2008. - 632 с.](#)
6. [Клиническая онкология. Избранные лекции](#) : учебное пособие. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. : ил.
7. Рак легкого Атлас: руководство. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. 2009. - 256 с.: 485 ил.
8. Лучевая терапия : учебник / [Г. Е. Труфанов, М. А. Асатурян, Г. М. Жаринов, В. Н. Малаховский] ; под ред. Г. Е. Труфанова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с. : ил.
9. Лучевая диагностика и терапия: учебное пособие / С.К. Терновой, В.Е. Сеницын. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 304 с: ил.
10. Лучевая терапия. Том 2. Лучевая терапия: учебник. В 2-х томах. Том 2. Труфанов Г.Е., Асатурян М.А., Жаринов Г.М. 2010. - 192 с.: ил.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА:

Включает ежедневную работу в терапевтическом и специализированных стационарах, амбулаторно-поликлиническом учреждении с обязательной курацией больных под руководством лечащего врача или заведующего отделением.

Тема 6. Рак щитовидной железы.

Цели занятия: Знать основные данные по эпидемиологии рака щитовидной железы. Основные клинические проявления рака щитовидной железы. Знать принципы диагностики рака щитовидной железы. Иметь представление о методах лечения рака щитовидной железы.

Основные этапы самоподготовки:

1. Работа с учебной литературой и периодическими изданиями в библиотеке.
2. Работа на компьютере с информационной базой в компьютерном классе (каб.343, Мира, 40), в поисковых системах с помощью Internet.
3. Подготовка реферата в печатном варианте и презентацию к нему.

Список теоретических (контрольных) вопросов:

1. Анатомо-физиологические особенности строения щитовидной железы. Особенности кровоснабжения, венозного оттока, лимфатического оттока.
2. Эпидемиология: заболеваемость (место в структуре онкологической патологии, динамика заболеваемости).
3. Способствующие факторы. Предраковые заболевания. Группы риска. Меры профилактики.
4. Вопросы патоморфологии. Гистологическое строение, особенности регионарного и отдаленного метастазирования. Оценка распространенности опухолевого процесса по системе TNM.
5. Клиника. Клинические особенности в зависимости от локализации . Дифференциальная диагностика.
6. Диагностика: данные опроса, анамнеза, объективного исследования.
7. Лечение. Принципы хирургического лечения, радикальные операции. Объем хирургического вмешательства в зависимости от гистологического строения и стадии заболевания.
8. Лучевая терапия. Комбинированное лечение. Химиотерапия. Отдаленные результаты.

Темы рефератов:

1. Принципы диагностики рака щитовидной железы.
2. Радикальное лечение дифференцированного рака щитовидной железы.
3. Лечение недифференцированного и медуллярного рака щитовидной железы.

N п/ п	Наименование печатных и электронных образовательных и информационных ресурсов
Онкология (основная)	
1.	Онкология: учеб. с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.: ил. уч. Рек. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970412145.html
2.	Онкология: учеб. с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.: ил. уч. Рек. 10 экз.
3.	Кузнецов Е.В., Котляров Е.В. Рак ободочной кишки (вопросы этиопатогенеза, патоморфологии, клиники, диагностики, рационального лечения): учеб. пособие для студ. старших курсов леч. и педиатр. факультетов, врачей-интернов, клинических ординаторов. - Ханты-Мансийск: ХМГМИ, 2008. - 38 с.уч.п. 20 экз.

4.	Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Хирургические болезни: учеб. / под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970412917.html
5.	Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие / А. И. Кириенко, А. М. Шулутко, В. И. Семиков, В. В. Андрияшкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970420393.html
6.	Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш. Х. Ганцев [и др.]. - Электрон.текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 . - 448 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420584.html
7.	Вельшер, Л. З. Клиническая онкология. Избранные лекции [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428672.html
8.	Профилактика онкологических заболеваний полости рта [Электронный ресурс]: учебное пособие для ординаторов / ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России; сост. Р. Т. Буляков [и др.]. - Электрон.текстовые дан. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2014. – 123с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А. Г. Хасанов, Н. Р. Кобзева, И. Ю. Гончарова. – Электрон.дан. – Уфа: БГМУ, 2009-2015. – Режим доступа: http://library.bashgmu.ru
9.	Савченко, В. Г. Острый промиелоцитарный лейкоз [Электронный ресурс]: руководство / В. Г. Савченко, Е. Н. Паровичникова. - Электрон.текстовые дан. - М.: Издательство Литтерра, 2010 . - 224 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785904090241.html
Онкология (дополнительная)	
1.	Атлас онкологических операций [Электронный ресурс] / А. Х. Трахтенберга, А. И. Пачеса; ред. В. И. Чиссова. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 632 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970407127.html
2.	Ошибки в клинической онкологии: руководство для врачей [Электронный ресурс]: руководство / ред.: В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг. - Электрон.текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 . - 768 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411179.html
3.	Трахтенберг, А. Х. Рак легкого. Атлас [Электронный ресурс]: руководство / А. Х. Трахтенберг, В. И. Чиссов. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414163.html
4.	Румянцев, П.О. Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению [Электронный ресурс] / П.О. Румянцев, А.А. Ильин, В.А. Саенко. - 2009. - 448 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970410257.html

Рекомендуемые сайты:

www.bmi.com
www.cardiosite.ru
www.clinicalevidence.org
www.consilium-medicum.com
www.iama.org
www.medscape.com
www.osdm.org
www.ossn.ru
www.pubmed.org
www.rmi.ru

КОНСУЛЬТАНТ СТУДЕНТА

[HTTP://WWW.STUDMEDLIB.RU/](http://WWW.STUDMEDLIB.RU/)

1. Онкология: учебник. Абузарова Г.Р., Алексеев Б.Я., Берзой А.А., Бойко А.А. и др. / Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. 2009. - 560 с.: ил.

2. [Онкология : учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. : ил.](#)
3. [Онкология: модульный практикум: учебное пособие. Давыдов М.И., Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Ганцев Ш.Х., Петерсон С.Б. и др. 2009. - 320 с.](#)
4. [Онкология: учебник. Вельшер Л.З., Матякин Е.Г., Дудицкая Т.К., Поляков Б.И. 2009. - 512 с.: ил.](#)
5. [Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. 2008. - 632 с.](#)
6. [Клиническая онкология. Избранные лекции](#) : учебное пособие. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. : ил.
7. Рак легкого Атлас: руководство. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. 2009. - 256 с.: 485 ил.
8. Лучевая терапия : учебник / [Г. Е. Труфанов, М. А. Асатурян, Г. М. Жаринов, В. Н. Малаховский] ; под ред. Г. Е. Труфанова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с. : ил.
9. Лучевая диагностика и терапия: учебное пособие / С.К. Терновой, В.Е. Сеницын. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 304 с: ил.
10. Лучевая терапия. Том 2. Лучевая терапия: учебник. В 2-х томах. Том 2. Труфанов Г.Е., Асатурян М.А., Жаринов Г.М. 2010. - 192 с.: ил.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА:

Включает ежедневную работу в терапевтическом и специализированных стационарах, амбулаторно-поликлиническом учреждении с обязательной курацией больных под руководством лечащего врача или заведующего отделением.

Тема 7. Рак нижней губы.

Цели занятия: Знать основные данные по эпидемиологии рака нижней губы. Основные клинические проявления рака нижней губы. Знать принципы диагностики рака нижней губы. Иметь представление о методах лечения рака нижней губы.

Основные этапы самоподготовки:

1. Работа с учебной литературой и периодическими изданиями в библиотеке.
2. Работа на компьютере с информационной базой в компьютерном классе (каб.343, Мира, 40), в поисковых системах с помощью Internet.
3. Подготовка реферата в печатном варианте и презентацию к нему.

Список теоретических (контрольных) вопросов:

1. Анатомо-физиологические особенности строения губы и языка. Деление на анатомические отделы. Особенности кровоснабжения, венозного оттока, лимфатического оттока.
2. Эпидемиология: заболеваемость (место в структуре онкологической патологии, динамика заболеваемости). Высокая частота встречаемости данных нозологий среди лиц пожилого и старческого возраста. Способствующие факторы. Значение экзогенных канцерогенов. Предраковые заболевания. Группы риска. Тактика врача при диффузных и очаговых хейлитах. Меры профилактики.
3. Вопросы патоморфологии. Гистологическое строение, макроскопические формы роста, особенности регионарного и отдаленного метастазирования. Частота встречаемости в зависимости от локализации. Оценка распространенности опухолевого процесса по системе TNM.
4. Клиника. Клинические особенности в зависимости от локализации и формы роста. Дифференциальная диагностика с предраковыми заболеваниями.
5. Диагностика: данные опроса, анамнеза, объективного исследования. Осмотр и пальпация опухоли. Методики верификации диагноза.
6. Лечение. Принципы хирургического лечения, радикальные операции. Объем хирургического вмешательства в зависимости от локализации опухоли и наличия регионарных метастазов. Операция Крайля, фасциально-футлярное иссечение, операция Ванаса. Лучевая терапия. Комбинированное лечение. Химиотерапия. Отдаленные результаты.

Темы рефератов:

1. Принципы диагностики рака нижней губы.
2. Радикальное лечение рака нижней губы.
3. Виды оперативных вмешательств при раке нижней губы.

N п/ п	Наименование печатных и электронных образовательных и информационных ресурсов
Онкология (основная)	
1.	Онкология: учеб. с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.: ил. уч. Рек. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970412145.html
2.	Онкология: учеб. с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.: ил. уч. Рек. 10 экз.

3.	Кузнецов Е.В., Котляров Е.В. Рак ободочной кишки (вопросы этиопатогенеза, патоморфологии, клиники, диагностики, рационального лечения): учеб. пособие для студ. старших курсов леч. и педиатр. факультетов, врачей-интернов, клинических ординаторов. - Ханты-Мансийск: ХМГМИ, 2008. - 38 с.уч.п. 20 экз.
4.	Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. Хирургические болезни: учеб. / под ред. А.Ф. Черноусова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970412917.html
5.	Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие / А. И. Кириенко, А. М. Шулутко, В. И. Семиков, В. В. Андрияшкин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с. http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9915970420393.html
6.	Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш. Х. Ганцев [и др.]. - Электрон.текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 . - 448 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970420584.html
7.	Вельшер, Л. З. Клиническая онкология. Избранные лекции [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970428672.html
8.	Профилактика онкологических заболеваний полости рта [Электронный ресурс]: учебное пособие для ординаторов / ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России; сост. Р. Т. Буляков [и др.]. - Электрон.текстовые дан. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2014. – 123с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А. Г. Хасанов, Н. Р. Кобзева, И. Ю. Гончарова. – Электрон.дан. – Уфа: БГМУ, 2009-2015. – Режим доступа: http://library.bashgmu.ru
9.	Савченко, В. Г. Острый промиелоцитарный лейкоз [Электронный ресурс]: руководство / В. Г. Савченко, Е. Н. Паровичникова. - Электрон.текстовые дан. - М.: Издательство Литтерра, 2010 . - 224 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785904090241.html
Онкология (дополнительная)	
1.	Атлас онкологических операций [Электронный ресурс] / А. Х. Трахтенберга, А. И. Пачеса; ред. В. И. Чиссова. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 632 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970407127.html
2.	Ошибки в клинической онкологии: руководство для врачей [Электронный ресурс]: руководство / ред.: В. И. Чиссов, А. Х. Трахтенберг. - Электрон.текстовые дан. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 . - 768 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411179.html
3.	Трахтенберг, А. Х. Рак легкого. Атлас [Электронный ресурс]: руководство / А. Х. Трахтенберг, В. И. Чиссов. - Электрон.текстовые дан. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414163.html
4.	Румянцев, П.О. Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению [Электронный ресурс] / П.О. Румянцев, А.А. Ильин, В.А. Саенко. - 2009. - 448 с. – Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970410257.html

Рекомендуемые сайты:

www.bmi.com
www.cardiosite.ru
www.clinicalevidence.org
www.consilium-medicum.com
www.iama.org
www.medscape.com
www.osdm.org
www.ossn.ru
www.pubmed.org
www.rmi.ru

КОНСУЛЬТАНТ СТУДЕНТА

[HTTP://WWW.STUDMEDLIB.RU/](http://www.studmedlib.ru/)

1. [Онкология: учебник. Абузарова Г.Р., Алексеев Б.Я., Берзой А.А., Бойко А.А. и др. / Под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. 2009. - 560 с.: ил.](#)
2. [Онкология : учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. : ил.](#)
3. [Онкология: модульный практикум: учебное пособие. Давыдов М.И., Вельшер Л.З., Поляков Б.И., Ганцев Ш.Х., Петерсон С.Б. и др. 2009. - 320 с.](#)
4. [Онкология: учебник. Вельшер Л.З., Матякин Е.Г., Дудицкая Т.К., Поляков Б.И. 2009. - 512 с.: ил.](#)
5. [Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. 2008. - 632 с.](#)
6. [Клиническая онкология. Избранные лекции](#) : учебное пособие. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с. : ил.
7. Рак легкого Атлас: руководство. Трахтенберг А.Х., Чиссов В.И. 2009. - 256 с.: 485 ил.
8. Лучевая терапия : учебник / [Г. Е. Труфанов, М. А. Асатурян, Г. М. Жаринов, В. Н. Малаховский] ; под ред. Г. Е. Труфанова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с. : ил.
9. Лучевая диагностика и терапия: учебное пособие / С.К. Терновой, В.Е. Сеницын. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 304 с: ил.
10. Лучевая терапия. Том 2. Лучевая терапия: учебник. В 2-х томах. Том 2. Труфанов Г.Е., Асатурян М.А., Жаринов Г.М. 2010. - 192 с.: ил.

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА:

Включает ежедневную работу в терапевтическом и специализированных стационарах, амбулаторно-поликлиническом учреждении с обязательной курацией больных под руководством лечащего врача или заведующего отделением.

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА ПО ОНКОЛОГИИ

1) опухоли головы и шеи

квалифицированно осмотреть различные отделы полости рта, глотки, гортани и шеи

произвести пальпаторное обследование шеи, щитовидной и слюнных желез, полости рта, глотки и носоглотки

получить материал для морфологической верификации диагноза (цитологической, гистологической) из опухолей полости рта, ротоглотки, щитовидной и слюнных желез, внеорганных опухолей шеи, увеличенных лимфатических узлов подчелюстной, затылочной и шейно-надключичных групп

оценить данные рентгенологического обследования ЛОР-органов

оценить результаты радиоизотопного исследования щитовидной железы

оценить данные ультразвукового исследования шеи

определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию заболевания по отечественной классификации и системе TNM

выбрать адекватный план лечения при опухолевом поражении различных органов головы и шеи с учетом распространенности и морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного

произвести тампонаду полости носа и носоглотки при кровотечении

оценить адекватность заместительной гормонотерапии при опухолях щитовидной железы и провести коррекцию дозы тиреоидных гормонов

оценить результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность операции

установить показания и произвести нижнюю трахеостомию с оформлением временной или постоянной трахеостомы

перевязать наружную сонную, а по показаниям и общую сонную артерии

выполнить прескаленную биопсию

удалить неосложненные внеорганные опухоли шеи

удалить ограниченные опухоли подчелюстной и малых слюнных желез

произвести резекцию околоушной слюнной железы в плоскости ветвей лицевого нерва

произвести стандартную гемитиреоидэктомию или экстракапсулярную субтотальную резекцию щитовидной железы с выделением возвратных нервов и околощитовидных желез

2) опухоли органов грудной клетки

выполнить пальпацию, аускультацию и перкуссию органов грудной клетки

оценить данные рентгенологического обследования органов грудной клетки и средостения

оценить результаты радиоизотопного исследования головного мозга и костей скелета

оценить данные ультразвукового исследования грудной стенки, органов грудной полости и средостения

оценить данные эндоскопического исследования органов грудной клетки и средостения

определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию заболевания по отечественной классификации и системе TNM

выбрать адекватный план лечения при опухолевом поражении различных органов грудной клетки и средостения с учетом распространенности и морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного

выполнить плевральную пункцию

произвести катетеризацию плевральной полости
осуществить дренирование плевральной полости
произвести трансторакальную пункцию легкого
произвести трансторакальную пункцию опухоли средостения
выполнить трансторакальную игловую биопсию опухоли грудной стенки и средостения

произвести пункцию и катетеризацию магистральных сосудов с измерением венозного давления

произвести пункцию периферических лимфатических узлов

выполнить бронхоскопию

выполнить эзофагоскопию

выполнить зондирование трахеи

произвести пункцию костного мозга (стернальную и из гребня подвздошной кости)

оценить результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность

операции

произвести торакотомия

произвести краевую резекцию легкого

произвести пневмонэктомию

выполнить энуклеацию доброкачественных опухолей легкого

произвести субтотальную резекцию пищевода:

- эзофагопластика

- внеорганный эзофагогастроанастомоз

3) *опухоль брюшной полости и забрюшинного пространства*

выполнить пальпацию, аускультацию и перкуссию органов брюшной полости

оценить данные рентгенологического обследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства

оценить данные ультразвукового исследования брюшной стенки, органов брюшной полости и забрюшинного пространства

оценить данные эндоскопического исследования брюшной стенки, органов брюшной полости и забрюшинного пространства

определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию заболевания по отечественной классификации и системе TNM

выбрать адекватный план лечения при опухолевом поражении различных органов брюшной полости и забрюшинного пространства с учетом распространенности и морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного

выполнить пальцевое обследование прямой кишки

произвести ректороманоскопию с биопсией опухоли

подготовить больного к ультразвуковому сканированию и компьютерной томографии

фий

ассистировать на операциях при онкопатологии органов брюшной полости

подготовить больного на операцию по поводу заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства

выполнить лапароцентез

оценить результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность

операции

выполнить лапаротомию

произвести гастростомию

произвести дистальную субтотальную резекцию желудка

выполнить резекцию кишки:

- тонкой кишки с межкишечным анастомозом

- толстой кишки с межкишечным анастомозом

- обструктивную по Гартману

сформировать гастроэнтероанастомоз
сформировать энтероэнтероанастомоз
сформировать коло- или энтеростому
выполнить билиодигестивные анастомозы

4) онкоурология

провести физикальное обследование органов мочеполовой сферы
оценить данные рентгенологического обследования органов мочеполовой сферы
оценить данные ультразвукового исследования органов мочеполовой сферы
оценить данные эндоскопического исследования органов мочеполовой сферы
определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию заболевания по отечественной классификации и системе TNM
выбрать адекватный план лечения при опухолевом поражении различных органов мочеполовой сферы с учетом распространенности и морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного
произвести пункционную биопсию почек под контролем УЗИ
выполнить надлобковую пункцию мочевого пузыря
выполнить цистоскопию
произвести пункцию яичка
произвести пункцию предстательной железы (чрезкожную и трансректальную)
выполнить катетеризацию мочевого пузыря
подготовить больного к рентгенологическому, компьютерному и ультразвуковому исследованию
выполнить диафаноскопию
оценить результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность

операции

выполнить цистостомию
произвести орхидфуникулэктомию
произвести нефрэктомию
выполнить трансуретральную резекцию мочевого пузыря
произвести резекцию мочевого пузыря

5) онкогинекология

провести физикальное обследование органов репродуктивной сферы
оценить данные рентгенологического обследования органов репродуктивной сферы
оценить данные ультразвукового исследования органов репродуктивной сферы
оценить данные эндоскопического исследования органов репродуктивной сферы
определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию заболевания по отечественной классификации и системе TNM
выбрать адекватный план лечения при опухолевом поражении различных органов репродуктивной сферы с учетом распространенности и морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного
выполнить ректовагинальное исследование
владеть диагностическими манипуляциями:

- мазки из шейки матки
- из цервикального канала
- аспират из полости матки
- пункция заднего свода
- гистерография
- цервикогистероскопия с выскабливанием
- лапароцентез
- раздельное диагностическое выскабливание

оценить результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность

операции

выполнить удаление придатков:

- с одной стороны
- с двух сторон

выполнить резекцию яичника

выполнить надвлагалищную ампутацию матки:

- без придатков
- с придатками

произвести экстирпацию матки:

- без придатков
- с придатками

выполнить вувэктомию:

- с паховой лимфаденоэктомией
- с подвздошно-паховой лимфаденоэктомией
- без лимфаденоэктомии

выполнить ампутацию шейки матки:

- ножевую
- ультразвуковую
- лазерную

б) онкогематология

провести пальпаторное исследование периферических лимфатических узлов, печени, селезенки

выполнить пункционную и ножевую биопсию периферических лимфатических узлов для цитологического исследования

выполнить пункцию костного мозга (стерильную и из гребня подвздошной кости)

определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию заболевания по отечественной классификации и системе TNM

выбрать адекватный план лечения с учетом распространенности и морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного

оценить результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность

опухоли молочных желез, кожи, мягких тканей, опорно-двигательного аппарата

выполнить осмотр и пальпаторное исследование молочных желез, кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата

выполнить пункционную и ножевую биопсию периферических лимфатических узлов, опухолевых образований молочной железы, кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата

взять мазки для цитологического исследования, изготовить мазки-отпечатки

определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию заболевания по отечественной классификации и системе TNM

выбрать адекватный план лечения с учетом распространенности и морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного

выполнить дренирование послеоперационных ран, ведение чистых и гнойных ран

оценить результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность

операции

выполнить секторальную резекцию молочной железы

выполнить все виды радикальных операций на молочной железе

удаление доброкачественных опухолей молочной железы, кожи и мягких тканей

выполнить пластику раневого дефекта местными тканями

выполнить трепанобиопсию опухолей костей

выполнить операционную биопсию опухолей костей и мягких тканей

выполнить краевую резекцию кости при доброкачественных опухолях

выполнить радикальные операции при опухолях мягких тканей различных локали-

заций

выполнить все виды лимфаденоэктомий (подмышечная, операция Дюкена, под-
вздошно-пахово-бедренная)

- навыки по оказанию скорой и неотложной помощи

остановка наружного кровотечения

комплексная сердечно-легочная реанимация

принципы оказания срочной помощи при шоках различных этиологий

первая врачебная помощь при неотложных состояниях (обморок, гипертонический криз, стенокардия, инфаркт миокарда, отек легких, приступ бронхиальной астмы, открытый и клапанный пневмоторакс, почечная колика, острая почечная, печеночная, надпочечниковая недостаточность, аллергические реакции, острая задержка мочи, острое нарушение мозгового кровообращения, острые заболевания брюшной полости, ожоги различной этиологии, синдром дегидратации, комы гипер- и гипогликемические)

- трактовка результатов лабораторных и инструментальных методов исследования

- навыки социальной деятельности

профилактика злокачественных заболеваний:

- первичная профилактика

- вторичная профилактика

активное выявление больных со злокачественными новообразованиями

- индивидуальный онкоосмотр

- комплексные осмотры

- целевые осмотры

- участие в реализации скрининговых программ

лечение больных со злокачественными новообразованиями

реабилитация

- медицинская

- социальная

- психологическая

патронаж и опека больных со злокачественными новообразованиями

- владение правовыми и законодательными основами деятельности врача-онколога

- владение алгоритмом постановки диагноза

диагностировать злокачественное новообразование

определить степень ее распространенности (клиническую стадию и клиническую группу) на основе полученных данных выработать индивидуальный план лечения больного (радикального, паллиативного, симптоматического) определить основные прогностические перспективы владение современными методами лечения.

