Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет имени В. И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ПРИНЯТА
Ученым советом Института клинической медицины
протокол от 21.04. 2026 г. № 3
Председатель _____ Т.Е. Липатова

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института клинической медицины
_____ Т.Е. Липатова
«21» апреля 2026 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

«Онкология, лучевая терапия»

(наименование учебной дисциплины)

Направление подготовки (специальность) **31.05.01. лечебное дело**

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 6 лет

Кафедра факультетской хирургии и онкологии

ОДОБРЕНА
на заседании учебно-методической конференции кафедры факультетской хирургии и онкологии от 20.02.2026 № 6
Заведующий кафедрой _____ С.В.Капралов

СОГЛАСОВАНА
Заместитель директора департамента организации образовательной деятельности
_____ Д.Ю. Нечухраная
15 марта 2026 г.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ	
2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ	
3. МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	
4.ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ	
5.СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ	
5.1 Разделы учебной дисциплины Онкология, лучевая терапия и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении	
5.2 Разделы дисциплины Онкология, лучевая терапия, виды учебной деятельности и формы текущего контроля	
5.3 Название тем лекций с указанием количества часов	
5.4. Название тем практических занятий с указанием количества часов	
5.5. Лабораторный практикум	
5.6. Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине Онкология, лучевая терапия	
6. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ	
7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ	
8. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
9. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»	
10. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ	
11. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	
12. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	
13. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	
14. ИНЫЕ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ	

Рабочая программа учебной дисциплины ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ разработана на основании учебного плана по специальности **31.05.01. Лечебное дело**, утвержденного Ученым Советом Университета, протокол от «24» марта 2026г., № 3; в соответствии с ФГОС ВО по специальности **31.05.01. Лечебное дело** утвержденным Министерством образования и науки Российской Федерации (Министерством науки и высшего образования Российской Федерации) «12»августа2020г.№ 988

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Цель: состоит в овладении знаниями по Онкологии, а также принципами формирования факторов риска, особенностями клинического течения, способами ранней диагностики рака, а также методами обследования и диагностическими методами, вариантами лечения и вопросами профилактики злокачественных новообразований.

Задачи:

-приобретение студентами знаний в области теории канцерогенеза, онко-эпидемиологии и статистики;

-обучение студентов важнейшим методам диагностики новообразований, позволяющим определить стадию процесса;

-обучение студентов распознаванию симптомов распространенного рака при осмотре больного, при определении тяжести течения онкологического процесса;

-обучение студентов умению выделять ведущие симптомы и определять группы риска возникновения рака;

-обучение студентов выбору оптимальных методов диагностики рака при обследовании и составлению алгоритма дифференциальной диагностики;

-обучение проведению полного объема лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий среди пациентов с различными нозологическими формами новообразований;

-обучение студентов оказанию онкологическим больным первой врачебной помощи при возникновении неотложных состояний;

-обучение студентов выбору оптимальных схем лечения больных с наиболее часто встречающимися локализациями рака;

-обучение студентов оформлению медицинской документации;

-ознакомление студентов с принципами организации и работы онкологических лечебно-профилактических учреждений;

- формирование навыков изучения научной литературы и официальных статистических обзоров по онкологии;

-формирование у студента навыков общения с коллективом, больными.

2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Формируемые в процессе изучения учебной дисциплины ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ компетенции

<table>
<tr><th>Наименование категории (группы) компетенций</th><th>Код и наименование компетенции (или ее части)</th></tr>
<tr><td>1</td><td>2</td></tr>
<tr><td></td><td>ОПК-4
Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.</td></tr>
<tr><td colspan="2">знать основные принципы управления и организации медицинской помощи населению;
уметь анализировать имеющиеся сведения для получения суммарных сведений и решения вопросов по организации поиска ранних форм рака;
владеть методами анализа полученных сведений.</td></tr>
<tr><td></td><td>ОПК-9
Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач.</td></tr>
<tr><td colspan="2">знать особенности клинической картины рака наиболее часто встречающихся локализаций;
уметь трактовать результаты диагностических методов;
владеть интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов исследования.</td></tr>
<tr><td></td><td>ПК-5
Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.</td></tr>
<tr><td colspan="2">знать
• Этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний, современную классификацию заболеваний.
• Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме.
• Диагностические возможности методов непосредственного исследования больных терапевтического, хирургического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных.
уметь
• Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата.
• Сформулировать клинический диагноз.
• Разработать план действий, с учетом протекания болезни и ее лечения.
владеть
• Алгоритмом развернутого клинического диагноза.
• Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему специалисту.</td></tr>
<tr><td></td><td>ПК-6
Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов</td></tr>
</table>

	заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.
знать • Этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний, современную классификацию заболеваний. • Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме. • Диагностические возможности методов непосредственного исследования больных терапевтического, хирургического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных. **уметь** • Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата. • Сформулировать клинический диагноз. • Разработать план действий, с учетом протекания болезни и ее лечения. **владеть** • Алгоритмом развернутого клинического диагноза. • Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему специалисту.	
	ПК-8 Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.
знать • Этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний, современную классификацию заболеваний. • Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме. • Диагностические возможности методов непосредственного исследования больных терапевтического, хирургического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных. **уметь** • Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата. • Сформулировать клинический диагноз. • Разработать план действий, с учетом протекания болезни и ее лечения. **владеть** • Алгоритмом развернутого клинического диагноза. • Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему специалисту.	

3. МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Учебная дисциплина **Онкология, лучевая терапия** относится к блоку Б1.Б.58 **базовой части (блок 1) учебного плана специальности 31.05.01 – Лечебное дело.**

Материал дисциплины опирается на ранее приобретенные студентами знания по:

Б1.Б.13 анатомия;

Б1.Б.14 гистология, эмбриология, цитология;

Б1.Б.16 биохимия;

Б1.Б.21 гигиена;

Б1.Б.22 лучевая диагностика;

Б1.Б.25 патофизиология, клиническая патофизиология;

Б1.Б.31 клиническая патологическая анатомия;

Б1.Б.36 факультетская хирургия;

Б1.Б.37 факультетская терапия и медицинская генетика;

Б1.Б.44 клиническая фармакология.

4.ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ

Вид работы		**Всего часов**	**Кол-во часов в семестре**
			№ 11
1		2	3
Контактная работа (всего), в том числе:		**64**	**64**
Аудиторная работа		**64**	**64**
Лекции (Л)		16	16
Практические занятия (ПЗ),		48	48
Семинары (С)			
Лабораторные работы (ЛР)			
Внеаудиторная работа			
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)		**44**	**44**
Вид промежуточной аттестации	зачет (З)	**3**	**3**
	экзамен (Э)		
ИТОГО: Общая трудоемкость	час.	**108**	**108**
	ЗЕТ	**3**	**3**

5.СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

5.1 Разделы учебной дисциплины ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении

№ п/п	**Индекс компетен-ции**	**Наименование раздела учебной дисциплины**	**Содержание раздела**
1	2	3	4
	ОПК-4 ОПК-9	Раздел 1. Общие вопросы	История онкологии. Организация онкологической службы. Вопросы деонтологии в онкологии. Теории канцерогенеза.