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ, ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ.

1. Понятие опухолевого роста. Основные биологические особенности опухолевой ткани: автономность опухолевого роста, атипизм опухоли (морфологический, функциональный, биохимический, антигенный), инвазивный рост, метастазирование, рецидивирование. Понятие о прогрессировании опухолей.
2. Базалиома и рак кожи. Предраковые изменения кожи (облигатные и факультативные), их лечение. Клиника и диагностика базалиомы и рака кожи. Дифференциальный диагноз.
3. Хирургическое лечение рака почки. Органосохранное лечение. Особенности лечебной тактики при наличии отдаленных метастазов. Роль консервативной терапии (химиотерапия, иммунотерапия). Отдаленные результаты лечения и прогноз.
4. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение. Принцип составления плана лечения онкологического больного. Факторы, определяющие индивидуализацию методов лечения в онкологии.
5. Рак желудка. Хирургическое лечение: показания к отдельным видам оперативных вмешательств, их объем, комбинированные операции. Роль расширенной лимфаденэктомии.
6. Злокачественные опухоли яичка. Классификация. Этиология. Клиника и диагностика. Роль опухолевых маркеров в диагностике и мониторинге опухолей яичка. Хирургическое лечение. Особенности хирургического лечения онкологических больных. Абластика. Соблюдение принципа зональности и футлярности.
7. Злокачественные лимфомы. Особенности клинического течения. Классификация. Методы диагностики. Принципы лечения.
8. Рак яичников. Этиология, патогенез. Особенности клинического течения. Диагностика и дифференциальная диагностика.
9. Расширенные и комбинированные операции. Объем оперативных вмешательств в зависимости от локализации, формы роста и распространенности опухоли.
10. Рак яичников. Лечебная тактика при рецидивах заболевания. Значение опухолевых маркеров в диагностике и мониторинге. Отдаленные результаты лечения и прогноз.
11. Рак почки. Классификация и патологическая анатомия. Клиника и диагностика. Роль специальных методов в диагностике первичной опухоли и оценке распространенности опухолевого процесса.
12. Дополнительные способы хирургического воздействия в онкологии (электрохирургия, лазерное и криовоздействие), показания к их применению. Понятие об органосохранных вмешательствах в онкологии.
13. Рак тела матки. Этиология, патогенез. Предраковые состояния, их выявление и лечение. Особенности клинического течения и метастазирования. Диагностика.
14. Детская онкология. Нейробластома - диагностика, лечение, прогноз. Особенности течения.
15. Химиотерапия злокачественных опухолей. Понятие адъювантной и неоадъювантной химиотерапии.
16. Меланома кожи. Классификация. Диагностика. Особенности клинического течения и метастазирования.
17. Первично-множественный рак ободочной кишки. Принципы хирургического лечения рака ободочной кишки. Объем оперативных вмешательств.
18. Классификация противоопухолевых препаратов: основные группы противоопухолевых препаратов в зависимости от механизма их действия.
19. Злокачественная лимфома. Особенности клинического течения. Классификация. Методы диагностики. Принципы лечения.
20. Рак слепой кишки. Принципы хирургического лечения и объем оперативных вмешательств.

21. Основы эндокринотерапии злокачественных опухолей. Понятие о гормональных рецепторах. Группы гормональных препаратов и антигормоны: эстрогены и их производные, антиэстрогены, андрогены, антиандрогены, прогестины, ингибиторы ароматазы, агонисты LH-RH, кортикостероиды.
22. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей. Рак гортани. Клиника и диагностика с учетом локализации опухолевого процесса (рак вестибулярного отдела, голосовых складок, подскладочного отдела).
23. Хронический лейкоз. Классификация. Роль современных методов (в т.ч. иммунологических) в диагностике и определении вариантов течения.
24. Понятие о самостоятельной, неоадьювантной и адьювантной лекарственной терапии. Задачи адьювантной и неоадьювантной химиотерапии. Противопоказания к назначению химиотерапии.
25. Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника.
26. Рак шейки матки. Этиология и патогенез. Классификация рака шейки матки. Особенности распространения и метастазирования.
27. Понятие фотодинамической терапии. Механизмы противоопухолевого воздействия. Фотосенсибилизаторы.
28. Злокачественные опухоли щитовидной железы. Клинико-морфологическая классификация. Клиническое течение. Закономерности метастазирования.
29. Рак шейки матки. Лечебная тактика в зависимости от стадии и формы роста. Методы лечения (хирургическое, лучевое, комбинированное и комплексное лечение).
30. Реабилитация онкологических больных. Общие принципы и виды реабилитации. Реабилитационные мероприятия при основных видах опухолей (опухоли костей, молочной железы, желудка, гортани). Реконструктивно-пластические операции в онкологии.
31. Опухоли шеи. Классификация. Внеорганные опухоли шеи (нейрогенные, мезенхимальные, дисэмбриональные). Диагностика. Специальные методы диагностики.
32. Хорионкарцинома матки. Патогенез. Особенности клинического течения. Методы диагностики. Лечебная тактика. Методы лечения. Отдаленные результаты лечения, прогноз.
33. Паллиативная помощь в онкологии. Современное состояние паллиативной помощи онкологическим больным. Методологические аспекты паллиативной помощи. Хронический болевой синдром. Принципы лекарственной терапии. Психологическая помощь в онкологии. Понятие хосписа.
34. Рак пищевода. Предраковые состояния. Клиническая картина рака пищевода. Роль лучевых и эндоскопических методов в диагностике. Дифференциальный диагноз.
35. Принципы хирургического лечения рака прямой кишки. Объем оперативных вмешательств. Сфинктеросохраняющие операции.
36. Планирование, организация и проведение клинических исследований. Типы и организационные формы проведения клинических исследований (контролируемые и неконтролируемые, кооперированные исследования; протокол исследования). Формирование групп наблюдения при контролируемых исследованиях (сопоставимость групп, рандомизация и стратификация). Необходимая численность групп наблюдения.
37. Рак грудной железы у мужчин, особенности клинического течения, лечебная тактика.
38. Паллиативное и радикальное лечение рака головки поджелудочной железы. Возможности консервативной терапии. Результаты лечения и прогноз.
39. Оценка результатов клинических исследований. Критерии оценки эффекта (объективный и субъективный эффект, «качество жизни»). Продолжительность эффекта (понятия: эффект, ремиссия, рецидив и метастазы, прогрессирование, излечение, клиническое выздоровление, общий эффект, полный и частичный эффект, продолжительность жизни).
40. Особенности течения лимфогранулематоза у детей. Методы диагностики. Принципы лекарственного и лучевого лечения. Результаты и прогноз.

41. Клиника, диагностика и лечение злокачественных опухолей лоханки.
42. Характеристика основных этапов опухолевой прогрессии. Неоангиогенез в опухоли. Характеристика ангиогенного фенотипа, роль генов модуляторов, гена-супрессора p53. Стимуляторы и ингибиторы ангиогенеза. Основы антиангиогенной терапии рака.
43. Базалиома кожи. Лечение первичной опухоли, рецидивов и метастазов (хирургическое лечение, лучевая терапия). Роль фотодинамической терапии. Отдаленные результаты и прогноз.
44. Злокачественные опухоли предстательной железы. Особенности клинического течения и метастазирования. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Роль простат-специфического антигена (ПСА) в диагностике и мониторинге рака предстательной железы.
45. Механизмы множественной лекарственной устойчивости опухолевых клеток. Р-гликопротеин, MRP, LRP, обезвреживание препарата, изменение или репарация мишени. Роль генов, контролирующих апоптоз, в лекарственной устойчивости опухолевых клеток.
46. Рак нижней губы. Предраковые состояния. Классификация. Клиника и диагностика. Форма роста.
47. Диагностика и дифференциальная диагностика опухолей костей. Методы лечения (хирургический, лучевой, лекарственный, комбинированное лечение. Результаты лечения и прогноз.
48. Кооперативные взаимодействия опухолевых клеток и организма (стромальными элементами, сосудами, иммунной системой).
49. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей. Рак гортани. Клиника и диагностика с учетом локализации опухолевого процесса (рак вестибулярного отдела, голосовых складок, подскладочного отдела).
50. Острый лейкоз. Дифференциальный диагноз.
51. Понятие о фоновых и предопухолевых состояниях. Предопухолевые изменения (метаплазия, дисплазия).
52. Рак желудка. Предопухолевые заболевания желудка, лечебная тактика. Классификация рака желудка. Пути регионарного метастазирования рака желудка (классификация Японского общества по изучению рака желудка). Первичная и уточняющая диагностика.
53. Хорионкарцинома матки. Лечебная тактика. Методы лечения. Отдаленные результаты лечения, прогноз.
54. Системное действие опухоли на обмен веществ. Кахексия. Паранеопластические синдромы.
55. Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта (рак языка, дна полости рта, щеки, неба). Роль факторов внешней среды в развитии опухоли. Предраковые состояния. Клиника, лечебная тактика.
56. Опухоли костей. Классификация. Особенности клинического течения. Закономерности метастазирования. Диагностика и дифференциальная диагностика опухолей костей.
57. Классификация онкогенов: онкогены, антионкогены (p53, pRb и др.), мутаторные гены, гены-модуляторы. Функции онкобелков (факторы роста, мембранные и цитоплазматические рецепторы, тирозинкиназы, факторы транскрипции, регуляторы апоптоза и др.).
58. Рак полового члена. Предопухолевые заболевания. Патологическая анатомия. Особенности клинического течения, метастазирования.
59. Внеорганные забрюшинные опухоли. Методы лечения: хирургический, лучевой, лекарственный. Лечебная тактика при рецидивах заболевания. Отдаленные результаты лечения и прогноз.

60. Роль гормонов в развитии злокачественных новообразований экзокринных и эндокринных желез, желез смешанной секреции и органов мишеней (молочной железы, яичников, эндометрия). Механизмы гормонального канцерогенеза. Гормонозависимые опухоли. Гормонопродуцирующие опухоли. Экспериментальные модели гормонального канцерогенеза.

61. Рак прямой кишки. Полипы и ворсинчатые опухоли толстой кишки как предопухолевые заболевания, лечебная тактика. Клиника рака прямой кишки в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Особенности метастазирования.

62. Рак наружных половых органов и влагалища. Предопухолевые состояния. Особенности клинического течения и метастазирования.

63. Лучевое лечение. Биологические предпосылки использования ионизирующего излучения для лечения опухолей. Понятие о радиочувствительности. Значение дозы, мощности и фактора времени при лучевой терапии. Радиотерапевтическая аппаратура (гамма-установки, ускорительные комплексы, источники протонного излучения и др.), основные характеристики, показания к использованию при различных опухолях.

64. Первичные и метастатические опухоли печени. Методы лечения первичного рака печени.

65. Органосохраняющие операции при раке молочной железы, показания и противопоказания. Реконструктивно-пластические операции: показания, сроки выполнения.

66. Основные характеристики злокачественной клетки: неконтролируемый рост, нарушения в программе конечной дифференцировки, нарушения в программе клеточной смерти, способность к метастазированию, усиление механизмов устойчивости к неблагоприятным воздействиям.

67. Меланома кожи. Лечение первичной опухоли и метастазов (хирургическое, лучевое, химиотерапия, иммунотерапия). Отдаленные результаты лечения и прогноз.

68. Диагностика рака тела матки. Принципы хирургического, комбинированного и комплексного лечения. Гормональное лечение (самостоятельное и в рамках комплексного лечения).

69. Биохимические особенности опухолевых клеток. Особенности энергетического обмена злокачественных опухолей. Анаэробный и аэробный гликолиз. Феномен субстратных «ловушек».

70. Злокачественные опухоли верхних дыхательных путей. Лечение (хирургическое, лучевое, комбинированное). Возможности лекарственной терапии, фотодинамической терапии.

71. Злокачественные лимфомы. Особенности клинического течения. Классификация. Методы диагностики. Принципы лечения.

72. Молекулярно-генетические изменения в опухолевых клетках. Онкогены и онкобелки. Клеточные протоонкогены.

73. Особенности метастазирования рака нижней губы. Лечение первичной опухоли и метастазов. Лечение рецидивов. Отдаленные результаты и прогноз.

74. Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника. Роль современных методов в диагностике и оценке распространенности процесса. Лечение. Прогноз.

75. Особенности пролиферации опухолевых клеток. Сигнальные пути, приводящие к пролиферации.

76. Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта (рак языка, дна полости рта, щеки, неба). Современные методы лечения. Отдаленные результаты и прогноз.

77. Острый и хронический лейкоз. Классификация. Роль современных методов (в т.ч. иммунологических) в диагностике и определении вариантов течения. Дифференциальный диагноз.

78. Канцерогенез как многостадийный процесс. Накопление генетических нарушений как основа неопластической трансформации клеток. Понятия инициации, промоции и прогрессии опухолей.

79. Закономерности метастазирования злокачественных опухолей щитовидной железы. Диагностика (клиническая, лучевая, цитологическая), применение других специальных методов исследования. Методы лечения и прогноз.

80. Рак шейки матки. Этиология и патогенез. Классификация рака шейки матки. Особенности распространения и метастазирования.

81. Классификация канцерогенов по механизму действия: генотоксические канцерогены (нитрозосоединения, ароматические амины, канцерогены прямого действия), негенотоксические (эпигеномные) канцерогены.

82. Опухоли шеи. Принципы лечения (хирургического, лучевого, комбинированного). Метастазы рака в лимфатические узлы шеи без выявления первичной опухоли. Диагностическая тактика.

83. Злокачественные опухоли предстательной железы. Особенности клинического течения и метастазирования. Диагностика.

84. Вирусный канцерогенез. Основные группы онкогенных вирусов человека и животных (аденовирусы, герпесвирусы, паповирусы, ретровирусы и др.). Вирусные инфекции человека, ассоциированные с возникновением опухолей (папилломовирусная инфекция, ВИЧ, вирусный гепатит В, инфекции, вызванные вирусом Эпштейна-Барр и др.).

85. Рак пищевода. Методы лечения (хирургический, лучевой, комбинированное и комплексное лечение), показания в зависимости от локализации и распространенности опухолевого процесса. Отдаленные результаты и прогноз.

86. Опухоли костей. Классификация. Особенности клинического течения. Закономерности метастазирования. Диагностика и дифференциальная диагностика опухолей костей.

87. Радиационный канцерогенез. Основные виды ионизирующих излучений, способных вызывать опухоли. Клеточная радиочувствительность. Механизм канцерогенного действия ионизирующей радиации. Злокачественные новообразования как отдаленные последствия облучения.

88. Рак желудка. Предопухолевые заболевания желудка, лечебная тактика. Классификация рака желудка. Пути регионарного метастазирования рака желудка (классификация Японского общества по изучению рака желудка). Первичная и уточняющая диагностика.

89. Рак полового члена. Принципы лечения - хирургического, лучевого, комбинированного. Отдаленные результаты лечения и прогноз.

90. Иммунология опухолей. Естественный противоопухолевый иммунитет. Приобретенный противоопухолевый иммунитет.

91. Рак слепой кишки. Полипы и ворсинчатые опухоли толстой кишки как предопухолевые заболевания, лечебная тактика. Клиника рака слепой кишки в зависимости от формы роста опухоли. Особенности метастазирования.

92. Опухоли средостения. Классификация. Клиническая картина. Диагностическая тактика. Роль специальных методов в диагностике. Лечебная тактика.

93. Цели и задачи первичной профилактики рака. Онкогигиеническая профилактика: её достижения и перспективы.

94. Опухоли слюнных желез. Классификация (доброкачественные и злокачественные опухоли). Клиника и диагностика. Особенности хирургического и комбинированного лечения. Отдаленные результаты и прогноз.

95. Хорионкарцинома матки. Патогенез. Особенности клинического течения. Методы диагностики.

96. Эффекторные механизмы противоопухолевого иммунитета. Роль субпопуляций лимфоцитов в обеспечении противоопухолевого иммунитета (натуральные киллеры, макрофаги, цитотоксические лимфоциты, дендритные клетки и др.). Иммунотипирование опухолей.

97. Рак ободочной кишки. Клиника рака ободочной кишки в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Особенности метастазирования.
98. Острый миелолейкоз. Классификация. Роль современных методов (в т.ч. иммунологических) в диагностике и определении вариантов течения.
99. Понятие о первичной и уточняющей диагностике злокачественных опухолей. Роль специальных методов в оценке распространенности опухолевого процесса.
100. Лечение рака молочной железы (хирургическое, лекарственное, лучевое, гормональное). Оценка рецепторного статуса и выбор метода лечения. Отдаленные результаты лечения и прогноз рака молочной железы.
101. Внеорганные забрюшинные опухоли. Классификация, гистогенез. Особенности клинического течения. Роль ультразвуковой и компьютерной томографии в диагностике.
102. Иммунотерапия злокачественных новообразований. Иммуномодуляторы. Моноклональные антитела в онкологии. Противоопухолевые вакцины.
103. Рак прямой кишки. Клиника в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Особенности метастазирования.
104. Лимфогранулематоз. Классификация. Клиника. Роль современных методов в диагностике и оценке распространенности процесса.
105. Классификация злокачественных опухолей по стадиям, международная классификация по системе TNM. Общие принципы определения стадии опухолевого процесса.
106. Базалиома и рак кожи. Предраковые изменения кожи (облигатные и факультативные), их лечение. Клиника и диагностика базалиомы и рака кожи. Дифференциальный диагноз.
107. Опухоли печени. Первичные и метастатические опухоли печени. Роль специальных методов в диагностике опухолей печени. Значение альфа-фетопротеина в дифференциальной диагностике.
108. Принципы основных методов лучевой диагностики: классической рентгенодиагностики, рентгеновской компьютерной томографии, радиоизотопной диагностики, ультразвукового исследования, магнитно-резонансной томографии, радиоизотопных методов.
109. Рак молочной железы. Предопухолевые заболевания. Организационно-методические аспекты ранней диагностики рака молочной железы (самообследование молочных желез, скрининг).
110. Синдром механической желтухи. Дифференциальная диагностика желтухи. Ультразвуковое исследование, компьютерная томография и ангиография в дифференциальной диагностике опухолей билио-панкреато-дуоденальной зоны.
111. Морфологическая диагностика опухолей (гистологическая, цитологическая). Иммунофенотипирование опухолей.
112. Рак легкого. Роль курения в возникновении рака легкого. Патологическая анатомия (формы роста, гистологические варианты строения). Особенности клинического течения в зависимости от локализации и формы роста. Атипичические формы рака легкого. Закономерности метастазирования.
113. Рак наружных половых органов и влагалища. Роль специальных методов в диагностике и дифференциальной диагностике. Лечение.
114. Методы оценки состояния регионарных лимфатических узлов.
115. Рак легкого. Диагноз и дифференциальный диагноз. Методы лечения (хирургический, лучевой, лекарственный, комбинированное и комплексное лечение). Отдаленные результаты лечения, прогноз.
116. Опухоли мягких тканей туловища и конечностей. Классификация. Особенности клинического течения в зависимости от локализации, формы роста и распространенности. Особенности метастазирования.
117. Основные методы лечения злокачественных новообразований: хирургический, лучевой, лекарственный. Комбинированное, сочетанное и комплексное лечение.

118. Детская онкология. Заболеваемость и смертность у детей от злокачественных опухолей. Забрюшинные опухоли - диагностика и лечение. Опухоль Вильмса - диагностика, лечение, прогноз.

119. Принципы лечения локализованного и местнораспространенного рака предстательной железы. Хирургическое, гормональное и лучевое лечение. Принципы лечения гормонрефрактерного рака предстательной железы.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ:

I. РАК ПИЩЕВОДА

II. РАК ЖЕЛУДКА

III. РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

IV. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

V. РАК ОРГАНОВ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

VI. РАК ЛЕГКИХ

VII. РАК НИЖНЕЙ ГУБЫ

VIII. РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

IX. РАК КОЖИ. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЛАНОМА

X. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

XI. ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

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

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

2. Наиболее часто встречающимися симптомами доброкачественных опухолей пищевода являются:

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

3. Основными методами диагностики доброкачественных опухолей пищевода являются:

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

Правильные ответы:

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

4. При лечении доброкачественных опухолей пищевода применяется:

- А). Хирургическое лечение
- Б). Лучевое лечение
- В). Химиотерапия
- Г). Комбинированное лечение
- Д). правильного ответа нет

5. Оптимальным вариантом хирургического вмешательства по поводу лейомиомы пищевода является:
- А). Эндоскопическое удаление
 - Б). Энуклеация опухоли с сохранением слизистой оболочки
 - В). Сегментарная резекция пищевода
 - Г). Субтотальная резекция пищевода
 - Д). Правильный ответ А) и В)

6. Заболеваемость раком пищевода в СНГ:
- 1). Увеличивается
 - 2). Остается стабильной
 - 3). Одинакова в разных регионах
 - 4). Имеются значительные территориальные различия

Правильные ответы:

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

7. Раком пищевода:
- А). Чаще болеют мужчины
 - Б). Чаще болеют женщины
 - В). Частота поражения не связана с полом
 - Г). Женщины после 40 лет
 - Д). Нет правильного ответа

8. Рак пищевода чаще встречается в возрасте:
- А). 30-40 лет
 - Б). 40-50 лет
 - В). 50-60 лет
 - Г). 60-70 лет
 - Д). старше 75 лет

9. Определенное влияние на частоту заболеваемости раком пищевода оказывает:
- А). Курение
 - Б). Регулярное употребление крепких спиртных напитков
 - В). Регулярное применение в пищу строганины (замороженной рыбы)
 - Г). Все вышеуказанные факторы
 - Д). Правильно только А) и В)

10. К предопухолевым заболеваниям с повышенным риском возникновения на их фоне рака пищевода относятся:
- 1). Рубцовая стриктура
 - 2). Ахалазия
 - 3). Синдром Пламмера- Винсона
 - 4). Пищевод Барретта
 - 5). Кератодермия (семейный гиперкератоз ладоней и стоп)

Правильные ответы:

- А). Все ответы верны
- Б). Верно все, кроме 5

- В). Верно все, кроме 4,5
- Г). Верно все, кроме 2,3
- Д). Верно все, кроме 1,5

11. Рак пищевода чаще всего поражает:

- А). Верхнюю треть
- Б). Среднюю треть
- В). Нижнюю треть
- Г). Одинаково часто развивается в любом отделе пищевода
- Д). Правильного ответа нет

12. Плоскоклеточный рак среди заболевших раком пищевода встречается примерно у:

- А). 20% больных
- Б). 40% больных
- В). 60% больных
- Г). 90% больных
- Д). 95,6% больных

13. Гематогенные метастазы при раке пищевода могут наблюдаться:

- А). В печени
- Б). В легких
- В). В почках
- Г). В костях
- Д). Верны все ответы

14. При раке нижней трети пищевода метастазирование возможно в следующие группы лимфатических узлов:

- А). Околопищеводные
- Б). Нижние трахеобронхиальные
- В). Околокардиальные
- Г). Левые желудочковые
- Д). Во все перечисленные группы

15. При раке пищевода возможны следующие анатомические типы роста опухоли:

- А). Язвенный
- Б). Узловой (бородавчато-папилломатозный)
- В). Инфильтрирующий (скиррозный)
- Г). Все ответы верные
- Д). Правильного ответа нет

16. I стадию рака пищевода характеризуют следующие размеры опухоли:

- А). До 3 см
- Б). 4-5 см
- В). 6-8 см
- Г). Более 8 см
- Д). Более 10 см

17. При I стадии рака пищевода опухолевая инфильтрация распространяется:

- А). На слизистый слой
- Б). На слизистый и подслизистый слой
- В). На слизистый, подслизистый и мышечный слои
- Г). Все слои пищевода, включая адвентицию
- Д). Правильного ответа нет

18. Регионарные метастазы при I стадии рака пищевода:

- А). Отсутствуют
- Б). Единичные в околопищеводных лимфатических узлах
- В). Поражают все группы регионарных лимфатических узлов
- Г). Поражаются 3 и более регионарных узла
- Д). Правильного ответа нет

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

- А). I стадии
- Б). IIa стадии
- В). IIб стадии
- Г). IIIa стадии
- Д). IIIб стадии

20. Рак пищевода, инфильтрирующий стенку органа до мышечного слоя включительно при наличии одиночных регионарных и отсутствии отдаленных метастазов, соответствует следующей характеристике по системе TNM:

- А). T₁ N₁ M₀
- Б). T₂ N₁ M₀
- В). T₃ N₀ M₀
- Г). T₄ N₀ M₀
- Д). Правильный ответ А) и Б)

21. Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является:

- А). Повышенное слюноотделение
- Б). Тошнота
- В). Дисфагия
- Г). Рвота
- Д). Ощущение инородного тела

22. Боли при раке пищевода могут локализоваться в области:

- А). Шеи
- Б). Грудной клетки
- В). Эпигастрия
- Г). Все ответы верные
- Д). Верные ответы Б) и В).

23. Клиническими проявлениями рака пищевода могут быть:

- А). Охриплость
- Б). Кашель
- В). Эмпиема плевры
- Г). Медиастинит
- Д). Все ответы верные

24. Известны следующие клинические “маски” рака пищевода (А.И. Рудерман):

- А). Ларинго-трахеальная и плевропульмональная
- Б). Сердечная

- В). Гастритическая
- Г). Невралгическая
- Д). Все ответы верные

25. Стенокардитическая и гастритическая клинические маски рака пищевода наиболее часто наблюдаются при локализации опухоли:

- А). В шейном отделе пищевода
- Б). В верхнегрудном отделе пищевода
- В). В среднегрудном отделе пищевода
- Г). В нижнегрудном и абдоминальном отделах пищевода
- Д). В брюшном отделе пищевода

26. К рентгеноморфологическим признакам рака пищевода относятся:

- А). Нарушение акта глотания
- Б). Изменение эластичности стенки пищевода
- В). Неровность контура пищевода
- Г). Деформация рельефа слизистой
- Д). Правильные ответы В) и Г)

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

- А). При полиповидной форме роста
- Б). При язвенно-инфильтративной форме роста
- В). При скirrosной форме роста
- Г). При эндофитном типе роста
- Д). Правильный ответ Б) и Г)

28. Биопсия опухоли при раке пищевода, выполненная во время эндоскопического исследования с последующим гистологическим и цитологическим исследованием позволяет морфологически верифицировать диагноз:

- А). У 95-98% больных
- Б). У 70-95 % больных
- В). У 45-50% больных
- Г). У 25-30% больных
- Д). У 10-15% больных

Трахеобронхоскопия при раке пищевода позволяет выявить:

- А). Косвенные признаки вовлечения в опухолевый процесс трахеи, бронха
- Б). Прямые признаки прорастания опухоли в трахею, бронх
- В). Признаки увеличения лимфатических узлов средостения и бифуркационной группы
- Г). Все ответы верные
- Д). Верные ответы А) и Б).

12. Какая из паллиативных операций при раке нижней трети пищевода наиболее простая и доступная для исполнения?

- А) эзофагофундоанастомоз
- Б) гастростомия
- В) энтеростомия
- Г) интубация опухоли пищевода эндопротезом (металлическая или синтетическая трубка);
- Д) «туннелирование» опухоли лазером или диатермокоагулятором

13. При раке пищевода чаще применяют:

- А) комбинированную терапию

- Б) лучевую терапию
- В) хирургическое лечение
- Г) химиотерапию
- Д) симптоматическую терапию

14. Среди злокачественных опухолей пищевода чаще всего встречаются

- А) саркома
- Б) лейомиосаркома
- В) меланома
- Г) рабдомиосаркома
- Д) рак

15. Наиболее ранним проявлением рака пищевода является:

- +А) дисфагия
- Б) боль за грудиной и в спине
- В) срыгивание застойным содержимым
- Г) усиленное слюноотделение
- Д) похудание

16. При раке среднегрудного отдела пищевода чаще всего наблюдается:

- А) срыгивание
- +Б) боль за грудиной
- В) кашель, одышка
- Г) дисфагия
- Д) слюнотечение

17. Для диагностики новообразований средостения может быть использован:

- А) пневмоторакс
- Б) пневмоперитонеум
- В) ретропневмоперитонеум
- Г) бронхография
- Д) пневмомедиастинография

18. Укажите наиболее характерный и специфический симптом, указывающий на малигнизацию при хроническом эзофагите:

- А) дисфагия
- Б) боль при глотании
- В) икота
- Г) изжога
- Д) диарея

19. К ранним симптомам рака пищевода следует отнести:

- А) дисфагию
- Б) боля за грудиной и в спине
- В) кашель при приеме пищи
- Г) усиленное слюноотделение
- Д) похудание

20. Метастазирование злокачественных опухолей пищевода осуществляется преимущественно лимфогенным путем. В чем состоит особенность лимфатической системы пищевода и связанная с ней особенность лимфогенного метастазирования?

- А) близкое расположение грудного лимфатического протока

- Б) продольная ориентация внутриорганных лимфатических сосудов
- В) наличие лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистом слое и мышечной оболочке
- Г) наличие порто-кавальных связей
- Д) тесная связь лимфатической системы пищевода и желудка

21. У больного 78 лет при обследовании выявлена опухоль верхней трети пищевода с прорастанием в трахею, МTS в печень. При глотании с трудом проходит жидкость. Ваша тактика?

- А) бужирование опухоли
- Б) эндоскопическая реканализация опухоли
- В) эзофагостома
- Г) гастростома
- Д) еюностома.

22. Выбрать метод лечения у больного 40 лет с раком шейного отдела пищевода В стадии с явлениями дисфагии:

- А) консервативная терапия: лучевое лечение, химиотерапия
- Б) наложение гастростомы
- В) резекция пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза
- Г) операция: резекция пищевода в Б этапа по Тореку-Добромыслову
- Д) наложение еюностомы

II. РАК ЖЕЛУДКА

1. В России рак желудка среди злокачественных опухолей занимает место:

- А). Первое
- Б). Второе
- В). Третье
- Г). В первую тройку не входит
- Д). Правильного ответа нет

2. Заболеваемость раком желудка:

- А). Растет
- Б). Стабилизировалась
- В). Снижается
- Г). Растет у мужчин, у женщин снижается
- Д). Статистики за последние годы нет

3. Рак желудка наиболее часто возникает в возрасте:

- А). От 21 до 50 лет
- Б). От 51 до 70 лет
- В). Старше 70 лет
- Г). Частота одинакова во всех группах
- Д). Старше 80 лет

4. Для возникновения рака желудка имеет значение:

- А). Бактериальная инфекция
- Б). Вирусная инфекция
- В). Оба ответа верны
- Г). А) и Б) значения не имеют
- Д). Все ответы неправильны

5. Уровень заболеваемости раком желудка у мужчин:
- А). Выше, чем у женщин в 5 раз
 - Б). Выше, чем у женщин в 2 раза
 - В). Ниже, чем у женщин
 - Г). Одинаков у мужчин и женщин
 - Д). Правильного ответа нет
6. При каком способе сохранения продуктов не увеличивается содержание нитрозаминов и их предшественников в пище?
- А). Солении
 - Б). Копчении
 - В). Замораживании
 - Г). Консервировании
 - Д). Правильный ответ Б) и Г)
7. Генетические особенности организма играют роль в возникновении:
- А). Диффузной формы рака желудка
 - Б). Интестинальной формы рака желудка
 - В). Любых форм рака желудка
 - Г). Роли не играют
 - Д). Правильно все ответы, кроме В) и Г)
8. Характер питания играет решающую роль в возникновении:
- А). Диффузного рака желудка
 - Б). Интестинального рака желудка
 - В). Любых форм рака желудка
 - Г). Роли не играет
 - Д). Правильный ответ все, кроме В) и Г)
9. Для возникновения рака желудка не имеет значения:
- А). Избыточное употребление поваренной соли
 - Б). Количество потребляемой клетчатки
 - В). Инфицирование желудка бактериальной флорой
 - Г). Особенности кулинарной обработки пищи
 - Д). Возраст
10. Регургитация желчи из 12-ти перстной кишки в желудок:
- А). Способствует возникновению рака желудка
 - Б). Не играет роли в возникновении рака желудка
 - В). Способствует возникновению рака желудка у мужчин
 - Г). Способствует возникновению рака желудка только у лиц старше 60 лет
 - Д). Способствует возникновению рака желудка у женщин
11. Предраковое заболевание желудка с резким утолщением складок слизистой оболочки и усиленным образованием слизи, называется:
- А). Болезнь Менетрие
 - Б). Болезнь Педжета
 - В). Эритроплазия Кейра
 - Г). Болезнь Гиршпрунга
 - Д). Пищевод Баретта

12. Дисплазию эпителия слизистой желудка обнаруживают:
- А). При рентгеновском обследовании
 - Б). При ФГДС
 - В). При цитологическом и гистологическом исследовании
 - Г). Всеми указанными способами
 - Д). Нет правильного ответа
13. Не являются предраком желудка:
- А). Хронический атрофический гастрит
 - Б). Язвенная болезнь желудка
 - В). Гиперпластические полипы
 - Г). Аденоматозные полипы
 - Д). Пернициозная анемия
14. Для исключения малигнизации язвы желудка оптимальным методом является:
- А). Рентгенологический
 - Б). Эндоскопический с биопсией
 - В). Ультразвуковой
 - Г). Исследование кала на скрытую кровь
 - Д). Исследование рН-метрии
15. При малигнизации язвы желудка опухолевые клетки чаще обнаруживаются:
- А). В дне язвы
 - Б). В Крае язвы
 - В). В дне и краях одинаково часто
 - Г). Правильного ответа нет
 - Д). Все ответы верны, кроме Г)
16. При малигнизированном полипе желудка больному обычно показано:
- А). Эндоскопическая полипэктомия
 - Б). Хирургическое иссечение полипа
 - В). Клиновидная резекция желудка
 - Г). Экономная резекция желудка
 - Д). Субтотальная резекция желудка с соблюдением всех принципов онкологии
17. Из перечисленных гистологических форм для рака желудка наиболее характерной является:
- А). Мелкоклеточный рак
 - Б). Аденокарцинома
 - В). Плоскоклеточный рак
 - Г). Карциноид
 - Д). Светлоклеточный рак
18. Ранним раком желудка называют:
- А). Опухоль размерами менее 3 см
 - Б). Рак in situ
 - В). Опухоль размерами менее 5 см
 - Г). Любых размеров рак, поражающий только слизистую оболочку и подслизистый слой
 - Д). Опухоль размерами менее 7,5 см
19. Наиболее часто рак желудка поражает:
- А). Кардиальный отдел
 - Б). Антральный отдел

- В). Тело желудка
- Г). Весь желудок
- Д). Большую кривизну желудка

20. Больному по поводу язвенной болезни выполнена резекция желудка. Нуждается ли он в диспансерном наблюдении в группе повышенного риска возникновения рака желудка?

- А). Нет
- Б). Да, в течение первых 5 лет после операции
- В). Да, в течение первых 10 лет
- Г). Да, по прошествии 10 лет после операции
- Д). Правильного ответа нет

21. Какая форма рака желудка медленнее растет, реже и позднее метастазирует?

- А). Экзофитный
- Б). Инфильтративный
- В). Блюдцеобразный
- Г). Язвенно-инфильтративный
- Д). Правильного ответа нет

22. Для рака желудка характерно метастазирование:

- А). Лимфогенное
- Б). Гематогенное
- В). Импантационное
- Г). Все ответы правильные
- Д). Нет верного ответа

23. Рак желудка чаще всего метастазирует в:

- А). Легкие
- Б). Кости
- В). Печень
- Г). Надключичные лимфатические узлы
- Д). Мозг

24. Метастаз "Вирхова" это метастаз в:

- А). Клетчатку малого таза
- Б). Яичники
- В). Пупок
- Г). Надключичные лимфатические узлы
- Д). Селезёнку

25. Метастаз Крукенберга локализуется:

- А). В прямокишечно-пузырной складке
- Б). В пупке
- В). В яичнике
- Г). Между ножками кивательной мышцы
- Д). В мозг

26. Метастаз Шницлера локализуется:

- А). В пупке
- Б). В прямокишечно-пузырной складке
- В). В яичниках
- Г). В надключичных лимфоузлах

Д). В пупок

27. Рак желудка диаметром 4 см, прорастающий мышечный слой, с единичным метастазом в малом сальнике относится к стадии:

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

28. Рак желудка диаметром 4 см, прорастающий мышечный слой, без регионарных метастазов по системе TNM обозначается:

- А). T1N1M0
- Б). T1N0M0
- В). T2N1M0
- Г). T2N0M0
- Д). T3N0M0

29. Рак тела желудка диаметром 8 см, прорастающий в мышечную оболочку, с двумя метастазами в малом сальнике обозначаются по системе TNM:

- А). T2N1M0
- Б). T3N1M0
- В). T3N0M0
- Г). T3N1M1
- Д). T4N1M0

30. Типичным проявлением рака кардиального отдела желудка является:

- А). Отрыжка, изжога, рвота
- Б). Боль в эпигастальной области
- В). Дисфагия
- Г). Слабость
- Д). Поносы

31. Для рака пилорического отдела желудка типичным является:

- А). Поносы
- Б). Дисфагия
- В). "Шум плеска" натощак
- Г). Тошнота
- Д). Все ответы верны

32. Какой из перечисленных симптомов никогда не встречается в отделе желудка, где чаще всего возникает раковая опухоль:

- А). Боль
- Б). Рвота
- В). Дисфагия
- Г). Слабость, похудание
- Д). Изжога

33. На основании жалоб больного наиболее труден для диагностики рак:

- А). Кардиального отдела желудка
- Б). Дна желудка
- В). Малой кривизны желудка
- Г). Пилорического отдела желудка
- Д). Рака большой кривизны

34. Наиболее поздно клинически проявляется:
- А). Рак тела желудка
 - Б). Кардиального отдела
 - В). Антрального отдела
 - Г). Пилорического канала
 - Д). Рак малой кривизны желудка
35. Какие симптомы, обусловленные феноменом обтурации, характерны для рака пилорического отдела желудка:
- А). Изжога
 - Б). Тошнота, рвота
 - В). Резкая слабость
 - Г). Быстрое похудание
 - Д). Жидкий стул
36. Какими симптомами может проявляться рак дна желудка без перехода на пищевод:
- А). Чувство переполнения, шум плеска
 - Б). Боль в области сердца, напоминающая стенокардию
 - В). Рвота, съеденной накануне пищей
 - Г). Запорами
 - Д). Дисфагия
37. Для рака тела желудка не характерно:
- А). Анемия
 - Б). Дисфагия
 - В). Желудочный дискомфорт
 - Г). Ноющие боли в эпигастральной области
 - Д). Похудание
38. Наиболее раннее распознавание рака желудка обеспечивает:
- А). Гастроскопия
 - Б). Поиск синдрома "малых признаков"
 - В). Обзорная рентгенография органов брюшной полости
 - Г). Лапароскопия
 - Д). Гастрография
39. На рентгенограмме экзофитный рак желудка выглядит как:
- А). Обширная ниша
 - Б). Выбухание стенки желудка кнаружи
 - В). Дефект наполнения
 - Г). Характерного вида не имеет
 - Д). Правильного ответа нет
40. Какие изменения складок слизистой в области дефекта наполнения являются характерным рентгенологическим признаком рака желудка:
- А). Обрыв складок слизистой
 - Б). Ниша и конвергенция складок в ней
 - В). Деформация складок
 - Г). Истончение складок
 - Д). Все указанные изменения характерны

41. Радикальными оперативными вмешательствами при раке желудка являются:

- 1). Резекция 1/2 желудка
- 2). Дистальная субтотальная резекция желудка
- 3). Гастротомия с иссечением опухоли
- 4). Гастрэктомия
- 5). Клиновидное иссечение части желудка с опухолью
- 6). Проксимальная субтотальная резекция желудка

Правильные ответы:

- А). 1,3,6
- Б). 2,4,5
- В). 3,4,6
- Г). 1,2,5
- Д). 2,4,6

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

- А). Малого сальника
- Б). Большого сальника
- В). Желудочно-ободочной связки
- Г). Селезенки
- Д). Ничего не удаляют

43. При блюдцеобразном раке антрального отдела желудка показана:

- А). Резекция 1/2 желудка
- Б). Резекция 3/4 желудка
- В). Субтотальная резекция
- Г). Гастрэктомия
- Д). Нет правильного ответа

44. При операбельном раке выходного отдела желудка с явлениями стеноза показана:

- А). Гастродуоденостомия
- Б). Субтотальная дистальная резекция желудка
- В). Пилоропластика
- Г). Гастростомия
- Д). Гастроэнтеростомия

45. При инфильтративном раке средней трети тела желудка (T3N1M0) показана операция:

- А). Проксимальная субтотальная резекция желудка
- Б). Гастрэктомия со спленэктомией
- В). Дистальная субтотальная резекция желудка
- Г). Все операции возможны
- Д). Правильного ответа нет

46. Субтотальная проксимальная резекция желудка выполняется:

- А). При инфильтративной опухоли кардиального отдела желудка
- Б). При экзофитной опухоли кардиального отдела желудка
- В). При опухоли кардиального отдела желудка независимо от типа роста
- Г). По усмотрению хирурга
- Д). По желанию больного

47. Больному с запущенным стенозирующим раком пилорического отдела желудка показано лечение:

- А). Лучевое
- Б). Гастростомия
- В). Гастроэнтеростомия
- Г). Химиотерапевтическое
- Д). Симптоматическое

48. Паллиативную резекцию при запущенной стадии рака желудка (T3N2M1) выполняют:

- А). При декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка
- Б). При желудочном кровотечении
- В). При относительно удовлетворительном состоянии
- Г). При отсутствии технических трудностей операции
- Д). При всех вышеперечисленных ситуациях

49. Для проведения химиотерапии при раке желудка используются:

- А). Контрикал, левамизол
- Б). 5-фторурацил, фторафур
- В). Сарколизин, тиофосфамид
- Г). Хонван, допамин
- Д). Верно Б) и В)

50. После радикальной операции по поводу рака желудка, при гладком течении и отсутствии жалоб больному необходимо явиться на контрольный осмотр через:

- А). 1 месяц
- Б). 3 месяца
- В). 6 месяцев
- Г). 1 год
- Д). 2 года

51. Больному с неоперабельным раком желудка с множественными метастазами в печень показано:

- А). Комбинированное хирургическое лечение
- Б). Лучевая терапия
- В). Химиотерапия антрациклинами
- Г). Иммунотерапия
- Д). Симптоматическая терапия

III. РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

1. Заболеваемость РОК в последние 10 лет:

- А). Резко снижается
- Б). Стабилизировалась
- В). Возрастает
- Г). Медленно снижается
- Д). Закономерности не существует

2. В каком возрасте наиболее часто встречается РОК?

- А). 20-29 лет
- Б). 30-39 лет
- В). 50-69 лет
- Г). Старше 70 лет

Д). Правильного ответа нет

3. Рак ободочной кишки в структуре онкопатологии желудочно-кишечного тракта занимает:

- А). 1 место
- Б). 2-3 место
- В). 4-5 место
- Г). Не входит в пятерку лидеров
- Д). Нет правильного ответа

4. Кто чаще болеет РОК?

- А). Мужчины
- Б). Женщины
- В). Дети
- Г). Одинаково часто мужчины и женщины
- Д). Взрослые до 30 лет

5. Основным фактором, способствующим возникновению РОК является:

- А). Ионизирующая радиация
- Б). Курение
- В). Состав пищевых продуктов
- Г). Злоупотребление алкоголем
- Д). Ожирение

6. Какие факторы из перечисленных способствуют возникновению РОК?