1	ПК-5 ПК-6 ПК-8	онкологии.	Принципы классификации новообразований. Вопросы скрининга. Принципы профилактики рака. Реабилитация онкологических больных. Методы, применяемые для установления первичного диагноза, степени распространения процесса. Параметры, определяющие выбор плана лечения. Виды лечения. Параметры, влияющие на прогноз.
2	ОПК-4 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Раздел 2. Заболевания молочной железы.	Дисгормональные заболевания молочной железы. Рак молочной железы. Статистика. Факторы риска. Классификация клиническая, патогенетическая. Методы диагностики, варианты скрининга. Принципы и варианты патогенетического лечения. Параметры прогноза.
3	ОПК-4 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Раздел 3. Рак щитовидной железы.	Статистика. Факторы риска рака. Методы диагностики. Классификация. Морфологические варианты. Клинические варианты. Пути метастазирования. Принципы и варианты лечения. Прогноз. Профилактика.
4	ОПК-4 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Раздел 4. Злокачественные опухоли кожи.	Базальноклеточный рак. Плоскоклеточный рак. Меланома. Факторы риска. Доброкачественные опухоли кожи, как предшественники, тактика при них. Методы диагностики. Клинические варианты. Особенности классификации. Пути метастазирования. Принципы и варианты лечения. Прогноз.
5	ОПК-4 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Раздел 5. Рак желудка.	Эпидемиология, статистика. Доброкачественные заболевания как предшественники. Тактика гастролога. Факторы риска. Методы диагностики. Классификация. Клинические варианты в зависимости от локализации, особенности метастазирования. Принципы и варианты лечения. Прогноз. Реабилитация. Диспансеризация. Профилактика.
6	ОПК-4 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Модуль 6. Колоректальный рак.	Рак ободочной кишки. Рак прямой кишки. Эпидемиология, статистика. Доброкачественные заболевания как предшественники рака. Тактика проктолога. Факторы риска. Методы диагностики. Классификация. Клинические варианты в зависимости от локализации. Пути метастазирования. Принципы и варианты лечения. Прогноз. Реабилитация. Диспансеризация. Профилактика.
7	ОПК-4 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Раздел 7. Рак поджелудочной железы.	Рак поджелудочной железы. Эпидемиология, статистика. Доброкачественные заболевания как предшественники рака. Тактика гастролога. Факторы риска. Методы диагностики. Классификация. Клинические варианты в зависимости от локализации. Пути метастазирования. Принципы и варианты лечения. Прогноз. Реабилитация. Диспансеризация. Профилактика.
8	ОПК-4 ОПК-9 ПК-5 ПК-6 ПК-8	Раздел 8. Рак легкого.	Статистика. Факторы риска. Методы диагностики. Классификации: по стадиям; клинико-рентгенологическая; гистологическая. Макроскопические формы роста. Принципы и варианты лечения. Прогноз. Диспансеризация.

5.2 Разделы дисциплины виды учебной деятельности и формы текущего контроля

№	№ семестра	Наименование раздела дисциплины	Виды деятельности (в часах)					Формы текущего контроля успеваемости
			Л	ЛР	ПЗ	СРО	всего	
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	11	Раздел 1. Общие вопросы онкологии.	2		6	6	14	Устный опрос. Тесты. Задачи.
2	11	Раздел 2. Заболевания молочной железы.	2		6	6	14	Устный опрос. Тесты. Задачи.
3	11	Раздел 3. Рак щитовидной железы.	2		6	4	12	Устный опрос. Тесты. Задачи.
4	11	Раздел 4. Злокачественные опухоли кожи.	2		6	6	14	Устный опрос. Тесты. Задачи.
5	11	Раздел 5. Рак желудка.	2		6	6	14	Устный опрос. Тесты. Задачи.
6	11	Раздел 6. Колоректальный рак.	2		6	6	14	Устный опрос. Тесты. Задачи.
7	11	Раздел 7. Рак поджелудочной железы.	2		6	6	14	Устный опрос. Тесты. Задачи.
8	11	Раздел 8. Рак легкого.	2		6	4	12	Устный опрос. Тесты. Задачи.
ИТОГО:			**16**		**48**	**44**	**108**	

5.3 Название тем лекций с указанием количества часов

№ п/п	Название тем лекций	Кол-во часов в семестре
		№ 11
1	2	3
1	Общие вопросы онкологии.	2
2	Заболевания молочной железы.	2
3	Рак щитовидной железы.	2
4	Злокачественные опухоли кожи.	2
5	Рак желудка.	2
6	Колоректальный рак.	2
7	Рак поджелудочной железы.	2
8	Рак легкого.	2
	ИТОГО	16

5.4. Название тем практических занятий с указанием количества часов

№ п/п	Название тем практических занятий	Кол-во часов в семестре
		№ 11
1	2	3
1	Общие вопросы онкологии. • Канцерогенез • Принципы диагностики онкологической патологии • Принципы лечения рака и вопросы профилактики и реабилитации	 2 2 2
2	Заболевания молочной железы. • Дисгормональные гиперплазии • Рак молочной железы • Рак молочной железы	 2 2 2
3	Рак щитовидной железы. • Принципы ранней диагностики, факторы риска • Клиническая, морфологическая и стадийная классификации • Методы лечения, реабилитация, прогноз, профилактика	 2 2 2
4	Злокачественные опухоли кожи. • Базально-клеточный рак • Плоскоклеточный рак • Меланома	 2 2 2
5	Рак желудка. • Предопухолевые заболевания, тактика • Факторы риска, методы диагностики, классификация рака желудка. • Способы лечения, варианты реабилитации, прогноз, профилактика.	 2 2 2
6	Колоректальный рак. • Рак ободочной кишки. • Рак прямой кишки. • Колоректальный рак, вопросы лечения, профилактики	2 2 2
7	Рак поджелудочной железы. • Принципы диагностики, факторы риска • Клиническая, морфологическая и стадийная классификации • Методы лечения, реабилитация, прогноз, профилактика	 2 2 2
8	Рак легкого. • Принципы ранней диагностики, факторы риска • Клиническая, морфологическая и стадийная классификации • Методы лечения, реабилитация, прогноз, профилактика	 2 2 2
	ИТОГО	**48**

5.5. Лабораторный практикум не предусмотрен учебным планом

5.6. Самостоятельная работа обучающегося по дисциплине

№ п/п	№ семестра	Наименование раздела	Виды СРО	Всего часов
1	2	3	4	5
1	11	Общие вопросы онкологии.	Подготовка к занятию и тестированию, изучение соответствующей литературы. Решение ситуационных задач. Подготовка беседы с населением.	6
2	11	Заболевания молочной железы.	Подготовка к занятию и тестированию, изучение соответствующей литературы. Решение ситуационных задач. Чтение и оценка рентгенограмм. Анализ причин запущенности, определение диагноза и тактики лечения конкретного больного.	6
3	11	Рак щитовидной железы.	Подготовка к занятию и тестированию, изучение соответствующей литературы. Составление ситуационных задач. Написание рефератов и их защита. Определение факторов риска конкретного больного. Чтение и оценка рентгенограмм.	4
4	11	Злокачественные опухоли кожи.	Подготовка к занятию и тестированию, изучение соответствующей литературы. Составление ситуационных задач. Анализ причин запущенности, определение диагноза и тактики лечения конкретного больного. Подготовка беседы с населением о профилактике рака.	6
5	11	Рак желудка.	Подготовка к занятию и тестированию, изучение соответствующей литературы. Составление ситуационных задач. Анализ причин запущенности, определение диагноза и тактики лечения конкретного больного. Подготовка беседы с населением о профилактике рака. Чтение и оценка рентгенограмм.	6
6	11	Колоректальный рак.	Подготовка к занятию и тестированию, изучение соответствующей литературы. Составление ситуационных задач. Анализ причин запущенности, определение диагноза и тактики лечения конкретного больного. Подготовка беседы с населением о профилактике рака. Чтение и оценка рентгенограмм.	6
7	11	Рак поджелудочной железы.	Подготовка к занятию и тестированию, изучение соответствующей литературы. Составление ситуационных задач. Анализ причин запущенности, определение диагноза и тактики лечения конкретного больного. Подготовка беседы с населением о профилактике рака.	6

8	11	Рак легкого.	Подготовка к занятию и тестированию, изучение соответствующей литературы. Составление ситуационных задач. Анализ причин запущенности, определение диагноза и тактики лечения конкретного больного. Подготовка беседы с населением о профилактике рака. Чтение и оценка рентгенограмм.	4
			ИТОГО	**44**

6. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Список учебно-методических материалов:

1. методические указания для обучающихся по освоению дисциплины;
2. фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации;
3. оценочные материалы для проведения текущего контроля;
4. интернет-ресурсы (www.rosoncoweb.ru; www.oncology.ru; www.cancer.ru).

7. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине **Онкология, лучевая терапия** в полном объеме представлен в приложении 1.

Методические материалы, определяющие процедуру оценивания результатов, представлены в Положении о балльно-рейтинговой системе кафедры факультетской хирургии и онкологии.

8. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

8.1. Основная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014	490
2	Онкология : учеб. пособие / под ред. П. В. Глыбочко. - М. : Академия, 2008. - 397[2] с.	143

Электронные источники

№	Издания
1	2

1	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / В.Г. Черенков. - 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
2	Онкология: учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
3	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
4	Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
5	Амбулаторно-поликлиническая онкология: руководство для врачей / Ш. Х. Ганцев и др. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
6	Лучевая терапия: учебник / под ред. Г. Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
7	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014 ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
8	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях: учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с. ЭБС Консультант студентаwww.studmedlib.ru

8.2. Дополнительная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях : учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с.	43
2	Онкология: прил. к учеб. на компакт-диске / под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. - [М.] : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - эл. опт. диск (CD-ROM).	17
3	Современное состояние проблемы диагностики и лечения рака легкого: учеб. пособие: ч.1 / [А. С. Толстокоров и др.]. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2016. - 68[2] с.	43

9. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»

№ п/п	Сайты
1	www.rosoncoweb.ru
2	www.oncology.ru
3	www.cancer.ru

10. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины представлены в приложении 2.

11. ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Используемое программное обеспечение

Перечень лицензионного программного обеспечения	Реквизиты подтверждающего документа
Microsoft Windows	40751826, 41028339, 41097493, 41323901, 41474839, 45025528, 45980109, 46073926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 62041790, 64238801, 64238803, 64689895, 65454057, 65454061, 65646520, 69044252
Microsoft Office	40751826, 41028339, 41097493, 41135313, 41135317, 41323901, 41474839, 41963848, 41993817, 44235762, 45015872, 45954400, 45980109, 46033926, 46188270, 47819639, 49415469, 49569637, 49569639, 49673030, 60186121, 60620959, 61029925, 61481323, 61970472, 62041790, 64238803, 64689898, 65454057
Kaspersky Endpoint Security, Kaspersky Anti-Virus	1356-170911-025516-107-524

12. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ представлено в приложении 3.

13. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Сведения о кадровом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ представлены в приложении 4.

14. ИНЫЕ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

Учебно-методические материалы, необходимые для осуществления образовательного процесса по дисциплине ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ:

- конспекты лекций по дисциплине Онкология, лучевая терапия;

-методические разработки практических занятий для преподавателей по дисциплине Онкология, лучевая терапия;

-оценочные материалы для проведения текущего контроля по дисциплине Онкология, лучевая терапия.

Разработчики:

Зав. кафедрой, профессор		**С.В. Вертянкин**
занимаемая должность	*подпись*	*инициалы, фамилия*
профессор		**О.М. Конопацкова**
занимаемая должность	*подпись*	*инициалы, фамилия*

Лист регистрации изменений в рабочую программу

Учебный год	Дата и номер извещения об изменении	Реквизиты протокола	Раздел, подраздел или пункт рабочей программы	Подпись регистрирующего изменения
20___-20___				
20___-20___				
20___-20___				
20___-20___				

Приложение 1

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России)

УТВЕРЖДАЮ

Декан лечебного факультета
и факультета клинической психологии
_____ Д.В. Тупикин
«__1__» 06 __2018 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Дисциплина: **«ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ»**
(наименование дисциплины)

Специальность: **31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**
(код и наименование специальности)

Квалификация: **ВРАЧ -ЛЕЧЕБНИК**
(квалификация (степень) выпускника)

КАРТА КОМПЕТЕНЦИЙ

Контролируемые компетенции	Планируемые результаты обученя
1	2
ОПК-4 Способность и готовность реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности.	**знать** основные принципы управления и организации медицинской помощи населению; **уметь** анализировать имеющиеся сведения для получения суммарных сведений и решения вопросов по организации поиска ранних форм рака; **владеть** методами анализа полученных сведений.

ОПК-9 Способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач.	**знать** особенности клинической картины рака наиболее часто встречающихся локализаций; **уметь** трактовать результаты диагностических методов; **владеть** интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов исследования.
ПК-5 Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.	**знать** • Этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний, современную классификацию заболеваний. • Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме. • Диагностические возможности методов непосредственного исследования больных терапевтического, хирургического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных. **уметь** • Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата. • Сформулировать клинический диагноз. • Разработать план действий, с учетом протекания болезни и ее лечения. **владеть** • Алгоритмом развернутого клинического диагноза. • Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему специалисту.
ПК-6 Способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра.	**знать** • Этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний, современную классификацию заболеваний. • Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме. • Диагностические возможности методов непосредственного исследования больных терапевтического, хирургического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных. **уметь** • Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата. • Сформулировать клинический диагноз. • Разработать план действий, с учетом протекания болезни и ее лечения.

	владеть • Алгоритмом развернутого клинического диагноза. • Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему специалисту.
ПК-8 Способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами.	**знать** • Этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний, современную классификацию заболеваний. • Клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме. • Диагностические возможности методов непосредственного исследования больных терапевтического, хирургического профиля, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных. **уметь** • Наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата. • Сформулировать клинический диагноз. • Разработать план действий, с учетом протекания болезни и ее лечения. **владеть** • Алгоритмом развернутого клинического диагноза. • Алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему специалисту.

ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНИВАНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

Семестр	**Шкала оценивания**	
	«не зачтено»	**«зачтено»**
знать		
11	Студент не способен самостоятельно выделять главные положения в изученном материале дисциплины. Не знает этиологию, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся заболеваний, современную классификацию рака; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения; диагностические возможности методов непосредственного исследования больных.	Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала дисциплины. Знает факторы риска, современную классификацию определенной локализации рака; клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения; диагностические возможности методов обследования. Дает уверенный ответ на ситуационную задачу. Показывает глубокое понимание сущности изучаемой темы.

уметь		
11	Студент не умеет наметить объем дополнительных исследований в соответствии с диагнозом; сформулировать клинический диагноз; разработать план действий, с учетом протекания болезни и ее лечения.	Студент умеет последовательно решить вопрос о диагнозе и способах лечения. Студент умеет самостоятельно трактовать результаты диагностических методов; наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза. Показывает глубокое знание и понимание сущности изучаемой темы.
владеть		
11	Студент не владеет интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов исследования. Студент не владеет навыками обследования больных.	Студент показывает глубокое и полное владение всем объемом изучаемой дисциплины в части способности самостоятельного выделения значимых свойств конкретной локализации рака. Студент самостоятельно выделяет главные положения в изученном материале и способен дать краткую характеристику основным идеям проработанного материала. Студент владеет навыком постановки диагноза.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

КОМПЛЕКТ ТЕСТОВ

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ

Выберите один правильный ответ

1.КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ — ЭТО СОЧЕТАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

1) хирургического и лучевого
2) лучевого, хирургического, химиотерапевтического
3) химиотерапевтического и гормонального
4) гормонального и лучевого
5) любых двух методов

2. ПОКАЗАНИЯ К КОМБИНИРОВАННОМУ ЛЕЧЕНИЮ

1) местно-распространенный процесс
2) местно-регионарное распространение процесса
3) диссеминация опухолевого процесса
4) первая стадия
5) запущенный процесс

3.ПОКАЗАНИЯ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ

1) местно-распространенный процесс
2) местно-регионарное распространение процесса
3) диссеминация опухолевого процесса
4) первая стадия
5) запущенный процесс

4.РАДИКАЛЬНОСТЬ ОПЕРАЦИИ

1) удаление всех опухолевых структур (первичных и вторичных)
2) максимальный объем оперативного вмешательства
3) удаление опухолевого очага в широких пределах здоровых тканей
4) органосберегающая операция
5) удаление опухоли в пределах анатомической зоны распространения

5. АНТИБЛАСТИЧНОСТЬ ОПЕРАЦИИ
1) методы предупреждения попадания опухолевых клеток в рану
2) удаление метастазов в пределах здоровых тканей
3) удаление всех опухолевых структур
4) туморэктомия
5) лимфаденэктомия

6. ПРИНЦИПЫ ФУТЛЯРНОСТИ
1) удаление опухоли с частью органа
2) удаление всего органа единым блоком с регионарными лимфоузлами
3) удаление всех опухолевых структур
4) удаление опухоли в футляре из здоровых тканей
5) удаление только лимфатических узлов