- 1). Пища, богатая жирами
- 2). Острая пища
- 3). Горячая пища
- 4). Мясная пища
- 5). Пища с большим количеством грубой клетчатки
- 6). Кисломолочные продукты
- 7). Очищенные углеводы

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 3,4,5
- В). 1,4,7
- Г). 2,3,6
- Д). Все ответы верны

7. Повышенная заболеваемость РОК наблюдается:

- А). На территориях с высоким уровнем экономического развития
- Б). На территориях с низким уровнем экономического развития
- В). Одинаково часто
- Г). Правильного ответа нет
- Д). В деревнях

8. К группе повышенного риска РОК не относят лиц, страдающих:

- А). Неспецифическим язвенным колитом
- Б). Гранулематозным колитом (болезнь Крона)
- В). Аденоматозными полипами
- Г). Гиперпластическими полипами
- Д). Семейным диффузным полипозом

9. Облигатным предраком ободочной кишки является:
- А). Аденоматозные полипы
 - Б). Диффузный семейный полипоз
 - В). Гиперпластические полипы
 - Г). Неспецифический язвенный колит
 - Д). Болезнь Крона
10. Какой из отделов ободочной кишки наиболее часто поражается раком?
- А). Слепая кишка
 - Б). Восходящая ободочная кишка
 - В). Поперечная ободочная кишка
 - Г). Нисходящая ободочная кишки
 - Д). Сигмовидная кишка
11. Наиболее частой гистологической формой РОК является:
- А). Аденокарцинома
 - Б). Солидный рак
 - В). Недифференцированный рак
 - Г). Плоскоклеточный рак
 - Д). Правильного ответа нет
12. Наибольшую склонность к малигнизации имеют полипы толстой кишки:
- А). Гиперпластические
 - Б). Аденоматозные
 - В). Ворсинчатые
 - Г). Индекс малигнизации одинаков во всех случаях
 - Д). Правильного ответа нет
13. Экзофитный тип роста характерен больше для:
- А). Слепой и восходящей ободочной кишки
 - Б). Поперечной ободочной кишки
 - В). Нисходящей ободочной кишки
 - Г). Сигмовидной кишки
 - Д). Правильного ответа нет
14. Эндофитный тип роста опухоли более характерен для опухолей:
- А).левой половины толстой кишки
 - Б). Правой половины толстой кишки
 - В). Слепой кишки
 - Г). Одинаково часто встречается во всех отделах
 - Д). Правильного ответа нет
15. Эндофитный РОК растет преимущественно:
- А). В проксимальном направлении от опухоли
 - Б). В дистальном направлении
 - В). В обоих направлениях одинаково
 - Г). Циркулярно по периметру кишки
 - Д). Правильно и Б) и Г)
16. Для РОК наиболее характерный путь метастазирования:
- А). Гематогенный

- Б). Лимфогенный
- В). Имплантационный
- Г). Нет четких различий
- Д). Чаще имплантационный

17. РОК чаще метастазирует в:

- А). Кости
- Б). Головной мозг
- В). Поджелудочную железу
- Г). Печень
- Д). Легкие

18. РОК на фоне диффузного семейного полипоза чаще развивается:

- А). В молодом возрасте
- Б). В пожилом возрасте
- В). Нередко развивается мультицентрически
- Г). Правильно А) и В)
- Д). Правильно Б) и В).

19. Первично-множественный РОК (синхронный и метакронный) встречается

- А). Очень часто (более 15%)
- Б). Нередко (4-10%)
- В). Очень редко (менее 1%)
- Г). Никогда не встречается
- Д). Чаще 25 %

20. Осложнением РОК может быть все, кроме:

- А). Перфорации опухоли
- Б). Периколита
- В). Острой кишечной непроходимости
- Г). Кровотечения
- Д). Токсического панкреатита

21. Токсико-анемическая форма клинического течения РОК наиболее часто встречается при локализации опухоли:

- А). В слепой и восходящей кишке
- Б). В поперечной ободочной кишке
- В). В нисходящей ободочной кишке
- Г). В сигмовидной кишке
- Д). В печёночном углу

22. Кишечная непроходимость как осложнение РОК чаще наблюдается при локализации опухоли:

- А). В восходящем отделе
- Б). В поперечном отделе
- В). В нисходящем отделе
- Г). Частота кишечной непроходимости не зависит от локализации опухоли
- Д). Зависит от возраста больного

23. Какие симптомы нехарактерны для рака слепой кишки:

- А). Запоры
- Б). Боли в животе
- В). Анемия
- Г). Непроходимость кишечника
- Д). Правильно А) и Г)

24. Какие симптомы наиболее характерны для рака левой половины ободочной кишки:

- 1). Запоры
- 2). Примесь крови в каловых массах
- 3). Отрыжка, изжога
- 4). Слабость, похудание, потеря аппетита
- 5). Обтурационная кишечная непроходимость
- 6). Анемия

Правильные ответы:

- А). 1,3,4
- Б). 2,4,6
- В). 3,4,6
- Г). 1,2,5
- Д). Все характерно в одинаковой степени

25. Больной 65 лет жалуется на тупую боль в правой подвздошной области, субфебрилитет. Болен два месяца, острого начала не было. В правой подвздошной области плотное образование до 6 см в диаметре, с нечеткими контурами, ограничено в подвижности, малоболезненное. При ирригографии на латеральной стенке слепой кишки дефект наполнения с депо бария в центре. Ваш диагноз?

- А). Полип слепой кишки
- Б). Аппендикулярный инфильтрат
- В). Ворсинчатая опухоль слепой кишки
- Г). Рак слепой кишки
- Д). Киста забрюшинного пространства

26. Какие из перечисленных методов обследования используются для скрининга на рак ободочной кишки?

- А). Колоноскопия
- Б). Гемокульттест
- В). Ирригография
- Г). Рентгеноскопия желудка и кишечника
- Д). Реакция Абелева-Татарина

27. Исследование больного, обратившегося в жалобами на нарушения со стороны кишечника, следует начинать с:

- А). Ирригографии
- Б). Колонофиброскопии
- В). Ректороманоскопии
- Г). Ректального пальцевого исследования
- Д). УЗИ брюшной полости

28. Какой из указанных способов диагностики наиболее информативен для распознавания РОК:

- А). Лапароскопия

- Б). Селективная ангиография
- В). Ректороманоскопия
- Г). Колоноскопия
- Д). Ирриография

29. Наиболее информативной методикой рентгенологического исследования толстой кишки в настоящее время считается:

- А). Стандартная ирригоскопия
- Б). Метод двойного контрастирования толстой кишки
- В). Прием бариевой взвеси через рот с последующим рентгеноконтролем за пассажем контраста по толстой кишке
- Г). Все методы обладают примерно одинаковой информативностью
- Д). Правильного ответа нет

30. Укажите характерный рентгенологический признак РОК:

- А). Отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки
- Б). Ригидность стенки на ограниченном участке
- В). Нарушение эвакуаторной функции
- Г). Дефект наполнения или «плоская» «ниша» на контуре кишечной стенки
- Д). Усиленная перистальтика кишечника

31. После предварительно выполненной ирригоскопии к колонофиброскопии целесообразно прибегать в случае:

- А). Если имеются признаки кишечного кровотечения, а источник кровотечения при ирригоскопии не выявлен
- Б). Для уточнения сомнительных данных, полученных при ирригоскопии
- В). Для подтверждения процесса, выявленного при ирригоскопии
- Г). Для выявления синхронно протекающих патологических процессов
- Д). Всего перечисленного

32. Радикальным методом лечения РОК является:

- А). Хирургический
- Б). Лучевой
- В). Химиотерапевтический
- Г). Химиолучевой
- Д). Комбинированный

33. Выбор метода хирургического лечения РОК не зависит от:

- А). Локализации опухоли
- Б). Наличия осложнения или их отсутствия
- В). Общего состояния больного
- Г). Наличия метастазов
- Д). Гистологического строения

34. Радикальное лечение рака слепой кишки заключается:

- А). В резекции купола кишки с опухолью
- Б). Резекции слепой кишки и части восходящего отдела
- В). Клиновидном иссечении стенки кишки с опухолью
- Г). В правосторонней гемиколэктомии
- Д). Наложении обходного илеотрансверзоанастомоза

35. Какой тип кишечной непроходимости характерен для рака толстой кишки?

- А). Обтурационная

- Б). Странгуляционная
- В). Смешанная
- Г). Характерного типа нет.
- Д). Правильного ответа нет

36. При раке сигмовидной кишки производится радикальная операция:

- А). Левосторонняя гемиколэктомия
- Б). Резекция сигмовидной кишки
- В). Брюшно-анальная резекция с низведением сигмовидной кишки
- Г). Передняя резекция
- Д). Операция Липмана

37. Резекцию пораженной части кишки в качестве радикальной операции производят при раке:

- 1). Слепой кишки
- 2). Восходящей ободочной кишки
- 3). Печеночного угла
- 4). Поперечно-ободочной кишки
- 5). Нисходящей ободочной кишки
- 6). Сигмовидной кишки

Правильные ответы:

- А). 1,3
- Б). 2,4
- В). 3,5
- Г). 4,6
- Д). 1,6

38. У больного 56 лет признаки кишечной непроходимости в течении 3 суток. На операции обнаружена полностью обтурирующая просвет сигмовидной кишки опухоль. Ободочная и подвздошная кишки резко раздуты, переполнены содержимым. Дистальнее опухоли кишка в спавшемся состоянии. Видимых метастазов нет. Каков объем лечебной помощи?

- 1). Субтотальная колэктомия, энтеростомия
- 2). Операция Гартмана
- 3). Обструктивная резекция кишки с анастомозом конец в конец.
- 4). Трансанальное проведение зонда через опухоль выше анастомоза.
- 5). Обходной илеосигмоанастомоз «бок в бок».
- 6). Назоинтестинальная интубация

Правильные ответы:

- А). 1,6
- Б). 3,4
- В). 4,5
- Г). 2,6
- Д). 2,4

39. У больного на операции обнаружен рак сигмовидной кишки с одиночным метастазом в левую долю печени. Состояние больного удовлетворительное. Тактика хирурга:

- А). Опухоль инкурабельна, наложить еюностому
- Б). Произвести резекцию сигмовидной кишки
- В). Произвести резекцию сигмовидной кишки, клиновидную резекцию печени
- Г). Наложить трансверзостому
- Д). Провести левостороннюю гемиколэктомию

40. При правосторонней толстокишечной непроходимости при тяжелом состоянии и метастазах следует выполнить:

- 1). Правостороннюю гемиколэктомию
- 2). Наложение обходного илеотрансверзоанастомоза
- 3). Подвесную илеостому
- 4). Гемиколэктомию и резекцию метастазов печени
- 5). Назоинтестинальную интубацию
- 6). Резекцию кишки с опухолью

Правильные ответы:

- А). 1,5
- Б). 2,5
- В). 3,6
- Г). 4,5
- Д). 1,5,6

41. Какой химиопрепарат можно применить при неоперабельном раке ободочной кишки:

- А). Сарколизин
- Б). Винкристин
- В). 5-фторурацил
- Г). Адриамицин
- Д). Метотрексат

IV. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

1. Среди опухолей желудочно-кишечного тракта рак прямой кишки занимает:

- А). I место
- Б). II-III место
- В). III-IV место
- Г). Правильного ответа нет
- Д). V место

2. Опухоли прямой кишки чаще локализуются в:

- А). Промежностном отделе
- Б). Ампулярном отделе
- В). Ректосигмоидном отделе
- Г). Одинаково часто во всех отделах
- Д). Правильного ответа нет.

3. Наиболее информативным является пальцевое исследование ПК в позе больного:

- 1). На спине
- 2). На боку
- 3). В коленно-локтевом положении
- 4). На корточках
- 5). На гинекологическом кресле
- 6). На животе
- 7). Положение больного значения не имеет
- 8). Любое положение малоинформативно

Правильные ответы:

- А). 1,2,8
- Б). 2,3
- В). 6,7

- Г). 3,4,5
- Д). 1,2,5,7

4. При РПК пальцевое исследование прямой кишки позволяет:

- А). Оценить размеры опухоли
- Б). Выявить степень ее фиксации
- В). Выявить вовлечение в процесс окружающих тканей
- Г). Оценить проходимость прямой кишки
- Д). Все перечисленное

5. При пальцевом исследовании прямой кишки опухоль удается обнаружить у:

- А). 10-20% больных
- Б). 20-40%
- В). 40-70%
- Г). 70-100%
- Д). Правильного ответа нет

6. Лица каких возрастных групп должны подвергаться пальцевому исследованию прямой кишки в смотровых кабинетах:

- А). Старше 20 лет
- Б). Старше 30 лет
- В). Старше 45 лет
- Г). Старше 60 лет
- Д). Старше 80 лет

7. Метастазы в паховые лимфатические узлы встречаются при раке:

- А). Анального отдела
- Б). Ампулярного отдела
- В). Ректосигмоидного отдела
- Г). Всех отделов
- Д). Не встречаются

8. Рак прямой кишки чаще всего метастазирует в:

- А). Кости
- Б). Головной мозг
- В). Поджелудочную железу
- Г). Печень
- Д). Легкие

9. Рак анального канала обычно имеет вид:

- А). Бугристого экзофитного образования
- Б). Дольчатого эластического образования
- В). Полиповидного образования на ножке
- Г). Язвы с приподнятыми краями
- Д). Правильного ответа нет

10. Эндофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке:

- А). Анального отдела
- Б). Ампулярного отдела
- В). Ректосигмоидного отдела
- Г). Всех отделов одинаково часто
- Д). Правильно А) и В)

11. Риск возникновения рака прямой кишки уменьшается при употреблении:

- 1). Пищи богатой растительной клетчаткой
- 2). Пищи богатой животными жирами
- 3). Сухого вина
- 4). Пищи богатой витаминами
- 5). Мясных продуктов

Правильные ответы:

- А). Все ответы правильные
- Б). 1,2,4
- В). 3,4,5
- Г). 1,4
- Д). 1,3,5

12. Перерождению (малигнизации) из всех доброкачественных опухолей прямой кишки чаще всего подвергаются:

- А). Лейомиомы
- Б). Ворсинчатые полипы
- В). Гиперпластические полипы
- Г). Железистые полипы
- Д). Ювенильные полипы

13. Признаки кишечной непроходимости при РПК ранее появляются при локализации опухоли:

- А). В ректосигмоидном отделе
- Б). В ампулярном отделе
- В). В промежностном отделе
- Г). Одинаково часто при всех локализациях
- Д). Правильного ответа нет

14. Опухолевые клетки при экзофитном росте РПК чаще всего встречаются удалении от опухоли на:

- А). 1-2 см
- Б). 2-4 см
- В). 5-6 см
- Г). 7-8 см
- Д). Одинаково часто

15. Опухолевые клетки при эндофитном характере роста РПК встречаются в стенке кишки только при удалении от опухоли на:

- А). 2-4 см
- Б). 5-6 см
- В). 8-9 см
- Г). Правильны все ответы
- Д) Правильного ответа нет

16. При ампулярной локализации рака прямой кишки опухоль может пенетрировать (прорастать) в:

- 1). Сигмовидную кишку
- 2). Слепую кишку
- 3). Мочевой пузырь
- 4). Влагалище
- 5). Предстательную железу

- 6). Крестец
- 7). Мочеточники

Правильные ответы:

- А). 1,3,4
- Б). 2,5,6
- В). 3,4,7
- Г). 4,5,6
- Д). 3,5,6

17. При пальцевом исследовании прямой кишки удается обнаружить новообразования:

- 1). Анального отдела
- 2). Нижне-среднеампулярного отдела
- 3). Верхнеампулярного отдела
- 4). Ректосигмоидного отдела

Правильные ответы:

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

18. В каком отделе прямой кишки часто встречаются опухоли, циркулярно охватывающие кишку?

- А). Анальном
- Б). Нижнеампулярном
- В). Среднеампулярном
- Г). Верхнеампулярном
- Д). Ректосигмоидном

19. В каком возрасте наиболее часто встречается рак прямой кишки?

- А). 20-29 лет
- Б). 30-40 лет
- В). 50-69 лет
- Г). Старше 70 лет
- Д). Нет правильного ответа

20. Основным фактором, способствующим возникновению РПК является:

- А). Ионизирующая радиация
- Б). Курение
- В). Характер питания
- Г). Злоупотребление алкоголем
- Д) Ожирение

21. Риск развития РПК повышается при диете с высоким содержанием:

- А). Жиров
- Б). Грубой растительной клетчатки, плохо переваривающейся в кишечнике
- В). Овощей и фруктов
- Г). От диеты не зависит
- Д). Углеводов

22. Риск развития РПК снижается при диете богатой:

- 1). Жирами

- 2). Грубой растительной клетчаткой, плохо переваривающейся в кишечнике
- 3). Белками
- 4). Очищенными углеводами
- 5). Овощами и фруктами с высоким содержанием витаминов А и С

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 2,3,4
- В). 3,4,5
- Г). 1,3,4
- Д). 2,5

23. Наиболее частой гистологической формой РПК является:

- А). Аденокарцинома
- Б). Солидный рак
- В). Слизистый рак
- Г). Плоскоклеточный рак
- Д). Недифференцированный рак

24. У больного при пальцевом исследовании прямой кишки в нижеампулярном отделе обнаружено изъязвление с плотным дном и валикообразными краями. Ваш диагноз?

- А). Язва прямой кишки
- Б). Рак прямой кишки
- В). Трещина прямой кишки
- Г). Геморрой
- Д). Свищ прямой кишки

25. К какой клинической группе относится больной РПК после радикальной операции?

- А). Ia
- Б). II
- В). IIa
- Г). III
- Д). IV

26. Наиболее характерным симптомом РПК является:

- А). Запор
- Б). Слизь в каловых массах
- В). Кровь в каловых массах
- Г). Слабость, похудание, снижение аппетита
- Д). Боль при дефекации

27. Какой метод исследования используется для выявления рака и предраковых заболеваний при массовых профосмотрах?

- А). Колоноскопия
- Б). Гемокульттест
- В). Ирригография
- Г). Ректороманоскопия
- Д). Анализ крови на РЭА

28. Обследование больного, обратившегося с жалобами на нарушения со стороны прямой кишки, следует начинать с:

- А). С ирригоскопии
- Б). С ректороманоскопии
- В). С фиброколоноскопии

- Г). С ректального пальцевого исследования
- Д). С ультразвукового исследования

29. Какие из перечисленных методов входят в клинический минимум при подозрении на РПК:

- 1). Колоноскопия
- 2). Анализ крови на РЭА
- 3). Пальцевое исследование прямой кишки
- 4). Ректороманоскопия
- 5). Лапароскопия
- 6). УЗИ печени

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 2,3,5
- В). 3,5,6
- Г). 3,4,6
- Д). 4,5,6

30. Больной с заболеванием прямой кишки жалуется на примесь крови в каловых массах, периодическое урчание и вздутие в животе, запоры. Болен 2 месяца. О каком заболевании прямой кишки следует подумать?

- А). Геморрой
- Б). Ректит
- В). Рак прямой кишки
- Г). Трещина заднего прохода
- Д). Свищ прямой кишки

31. У больного 65 лет, страдающего в течении 15 лет геморроем, после долгого перерыва появились прожилки крови в каловых массах. Боли нет. Состояние удовлетворительное. Какую тактику следует избрать?

- А). Свечи с проктогливенолом, диета, повторная явка через 3-4 недели
- Б). Анализ крови, ФГЛ, анализ кала на скрытую кровь
- В). Пальцевое исследование прямой кишки
- Г). Ректороманоскопия
- Д). Пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопия

32. Сигналами тревоги при раке прямой кишки являются:

- 1). Чувство неполного опорожнения прямой кишки после акта дефекации
- 2). Наличие слизи в кале
- 3). Примесь крови в кале
- 4). Примесь крови в сочетании со жгучей болью при акте дефекации
- 5). Частый жидкий стул непереваденными кишечными массами
- 6). Чередование запоров и поносов с болями внизу живота перед актом дефекации

Правильные ответы:

- А). 1,3,6
- Б). 2,4,5
- В). 1,2,4
- Г). 2,5
- Д). 1,6

33. При пальцевом исследовании прямой кишки рак прощупывается в виде образования:

- 1). Плотного, гладкого, болезненного
- 2). Мягкого, дольчатого
- 3). Плотного, с бугристой поверхностью
- 4). Плотной язвы с валикообразными краями
- 5). Циркулярного сужения деревянистой плотности
- 6). Мягкоэластического образования на ножке
- 7). Спадающегося при надавливании на него

Правильные ответы:

- А). 1,6
- Б). 2,7
- В). 3,4,5
- Г). 6,7
- Д). 2,5,6

34. Методом радикального лечения рака ампулы прямой кишки является:

- А). Хирургический
- Б). Сочетание химиотерапии и лучевого лечения
- В). Лучевая терапия
- Г). Сочетание хирургического и лучевого лечения
- Д). Сочетание хирургического и химиотерапии

35. Какие из типовых операций при раке прямой кишки завершаются наложением колостомы или противоестественного заднего прохода?

- 1). Передняя резекция прямой кишки
- 2). Ампутация прямой кишки с низведением
- 3). Операция Микулича
- 4). Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- 5). Операция Гартмана
- 6). Трансанальное удаление

Правильные ответы:

- А). 1,3
- Б). 2,6
- В). 4,5
- Г). 3,6
- Д). 4,6

36. После какой операции возможен восстановительный этап с разрывом во времени ее проведения от первой операции?

- А). Передняя резекция
- Б). Ампутация прямой кишки с низведением
- В). Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- Г). Операция Гартмана
- Д). Нет правильного ответа

37. Какой химиопрепарат применяют при неоперабельном РПК?

- А). Сарколизин
- Б). 5-фторурацил
- В). Метотрексат
- Г). Циклофосфан
- Д). Преднизон

38. Ректороманоскопию или ирригоскопию при диспансерном наблюдении излеченных от РПК не производят через:

- А). 1 мес.
- Б). 6 мес.
- В). 12 мес.
- Г). 24 мес.
- Д). 36 мес.

39. У больного обнаружен РПК. Опухоль занимает 1/3 окружности ампулы прямой кишки, врастает в мышечный слой. При исследовании препарата, удаленного во время операции, обнаружен метастаз в один лимфатический узел. Какая стадия рака у больного?

- А). I
- Б). IIa
- В). IIб
- Г). IIIa
- Д). IIIб

40. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки является операцией выбора при раке:

- 1). Анального канала
- 2). Прямой кишки, расположенном на 4-6 см от ануса
- 3). Прямой кишки, расположенном на 8-11 см от ануса
- 4). Ректосигмоидного отдела прямой кишки

Правильные ответы:

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

41. У больного диагностирован РПК T2N0M0. Опухоль расположена на 8 см от заднего прохода. Какая операция показана больному?

- А). Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- Б). Передняя резекция
- В). Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением
- Г). Операция Гартмана

42. У больного РПК верхнеампулярного отдела, T1N0M0. Какая операция показана больному?

- А). Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- Б). Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением
- В). Операция Гартмана
- Г). Передняя резекция
- Д). Нет правильного ответа

43. Больной 69 лет оперируется в срочном порядке по поводу рака ректосигмоидного отдела прямой кишки, осложненного обтурационной кишечной непроходимостью. Приводящие отделы толстой кишки переполнены калом. Какую операцию следует предпринять:

- А). Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- Б). Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением
- В). Передняя резекция
- Г). Операция Гартмана
- Д). Нет правильного ответа

44. На выбор вида радикального лечения при РПК оказывает влияние:

- А). Локализация опухоли
- Б). Степень распространенности опухолевого процесса
- В). Наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфоузлах
- Г). Наличие осложнений заболевания
- Д). Все перечисленное

V. РАК ОРГАНОВ ПАНКРЕТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

1. Заболеваемость раком поджелудочной железы в России:

- А). Повышается
- Б). Снижается
- В). Стабилизировалась
- Г). Повышается у мужчин, снижается у женщин
- Д). нет данных статистики

2. Из перечисленных факторов могут способствовать развитию РПЖ:

- А). Питание с избыточным употреблением мяса и жиров
- Б). Интенсивное курение и постоянное употребление алкоголя
- В). Хронические воспалительные заболевания поджелудочной железы
- Г). Профессиональные вредности
- Д). Все ответы правильные

3. Из перечисленного возникновению РПЖ не способствует:

- А). Диабет
- Б). Хронический гепатит
- В). Хронический панкреатит
- Г). Состояние после холецистэктомии
- Д). Хронический гастрит

4. Рак поджелудочной железы чаще поражает:

- А). Головку
- Б). Тело
- В). Хвост
- Г). С одинаковой частотой все отделы
- Д). Крючковидный отросток

5. Типичной гистологической формой РПЖ является:

- А). Аденокарцинома
- Б). Плоскоклеточный рак
- В). Карциноид
- Г). Анапластический рак
- Д). Инсулинома

6. Наиболее характерными жалобами больных, раком билиопанкреатодуоденальной зоны в первом периоде болезни являются

- А). Боли в эпигастрии, спине, жажда, повышенный аппетит.
- Б). Тошнота, рвота, появление желтухи
- В). Боли в эпигастрии, спине, потеря массы тела
- Г). Частая рвота, анорексия, поносы
- Д). Верно Б) и В)

7. Наиболее ранним специфическим синдромом у больных раком билиопанкреатодуоденальной зоны является:
- А). Боль в эпигастрии и спине
 - Б). Потеря веса
 - В). Механическая желтуха
 - Г). Асцит
 - Д). Частая рвота
8. Для рака головки поджелудочной железы наиболее характерно:
- А). Желтуха
 - Б). Боли в эпигастральной области
 - В). Повышение температуры
 - Г). Тромбозы периферических сосудов
 - Д). кахексия ранняя
9. Для рака тела поджелудочной железы наиболее характерно:
- А). Желтуха
 - Б). Боли в эпигастральной области
 - В). Повышение температуры
 - Г). Тошнота и рвота
 - Д). Тромбозы сосудов
10. Для рака головки поджелудочной железы характерна желтуха:
- А). Постоянная, малоинтенсивная, не нарастающая
 - Б). Постоянная, интенсивная, быстро нарастающая
 - В). Периодически усиливающаяся и уменьшающаяся
 - Г). Возможны все варианты
 - Д). Правильного ответа нет
11. Симптом Курвуазье характеризуется:
- А). Появлением резко болезненного, увеличенного желчного пузыря
 - Б). Увеличение желчного пузыря при механической желтухе без болевого синдрома
 - В). Увеличение печени на фоне механической желтухи
 - Г). Болезненной пальпацией желчного пузыря на вдохе на фоне желтухи
 - Д). Правильного ответа нет
12. Симптом Курвуазье характерен для:
- А). Хронического гепатита
 - Б). Калькулезного холецистита
 - В). Рака головки поджелудочной железы
 - Г). Рака желчного пузыря
 - Д). Рака дна желчного пузыря
13. Каловые массы при желтухе на почве рака поджелудочной железы:
- А). Обычного цвета
 - Б). Темно-коричневого цвета
 - В). Цвета дегтя
 - Г). Обесцвечены
 - Д). Закономерности не существует
14. Цвет мочи при желтухе на почве рака поджелудочной железы:

- А). Светло-желтый
 - Б). Темно-коричневый
 - В). Цвета «мясных помоев»
 - Г). Обесцвечен
 - Д). Закономерности не существует
15. Механическая желтуха на почве опухоли поджелудочной железы чаще всего сопровождается:
- А). Появлением резких болей в эпигастрии, асцитом, рвотой
 - Б). Увеличением печени, кожным зудом, асцитом
 - В). Увеличением желчного пузыря, кожным зудом, увеличением печени, похуданием
 - Г). Тошнотой, рвотой, увеличением желчного пузыря
 - Д). Нет правильного ответа
16. При РПЖ из лабораторных тестов наиболее информативен:
- А). Клинический анализ крови
 - Б). Биохимические показатели (АСТ, АЛТ, холестерин и др.)
 - В). Раково-эмбриональный антиген (РЭА)
 - Г). Карбогидратный антиген
 - Д). Цитрулиновый белок
17. С помощью биохимических проб на билирубин, трансаминазы, ЛДГ и ЩФ, при подозрении на рак билиопанкреатодуоденальной зоны возможно:
- А). Провести топическую диагностику опухоли
 - Б). Провести дифференциальную диагностику желтух
 - В). Только охарактеризовать общее состояние больного
 - Г). Правильно а) и в)
 - Д). Правильно а) и б)
18. Наиболее информативными методами для выявления локализации опухоли в билиопанкреатодуоденальной области являются:
- 1). Лапароскопия
 - 2). УЗИ брюшной полости
 - 3). Компьютерная томография брюшной полости
 - 4). Ультразвуковая доплерография
 - 5). Рентгеноскопия желудка
 - 6). РХПГ
- Правильные ответы:
- А). 1,2,4
 - Б). 3,4,5
 - В). 2,5,6
 - Г). 2,3,6
 - Д). 5,6
19. Радикальным методом лечения РПЖ является:
- А). Хирургическое вмешательство
 - Б). Лучевая терапия
 - В). Химиотерапия
 - Г). Гормонотерапия
 - Д). Иммунотерапия
20. При панкреатодуоденальной резекции удаляется:
- А). Вся поджелудочная железа
 - Б). Головка поджелудочной железы и 12-ти перстная кишка

- В). То же, что и Б) + пилорический отдел желудка
- Г). То же, что и Б) + желчный пузырь
- Д). Нет правильного ответа

21. В каком лечении нуждается больной с желтухой на почве запущенного рака головки поджелудочной железы?

- А). Симптоматическом
- Б). Лучевой терапии
- В). Химиотерапии
- Г). Наложении желчеотводящего анастомоза
- Д). Паллиативной панкреатодуоденальной резекции

22. При РПЖ наиболее часто используется следующая комбинация:

- А). СМФ (циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил)
- Б). FAM (5-фторурацил, адриамицин, митомицин С)
- В). Дактиномицин, винкристин
- Г). Блеомицин, винбластин
- Д). Правильно а) и б)

23. Из органов билиопанкреатодуоденальной зоны наиболее часто поражается раком:

- А). Большой дуоденальный сосочек
- Б). 12-ти перстная кишка
- В). Желчный пузырь
- Г). Поджелудочная железа
- Д). Внепеченочные желчные протоки

24. Рак желчного пузыря чаще встречается:

- А). У мужчин
- Б). У женщин
- В). В равной степени одинаково
- Г). У женщин в 10 раз чаще
- Д). У женщин после 40 лет

25. Возникновению рака желчного пузыря способствует:

- А). Полипоз кишечника
- Б). Хронический энтероколит
- В). Желчекаменная болезнь
- Г). Болезнь Крона
- Д). Гепатит

26. Наиболее характерным симптомокомплексом злокачественных новообразований периапулярной зоны является:

- А). Синдром холестаза
- Б). Нарушение пассажа кишечного содержимого
- В). Болевой синдром
- Г). Похудание, слабость, снижение аппетита
- Д). Все ответы верны

27. Наиболее информативным методом диагностики рака большого дуоденального сосочка является:

- А). РХПГ
- Б). ЧЧХ

- В). УЗИ органов брюшной полости
- Г). Ангиография
- Д). ФГДС

28. Наиболее информативными методами диагностики рака желчного пузыря являются:

- 1). Рентгеноскопия желудка и 12-ти перстной кишки
- 2). УЗИ
- 3). Лапароскопия
- 4). ФГДС
- 5). Радионуклидная сцинтиграфия печени

Правильные ответы:

- А). 1,2
- Б). 2,3
- В). 3,4
- Г). 4,5
- Д). 1,5

29. Если диагноз рака желчного пузыря установлен до операции, то должна быть выполнена:

- А). Холецистэктомия
- Б). Удаление желчного пузыря с резекцией квадратной доли печени
- В). Удаление желчного пузыря с резекцией холедоха
- Г). Холецистэктомия с дренированием общего желчного протока
- Д). Все ответы правильны, кроме а)

30. Эндоскопическое транспеченочное наружное дренирование желчевыводящих путей показано при неоперабельном раке:

- А). Желчного пузыря
- Б). Головки поджелудочной железы
- В). Желчных протоков
- Г). Двенадцатиперстной кишки
- Д). Желудка

31. При гистологическом исследовании желчного пузыря, удаленного при эндоскопической холецистэктомии, обнаружен рак. Опухоль прорастает серозную оболочку. Что предпринять?

- А). Лучевое лечение
- Б). Диспансерное наблюдение
- В). Повторные курсы химиотерапии 5-фторурацилом
- Г). Выполнить повторную операцию с удалением квадратной доли печени и лимфатических узлов печеночно-двенадцатиперстной связки
- Д). Правильно в) и г)

32. Механическая желтуха разовьется быстрее и будет более выраженной, если опухоль располагается:

- А). В головке поджелудочной железы
- Б). В общем желчном протоке в районе бифуркации
- В). В желчном пузыре
- Г). В дистальном отделе общего желчного протока
- Д). Правильного ответа нет

33. При раке дистальной части поджелудочной железы (тело и хвост) радикальная операция проводится в объеме:

- А). Резекция части железы с опухолью
- Б). Дистальной резекции железы со спленэктомией
- В). Панкреатодуоденальной резекции
- Г). Панкреатэктомии

34. Наибольшая 5-летняя выживаемость после радикальных операций наблюдается:

- А). При раке головки поджелудочной железы
- Б). При раке желчного пузыря
- В). При раке внепеченочных желчных путей
- Г). При раке большого дуоденального сосочка
- Д). При раке тела поджелудочной железы

VI. РАК ЛЕГКИХ

1. От всех опухолей легких доброкачественные составляют:

- А). Менее 1-2%.
- Б). 7-10%
- В). 25-30%
- Г). До 40%
- Д). До 50%

2. Большинство доброкачественных центральных опухолей легких составляют:

- А). Аденомы бронха
- Б). Папилломы бронха
- В). Сосудистые опухоли
- Г). Тератомы
- Д). Кистомы

3. Большинство периферических доброкачественных опухолей легких составляют:

- А). Фибромы
- Б). Тератомы
- В). Гамартомы
- Г). Кистомы
- Д). Аденомы

4. Метастатические опухоли легких могут быть диагностированы:

- А). До выявления первичной опухоли
- Б). Одновременно с выявлением первичной опухоли
- В). После выявления первичной опухоли
- Г). Все ответы верные
- Д). Правильного ответа нет

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

- А). При раке молочной железы
- Б). При раке желудка
- В). При раке почки
- Г). При раке легкого
- Д). При раке предстательной железы

6. Рак легкого в структуре заболеваемости (смертности) населения СНГ злокачественными новообразованиями с 1985 года занимает:

- А). I место

- Б). II место
 - В). III место
 - Г). IV место
 - Д). V место
7. Раком легкого чаще болеют:
- А). Мужчины
 - Б). Женщины
 - В). Одинаково часто мужчины и женщины
 - Г). Мужчины в 25 раз чаще
 - Д). правильного ответа нет
8. Определяющая роль в увеличении заболеваемости населения раком легких принадлежит:
- А). Генетическому фактору
 - Б). Профессиональным вредностям
 - В). Курению
 - Г). Загрязнению атмосферы
 - Д). Ожирению
9. К лицам, составляющим группу повышенного риска заболеть раком легкого, относятся:
- А). Длительно и много курящие
 - Б). Больные хроническим бронхитом
 - В). Имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями)
 - Г). Все ответы верные
 - Д). Правильные ответы А) и Б)
10. К центральному раку относятся опухоли, исходной локализацией которых являются бронхи:
- А). Главные
 - Б). Долевые и сегментарные
 - В). Субсегментарные и V порядка
 - Г). Правильные ответы А) и Б)
 - Д). Правильные ответы Б) и В)
11. На долю центрального рака легких приходится:
- А). 20-30%
 - Б). 40-50%
 - В). 60-70%
 - Г). 80% и более
 - Д). Нет правильного
12. Рак легкого по гистологической структуре чаще бывает:
- 1). Плоскоклеточным
 - 2). Солидным
 - 3). Слизистым
 - 4). Мелкоклеточным
 - 5). Перстневидноклеточным
 - 6). Железистым

Правильные ответы:

- А). 1,2,3

- Б). 2,3,4
- В). 3,4,5
- Г). 1,5
- Д). 1,4,6

13. К периферическим формам рака легкого относятся:

- 1). Округлая опухоль
- 2). Опухоль Вильмса
- 3). Рак Пенкоста
- 4). Рак Педжета
- 5). Мезотелиома
- 6). Пневмониеподобный рак

Правильные ответы:

- А). 1,2
- Б). 3,4
- В). 5,6
- Г). 2,4,5
- Д). 1,3,6

14. У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает:

- А). Плоскоклеточный рак
- Б). Железистый рак
- В). Мелкоклеточный рак
- Г). Крупноклеточный рак
- Д). Недифференцированный рак

15. В соответствии с международной классификацией по системе TNM символом T₁ обозначается рак легкого, имеющий следующие характеристики:

- 1). Диаметр не более 3 см
- 2). Диаметр более 3 см
- 3). Инфильтрирующий висцеральную плевру
- 4). Не инфильтрирующий висцеральную плевру
- 5). Вовлекающий в опухолевый процесс главный бронх
- 6). Не распространяющийся проксимальнее устья долевого бронха

Правильные ответы:

- А). 1,3,5
- Б). 2,4,6
- В). 1,4,6
- Г). 1,3,6
- Д). 2,3,5

16. Ателектаз или обструктивный пневмонит всего легкого, по классификации TNM, соответствует символу:

- А). T₁
- Б). T₂
- В). T₃
- Г). T₄
- Д). T₀

17. По классификации TNM рака легкого символом N₂ обозначаются:

- А). Бифуркационные лимфатические узлы

- Б). Медиастинальные лимфатические узлы одноименной стороны
- В). Бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны
- Г). Все ответы верные
- Д). Все ответы верные, кроме В)

18. Символом N1 в соответствии с классификацией рака легкого по системе TNM обозначаются:

- А.) Бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны
- Б). Бифуркационные лимфатические узлы
- В). Лимфатические узлы одноименного корня легкого
- Г). Подмышечные
- Д). Позадигрудинные

19. Метастазы в надключичные лимфатические узлы в соответствии с классификацией TNM обозначаются символом:

- А). N₃
- Б). M₁
- В). T₄
- Г). P₂
- Д). T₃

20. При раке легкого наиболее часто метастазами поражаются следующие группы лимфатических узлов:

- А) Внутригрудные
- Б) Подмышечные
- В) Забрюшинные
- Г) Паховые
- Д) Абдоминальные

21. Рак легкого метастазирует в:

- А). Печень
- Б). Кости
- В). Головной мозг
- Г). Все ответы верные
- Д). Правильного ответа нет

22. Частота лимфогенного метастазирования наиболее велика:

- А). При плоскоклеточном раке легкого
- Б). При аденокарциноме легкого
- В). При мелкоклеточном раке
- Г). Одинакова при всех перечисленных формах
- Д). Правильного ответа нет

23. Наиболее типичными ранними симптомами центрального рака легкого являются:

- 1). Кашель
- 2). Одышка
- 3). Боли за грудиной
- 4). Кровохарканье
- 5). Осиплость голоса
- 6). Дисфагия

Правильные ответы:

- А). Все ответы правильные
- Б). 1,3,4
- В). Правильно все, кроме 2,6
- Г). Правильно все, кроме 6
- Д). 2,5,6

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

- 1). Длительное время протекает бессимптомно
- 2). Сопровождается выраженной клинической симптоматикой уже на начальной стадии
- 3). Симптомы кашля и кровохарканья являются ранними
- 4). Кашель и кровохарканье появляются поздно

Правильные ответы:

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

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

- А). Слабость мышц кисти
- Б). Расстройства чувствительности участков кисти и предплечья
- В). Синдром Горнера
- Г). Все ответы верные
- Д). Правильного ответа нет

26. Наличие эндобронхиальной опухоли, полностью обтурирующей долевого или главного бронха, вызывает смещение средостения:

- А). В здоровую сторону
- Б). В больную сторону
- В). Смещения средостения не выявляется
- Г). Зависит от размера опухоли
- Д). Правильного ответа нет

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

- А). При наличии признаков гиповентиляции
- Б). При наличии признаков клапанной эмфиземы
- В). При наличии ателектаза
- Г). Независимо от наличия или отсутствия признаков нарушения бронхиальной проходимости
- Д). Верно В) и Г)

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

- А). Эндобронхиальном типе роста опухоли
- Б). Экзобронхиальном типе роста опухоли
- В). Разветвленном перибронхиальном типе роста опухоли
- Г). Сроки возникновения рентгенологических признаков нарушения бронхиальной проходимости не зависят от анатомического типа роста опухоли
- Д). Верно А) и Г)

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

- А). Четкими

- Б). Нечеткими в виде «лучистого венчика», «спикул», «щеточки».
- В). Слегка волнистыми
- Г) Все ответы верные
- Д). Нет верного ответа

30. Рентгенологическое томографическое исследование грудной клетки позволяет выявить:

- 1). Симптом ампутации бронха
- 2). Сужение просвета бронха
- 3). Наличие плеврита
- 4). Прорастание опухоли в пищевод и крупные сосуды
- 5). Локализацию внутригрудных метастазов в лимфатические узлы

Правильные ответы:

- А). Правильны все ответы
- Б). Правильно все, кроме 3,4
- В). Правильно все, кроме 5
- Г). 1,2,3
- Д). 1,3,6

31. Фибробронхоскопия позволяет:

- А). Исследовать трахею и бронхи I,II,III,IV порядка
- Б). Осмотреть опухоль и определить ее распространенность
- В). Косвенно судить о состоянии лимфатических узлов корня легкого и средостения
- Г). Получить материал для морфологического (гистологического и цитологического исследования)
- Д). Все ответы верные

32. Для морфологической верификации периферического рака легкого с локализацией в средней зоне и плащевой зоне целесообразнее всего использовать:

- А). Фибробронхоскопию
- Б). Трансторакальную пункцию легкого
- В). Исследовать мокроту на АК
- Г). Правильного ответа нет
- Д). Все методы равноценны

33. К неинвазивным методам рентгеновского исследования относятся:

- А). Аортография
- Б). Лимфография
- В). Рентгеновская компьютерная томография
- Г). Все перечисленные
- Д). Только Б) и В)

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

- А). Опухолью грудной стенки
- Б). Опухолью средостения
- В). Опухолью диафрагмы
- Г). Ограниченной релаксацией диафрагмы
- Д). Всем перечисленным и новообразованиями

35. При раке легкого рентгеновская компьютерная томография позволяет:

- А). Определить размеры опухоли
- Б). Точно локализовать опухоль

- В). Определить отношение к грудной стенке, позвоночнику и средостению
- Г). Получить информацию о размерах лимфатических узлов средостения и корней легких
- Д). Все ответы верные

36. Дифференциальный диагноз центрального рака легкого следует проводить с:

- А). Хронической пневмонией и очаговым пневмосклерозом
- Б). Туберкулезом
- В). Бронхоэктатической болезнью
- Г). Доброкачественными опухолями легких
- Д). Все ответы верные

37. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого следует проводить с:

- А). Доброкачественными опухолями легких
- Б). Метастазами
- В). Эхинококковой кистой
- Г). Туберкулезом
- Д). Все ответы верные

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

- А). Размеры и локализация в легком первичной опухоли
- Б). Метастатическое поражение внутригрудных лимфатических узлов
- В). Проращение сосудистых образований, органов структур
- Г). Отсутствие или наличие отдаленных метастазов
- Д). Все ответы верные

39. Наиболее эффективным методом лечения рака легкого является:

- А). Хирургический
- Б). Лучевой
- В). Химиотерапевтический
- Г). Иммунотерапия
- Д). Плазмаферез

40. Хирургический метод лечения рака легкого необходимо применять у больных:

- А). У которых отсутствуют противопоказания к данному методу лечения
- Б). Которым противопоказано лучевое лечение
- В). Имеющих противопоказания к химиотерапии
- Г). Имеющих осложненное течение рака легкого (обструктивная пневмония, распад опухоли, опухолевый плеврит)
- Д). Правильно В) и Г)

41. Основными видами хирургического вмешательства при раке легкого являются:

- А). Лобэктомия (билобэктомия), пульмонэктомия
- Б). Сегментэктомия
- В). Клиновидная или краевая резекция легкого
- Г). Правильные ответы А) и Б)
- Д). Все ответы верные

42. К комбинированным операциям при раке легкого относятся все, кроме операций:

- 1). С удалением паратрахеальных и медиастинальных лимфатических узлов.
- 2). С резекцией перикарда

- 3). С резекцией трахеи
- 4). С резекцией грудной стенки

Правильные ответы:

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

43. Основными условиями радикализма операции при раке легкого являются:

- А). Удаление пораженного участка легкого (минимум доли)
- Б). Удаление регионарных лимфатических узлов с окружающей жировой клетчаткой
- В). Отстояние линии пересечения бронха от видимого края опухоли на 1,5-2 см
- Г). Отсутствие опухолевых клеток в крае пересеченного бронха, сосудов, органов при микроскопическом исследовании
- Д). Все ответы верные

44. С целью профилактики рецидива и метастазов при раке легкого могут применяться:

- А). Предоперационная лучевая терапия
- Б). Послеоперационная лучевая терапия
- В). Предоперационная химиотерапия
- Г). Послеоперационная химиотерапия
- Д). Все ответы верные

45. Онкологическими противопоказаниями для хирургического лечения рака легкого являются:

- 1). Метастазы в местные и надключичные лимфоузлы
- 2). Метастазы в медиастинальные лимфоузлы
- 3). Метастазы в отдаленные органы
- 4). Метастазы в бифуркационные лимфоузлы

Правильные ответы:

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

46. У больного периферическим раком верхней доли правого легкого, диаметром около 3см, не связанным с плеврой, при наличии одиночного метастаза в бронхолегочном лимфатическом узле оптимальным объемом хирургического вмешательства является:

- А). Клиновидная резекция
- Б). Сегментэктомия
- В). Лобэктомия
- Г). Пневмонэктомия
- Д). Правильного ответа нет

47. Термин «расширенная пневмонэктомия» подразумевает удаление легкого с:

- А). Удалением корневых, бифуркационных, верхних трахеобронхиальных лимфатических узлов
- Б). Удалением лимфоузлов переднего и заднего средостения, включая паратрахеальные, параэзофагеальные и вышеперечисленные группы
- В). Трансперикардальной обработкой сосудов легкого

- Г). Резекцией перикарда или грудной стенки
- Д). Правильного ответа нет

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

- А). Размер первичной опухоли
- Б). Состояние внутригрудных лимфатических узлов
- В). Гистологическая структура опухоли
- Г). Степень дифференцировки опухолевых клеток
- Д). Все ответы верные

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

- А). I стадией заболевания
- Б). IIa стадией заболевания
- В). IIIb стадией заболевания
- Г). IIIa стадией заболевания
- Д). Верные ответы В и Г.

50. При высокодифференцированной аденокарциноме легкого II стадии методом выбора является:

- А). Чисто хирургическое лечение
- Б). Химиотерапия
- В). Лучевая терапия
- Г). Химиолучевое лечение
- Д). Комбинированное лечение

51. Аджьювантная химиотерапия наиболее целесообразна:

- А). При плоскоклеточном раке легкого
- Б). При аденокарциноме легкого
- В). При мелкоклеточном раке легкого
- Г). Показана при всех формах
- Д). Не доказана

52. При мелкоклеточном раке легкого используются следующие методы лечения:

- А). Химиотерапия
- Б). Иммунотерапия
- В). Гормонотерапия
- Г). Лучевая терапия
- Д). Верны ответы А), Б), Г).

53. Наибольшая радиочувствительность характерна:

- А). Для аденокарциномы легкого
- Б). Для эпидермоидного рака
- В). Для мелкоклеточного рака легкого
- Г). Для бронхиоло-альвеолярного рака
- Д). Рака Пэнкоста

54. При мелкоклеточном раке легкого лучевую наиболее часто применяют:

- А). Как самостоятельный метод
- Б). В комбинации с хирургическим
- В). В сочетании с химиотерапией
- Г). В сочетании с иммунотерапией и гормонотерапией

Д). Правильный ответ Б) и Г)

55. При III стадии рака легкого 5-летняя выживаемость составляет в среднем:

- А). 10-20%
- Б). 30-40%
- В). 50-60%
- Г). 60-70%
- Д). Более 80%

VII. РАК НИЖНЕЙ ГУБЫ

1. Частота рака нижней губы имеет:

- А). Тенденцию к увеличению
- Б). Остается на том же уровне
- В). Тенденцию к уменьшению
- Г). Растёт высокими темпам
- Д). Особенно увеличилось количество больных детей

2. К факторам, оказывающим влияние на возникновение рака нижней губы, относятся:

- 1). Курение
- 2). Травма
- 3). Контакт с мышьяковистыми соединениями
- 4). Лучистая энергия
- 5). Климатические условия
- 6). Эндогенные факторы

Правильные ответы:

- А). Правильно все, кроме 2) и 3)
- Б). Правильно все, кроме 5) и 6)
- В). Правильно все, кроме 2) и 4)
- Г). Правильно все, кроме 2), 4) и 6)
- Д). Правильно все

3. Криодеструкция первичной опухоли нижней губы может применяться:

- А). При I стадии
- Б). При IIa стадии
- В). При IIb стадии
- Г). При рецидиве опухоли
- Д). При всех перечисленных стадиях

4. Близкофокусная рентгенотерапия может быть применена как самостоятельный радикальный метод лечения при раке нижней губы:

- А). I стадии
- Б). IIa стадии
- В). IIIa стадии
- Г). При всех стадиях
- Д). Правильные ответы А) и Б)

5. Радикальная лучевая терапия рака нижней губы IIIa стадии возможна с помощью:

- А). Близкофокусной рентгенотерапии

- Б). Дистанционной g-терапии
- В). Сочетанной лучевой терапии
- Г). Все ответы правильные
- Д). Правильные ответы Б) и В)

6. Рак нижней губы распознается в ранних стадиях:

- А). В 50% случаев
- Б). В 60% случаев
- В). В 70% случаев
- Г). В 85-90% случаев
- Д). Очень редко

7. Рак нижней губы чаще встречается у лиц, работающих в:

- 1). Мукомольной промышленности
- 2). Кожевенной
- 3). Угольной
- 4). Нефтеперерабатывающей
- 5). Лесоперерабатывающей

Правильные ответы:

- А). 1, 2, 3
- Б). 3, 4, 5
- В). 2, 3, 4
- Г). 2, 3, 5
- Д). 1, 5

8. К факультативным предракам нижней губы относят:

- А). Кожный рог
- Б). Лейкоплакии
- В). Кератоакантомы
- Г). Все ответы правильны
- Д). Правильно Б) и В)

9. Рак нижней губы чаще развивается:

- А). По средней линии
- Б). В стороне от средней линии
- В). В углу рта
- Г). С внутренней стороны губы
- Д). на пограничной линии

10. Гистологической формой рака нижней губы чаще бывает:

- А). Базалиома
- Б). Плоскоклеточный неороговевающий рак
- В). Плоскоклеточный ороговевающий рак
- Г). Аденокарцинома
- Д). Меланома

11. Лимфогенные метастазы рака нижней губы встречаются в:

- А). 5-10% случаев
- Б). 15-20% случаев
- В). 25-30% случаев

- Г). Более чем у 30% пациентов
- Д). Более чем у 45% пациентов

12. Опухоль нижней губы диаметром 3 см, переходит на угол рта, имеется метастаз в подчелюстной лимфоузел относится к:

- А). I стадии
- Б). II стадии
- В). III стадии
- Г). III стадии
- Д). IV стадии

13. Для получения материала для постановки морфологического диагноза целесообразно проведение:

- А). Взятие мазка-отпечатка
- Б). Проведение соскоба
- В). Проведение биопсии
- Г). Все ответы правильны
- Д). Правильного ответа нет

14. Хирургическое лечение рака нижней губы показано:

- А). При маленьких опухолях
- Б). При больших опухолях после лучевой терапии
- В). После криодеструкции
- Г). Во всех случаях
- Д). Правильный ответ Б) и В)

15. Операция Ванаха показана при:

- А). Опухоли T₃ N₀
- Б). При T₃ N₁ M₀
- В). При T₂ N₂ M₀
- Г). Правильно Б) и В)
- Д). Во всех случаях

16. Облигатным предраком нижней губы является:

- А). Лейкоплакия
- Б). Болезнь Боуэна
- В). Хейлит Манганотти
- Г). Ограниченный предраковый гиперкератоз
- Д). Правильно Б), В), Г)

17. У больного 68 лет опухоль нижней губы диаметром 2 см, в подчелюстной и подбородочной областях два малоподвижных метастаза. Ему следует выставить стадию:

- А). I
- Б). II
- В). III
- Г). IVa
- Д). IVб

18. Операцию Ванаха при раке нижней губы проводят:

- А). До лучевой терапии
- Б). При хирургическом лечении рака нижней губы

- В). Спустя 2-3 недели после облучения
- Г). Правильно В)
- Д). Время выполнения не имеет значения

19. При отсутствии метастазов в лимфатические узлы при раке нижней губы 10-летнее выздоровление наступает у:

- А). 50-60% больных
- Б). 70-80% больных
- В). 85-90% больных
- Г). 90-95% больных
- Д). 99-100% больных

VIII. РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Заболеваемость раком щитовидной железы в мире:

- А). Снижается
- Б). Стабилизировалась
- В). Растет
- Г). Находится на высоком месте
- Д). Снижается у мужчин

2. Факторами риска возникновения рака щитовидной железы являются:

- А). Повышение продукции тиреотропного гормона гипофиза
- Б). Ионизирующая радиация
- В). Снижение продукции ТТГ
- Г). Гиперэстрогенизация
- Д). Правильны ответы А) и Б)

3. К экзогенным модифицирующим факторам возникновения рака щитовидной железы относят:

- 1). Ультрафиолетовое излучение
- 2). Ионизирующее излучение
- 3). Недостаток поступления в организм йода
- 4). Избыток поступления в организм йода
- 5). Применение антитиреоидных препаратов
- 6). Применение адреноблокаторов

Правильные ответы:

- А). 1,2,4
- Б). 2,3,5
- В). 1,4,6
- Г). 4,5,6
- Д). 1,2,5

4. К наиболее часто встречающимся морфологическим формам рака щитовидной железы относятся:

- А). Папиллярная аденокарцинома
- Б). Фолликулярная аденокарцинома
- В). Медуллярный рак
- Г). Плоскоклеточный и недифференцированный рак
- Д). Правильный ответ В) и Г)

5. Медуллярный рак щитовидной железы развивается из:

- А). А-клеток
- Б). В-клеток

- В). С-клеток
- Г). Любой вышеуказанной
- Д). D-клеток

6. Частота высококодифференцированных аденокарцином щитовидной железы составляет:

- А). 10%
- Б). 20%
- В). 50%
- Г). 70%
- Д). 80%

7. Частота медуллярного рака щитовидной железы составляет:

- А). 10%
- Б). 30%
- В). 70%
- Г). 80%
- Д). более 85%

8. Под понятием «скрытый» рак щитовидной железы подразумевают:

- 1). Рак щитовидной железы, выявленный только на аутопсии
- 2). Опухоль малых размеров, выявленная только при УЗИ, без клинических проявлений
- 3). Наличие метастазов опухоли в лимфоузлы шеи без клинических признаков первичной опухоли
- 4). Наличие метастаза опухоли в легкое без клинических признаков первичной опухоли

Правильные ответы:

- А). Все ответы
- Б). 1
- В). 1,3
- Г). Верно все, кроме 4
- Д). 1,4

9. При медуллярном раке щитовидной железы в крови отмечается:

- А). Повышение уровня ТТГ
- Б). Повышение уровня кальцитонина
- В). Повышение уровня раково-эмбрионального антигена
- Г). Повышение уровня тиреоидных гормонов
- Д). Повышение серотонина

10. Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются:

- А). Лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены
- Б). Надключичные
- В). Паратрахеальные
- Г). Претрахеальные
- Д). Загрудинные

11. К «сигналам тревоги» подозрительным на возникновение рака щитовидной железы следует относить:

- А). Появление узлового образования в щитовидной железе, особенно с бугристой поверхностью и плотной консистенцией у человека старше 35 лет
- Б). Ускоренный рост, уплотнение и появление бугристости ранее существовавшего узлового или диффузного зоба

- В). Появление без болезненных лимфатических узлов на боковой и передне-боковой поверхности шеи
- Г). Появление затруднения питания и осиплости голоса у здорового ранее человека
- Д). Все ответы верные

12. Для медуллярного рака щитовидной железы характерно:

- А). Наличие «каменистых» узлов в щитовидной железе
- Б). Диарея
- В). Синдром Сиппла
- Г). Все вышеперечисленное
- Д). Ничего из перечисленного

13. Функция щитовидной железы при раке:

- А). Снижается
- Б). Не меняется
- В). Повышается
- Г). Все ответы возможны
- Д). Нет правильного ответа

14. Для диагностики рака щитовидной железы применяются:

- А). Пункция узлового образования щитовидной железы
- Б). Пункция увеличенных лимфоузлов шеи
- В). Изучение уровня Т3, Т4, ТТГ
- Г). Открытая биопсия узлового образования щитовидной железы
- Д). Правильно все, кроме Г)

15. При радиоизотопном сканировании щитовидной железы «раковый» узел чаще представляется как:

- А). «Горячий» очаг накопления изотопа
- Б). «Дефект» накопления изотопа
- В). Метод не информативен
- Г). Метод не применяется
- Д). Правильного ответа нет

16. При оперативном лечении рака левой доли щитовидной железы у женщины 25 лет в нижнем полюсе правой доли обнаружено узловое образование 7-8 мм. Показано:

- А). Срочное цитологическое исследование пунктата узла правой доли
- Б). Левосторонняя гемиструмэктомия с удалением перешейка и резекцией правой доли
- В). Срочная биопсия узла правой доли
- Г). Тотальная тиреоидэктомия
- Д). Все ответы верны

17. Самостоятельными методами радикального лечения рака щитовидной железы являются:

- А). Хирургический
- Б). Химио-гормональный
- В). Лучевой
- Г). Все перечисленные
- Д). Правильного ответа нет

18. Минимально допустимой операцией при высокодифференцированном раке щитовидной железы в I и II стадиях является:

- А). Внекапсулярное удаление пораженной доли щитовидной железы с перешейком
- Б). Тотально-субтотальная тиреоидэктомия

- В). Резекция пораженной доли
- Г). Энуклеация опухолевого узла
- Д). Все ответы верны

19. При дифференцированном раке щитовидной железы III стадии и недифференцированном раке показано:

- А). Тотальная тиреоидэктомия
- Б). Лучевая терапия
- В). Лучевая терапия затем тиреоидэктомия
- Г). Химиотерапия затем тиреоидэктомия
- Д). Комбинированное лечение

20. Десятилетнее выздоровление при дифференцированном раке щитовидной железы достигается у:

- А). 40-60% больных
- Б). 65-75% больных
- В). 75-90% больных
- Г). более 95 % больных
- Д). Нет правильного ответа

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

- А). Выполнить тиреоидэктомию с фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи
- Б). Провести комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией на I этапе с последующей тиреоидэктомией и фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи
- В). Провести комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией с последующим лечением радиоактивным йодом
- Г). Провести самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе
- Д). Все ответы верны

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

- А). Повторную операцию – в объеме тиреоидэктомии
- Б). Профилактическую лучевую терапию
- В). Профилактическую химиотерапию
- Г). Лечение радиоактивным йодом
- Д). Наблюдение

23. Химиотерапия наиболее эффективна:

- А). При папиллярном раке щитовидной железы
- Б). При фолликулярном раке щитовидной железы
- В). При низкодифференцированном раке щитовидной железы
- Г). Эффективность не зависит от морфологической структуры
- Д). Все ответы верны

24. Эффективность адриамицина при раке щитовидной железы составляет:

- А). 5-10%
- Б). 25-30%
- В). 55-60%
- Г). 70-75%

Д). 90-95%

IX. РАК КОЖИ

1. Рак кожи в структуре заболеваемости злокачественными опухолями составляет:

- А). Около 1%
- Б). 2-3%
- В). 4-8%
- Г). Около 15%
- Д). Около 20%

2. К факультативным предракам кожи относят:

- А). Кожный рог
- Б). Лейкоплакию
- В). Старческую кератому
- Г). Гемангиому
- Д). Правильно А), Б), В)

3. К облигатным предракам кожи относят:

- 1). Болезнь Боуэна
- 2). Болезнь Педжета
- 3). Кератопапиллому
- 4). Трофические язвы
- 5). Эритроплакию Кейра
- 6). Внутридермальный пигментный невус

Правильные ответы:

- А). 1, 2, 3
- Б). 4, 5, 6
- В). 1, 2, 5
- Г). 3, 4, 6
- Д). 1, 5, 6

4. К гистологическим вариантам рака кожи относят:

- А). Базальноклеточный рак
- Б). Мелкоклеточный рак
- В). Плоскоклеточный рак
- Г). Светлоклеточный рак
- Д). Правильно А) и В)

5. Базальноклеточный рак кожи составляет:

- А). 20%
- Б). 40%
- В). 70%
- Г). 90%
- Д). 95 %

6. Частота локализации базалиомы на коже лица составляет:

- А). 50-55%
- Б). 60-70%
- В). 94-97%

- Г). На коже лица встречается редко
- Д). 40%

7. Наиболее высокие показатели заболеваемости раком кожи отмечены:

- А). Среди лиц негроидной расы
- Б). Среди лиц монголоидной расы
- В). Среди лиц белого населения Африки и Австралии
- Г). В северных широтах
- Д). Все ответы верны

8. Плоскоклеточный рак кожи наиболее часто развивается:

- А). На фоне хронических заболеваний кожи
- Б). На здоровой коже (de novo)
- В). С одинаковой частотой и в том, и в другом случае
- Г). На фоне меланомы
- Д). В местах рубцовых изменений кожи

9. К внутриэпидермальному раку cancer in situ относится:

- А). Болезнь Боуэна
- Б). Базалиома
- В). Эритроплазия Кейра
- Г). Папилломатозный внутридермальный невус
- Д). Правильные ответы А) и В)

10. Базальноклеточный рак кожи чаще метастазирует:

- А). В лимфоузлы
- Б). В печень
- В). В легкие
- Г) В почки
- Д) Не дает метастазов

11. Частота регионарного метастазирования при плоскоклеточном раке кожи составляет:

- А). 2-2,5 %
- Б). 4-5 %
- В). 6-10 %
- Г). 11-15 %
- Д). 20- 25%

12. Отдаленные метастазы плоскоклеточного рака кожи в первую очередь поражают:

- А). Легкие
- Б). Головной мозг
- В). Кости
- Г). Печень
- Д) Правильные ответы А) и В)

13. Рак кожи может иметь все перечисленные виды, кроме:

- А). Быстрорастущего плотного бугристого узла
- Б). Язвы с плотными вывороченными краями
- В). Разрастаний типа цветной капусты с мягкой влажной поверхностью
- Г). Разрастаний типа цветной капусты с гиперкератотическими наслоениями
- Д). Ограниченного очага типа нумулярной экземы

14. Для получения материала с целью морфологической верификации при подозрении на рак коже возможно проведение:

- А). Пункции образования
- Б). Скарификации
- В). Взятие мазков-отпечатков
- Г). Краевой биопсии
- Д). Всего перечисленного

15. Самыми информативными методами при постановке диагноза рака кожи являются:

- А). Цитологическое исследование мазков
- Б). Выявление клинико-анамнестических симптомов
- В). Гистологическое исследование биоптатов
- Г). Радиоизотопное исследование с P32
- Д). Все из перечисленного

16. У больного раком кожи волосистой части головы, без деструкции костей черепа 2,5 см, без регионарных метастазов, следует выставить стадию процесса:

- А). I
- Б). II
- В). III
- Г). IV
- Д). IIa

17. У больного рак кожи задней поверхности левой голени диаметром 6 см в виде язвы, без поражения костей, в паховой области два подвижных метастатических лимфоузла. Стадия заболевания:

- А). I
- Б). II
- В). III
- Г). IV
- Д). III Б

18. У больной 62 лет базалиома кожи правой лопаточной области диаметром 1, 5 см. Ей целесообразно:

- А). Хирургическое удаление
- Б). Криогенная деструкция
- В). Лазерное воздействие
- Г). Близкофокусная рентгенотерапия
- Д). Все методы применимы

19. У больного 67 лет рак кожи ягодичной области III стадии с подвижными метастазами в паховые лимфатические узлы. Ему целесообразно:

- А). Дистанционная гамматерапия (самостоятельный курс)
- Б). Хирургическое лечение с лимфаденэктомией
- В). Комбинированное лечение (предоперационная гамматерапия + операция иссечение опухоли + лимфаденэктомия)
- Г). Близкофокусная терапия на опухоль + лимфаденэктомия
- Д). Правильно А) и В)

20. При хирургическом иссечении базалиомы следует отступать от краев опухоли:

- А). На 0,1 см

- Б). На 0,5 см
- В). На 1,0 см
- Г). На 1,5 см
- Д). На 2,0 см

21. При хирургическом лечении плоскоклеточного рака кожи от краев следует отступать:

- А). На 0,5 см
- Б). На 1,5 см
- В). На 3,5 см
- Г). На 5,0 см
- Д). На 6,5 см

22. Пятилетняя выживаемость больных плоскоклеточным раком кожи I-II стадии составляет:

- А). 50-60%
- Б). 75-80%
- В). 85-90%
- Г). 95-100%
- Д). Правильного ответа нет

23. Заболеваемость меланомой кожи составляет:

- А). 0,2 – 0,5 ⁰/0000
- Б). 1,5-2,0 ⁰/0000
- В). 2,0-4,0 ⁰/0000
- Г). 5 ⁰/0000
- Д). Правильного ответа нет

24. К меланомо-неопасным невусам относят:

- А). Синий (голубой) невус
- Б). Внутридермальный невус
- В). Пограничный пигментный невус
- Г). Гигантский пигментный невус
- Д). Все ответы верны

25. Из ниже перечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому:

- А). Меланоз Дюбрея
- Б). Папилломатозный невус
- В). Невус Оста
- Г). Пигментная ксеродерма
- Д). Правильно А) и В)

26. Меланома кожи относится к опухолям:

- А). Нейроэктодермальной природы
- Б). Эктодермальной природы
- В). Мезенхимальной природы
- Г). Дисэмбриональной природы
- Д). Нет правильного ответа

27. Ведущим методом диагностики меланомы кожи является:

- А). Радиофосфорная проба
- Б). Лучевая меланурия (реакция Якша)
- В). Термография

- Г). Морфологический метод
- Д). Все ответы верны

28. При подозрении на меланому кожи нежелательно проводить:

- А). Взятие мазков-отпечатков
- Б). Краевую биопсию
- В). Иссечение опухоли
- Г). Правильного ответа нет
- Д). Все ответы верны

29. Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может проявляться:

- А). Неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса
- Б). Увеличением или неравномерностью пигментации
- В). Увеличением или неравномерностью плотности
- Г). Изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров
- Д). Всем перечисленным

30. Наличие инфильтрации ретикулярного слоя при меланоме указывает на уровень инвазии по Кларку:

- А). II
- Б). III
- В). IV
- Г). V
- Д). I

31. Поражение сосочкового (папиллярного) слоя кожи при меланоме соответствует уровню инвазии по Кларку:

- А). I
- Б). II
- В). III
- Г). IV
- Д). V

32. Поражение подкожной клетчатки при меланоме соответствует уровню инвазии по Кларку:

- А). I
- Б). II
- В). III
- Г). IV
- Д). V

33. Ведущим методом лечения меланомы кожи является:

- А). Хирургический
- Б). Лучевая терапия
- В). Электрокоагуляция
- Г). Комбинированный
- Д). Все ответы верны

34. Худший прогноз при локализации меланомы на коже:

- А). Головы
- Б). Верхних конечностей

- В). Туловища
- Г). Нижних конечностей
- Д). Органов половой зоны

35. При хирургическом лечении меланомы кожи лица от краев следует отступать в пределах:

- А). На 0,5 см
- Б). На 1,5 см
- В). На 3,0 см
- Г). На 5,0 см
- Д). На 6,5 см

36. При хирургическом лечении меланомы кожи туловища и конечностей следует отступать от краев опухоли:

- А). На 0,5 см
- Б). На 1 - 1,5 см
- В). На 2,5 - 3,5 см
- Г). На 5,0 см и более
- Д). Нет правильного ответа

37. Наиболее часто меланомы располагаются на:

- А). Лице, голове, шее
- Б). Туловище
- В). Верхних конечностях
- Г). Нижних конечностях.
- Д). Уши

38. При локализации меланомы на коже I пальца стопы показано:

- А). Иссечение опухоли с пластикой кожным лоскутом
- Б). Иссечение опухоли с пластикой местными тканями
- В). Лазерное или криогенное воздействие
- Г). Ампутация I пальца (экзартикуляция)
- Д). Все ответы верны

39. Пятилетнее выздоровление при меланоме в среднем составляет:

- А). 20-30 %
- Б). 40-50 %
- В). 50-65 %
- Г). 65-90 %
- Д). более 90%

40. Выживаемость при меланоме кожи зависит:

- А). От характера роста
- Б). Глубины инвазии
- В). Локализации
- Г). Поражения лимфатических узлов
- Д). Всех перечисленных факторов

Х. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. В структуре заболеваемости у женщин рак молочной железы занимает в России:

- А). 1 место

- Б). 2 место
- В). 3 место
- Г). 4 место
- Д). 5 место

2. Заболеваемость раком молочной железы на 100 000 тыс. человек женского населения в России составляет:

- А). 25-35
- Б). 36-45
- В). 46-55
- Г). 56-65
- Д). 66-75

3. Заболеваемость раком молочной железы женского населения в России ежегодно:

- А). Снижается
- Б). Стабилизировалась
- В). Возрастает
- Г). Резко снизилась
- Д). Резко возрастает

4. В структуре смертности женского населения рак молочной железы занимает:

- А). 1 место
- Б). 2 место
- В). 3 место
- Г). 4 место
- Д). 5 место

5. Для массовой диагностики патологии молочной железы применима:

- А). Термография
- Б). Маммография
- В). Флюорография
- Г). Пункционная биопсия
- Д). Пальпация

6. Для ранней диагностики РМЖ наиболее приемлива:

- А). Маммография
- Б). Флюорография
- В). Пункционная биопсия
- Г). Секторальная резекция
- Д). Пальпация

7. Основным методом диагностики РМЖ является:

- А). Маммография
- Б). Пальпация молочной железы
- В). УЗИ молочной железы
- Г). Морфологический
- Д). Термография

8. В качестве факультативного предрака молочной железы наиболее опасны:

- А). Болезнь Минца
- Б). Узловая форма мастопатии
- В). Цистаденома

- Г). Все перечисленное
- Д). Ничего из перечисленного

9. Рак молочной железы развивается из:
- А). Лимфатических узлов
 - Б). Кровеносных сосудов
 - В). Гладко или поперечно-полосатой мускулатуры
 - Г). Железистого эпителия протоков
 - Д). Незрелой соединительной ткани

10. РМЖ может метастазировать только:
- А). Гематогенно
 - Б). Лимфогенно
 - В). Имплантационно
 - Г). Гематогенно и лимфогенно
 - Д). Всеми перечисленными путями

11. Наиболее часто встречающейся клинической формой РМЖ является:
- А). Маститоподобная
 - Б). Панцирная
 - В). Рожеподобная
 - Г). Рак Педжета
 - Д). Узловая

12. Для II стадии рака молочной железы характерно сочетание T и N:
- А). T0 и N1
 - Б). T2 и N0
 - В). T3 и N0
 - Г). Правильно А) и Б)
 - Д). Все ответы верны

13. Для III стадии РМЖ характерно сочетание T и N:
- А). T3N0
 - Б). T0N2
 - В). T4N любая
 - Г). Правильно А) и Б)
 - Д). Правильно Б) и В)

14. Для IV стадии РМЖ характерно сочетание:
- А). T4N3
 - Б). T1N2M1
 - В). T0N1M1
 - Г). Любая T любая N M1
 - Д). Правильны все ответы

15. За отдаленные метастазы (M) при РМЖ признаются пораженные лимфатические узлы:
- 1). Контрлатеральные
 - 2). Надключичные
 - 3). Шейные
 - 4). Загрудинные
 - 5). Подключичные

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 2,3,4
- В). 3,4,5
- Г). 1,3,5
- Д). Все ответы верны

16. К гистологическим формам РМЖ относятся:

- А). Аденокарцинома
- Б). Медуллярный рак
- В). Папиллярный рак
- Г). Слизистый рак
- Д). Все ответы верные

17. Отдаленными метастазами (M1) при РМЖ являются метастазы в:

- 1). Легкие
- 2). Печень
- 3). Загрудинные лимфоузлы
- 4). Надключичные лимфоузлы
- 5). Кости

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 2,3,4
- В). 2,4,5
- Г). 1,4,5
- Д). Правильно В) и Г)

18. Для РМЖ не характерны метастазы в:

- А). Легкие
- Б). Печень
- В). Мозг
- Г). Пупок
- Д). Кости

19. Положительный симптом Кёнига при РМЖ это:

- А). Симптом морщинистости кожи
- Б). Симптом втяжения кожи
- В). Исчезновение опухоли при придавливании молочной железы ладонью к грудной стенке
- Г). Четкое определение узла при придавливании молочной железы к грудной стенке
- Д). Смещений опухоли за соском при потягивании за него

20. Симптом Прибрама при РМЖ это:

- А). Симптом площадки
- Б). Симптом умбиликации
- В). Смещение опухоли за соском при потягивании за него
- Г). Четкое определение узла при придавливании молочной железы к грудной стенке
- Д). Появление поперечной морщинистости при попытке взятия кожной складки

21. Симптом Пайра при РМЖ это:

- А). Отек ареолы

- Б). Фиксация и втяжение соска
- В). Появление поперечной морщинистости при попытке взятия кожной складки
- Г). Внутрикожное метастазирование
- Д). Уменьшение объема молочной железы

22. Нарушение лимфообращения в коже при РМЖ приводит к:

- 1). Появлению цианоза кожи
- 2). Симптому «лимонной корки»
- 3). Симптому «площадки»
- 4). Симптому умбиликации
- 5). Изъязвлению кожи над опухолью

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 2,3,4
- В). 3,4,5
- Г). Верны все ответы
- Д). Правильного ответа нет

23. В молочной железе «болезнь Педжета» относится к:

- А). Узловой мастопатии
- Б). Внутрипротоковой папилломе
- В). Раку кожи
- Г). Узловой форме рака
- Д). Внутрипротоковому раку

24. Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения:

- 1). Лучевой терапии
- 2). Гормонотерапии
- 3). Химиотерапии
- 4). Хирургического лечения
- 5). Комбинированного лечения
- 6). Комплексного лечения

Правильные ответы:

- А). 1,2
- Б). 2,4
- В). 4,5
- Г). 2,6
- Д). 1,6

25. Прогноз течения РМЖ хуже при:

- А). Отечно-инфильтративной форме
- Б). Узловой форме I стадии
- В). Узловой форме II стадии
- Г). Болезни Педжета
- Д). Нет правильного ответа

26. У женщин до 55 лет при раке наружных квадрантов молочной железы в I стадии проводится лечение:

- А). Только лучевое
- Б). Сочетание дооперационного лучевого лечения и мастэктомия
- В). Радикальная резекция молочной железы + послеоперационная лучевая терапия
- Г). Овариоэктомия + мастэктомия

Д). Нет правильного ответа

27. При центральных локализациях РМЖ в I стадии целесообразно проводить:

- А). Радикальную резекцию молочной железы
- Б). Мастэктомию + послеоперационную лучевую терапию
- В). Мастэктомию + химиотерапию
- Г). Дооперационную лучевую терапию укрупненными фракциями + мастэктомию по Маддену
- Д). Нет правильного ответа

28. При отечно-инфильтративной форме РМЖ наиболее целесообразно проводить:

- А). Только хирургическое лечение
- Б). Только лучевую терапию
- В). Только химиотерапию
- Г). Комбинированное лечение
- Д). Комплексное лечение

29. При I-IIa стадии РМЖ с локализацией в наружных квадрантах у женщин старше 55 лет целесообразно проводить:

- А). Мастэктомию по Холстеду + химиотерапию
- Б). Дооперационную лучевую терапию + мастэктомию по Пейти
- В). Мастэктомию по Маддену
- Г). Мастэктомию + послеоперационную лучевую терапию
- Д). Верно А) и Г)

30. Больной 40 лет выполнена радикальная резекция правой молочной железы по поводу рака. Опухоль в верхне-наружном квадранте (3,5 см) T2N0M0. В дальнейшем необходимо проводить:

- А). Наблюдение
- Б). Лучевую терапию на правую молочную железу
- В). Лучевую терапию на молочную железу, подмышечную и надключичную зоны
- Г). Лучевую терапию на молочную железу, подмышечную, надключичную и парастер-нальную зоны
- Д). Нет правильного ответа

31. Больной 45 лет выполнена радикальная операция по Пейти по поводу рака левой молочной железы наружной локализации. Клинически T2N0M0. Гистологически обнаружены метастазы в 3-х подмышечных лимфоузлах. В дальнейшем ей необходимо:

- А). Послеоперационное облучение грудной клетки (зоны рубца)
- Б). Послеоперационное облучение подмышечных и надключичных зон
- В). Послеоперационная γ -терапия подмышечных, надключичных, парастер-нальных зон
- Г). 6 курсов ПХТ + послеоперационная ДГТ всех регионарных зон
- Д). Верно А) и Г)

32. Послеоперационная химиотерапия целесообразна после радикального хирургического лечения РМЖ:

- А). I стадии
- Б). IIa стадии
- В). IIb стадии
- Г). III стадии
- Д). Верны ответы В) и Г)

33. У больной 65 лет через 3 года после радикального лечения первичного РМЖ, выявлен метастаз в первый поясничный позвонок. Наиболее целесообразно применить:

- А). Эндокринную терапию
- Б). Лучевую терапию на поясничный отдел позвоночника
- В). Химиотерапию тиофосфамидами
- Г). Правильные ответы А) и Б)
- Д). Все ответы правильные

34. При генерализованном раке молочной железы в менопаузе целесообразно проводить лечение:

- А). Андрогенами
- Б). Кортикостероидами
- В). Антиэстрогенами
- Г). Эстрогенами
- Д). Антиандрогенами

35. При РМЖ в стадии T3N1M0 показана:

- А). Радикальная мастэктомия
- Б). Мастэктомия + химиотерапия
- В). Лучевая терапия + мастэктомия + химиотерапия + гормонотерапия
- Г). Только химиотерапия
- Д). Нет правильного ответа

36. Антиэстрогены применяются больным РМЖ:

- А). В менопаузе естественной
- Б). В менопаузе искусственной
- В). Менструлирующим
- Г). Всем
- Д). Верно А) и Б)

37. При радикальной мастэктомии по Холстеду удаляется:

- А). Вся молочная железа
- Б). Вся молочная железа и зоны регионарного метастазирования
- В). Молочная железа, большая и малая грудная мышцы и зоны регионарного метастазирования
- Г). Молочная железа, большая грудная мышца и зоны регионарного метастазирования
- Д). Все ответы правильны

38. Наиболее часто применяемыми схемами адьювантной химиотерапии при РМЖ являются:

- А). CMF
- Б). FAK
- В). CMFAV
- Г). CAF
- Д). Все ответы верны

39. У больной 35 лет выявлено узловое образование 2 см в диаметре в левой молочной железе. Выражен симптом втяжения кожи. Заболевания, с которыми надо дифференцировать диагноз, это:

- А). РМЖ
- Б). Киста с элементами воспаления

- В). Фиброма
- Г). Правильно А) и Б)
- Д). Правильно Б) и В)

40. У мужчины 45 лет выявлено узловое образование в правой молочной железе. Целесообразным в этом случае является:

- 1). Пункция узла с цитологическим исследованием
- 2). Консультация уролога
- 3). Маммография
- 4). Биопсия узлового образования
- 5). Физиотерапия

Правильные ответы:

- А). 1,4,5
- Б). 1,2,3
- В). 3,4,5
- Г). 1,4
- Д). 2,5

41. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия может развиваться вследствие:

- А). Хронического аднексита
- Б). Хронического гепатита
- В). Заболеваний щитовидной железы
- Г). Все ответы верные
- Д). Нет правильного ответа

XI. ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. Заболеваемость лимфогранулематозом:

- А). Увеличивается
- Б). Уменьшается
- В). Не изменяется
- Г). Увеличивается в экономически неблагоприятных странах
- Д). Увеличивается у женщин

2. Лимфогранулематозом чаще болеют:

- А). Женщины
- Б). Мужчины
- В). Заболеваемость не коррелирует с полом
- Г). Девочки до 18 лет
- Д). Мальчики до 18 лет

3. При лимфогранулематозе отмечается:

- А). Лимфогенное метастазирование
- Б). Гематогенное метастазирование
- В). Оба вида метастазирования
- Г). Имплантационное метастазирование
- Д). Верно Б) и Г)

4. В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение:

- А). Шейно-надключичных лимфоузлов
- Б). Медиастинальных лимфоузлов

- В). Забрюшинных лимфоузлов
Г). Паховых лимфоузлов
Д). Всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой
5. Для начальных проявлений лимфогранулематоза наиболее характерно поражение:
А). Лимфоузлов выше диафрагмы
Б). Лимфоузлов ниже диафрагмы
В). Частота поражения лимфоузлов выше и ниже диафрагмы одинакова
Г). Верхних дыхательных путей
Д). Поражение сосудов нижних конечностей
6. Поражение паховых лимфоузлов как первое проявление лимфогранулематоза встречается:
А). Редко
Б). Преимущественно у всех больных
В). Также часто, как поражение других групп лимфоузлов
Г). Чаще у женщин
Д). Нет правильного ответа
7. Вовлечения лимфатического аппарата кольца Пирогова-Вальдейра при лимфогранулематозе встречается:
А). Редко
Б). Часто
В). У половины больных
Г). Не встречается никогда
Д). Чаще у ослабленных больных
8. Из внелимфатических поражений при прогрессировании лимфогранулематоза наиболее часто встречается поражение:
А). Легочной ткани, печени, костного мозга
Б). Скелета, почек
В). Печени
Г). Костного мозга
Д). Головной мозг
9. При поражении лимфоузлов выше диафрагмы и селезенки при лимфогранулематозе должна быть поставлена:
А). I стадия
Б). II стадия
В). III стадия
Г). IV стадия
Д). Нет верного ответа
10. Поражение шейных лимфоузлов справа, медиастинальных лимфоузлов и аксиллярных лимфоузлов слева означает при лимфогранулематозе:
А). I стадию
Б). II стадию
В). III стадию
Г). IV стадию
Д). II а стадию

11. Поражение периферических лимфоузлов выше и ниже диафрагмы и селезенки при лимфогранулематозе означает:
- А). I стадию
 - Б). II стадию
 - В). III стадию
 - Г). IV стадию
 - Д). Нет ответа верного
12. Изолированное поражение селезенки при лимфогранулематозе означает:
- А). I стадию
 - Б). II стадию
 - В). III стадию
 - Г). IV стадию
 - Д). III A стадию
13. Поражение при лимфогранулематозе легочной ткани и медиастинальных лимфоузлов означает наличие:
- А). I стадии
 - Б). II стадии
 - В). III стадии
 - Г). IV стадии
 - Д). IIБ стадию
14. К симптомам интоксикации при лимфогранулематозе относятся:
- А). Потеря веса, гипертермия (более 38°C)
 - Б). Потеря веса, профузная потливость
 - В). Потеря веса, гипертермия (более 38°C), профузная потливость
 - Г). Кожный зуд, потеря веса, профузная потливость, гипертермия (более 38°C)
 - Д). Все верно
15. Наиболее прогностически благоприятными морфологическими вариантами лимфогранулематоза являются:
- А). Лимфоидное преобладание, лимфоидное истощение
 - Б). Лимфоидное преобладание, нодулярный склероз
 - В). Нодулярный склероз, смешанно-клеточный вариант
 - Г). Смешанно-клеточный вариант, лимфоидное истощение
 - Д). Верно всё
16. Наименее благоприятными прогностическими вариантами лимфогранулематоза являются:
- А). Лимфоидное преобладание, смешанно-клеточный вариант
 - Б). Нодулярный склероз, лимфоидное истощение
 - В). Смешанно-клеточный вариант, лимфоидное истощение
 - Г). Лимфоидное преобладание, нодулярный склероз
 - Д). Чаще А) и В)
17. У больного лимфогранулематозом увеличение шейных лимфоузлов с обеих сторон и профузная потливость. Это соответствует:
- А). Ia стадии
 - Б). IIa стадии
 - В). IIб стадии
 - Г). IIIa стадии

Д). Шб стадии

18. При наличии у больного лимфогранулематозом поражения шейных лимфоузлов с одной стороны и медиастинальных лимфоузлов без симптомов интоксикации, следует говорить о распространенности, соответствующей:

- А). Ia стадии
- Б). IIa стадии
- В). IIIa стадии
- Г). Шб стадии
- Д). IIб стадии

19. Поражение аксиллярных лимфоузлов с одной стороны, медиастинальных, парааортальных лимфоузлов, селезенки и наличие лихорадки (более 38⁰С) при лимфогранулематозе расценивается как:

- А). IIa стадия
- Б). IIб стадия
- В). IIIa стадия
- Г). Шб стадия
- Д). IV стадия

20. У больного лимфогранулематозом выявлено поражение всех групп лимфоузлов выше диафрагмы, печени и лихорадка (более 38⁰С). Это соответствует:

- А). Ia стадии
- Б). IIa стадии
- В). IIIa стадии
- Г). Шб стадии
- Д). IVб стадии

21. Ведущим методом в постановке диагноза лимфопролиферативного заболевания является:

- А). Цитологическое исследование пунктата из лимфатического узла
- Б). УЗИ шейных лимфоузлов, забрюшинного пространства
- В). Томография средостения
- Г). Гистологическое исследование биоптата лимфоузла
- Д). Компьютерная томография

22. Морфологическим маркером лимфогранулематоза являются:

- А). Клетки Ходжкина
- Б). Лимфобласты
- В). Иммунобласты
- Г). Клетки Филатова
- Д). Клетки Штернберга

23. У больного 34 лет, с подозрением на лимфогранулематоз при цитологическом исследовании аспирата из лимфатического узла наблюдается бурная пролиферация лимфоидных элементов и гистиоцитов. Что следует предпринять?

- А). Проводить химиотерапию
- Б). Начать лучевую терапию
- В). Проводить пункцию лимфоузла
- Г). Провести открытую биопсию лимфоузла
- Д). Всё верно

24. Для определения распространенности при лимфогранулематозе обязательными диагностическими исследованиями являются:

- А). Трепанобиопсия костного мозга
- Б). Эпифарингоскопия
- В). Рентгенологическое исследование органов грудной клетки
- Г). Ультразвуковая томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- Д). Все перечисленное

25. Прогностически неблагоприятными факторами при лимфогранулематозе являются:

- А). СОЭ выше 50 мм/ч
- Б). Наличие смешанно-клеточного варианта и лимфоидного истощения
- В). Возраст старше 40 лет
- Г). Симптомы интоксикации
- Д). Все выше перечисленное

26. В соответствии с Рабочей Формулой прогностически благоприятными являются следующие морфологические варианты лимфосаркомы:

- А). Лимфоплазмочитарный и пролимфоцитарный
- Б). Лимфобластный
- В). Иммунобластный
- Г). Все перечисленные варианты
- Д). Только Б) и В)

27. Прогностически неблагоприятными морфологическим вариантами лимфосаркомы являются:

- А). Лимфобластный
- Б). Иммунобластный
- В). Лимфоплазмочитарный
- Г). Пролимфоцитарный
- Д). Только А) и Б)

28. На первом месте по частоте поражения среди наиболее частых проявлений лимфосаркомы следует считать поражение:

- А). Лимфоидного аппарата кольца Пирогова-Вальдейера
- Б). Лимфатических узлов
- В). Желудочно-кишечного тракта
- Г). Венозного сосудистого звена
- Д). Мышечной системы

29. Развитие опухолевого процесса при лимфосаркоме включает следующие этапы:

- А). Наличие солитарной опухоли
- Б). Генерализованный процесс
- В). Поражение костного мозга – развитие лейкемизации
- Г). Все перечисленное
- Д). Только А) и В)

30. При первичной лимфосаркоме желудочно-кишечного тракта наиболее часто поражается:

- А). Желудок
- Б). Пищевод
- В). Подвздошная кишка
- Г). Ободочная кишка
- Д). Прямая кишка

31. Лучевое лечение в виде самостоятельного метода терапии используется при лимфогранулематозе в:
- А). Ia стадии
 - Б). IIa стадии
 - В). IIIa стадии
 - Г). Во всех перечисленных стадиях
 - Д). Только в А) и Б)
32. У больного 35 лет лимфогранулематоз, смешанно-клеточный вариант IIa стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области и средостения. Ему наиболее целесообразны:
- А). Лучевая терапия по радикальной программе на все группы лимфоузлов выше диафрагмы
 - Б). Лучевая терапия по радикальной программе на все группы лимфоузлов выше диафрагмы + парааортальные лимфоузлы и ложе селезенки
 - В). 3 курса полихимиотерапии ЦВПП + ЛТ выше диафрагмы + 3 курса ЦВПП
 - Г). 2-3 курса полихимиотерапии ЦВПП + ЛТ на левую шейно-надключичную зону и средостение + 2-3 курса ЦВПП
 - Д). Правильные ответы В) и Г)
33. У больного 25 лет лимфогранулематоз IIIб стадии, смешанно клеточный вариант с поражением лимфоузлов шейно-надключичных зон, средостения и пахово-подвздошных лимфоузлов справа. Ему наиболее целесообразно применение лучевой терапии:
- А). По радикальной программе на все группы лимфоузлов
 - Б). После химиотерапии на остающиеся зоны поражения
 - В). После химиотерапии на все бывшие зоны поражения
 - Г). Лучевая терапия нецелесообразна
 - Д). Все ответы верны
34. Выбор метода лечения лимфосаркомы основывается на данных, уточняющих:
- А). Морфологический вариант опухоли
 - Б). Распространенность процесса
 - В). Локализацию первичного очага
 - Г). Все приведенные данные
 - Д). Правильного ответа нет
35. Основным методом лечения лимфосаркомы Ia- IIa стадии является (кроме лимфосаркомы пищеварительного тракта):
- А). Химиотерапия
 - Б). Лучевая терапия
 - В). Хирургический метод
 - Г). Комбинированный (химиолучевой метод)
 - Д). Нет верного ответа
36. Основным методом лечения лимфосаркомы IIб, IIIа, IIIб стадии является:
- А). Химиотерапия
 - Б). Лучевая терапия
 - В). Хирургический метод
 - Г). Комбинированный (химиолучевой метод)
 - Д). Все ответы правильны
37. Основным методом лечения первичной лимфосаркомы (высокой степени злокачественности) пищеварительной трубки Ie-IIe стадии является:

- А). Химиотерапия
- Б). Лучевая терапия
- В). Хирургический метод
- Г). Хирургическое лечение с последующей профилактической химиотерапией
- Д). Правильные ответы Б) и Г)

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

I. РАК ПИЩЕВОДА

1. Г	10. А	19. Б	28. А	37. Д
2. Г	11. Б	20. Б	29. Г	38. В
3. А	12. Г	21. В	30. Д	39. Г
4. А	13. Д	22. Г	31. Д	40. А
5. Б	14. Д	23. Д	32. А	41. В
6. Г	15. Г	24. Д	33. Д	
7. А	16. А	25. Г	34. Д	
8. Г	17. Б	26. Д	35. Г	
9. Г	18. А	27. А	36. Б	

II. РАК ЖЕЛУДКА.

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

III. РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ.

1. В	11. А	21. А	31. Д	41. В
2. Г	12. В	22. В	32. А	
3. Б	13. А	23. Д	33. Д	
4. Б	14. А	24. Г	34. Г	
5. В	15. Г	25. Г	35. А	
6. В	16. Б	26. Б	36. Б	
7. А	17. Г	27. Г	37. Г	
8. Г	18. Д	28. Г	38. Г	
9. Б	19. Б	29. Б	39. В	
10. Д	20. Д	30. Г	40. Б	

IV. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

1. Б	10. В	19. Г	28. Г	37. Б
2. Б	11. Г	20. В	29. Г	38. А
3. Г	12. Б	21. А	30. В	39. В
4. Д	13. А	22. Д	31. Д	40. А
5. В	14. Б	23. А	32. А	41. В

6. В	15. Г	24. Б	33. В	42. Г
7. А	16. Г	25. Г	34. Г	43. Г
8. Г	17. Д	26. В	35. В	44. Д
9. Г	18. Д	27. Б	36. Г	

V. РАК ОРГАНОВ ПОНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

1. А	8. А	15. В	22. Б	29. Б
2. Д	9. Б	16. Г	23. Г	30. В
3. Б	10. Б	17. Б	24. В	31. Г
4. А	11. Б	18. Г	25. В	32. Б
5. А	12. В	19. А	26. А	33. Б
6. В	13. Г	20. В	27. Д	34. Г
7. В	14. Б	21. Г	28. Б	

VI. РАК ЛЕГКОГО

1. Б	12. Д	23. Б	34. Д	45. Г
2. А	13. Д	24. В	35. Д	46. В
3. В	14. А	25. Г	36. Д	47. Б
4. Г	15. В	26. Б	37. Д	48. Д
5. В	16. В	27. Г	38. Д	49. Д
6. А	17. Д	28. А	39. А	50. А
7. А	18. Г	29. Г	40. А	51. В
8. В	19. А	30. Б	41. Г	52. Д
9. Г	20. А	31. Д	42. Б	53. В
10. Г	21. Г	32. Б	43. Д	54. В
11. В	22. В	33. В	44. Д	55. А

VII. РАК НИЖНЕЙ ГУБЫ

1. В	5. В	9. Б	13. Г	17. Г
2. Г	6. Г	10. В	14. Б	18. Г
3. Д	7. В	11. А	15. Г	19. В
4. Д	8. Г	12. В	16. Д	

VIII. РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. В	6. Г	11. Д	16. В	21. Б
2. Д	7. А	12. Г	17. А	22. Д
3. Б	8. А	13. Г	18. А	23. В
4. А	9. Б	14. Д	19. В	24. Б
5. В	10. А	15. Б	20. В	

IX. РАК КОЖИ. ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ МЕЛАНОМА.

1. В	10. Д	19. В	28. Б	37. Б
2. Д	11. А	20. Б	29. Д	38. Г
3. В	12. Д	21. Б	30. В	39. В
4. Д	13. А	22. Г	31. Б	40. Д
5. В	14. Д	23. В	32. Г	
6. В	15. В	24. Б	33. А	
7. В	16. Б	25. Д	34. Г	
8. А	17. В	26. А	35. Б	
9. Д	18. Д	27. Г	36. В	

X. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. А	10. Д	19. Г	28. Д	37. В
2. Г	11. Д	20. В	29. Г	38. А
3. В	12. Д	21. В	30. Б	39. Г
4. А	13. Д	22. Б	31. Г	40. Б
5. А	14. Г	23. Д	32. Д	41. Г
6. А	15. А	24. Г	33. Г	
7. Г	16. Д	25. А	34. В	
8. Г	17. Д	26. В	35. В	
9. Г	18. Г	27. Г	36. Д	

XI. ЛИМФОПРОЛИФЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. А	9. В	17. В	25. Д	33. В
2. Б	10. Б	18. Б	26. А	34. Г
3. В	11. В	19. Г	27. Д	35. Г
4. А	12. А	20. Д	28. Б	36. А
5. А	13. Г	21. Г	29. Г	37. Г
6. А	14. Г	22. А	30. А	
7. А	15. Б	23. Г	31. А	
8. А	16. В	24. Д	32. В	

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1

Пациент Н. 54 лет обратился к оториноларингологу с жалобами на осиплость голоса. При непрямой ларингоскопии обнаружен парез левой голосовой связки.

Какие диагностические мероприятия необходимо провести, чтобы установить диагноз?

2

Пациент Н. 44 лет обратился к врачу-терапевту с жалобами на боли в крупных суставах. Болен, в течение 2 недель. При осмотре обращает внимание наличие гинекомастии, коленные суставы значительно увеличены в размерах. Кожные покровы над ними не изменены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. При флюорографическом исследовании обнаружена округлая тень в верхней доле правого легкого.

Сформулируйте предварительный диагноз и планируемый комплекс диагностических исследований.

3

Пациент Н. 58 лет, доставлен машиной скорой помощи в терапевтическое отделение в тяжелом состоянии. Кожные покровы лица и шеи синюшные и отечные. Резко выражен подкожный венозный рисунок на грудной клетке. Больной задыхается. Одышка – 36 дыхательных движений в 1 минуту. Тахикардия – 120 ударов в 1 минуту. Не может находиться в горизонтальном положении.

Сформулируйте предварительный диагноз и планируемый комплекс диагностических и лечебных процедур.

4

Пациент Н. 64 года, обратился к окулисту с жалобами на сужение правой глазной щели. При осмотре: правая глазная щель сужена, за счет опущения верхнего века, имеется энфальзм и расширение зрачка.

Сформулируйте предварительный диагноз и планируемый комплекс диагностических исследований.

5

Пациент Н. 54 года. Обратился к неврологу по поводу выраженного болевого синдрома в области правого плечевого пояса. Считает себя больным около 2 недель, когда впервые отметил появление парестезий в правой руке. Затем появились боли области правого плечевого сустава. Болевой синдром нарастал, в связи с этим обратился к неврологу.

Ваш предположительный диагноз и план диагностических исследований.

6

Пациент Н. 48. лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на высокую температуру до 39 градусов, боли в грудной клетке справа, сухой кашель, выраженную слабость, потливость. Болен в течение 12 часов. 2 месяца назад перенес правостороннюю верхнедолевую пневмонию.

Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные, горячие. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Одышка – 28 дыханий в 1 минуту. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Аускультативно – дыхание справа не выслушивается. Тахикардия -110 ударов в 1 минуту.

Ваш предположительный диагноз и план диагностических исследований.

7

Пациент Н. 44 года. Жалоб нет. При очередном флюорографическом исследовании выявлена патологическая тень в правом легком.

План диагностических исследований.

8

Пациент Н. 38 лет. Обратился к терапевту по поводу отеков на нижних конечностях. Общее состояние удовлетворительное. На ногах в области голени и голеностопных суставов выраженные отеки. Анализ мочи – изменений не выявил. В прикорневой зоне левого легкого обнаружена патологическая тень.

План диагностических исследований.

9

Пациент Н. 55 лет. Направлен к онкологу с морфологически верифицированным диагнозом: центральный рак нижней доли правого легкого T2 N1 M0. Гистологическое заключение – мелкоклеточный лимфоцитоподобный рак. Отдаленных метастазов не обнаружено.

План лечения.

10

Пациент Н. 42 года. Поступил в торакальное отделение онкологического диспансера с диагнозом: центральный рак верхнедолевого бронха T2N3M0, осложненный легочным кровотечением. Гистологическое заключение – плоскоклеточный высокодифференцированный рак.

План лечения.

11

Пациентка Н. 22 года. На профилактическом осмотре у гинеколога обнаружена опухоль в левой молочной железе. Молочные железы маленьких размеров, симметричные. Кожные покровы не изменены. Соски выражены. В верхне-наружном квадранте определяется опухоль размером до 1 см, с четкими границами, хрящевой плотности, бугристая, подвижная. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Сформулируйте диагноз, план диагностических и лечебных мероприятий.

12

Пациентка Н. 28 лет. Предъявляет жалобы на боли в правой молочной железе. Боли усиливаются в предменструальном периоде. Считает себя больной в течение полугода, когда впервые отметила появление болевого синдрома. В последнее время боли усилились, что послужило причиной обращения к врачу. Молочные железы средних размеров, симметричные. Правая молочная железа диффузно уплотнена, дольчатые структуры практически не пальпируются. Левая молочная железа обычной консистенции, дольки хорошо выражены. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Сформулируйте диагноз и план диагностических и лечебных мероприятий.

13

Пациентка Н. 32 года. Направлена на консультацию к онкологу с профилактического осмотра. Молочные железы средних размеров. Сосок правой молочной железы несколько втянут, не выводится. В ареолярной зоне, под соском, на 6 часах пальпируется опухоль до 2 см, границы четко не определяются. Периферические лимфоузлы не увеличены. В левой молочной железе патологических изменений не обнаружено.

Ваш диагноз, план диагностических и лечебных мероприятий.

14

Пациентка Н. 42 года. Самостоятельно обнаружила опухоль в левой молочной железе. Молочные железы крупных размеров. Симметричные. В левой молочной железе, в верхне-наружном квадранте пальпируется узловое образование размером до 5 см, плотной консистенции, без четких контуров. Имеется симптом лимонной корочки, занимающий площадь до 10% и не выходит за пределы молочной железы. В левой подмышечной области конгломерат увеличенных лимфатических узлов до 6 см. В правой молочной железе патологических изменений не обнаружено.

Ваш диагноз, план диагностических и лечебных мероприятий.

Пациентка Н. 62 года. Самостоятельно обнаружила опухоль в правой молочной железе. Молочные железы крупных размеров. В правой молочной железе на границе верхних квадрантов отмечается деформация, положительный симптом площадки. Там же пальпируется опухолевый узел размером до 6 см. границы его определяются нечетко. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Слева без патологии.

Ваш диагноз, план диагностических и лечебных мероприятий.

Пациентка Н. 40. лет Направлена на консультацию к онкологу после маммографии, в связи с обнаруженными изменениями в левой молочной железе. Молочные железы средних размеров, симметричные, кожные покровы не изменены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В левой молочной железе нечетко пальпируется образование размером до 3 см в виде «лепешки» и поверхностью в виде дробин. Симптом Конига отрицательный.

Ваш диагноз. План диагностических и лечебных мероприятий.

Пациентка Н. 42 года. Установлен диагноз: рак левой молочной железы T4N1M0, отечно-инфильтративная форма. Гистологическое заключение – инфильтрирующий дольковый рак.

Иммуногистохимическое исследование – содержание эстроген рецепторов - +++

Содержание прогестерон рецепторов - +

Экспрессия эпителиального фактора роста Her 2neu - +

План лечения.

Пациентка Н. 45 лет При маммографии в правой молочной железе выявлено непальпируемое образование подозрительное на злокачественную опухоль.

План диагностических и лечебных мероприятий.

Пациентка Н.64 года. Обнаружила опухоль в левой молочной железе самостоятельно около 1 года назад. К врачам не обращалась. Лечилась у шаманов. Молочные железы крупных размеров. Левая молочная деформирована, подтянута кверху и ротирована кнаружи. Пальпируется в центре молочной железы неподвижная опухоль размером до 10 см. В подмышечной области одиночный лимфатический узел до 2 см. Правая молочная

железа – без патологии. При ультразвуковом исследовании печени обнаружено наличие узлового образования до 1 см.

Диагноз и план диагностических , лечебных мероприятий.

20

Пациентка Н. 37 лет. Направлена на прием по поводу кровянистых выделений из правого соска. Молочные железы средних размеров. Симметричные. Кожные покровы не изменены. Соски выражены. В правой молочной железе в области ареолы на 3 часах при надавливании выделилась капля кровянистой жидкости. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Левая молочная железа без патологии. Цитологическое исследование жидкости – цистоаденопапиллома.

Диагноз и план лечения.

21

Пациентка Н.42 года. Жалобы на дисфагию жидкой и твердой пищей. Впервые заболела год назад, когда после эмоциональных переживаний отметила появление затрудненного прохождения жидкой пищи по пищеводу. Была неоднократная рвота. После проведенного лечения восстановилась проходимость пищи.

Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Эмоционально лабильна. Рентгенологически - в кардиоэзофагеальном сегменте пищевода имеется сужение и супрастенотическое его расширение до 15 см.

Диагноз, план диагностических и лечебных мероприятий.

22

Пациент Н. 55 лет. Жалобы на дисфагию твердой и жидкой пищей. Болен в течение месяца, когда впервые появились выше указанные симптомы. Обратился к врачам по месту жительства. Было произведено рентгенологическое исследование, при котором установлено наличие циркулярного сужения в нижней трети внутригрудного отдела пищевода. Эндоскопически – на 38 см от резцов обнаружено циркулярное сужение пищевода слизистой не изменена. Результаты неоднократной биопсии участков сужения – многослойный плоский эпителий.

Ваш предварительный диагноз и план диагностических исследований.

23

Пациентка Н.74 года. Доставлена в онкологический диспансер из района машиной скорой помощи, в состоянии средней тяжести с установленным диагнозом – рак нижней трети внутригрудного отдела пищевода.Т3N0M0. Диагноз подтвержден гистологическим исследованием – плоскоклеточный неороговеваяющий рак.

У больной полная дисфагия, не проходит даже жидкая пища. Истощена. Кожные покровы сухие, складки не расправляются. По жизненным показаниям была сформирована гастростома. На операции было установлено, что опухоль вовлекает в процесс оба блуждающих нерва. В послеоперационном периоде развилась атония желудка и кишечника. Несмотря на все проводимые мероприятия с парезом справиться не удалось.

Какие ошибки были в лечении пациентки?

24

Пациент Н. 55 лет Жалобы на высокую температуру, боли в грудной клетке, сильный кашель при приеме жидкой пищи. Считает себя больным около 2 недель, когда впервые отметил затрудненное прохождение твердой пищи по пищеводу. Появление сильного кашля и температуры были причиной обращения к врачу.

Ваш предварительный диагноз и план обследования.

25

Пациентка Н.36 лет. Жалобы на дисфагию твердой и жидкой пищей. Неделю назад появились выше указанные симптомы, которые постепенно нарастали. Из анамнеза было выяснено, что за 3 месяца до появления настоящего заболевания с суицидальной целью выпила уксусную эссенцию.

Ваш предварительный диагноз и план обследования.

26

Пациент Н. 48 лет. Жалобы на чувство тяжести в эпигастральной области после приема пищи. Периодически возникает рвота, которая приносит облегчение. Иногда рвоту вызывает самостоятельно.

Пониженного питания. Кожные покровы сухие, складки не расправляются. В эпигастрии определяется «шум плеска»

Предварительный диагноз и план обследования.

27

Пациентка Н. 52 года. Обратилась в поликлинику к терапевту с жалобами на слабость, отсутствие аппетита, одышку. Считает себя больной около 2 месяцев.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, отмечается незначительная желтушность склер. Слева между ножками кивательной мышцы пальпируется узел до 1 см.

Ваш диагноз и план обследования.

28

Пациент Н. 72 года, доставлен в онкологический диспансер с клиническими признаками желудочного кровотечения. Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. Тахикардия 100 уд .в 1 минуту. Артериальное давление 110/80. При эндоскопическом исследовании желудка выявлена огромная язва размером 12 на 4 см.

Ваш диагноз, план обследования и лечения.

29

Пациент Н. 56 лет Жалоб нет. Пациенту была выполнена хромогастроскопия, при которой из слизистой желудка была взята биопсия. Результат гистологического исследования – аденокарцинома. Произведена лапаротомия - опухоли в желудке не обнаружено.

Дальнейшая тактика.

30

Пациентка Н. 38 лет, пришла на очередной профилактический осмотр к гинекологу. При вагинальном исследовании в области левого яичника пальпируется опухолевое образование до 6 см, плотное, смещаемое. При ультразвуковом исследовании органов малого таза – солидное образование до 6 см.

Ваш диагноз и план обследования.

31

Пациентка Н. 48 лет. Обратилась к врачу с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, мелькание «мошек» перед глазами. Периодическое повышение температуры до 37,5 градусов.

При объективном обследовании: резко выраженная бледность кожных покровов. Одышка в покое до 28 дыханий в 1 минуту. Тахикардия 100 уд. в 1 минуту. Тоны сердца приглушены. В анализе крови – выраженная гипохромная анемия..

Ваш предварительный диагноз и план обследования.

32

Пациент Н.58 лет. Жалобы на периодически возникающие схваткообразные боли в животе, чередование поносов и запоров.

В течение 20 лет страдает хроническим энтероколитом.

План обследования.

Пациент Н. 56 лет. При очередном профилактическом обследовании у терапевта. Обнаружено опухолевое образование в правой подвздошной области.

Ваш диагноз и план обследования.

34.

Пациентка Н. 70 лет. Вызвала машину скорой помощи. Пребдъявляет жалобы на сильные схваткообразные боли в животе. Боли появились 5 часов назад. За это время интенсивность болевого синдрома значительно увеличилась. Больная беспокойна, держится руками за живот. Живот увеличен в размерах, вздут, наблюдается его асимметрия (симптом косопузия». При пальпации живота определяется толстая кишка, заполненная калом. Перкуторно отмечается тимпанит.

Ваш диагноз и план обследования.

35

Пациентка Н.70 лет, доставлена в приемное отделение районной больницы, где установлен диагноз – острой толстокишечной непроходимости. После проведения соответствующей подготовки и консервативных мероприятий, решено больную оперировать. Произведена лапаротомия, при этом установлено, что в ректосигмоидном отделе прямой кишки имеется опухоль до 4 см диаметре, которая полностью obturiрует просвет кишки. Опухоль серозную оболочку не прорастает. Выше лежащая толстая кишка значительно раздута до 15 см, заполнена калом и газами. Отдаленных метастазов в брюшной полости и забрюшинном пространстве не обнаружено. Дежурным хирургом была выполнена передняя резекция прямой кишки.

Назовите ошибочные действия врачей в данном случае.

36

Пациентка Н. 70 лет, умирает в хирургическом отделении от перитонита на 10 день после операции передней резекции прямой кишки, произведенной по поводу острой толстокишечной непроходимости. Родственники подают исковое заявление в судебные органы.

Как трактуются действия врачей с юридической точки зрения и каковы последствия?

37

Пациент Н. 19 лет, военнослужащий срочной службы, в течение года многократно обращался к врачу с жалобами на сильные боли в области ануса. Назначались противовоспалительные свечи – без эффекта. Затем появилось недеражение газов и кала.

В последнее время стал отмечать вздутие живота, запоры.

Ваш диагноз и план обследования.

38

Пациент Н. 22 года. Предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38 градусов по вечерам. Слабость. Потливость. Считает себя больным в течение двух недель. Вчера отметил появление деформации в области шеи справа, что послужило причиной для обращения к врачу.

При осмотре отмечается деформация и выбухание анатомической зоны в области шеи справа, кожные покровы не изменены. Пальпаторно определяется плотное, безболезненное образование размером до 6 см, состоящее из нескольких узлов.

Ваш предположительный диагноз и план диагностических мероприятий.