7. ПРИНЦИП ЗОНАЛЬНОСТИ
1) удаление опухоли с регионарной лимфаденэктомией
2) удаление опухоли с частью органа
3) удаление всех опухолевых структур
4) удаление зоны возможного распространения опухоли
5) туморэктомия

8. ПРИНЦИП АБЛАСТИЧНОСТИ
1) мероприятия, направленные на удаление опухолевых клеток в ране во время операции
2) мероприятия, направленные на уничтожение опухолевых клеток в ране после удаления
3) удаление первичных и вторичных опухолевых структур
4) унесение опухоли в футляре из здоровых тканей
5) удаление зоны возможного распространения опухоли

9. ПРИ НАРУЖНОМ ОНКООСМОТРЕ НЕВОЗМОЖНО ИССЛЕДОВАТЬ
1) кожу
2) периферические лимфоузлы
3) щитовидную железу
4) молочные железы
5) печень

10. ПРИНЦИП ДЕЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ГРУППЫ НЕ УЧИТЫВАЕТ
1) стадию заболевания
2) тактика ведения
3) объем диагностических мероприятий
4) вид лечебных мероприятий
5) сроки диспансерного наблюдения

11. I КЛИНИЧЕСКАЯ ГРУППА - ЭТО БОЛЬНЫЕ
1) с подозрением на рак
2) с начальной стадией рака
3) с запущенным раком
4) с хроническими заболеваниями

5) подлежащие специальному лечению

12. II КЛИНИЧЕСКАЯ ГРУППА – ЭТО БОЛЬНЫЕ

1) II стадии заболевания
2) опухоль, подлежащая специфическому лечению
3) больные с запущенным раком
4) с подозрением на рак
5) с начальной стадией рака

13. III КЛИНИЧЕСКАЯ ГРУППА — ЭТО БОЛЬНЫЕ

1) II стадии заболевания
2) опухоль, подлежащая специальному лечению
3) III стадии заболевания
4) с подозрением на рак
5) находящиеся в клинической ремиссии

14. IV КЛИНИЧЕСКАЯ ГРУППА — ЭТО БОЛЬНЫЕ

1) в IY стадии заболевания
2) неоперабельные больные
3) больные, подлежащие только симптоматической терапии
4) находящиеся в клинической ремиссии
5) опухоль, подлежащая специфическому лечению

15. КАКОЙ МЕТОД ОБЯЗАТЕЛЕН ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РАК

1) пальпация
2) эндоскопия
3) морфологический
4) УЗИ
5) Рентгенологический

16. ПРИЧИНОЙ ЗАПУЩЕННОСТИ РАКА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

1) врачебные ошибки
2) позднее обращение больного
3) скрытое течение болезни
4) самолечение
5) отсутствие или низкое качество профосмотров

17. НА КАКИХ БОЛЬНЫХ СОСТАВЛЯЕТСЯ ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ ВЫПИСКА

1) на больных IV стадией
2) на иноперабельных больных
3) на больных IV клинической группы
4) на любых больных с верифицированным диагнозом
5) на больных с подозрением на рак

18. ВИДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, КРОМЕ

1) физической
2) психологической
3) социальной
4) статистической
5) трудовой

19. МЕТОДОМ АКТИВНОГО ПОИСКА НЕ МОЖЕТ БЫТЬ

1) анкетирование
2) скрининг-тестирование
3) наружные профосмотры
4) диспансерное наблюдение за больными с хронической патологией
5) онкомаркеры

20. СОСТАВ ОНКОКОНСИЛИУМА, КРОМЕ
1) хирурга
2) химиотерапевта
3) радиолога
4) иммунолога
5) эндокринолога

21. ПРИНЦИПАМ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТИ ВРАЧА ПРОТИВОРЕЧИТ
1) тщательное обследование каждого больного
2) назначение лекарств в первый день обращения больного
3) привычка думать о раке со скрытым течением
4) знание симптомов злокачественной опухоли
5) знание организационных принципов онкослужбы

22. ПРОВОДЯ ПРОТИВОРАКОВУЮ ПРОПАГАНДУ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ, НЕ СЛЕДУЕТ
1) утверждать здоровый образ жизни
2) подробно раскрывать клинические признаки рака
3) убеждать в необходимости прохождения профосмотров
4) знакомить только с выраженными признаками рака
5) обучать методам самообследования

23. КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СТАДИЯМ ОТРАЖАЕТ
1) распространенность процесса
2) морфологическую характеристику опухоли
3) лечебно-диагностическую тактику
4) общее состояние больных
5) группы повышенного риска

24. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ВРАЧ ОБЯЗАН
1) обследовать больного в плановом порядке
2) поставить на очередь для обследования
3) не затягивать обследование более 10 дней
4) назначить онкоконсилиум
5) составить онкоизвещение

25. ПРИ НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕОБХОДИМО
1) поставить больного на диспансерный учет
2) назначить консультацию онколога
3) обязательно выполнить морфологическую верификацию
4) определить онкомаркеры
5) назначить исследование иммунитета

26. ХАРАКТЕРИСТИКА РАКА IN SITU
1) метастатический рак
2) рак в пределах слизистой
3) первая стадия рака
4) рак, не прорастающий базальную мембрану
5) дисплазия

27. ПЕРИОД НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ НАХОДЯТСЯ ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ
1) один год
2) пять лет
3) десять лет
4) пожизненно
5) полгода

28. КАКОЙ ФАКТОР МОЖНО НЕ УЧИТЫВАТЬ ДЛЯ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
1) стадию заболевания
2) морфологический тип опухоли
3) сопутствующую патологию

4) возраст пациента
5) характер лечебных мероприятий

29. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ДОЛЖНЫ ВЫЯВЛЯТЬСЯ
1) терапевтом
2) онкологом
3) хирургом
4) педиатром
5) врачом любой специальности

30. ОБЯЗАТЕЛЬНА ЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ПРИ НАЛИЧИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
1) нет
2) обязательна
3) в зависимости от диагноза
4) нет, несмотря на диагноз
5) нет, так как прогноз благоприятный

31. ДЛЯ ЧЕГО НУЖНЫ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О ЧАСТОТЕ РАКА
1) для сравнения результатов лечения
2) для определения плана лечения
3) для планирования противоопухолевых мероприятий
4) для установления закономерностей развития рака
5) для диспансеризации больных

32. О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПОКАЗАТЕЛЬ ОДНОГОДИЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ РАКЕ
1) об эффективности лечения
2) о частоте запущенного рака
3) об уровне смертности
4) о частоте летальных исходов после операции
5) об эффективности профосмотров

33. ДЛЯ ЧЕГО НУЖЕН АКТИВНЫЙ ПОИСК РАКА
1) для ранней диагностики метастазов
2) для выявления осложнений рака
3) для улучшения результатов лечения
4) для определения стадии заболевания
5) для статистического учета

34. ЧТО ТАКОЕ СКРИНИНГ
1) активные массовые профилактические осмотры
2) комплексное лечение онкологических больных
3) учет лиц, прошедших профилактический осмотр
4) учет лиц, получивших специальное лечение
5) комплексное обследование в группе риска

35. ЧТО ТАКОЕ МОНИТОРИНГ
1) динамическое наблюдение за больными
2) система диагностики опухолей
3) морфологические исследования
4) комплексное обследование в группе риска
5) учет лиц, прошедших профилактический осмотр

36. ЧТО НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАКА
1) стеноз
2) кровотечение
3) метастазирование
4) распад опухоли
5) перфорация опухоли

37. ПРИ КАКОМ ИССЛЕДОВАНИИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ ТЕНЬ ОПУХОЛИ

1) рентгенологическом
2) эндоскопическом
3) УЗИ
4) пальпации
5) морфологическом

38. ЧЕМ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО УВЕЛИЧЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ

1) метастазом
2) гиперплазией
3) воспалением
4) атрофией
5) неспецифическим процессом

39. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ ЗАПУЩЕННЫМИ В СТАДИИ

1) первой
2) второй
3) метастатической
4) четвертой
5) в любой

40. КАКОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПОЗВОЛЯЕТ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ОПУХОЛЕВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ

1) сбор анамнеза
2) МРТ
3) морфологическое исследование
4) исследование иммунитета
5) УЗИ

41. ЧТО НЕ ВХОДИТ В СТРУКТУРУ ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ

1) районный онколог
2) участковый врач
3) онкодиспансер
4) онкологический стационар
5) онкологический центр

42. ЧТО НЕ ОТНОСИТСЯ К ФАЗАМ РАЗВИТИЯ ОПУХОЛИ

1) in situ
2) индукция
3) инвазия
4) диссеминация
5) пролиферация

43. К БИОЛОГИЧЕСКИМ ОСОБЕННОСТЯМ ОПУХОЛЕВОЙ КЛЕТКИ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) пролиферация эпителия
2) автономность роста
3) инвазия
4) метастазирование
5) развитие ангиогенеза

44. ЧТО МОЖЕТ ВЫЗЫВАТЬ ПОВРЕЖДЕНИЕ ХРОМОСОМНОГО АППАРАТА КЛЕТКИ

1) повышение температуры тела
2) радиоактивное излучение
3) наследственность
4) возраст
5) эндокринная патология

45. ФАКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРЕДРАК

1) заболевание, на фоне которого рак развивается относительно редко, но чаще, чем в популяции
2) заболевание, на фоне которого рак развивается относительно часто или всегда
3) хроническое заболевание, не переходящее в рак
4) хроническое заболевание, являющееся предраковым
5) рак in situ

46. КАК НАЗВАТЬ ПРОЦЕСС ПЕРЕХОДА НОРМАЛЬНЫХ КЛЕТОК В ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ
1) пролиферация
2) канцерогенез
3) атипия
4) дисплазия эпителия
5) мутации генов

47. К ТЕОРИЯМ КАНЦЕРОГЕНЕЗА НЕ ОТНОСЯТ
1) химическую
2) физическую
3) вирусную
4) полиэтиологическую
5) иммунодефицитную

48. КАКАЯ СТЕПЕНЬ ДИСПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ ИМЕЕТ ВЫСОКИЙ РИСК ПЕРЕРОЖДЕНИЯ
1) легкая
2) средняя
3) тяжелая
4) выраженный полиморфизм клеток
5) атипические изменения

49. ОБЛИГАТНЫЙ ПРЕДРАК
1) заболевание, на фоне которого рак развивается относительно редко, но чаще, чем в популяции
2) заболевание, на фоне которого рак развивается относительно часто или всегда
3) хроническое заболевание, не переходящее в рак
4) хроническое заболевание, являющееся предраковым
5) рак in situ

50. ЧТО ХАРАКТЕРИЗУЕТ СИМВОЛ Т ПРИ КЛАССИФИКАЦИИ РАКА
1) местное распространение опухоли
2) наличие регионарных метастазов
3) наличие отдаленных метастазов
4) степень дифференцировки клеток
5) полностью стадию заболевания

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ

1. К ПИГМЕНТНЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ КОЖИ ОТНОСЯТСЯ
1) саркома Капоши
2) базалиома
3) дерматофиброз
4) пигментные невусы
5) меланома

2. ДЛЯ ЧЕГО НУЖЕН АКТИВНЫЙ ПОИСК РАКА КОЖИ
1) для ранней диагностики метастазов
2) для выявления осложнений рака
3) для улучшения результатов лечения
4) для определения стадии заболевания

5) для статистического учета

3. ЧТО ДОЛЖЕН ДЕЛАТЬ ВРАЧ ПЕРВОГО КОНТАКТА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ КОЖИ

1) направить на консультацию к онкологу
2) самостоятельно назначить обследование
3) самостоятельно назначить лечение
4) поставить на диспансерный учет и наблюдать
5) направить к дерматологу

4. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ ЗАПУЩЕННЫМИ В

1) первой стадии
2) второй стадии
3) третьей стадии
4) четвертой стадии
5) в любой стадии

5. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ ДОЛЖНЫ ВЫЯВЛЯТЬСЯ

1) дерматологом
2) онкологом
3) хирургом
4) терапевтом
5) врачом любой специальности

6. МЕТОДОМ АКТИВНОГО ПОИСКА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) самообследование
2) онкоосмотр в смотровых кабинетах
3) осмотр дерматолога раз в год
4) осмотр кожи врачами любой специальности
5) выделение групп повышенного онкологического риска

7. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ НАЛИЧИИ РАЗЛИЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

1) нет
2) обязательно
3) в зависимости от диагноза
4) нет, несмотря на диагноз
5) нет, так как прогноз благоприятный

8. БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ

1) на неизмененной коже
2) на фоне хронических заболеваний кожи
3) из пигментных пятен
4) из пигментных невусов
5) на фоне аллергического дерматита

9. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ПРИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ НЕ ПРОВОДЯТ С

1) меланомой
2) липомой
3) псориазом
4) плоскоклеточным раком
5) экземой

10. СПОСОБАМИ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА НЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1) адъювантная химиотерапия
2) криодеструкция
3) хирургический
4) короткодистанционная лучевая терапия
5) иммунотерапия

11. ДЛЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА НЕ ХАРАКТЕРНО
1) быстрый рост с появлением метастазов
2) медленный рост
3) отсутствие метастазов
4) местный рост с деструкцией тканей
5) появление метастазов в кожу

12. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ
1) визуальный осмотр
2) рентгенография кожи
3) цитологическое исследование
4) УЗИ кожи
5) исследование маркеров

13. ОСНОВНОЙ ХАРАКТЕРИСТИКОЙ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ
1) частое регионарное метастазирование
2) отсутствие регионарных метастазов
3) рост с деструкцией подлежащих тканей
4) наличие отдаленных метастазов
5) инфильтрирующий местный рост

14. БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ
1) потовых желез
2) многослойного плоского эпителия
3) эпидермиса
4) дермы
5) сальных желез

15. ТЕМП РОСТА БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА
1) быстро, в течение года
2) быстро, до трех лет
3) медленно, в течение нескольких лет
4) в течение жизни
5) в течение нескольких месяцев

16. ПО ПЕРИФЕРИИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЧАСТО ОТМЕЧАЕТСЯ
1) красная кайма
2) «жемчужный венчик»
3) края опухоли всегда четкие
4) коричнево-черная кайма
5) отмечаются кратерообразные края

17. РИСК РАЗВИТИЯ МЕСТНЫХ РЕЦИДИВОВ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ОТМЕЧАЕТСЯ
1) при плоской форме
2) при узловой форме
3) при язвенной форме
4) при инфильтрирующей форме
5) при любой форме

18. ПРИНЦИПЫ ОНКОХИРУРГИИ ПРИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОЙ РАКЕ
1) операция только под наркозом
2) операция под местной анестезией
3) экономное иссечение опухоли
4) широкое иссечение опухоли
5) иссечение опухоли в зависимости от клинической формы роста

19. ПРОГНОЗ ПРИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ
1) неблагоприятный из-за быстрого метастазирования

2) неблагоприятный из-за быстрого местного распространения
3) благоприятный из-за отсутствия метастазов
4) благоприятный, несмотря на местные рецидивы
5) неблагоприятный из-за инфильтративного роста

20. ПРОГНОЗ ПРИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ КОЖИ НЕ ЗАВИСИТ ОТ
1) темпа роста опухоли
2) клинической формы
3) гистотипа
4) сопутствующей патологии
5) размера опухолевого очага

21. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ НЕ РАЗВИВАЕТСЯ
1) на неизмененной коже
2) на фоне лучевого дерматита
3) на фоне хронических заболеваний кожи
4) на фоне болезни Боуэна
5) на фоне рубцов

22. ДЛЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ХАРАКТЕРНО
1) бурный рост
2) обширное метастазирование
3) частое появление местных рецидивов
4) длительное течение заболевания
5) склонность к возникновению мягкотканных метастазов

23. К ФАКТОРАМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ НЕ ОТНОСЯТ
1) воздействие факторов внешней среды
2) контакт с анилиновыми красителями
3) наличие дерматологических заболеваний
4) наличие рубцовых изменений на коже
5) воздействие рентгеновских лучей

24. МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ
1) криовоздействие
2) хирургическое удаление
3) электрокоагуляция опухоли
4) лучевая терапия
5) химиотерапия

25. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ОБЛАДАЕТ
1) быстрым ростом с метастазами в отдаленные органы
2) медленным темпом роста, с редкими метастазами
3) быстрым ростом, но без метастазов
4) медленным ростом с редко возникающими метастазами
5) частым местным рецидивированием

26. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ
1) потовых желез
2) многослойного плоского эпителия
3) эпидермиса
4) дермы
5) сальных желез

27. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ НЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
1) воздействии на кожу химических веществ
2) наличии рубцов
3) наличии пигментных доброкачественных опухолей кожи
4) наличии хронических заболеваний кожи

5) воздействии на кожу физических агентов

28. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) визуальный осмотр
2) рентгенография кожи
3) цитологическое исследование
4) УЗИ кожи
5) исследование онкомаркеров

29. К ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКАМ КОЖИ НЕ ОТНОСЯТ

1) лучевые дерматиты
2) болезнь Боуэна
3) пигментную ксеродерму
4) эритроплазию Кейра
5) пигментные невусы

30. К ФАКУЛЬТАТИВНЫМ ПРЕДРАКАМ КОЖИ НЕ ОТНОСЯТ

1) хронические дерматиты
2) болезнь Боуэна
3) витилиго
4) склеродермию
5) кератозы

31. СИМПТОМАМИ АКТИВИЗАЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПИГМЕНТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1) рост
2) появление сателлитов на коже
3) изменение поверхности
4) «размытость» контуров очага
5) изменение пигментации

32. ПРИ НАЛИЧИИ КАКОГО ЧИСЛА СИМПТОМОВ АКТИВИЗАЦИИ ПИГМЕНТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАДО ПРОВОДИТЬ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1) одного
2) двух
3) всех
4) операцию не проводят вообще
5) только при появлении сателлитов на коже

33. ПРИЧИНАМИ, СПОСОБСТВУЮЩИМИ АКТИВИЗАЦИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПИГМЕНТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ, НЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1) хронический ожог
2) воздействие ультрафиолетовых, солнечных лучей
3) гормонально-активные ситуации
4) хронические травмы пигментного образования
5) контакт с химическими веществами

34. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СИМПТОМОВ АКТИВИЗАЦИИ ПИГМЕНТНЫХ НЕВУСОВ ВРАЧ ДОЛЖЕН

1) направить пациента к дерматологу
2) направить пациента к хирургу
3) направить пациента к онкологу
4) наблюдать больного один раз в три месяца
5) наблюдать больного один раз в шесть месяцев

35. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ПИГМЕНТНЫМ ОПУХОЛЯМ НЕ ОТНОСЯТ

1) пигментные кератомы
2) склеродермию
3) пигментную форму базально-клеточного рака

4) пигментные невусы
5) пигментные папилломы

36. ИЗ ПИГМЕНТНЫХ ПЯТЕН МЕЛАНОМООПАСНЫМИ ЯВЛЯЮТСЯ
1) веснушки
2) меланоз Дюбрея
3) пигментные кератомы
4) гемангиомы
5) лентиго

37. МЕЛАНОМА КОЖИ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ
1) многослойного плоского эпителия
2) соединительной ткани
3) меланоцитов
4) невусных клеток
5) железистой ткани

38. МЕЛАНОЦИТЫ НАХОДЯТСЯ
1) в базальном слое эпидермиса
2) в слизистой
3) в волосяных фолликулах
4) в плоском эпителии
5) в мышечной ткани

39. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ ПОЯВЛЕНИЯ МЕЛАНОМЫ НЕ ОТНОСЯТ
1) воздействие химических веществ
2) воздействие ультрафиолетовых и солнечных лучей
3) ожоги кожи
4) доброкачественные заболевания
5) контакт с анилиновыми красителями

40. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ МЕЛАНОМЫ КОЖИ НЕ ПРОВОДЯТ С
1) плоскоклеточным раком
2) пигментным невусом
3) базальноклеточным раком
4) гемангиомой
5) саркомой

41. ПРИНЦИПЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ
1) удаление под местной анестезией
2) экономное удаление под общим обезболиванием
3) экономное иссечение
4) широкое иссечение под общим обезболиванием
5) широкое иссечение под местной анестезией

42. ПРОГНОЗ ПРИ МЕЛАНОМЕ
1) благоприятный из-за медленного течения
2) неблагоприятный из-за быстрого местного метастазирования
3) неблагоприятный из-за бурного метастазирования
4) неблагоприятный из-за частых местных рецидивов
5) благоприятный из-за отсутствия метастазов

43. ОСНОВНОЙ ПРОГНОСТИЧЕСКИЙ КРИТЕРИЙ ПРИ МЕЛАНОМЕ
1) стадия заболевания
2) уровень инвазии
3) гистотип
4) размер первичного очага
5) локализация опухоли

44. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ПОДОЗРЕНИЯ НА МЕЛАНОМУ КОЖИ

1) нет
2) да на всех этапах
3) только до операции
4) только после операции
5) только во время операции

45. ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ УВЕЛИЧЕННЫЙ ЛИМФАТИЧЕСКИЙ УЗЕЛ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ НЕОПЕРАБЕЛЬНОСТИ ПРИ МЕЛАНОМЕ

1) нет
2) да
3) да, так как прогноз плохой в любом случае
4) нет, так как прогноз в любом случае плохой
5) да, так как можно провести химиотерапию

46. СТАДИЯ МЕЛАНОМЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1) по размеру первичного очага
2) по факту изъязвления опухоли
3) по уровню инвазии и по толщине опухоли
4) по клинической форме роста
5) по интенсивности пигментации

47. ДЛЯ МЕЛАНОМЫ НЕ ХАРАКТЕРНО МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ В

1) лимфатические узлы
2) в отдаленные органы
3) в кожу
4) не метастазирует вообще
5) в печень

48. КЛИНИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ МЕЛАНОМЫ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ

1) узловая
2) поверхностная
3) лентиго
4) инфильтрирующая
5) акральная лентигиозная

49. ОСНОВНОЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ

1) визуально-пальпаторный
2) морфологический
3) УЗИ кожи
4) рентгенография кожи
5) иммунологический

50. ЧТО ОБОЗНАЧАЕТ ТЕРМИН «УРОВЕНЬ ИНВАЗИИ»

1) вертикальный размер опухоли
2) горизонтальный размер опухоли
3) глубина прорастания меланомы в слои кожи
4) выраженность лимфоцитарного барьера вокруг опухоли
5) расстояние от визуальных краев очага

ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ГИПЕРПЛАЗИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ МАСТОПАТИИ

1) узловые
2) смешанные
3) изолированные
4) двухсторонние
5) генерализованные

2. УЗЛОВЫЕ ФОРМЫ МАСТОПАТИИ

1) аденоз
2) фиброаденома
3) киста
4) локализованный фиброаденоматоз
5) нелокализованный фиброаденоматоз

3. ДИФФУЗНЫЕ ФОРМЫ МАСТОПАТИИ

1) аденома
2) мастит
3) локализованный фиброаденоматоз
4) киста
5) филлоидная фиброаденома

4. ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ГИПЕРПЛАЗИИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕНЫ НАРУШЕНИЕМ

1) функции почек
2) системы гемокоагуляции
3) функции сердечно–сосудистой системы
4) патологией гениталий
5) функции дыхательной системы

5. ПЕРЕЧИСЛИТЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ УЗЛОВОЙ МАСТОПАТИИ

1) положительный симптом «прыжка»
2) положительный симптом «площадки»
3) ограничение подвижности
4) нечеткие контуры
5) положительный симптом «кашлевого толчка»

6. СОСТОЯНИЕ КОЖИ НАД ОПУХОЛЬЮ У ПАЦИЕНТКИ С ФИБРОАДЕНОМОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) втяжение соска
2) положительный симптом «площадки»
3) кожа не изменена
4) кожа отечна, гиперемирована
5) положительный симптом Краузе

7. КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ДИФФУЗНОЙ МАСТОПАТИИ

1) четкое образование, подвижное
2) зернисто-тяжистая структура
3) уплотнение ограниченно подвижное
4) образование с быстрым ростом
5) образование с бугристой поверхностью, неподвижное

8. ПРИЗНАКИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО СЕЦЕРНИРОВАНИЯ

1) выделения при надавливании на сосок
2) выделения вне лактации при надавливании на сосок
3) спонтанные выделения из соска
4) серозные выделения при надавливании на сосок
5) спонтанные серозные выделения

9. ЧТО ТАКОЕ СЕЦЕРНИРОВАНИЕ

1) определение патологического очага при пальпации
2) выделение жидкости из соска молочной железы, вне периода лактации
3) определение очагового образования при УЗИ молочных желез
4) серозные выделения при надавливании на сосок
5) спонтанные серозные выделения

10. ПРИЧИНЫ ГНОЙНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ СОСКА

1) мастит абсцедирующий
2) воспаление кисты

3) мастит диффузный
4) дуктофорит
5) сецернирование

11. ПРИЧИНЫ СЕРОЗНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ СОСКА
1) внутрипротоковый папилломатоз
2) киста
3) галактоцеле
4) галактофорит
5) аденома

12. ПРИЧИНЫ КРОВЯНИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПРОТОКА
1) мастит
2) рак в протоке
3) травма молочной железы
4) аденома соска
5) фиброаденома

13. О ЧЕМ НАДО ДУМАТЬ ПРИ ЖАЛОБАХ БОЛЬНЫХ НА НАЛИЧИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ КРОВЯНИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ СОСКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
1) о наличии кисты в молочной железе
2) о наличии внутрипротокового образования
3) о наличии фиброаденомы
4) о диффузном поражении молочной железы
5) о наличии мастита

14. КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ГИНЕКОМАСТИИ
1) узловые
2) смешанные
3) изолированные
4) двухсторонние
5) генерализованные

15. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ МЕТОД БИОПСИИ ПРИ МАСТОПАТИИ
1) соскоб
2) отпечаток
3) эксфолиативная биопсия
4) аспирационная пункционная биопсия
5) трепан-биопсия

16. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ УЗЛОВОЙ ГИНЕКОМАСТИИ
1) множественные узловые образования
2) единичное образование
3) диффузная форма
4) мастит
5) все верно

17. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ УЗЛОВОЙ ГИНЕКОМАСТИИ
1) тяжистые контуры очага
2) тень негомогенная
3) дорожка к соску
4) тень с четкими контурами
5) тень с неровным лучистым контуром

18. КОНСЕРВАТИВНОЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ
1) всех формах гинекомастии
2) узловых формах
3) диффузных формах
4) рецидивах заболевания
5) не показано вообще

19. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ УЗЛОВОЙ МАСТОПАТИИ

1) тяжистые контуры
2) тень негомогенная
3) дорожка к соску
4) тень с четкими контурами
5) тень с неровным лучистым контуром

20. НАЗОВИТЕ САМЫЙ ЧАСТЫЙ СИМПТОМ ФИБРОАДЕНОМЫ

1) «площадки»
2) Краузе
3) «прыжка»
4) втяжения соска
5) «лимонной корочки»

21. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕ ПОКАЗАНО ПРИ

1) аденозе
2) локализованном фиброаденоматозе
3) мастопатии
4) кистозном фиброаденоматозе
5) нелокализованном фиброаденоматозе

22. ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ КИСТОЗНОМ ФИБРОАДЕНОМАТОЗЕ

1) множественные кисты
2) единичные кисты
3) кисты с утолщенными стенками
4) большие кисты
5) кисты малых размеров

23. ХАРАКТЕР ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЯХ

1) энуклеация образования
2) экономное иссечение
3) квадрантэктомия
4) секторальная резекция
5) мастэктомия

24. КОНСЕРВАТИВНОЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

1) всех формах фиброаденоматоза
2) узловых формах
3) диффузных формах
4) рецидивах заболевания
5) болезни Минца

25. ХАРАКТЕР КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ДИСГОРМОНАЛЬНЫХ ГИПЕРПЛАЗИЯХ

1) антигистаминная терапия
2) коррекция гормональных нарушений
3) противовоспалительная терапия
4) дегидратация
5) адъювантная полихимиотерапия

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОБЫЧНО, РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ

1) эпителия протоков молочной железы
2) сосудистой стенки артериол молочной железы
3) жировой клетчатки
4) междольковых соединительнотканных волокон (Куперовских связок)

5) фиброзной ткани

2. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПАЛЬПАТОРНО, ЧАЩЕ ВСЕГО, ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1) болезненный узел
2) безболезненный узел
3) язву с плотными краями
4) обширный инфильтрат
5) папуллезную сыпь

3. РЕГИОНАРНЫМИ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ УЗЛАМИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ

1) подмышечные, подключичные, подлопаточные
2) надключичные
3) окологрудинные (парастернальные)
4) подчелюстные
5) шейные

4. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛИМФОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ В ГРУППАХ ЛИМФОУЗЛОВ

1) подмышечные, подключичные, подлопаточные, парастернальные
2) шейные
3) подчелюстные
4) парааортальные
5) забрюшинные

5. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТАСТАЗИРУЕТ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО,

1) лимфогенно
2) гематогенно
3) имплантантационно
4) внутрикожно
5) все правильно

6. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЧАЩЕ ВСЕГО, МЕТАСТАЗИРУЕТ

1) в средостение
2) в кости
3) в легкие
4) в лимфатические узлы
5) все правильно

7. КАКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАНО БОЛЬНОЙ, У КОТОРОЙ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ПАЛЬПИРУЮТ ОЧАГ УПЛОТНЕНИЯ

1) УЗИ молочноых желез
2) бесконтрастная маммография
3) МРТ
4) тонкоигольная биопсия
5) верно все

8. КАКИМ СИМВОЛОМ ОБОЗНАЧАЕТСЯ МЕТАСТАЗ РАКА В ЛИМФОУЗЕЛ

1) NO
2) NX
3) N1
4) M1
5) G

9. К БИЛАТЕРАЛЬНОМУ РАКУ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТ

1) две опухоли в одной молочной железе
2) опухоли в обеих молочных железах
3) множественные очаги в одной молочной железе
4) рак и фиброаденома в молочной железе
5) все перечисленное

10.ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИНЫ НЕОБХОДИМ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ОПЕРАЦИИ

1) простая подкожная мастэктомия
2) диагностическая секторальная резекция
3) мастэктомия Маддена
4) квадрантэктомия
5) мастэктомия Холстеда

11.ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН

1) наличие болевых ощущений
2) наличие плотного образования в ткани железы
3) выделения из соска
4) наличие воспаления
5) все перечисленное

12.ПРИ КАКОЙ ПАТОЛОГИИ ЧАЩЕ БЫВАЕТ РИСК РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН

1) эндокринная патология
2) нарушения функции надпочечников
3) нарушение функции печени
4) травма в анамнезе
5) все правильно

13. КАКОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЭПИТЕЛИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОКАЗЫВАЕТ ИЗБЫТОЧНАЯ ПРОДУКЦИЯ ЭСТРОГЕНОВ

1) уменьшает пролиферативные процессы
2) незначительно стимулирует пролиферативные процессы
3) усиливает пролиферативные процессы
4) на эпителий молочной железы не влияет
5) влияет опосредованно

14. ВХОДИТ ЛИ ОБСЛЕДОВАНИЕ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У МУЖЧИН В НАРУЖНЫЙ ОНКООСМОТР

1) нет
2) да
3) только при наличии жалоб
4) только у молодых
5) только в пожилом возрасте

15. ПУТЬ ПРИОРИТЕТНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН

1) лимфогенный
2) гематогенный
3) внутрикожный
4) внутритканевой
5) нет избирательного пути

16.В ВОЗНИКНОВЕНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ, ИГРАЕТ РОЛЬ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ

1) надпочечников
2) почек
3) яичников
4) головного мозга
5) все правильно

17. РИСК РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ПОВЫШЕН У ЛИЦ

1) с фолликулярными кистами яичников
2) с нарушением половой и детородной функции
3) у много рожавших

4) нерожавших или имевших поздние первые роды
5) с патологией печени

18. МЕРЫ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
1) лечение хронических заболеваний придатков матки и дисгормональных гиперплазий молочных желез
2) лечение хронической патологии желудка, кишки
3) лечение неврологических заболеваний
4) лечение нарушений функций печени
5) лечение гипертонической болезни

19. РИСК РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УМЕНЬШАЕТСЯ ПРИ ПОТРЕБЛЕНИИ
1) большого количества животных жиров
2) пищевых добавок
3) большого количества белков
4) большого количества углеводов
5) большого количества овощей и фруктов

20. ВСТРЕЧАЕТСЯ ЛИ РАК ПЕДЖЕТА У МУЖЧИН
1) нет
2) только у молодом возрасте
3) да
4) только у пожилых
5) только при наличии эндокринной патологии

21. КАК НАЗЫВАЕТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ПРОЛИФЕРАЦИЕЙ ЭПИТЕЛИЯ И ПРОЯВЛЯЮЩЕЕСЯ УПЛОТНЕНИЕМ ТКАНИ
1) аденоз
2) гинекомастия
3) мастопатия
4) фиброз молочной железы
5) мастит

22. КАКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАНО БОЛЬНОЙ, У КОТОРОЙ В МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ ПАЛЬПИРУЮТ ОЧАГИ УПЛОТНЕНИЯ
1) флюоромаммография
2) бесконтрастная маммография
3) МРТ
4) тонкоигольная биопсия
5) дуктография

23. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЮТ
1) гормонотерапию
2) хирургический способ
3) полихимиотерапию
4) лучевую терапию
5) все перечисленное

24. РИСК РАКА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ
1) большого образования в железе
2) множественных образований в железе
3) диффузной мастопатии
4) фиброаденомы
5) пролиферации клеток в пунктате

25.ЧТО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПЛАЗМОЦИТАРНЫЙ МАСТИТ
1) рак Педжета
2) воспаление в кисте
3) лактационный мастит

4) инфильтративная форма рака молочной железы
5) воспаление вне лактации

26. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ СИМПТОМ КЕНИГА ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
1) фиброаденомы
2) мастита
3) рака молочной железы
4) рака Педжета
5) кисты молочной железы с нагноением

27. ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ИСПОЛЬЗУЮТ
1) тонкоигольную бипсию
2) маммографию
3) УЗИ
4) диагностическую секторальную резекцию
5) все перечисленное

28. ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ РАКА В ПРОТОКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1) наличие плотного участка с зернистой поверхностью
2) симптом втяжения
3) кровянистые выделения из соска
4) болезненность при пальпации ареолы
5) симптом Кенига

29. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
1) тень с четким контуром
2) гомогенная тень
3) наличие жидкости в опухоли
4) звездчатый контур опухоли
5) типичных признаков нет

30. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ
1) маститоподобная
2) панцирная
3) отечно-инфильтративная
4) рак Педжета
5) узловая

31. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК НЕОБХОДИМ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД ОПЕРАЦИИ
1) простая подкожная мастэктомия
2) диагностическая секторальная резекция
3) мастэктомия Маддена
4) квадрантэктомия
5) мастэктомия Холстеда

32. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
1) наличие болевых ощущений
2) наличие плотного образования в ткани железы
3) выделения из соска
4) наличие воспаления
5) отсутствие пальпируемого образования

33. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
1) маститоподобная
2) панцирная
3) отечно-инфильтративная
4) рак Педжета
5) узловая

34. КОЖНЫЕ СИМПТОМЫ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВСЕ, КРОМЕ

1) гиперемии кожи
2) мокнутия соска
3) симптома «лимонной корочки»
4) симптома Кенига
5) симптома «прыжка»

35. КАК НАЗЫВАЕТСЯ СИМПТОМ, ПОМОГАЮЩИЙ ОТЛИЧИТЬ РАК ОТ УЗЛОВОЙ МАСТОПАТИИ. ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЕГО ВРАЧ ПРОЩУПЫВАЕТ УПЛОТНЕНИЕ ЛАДОНЬЮ

1) умбиликации
2) Кенига
3) апельсиновой корки
4) Прибрама
5) площадки

36. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ, ПОРАЖЕННЫЕ МЕТАСТАЗАМИ, ОБЫЧНО

1) болезненные
2) безболезненные
3) плотные
4) имеют эластическую консистенцию
5) подвижные

37. МАММОГРАФИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ

1) при очаговых и диффузных уплотнениях в молочной железе
2) при наличии метастазов в подмышечных лимфатических узлах
3) при обследованиях больных, ранее перенесших мастэктомию
4) для скрининга на рак молочной железы
5) все перечисленное

38. ВЕДУЩИМ МАММОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БУДЕТ

1) тень опухолевого узла
2) отсутствие утолщения кожи
3) наличие макрокальцинатов
4) деформация структурного рисунка
5) уплотнение железистой ткани

39. ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) нарушение репродуктивной функции
2) степень урбанизации
3) экологическая обстановка
4) социальный строй
5) профессиональный вид деятельности

40. ПРИЧИНА ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) низкая медицинская грамотность населения
2) скрытое течение болезни
3) нежелание больной лечиться
4) низкая квалификация врачей первого контакта
5) плохая оснащенность медицинских учреждений

41. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫЙ СПОСОБ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) маммография один раз в пять лет женщин старше 50 лет
2) самообследование
3) активная работа смотровых кабинетов поликлиник
4) анкетирование, профосмотры на предприятиях
5) диспансеризация группы риска

42. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) овариальная
2) инволютивная
3) гипертензионно-надпочечниковая
4) гипотиреоидная
5) рак на фоне беременности и лактации

43. НАИБОЛЕЕ АГРЕССИВНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) узловая
2) смешанная
3) отечно-инфильтративная
4) рак Педжета
5) маститоподобная

44. ОСНОВНОЙ МЕТОД ВЕРИФИКАЦИИ ОПУХОЛЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) визуально-пальпаторный
2) компьютерная томография
3) УЗИ
4) маммография
5) пункционная биопсия

45. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЕМЫЙ ОРГАН ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ МЕТАСТАЗИРОВАНИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) надпочечники
2) головной мозг
3) поджелудочная железа
4) легкие
5) кости

46. КАКОЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) визуально-пальпаторный
2) рентгенологический
3) морфологический
4) УЗИ
5) все перечисленные

47. КАКОЙ МЕТОД ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ПОЛУЧЕНИИ МАТЕРИАЛА ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

1) пункционная биопсия
2) отпечаток с опухоли
3) трепан-биопсия
4) соскоб с опухоли
5) все перечисленные

48. МЕТОД ДООПЕРАЦИОННОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ РАКА

1) тонкоигольная биопсия
2) эксцизионная биопсия
3) отпечаток с опухоли
4) соскоб с опухоли
5) исследование гистологического препарата

49. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ТЕХНИЧЕСКИХ ТРУДНОСТЕЙ ПРИ ПУНКЦИОННОЙ БИОПСИИ

1) непальпируемая маленькая опухоль
2) инфильтративная форма рака
3) опухоль в центральном квадранте
4) плотная опухоль
5) верно все

50. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОШИБОК ПРИ ВЕРИФИКАЦИИ

1) низкодифференцированный рак
2) высокодифференцированный рак
3) скиррозный рак
4) солидный рак
5) внутрипротоковый рак

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. ЭНДОГЕННЫЙ ФАКТОР, МАКСИМАЛЬНО СПОСОБСТВУЮЩИЙ ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА

1) генетический ферментативный дефект гормонопоэза
2) стимуляция тиреотропной функции гипофиза
3) семейное предрасположение к медуллярному раку
4) возрастная инволюция железы
5) гипотиреоз

2. А- И В- КЛЕТКИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКОМ РАЗВИТИЯ РАКА

1) папиллярного, фолликулярного, недифференцированного
2) только недифференцированного
3) только медуллярного
4) только плоскоклеточного
5) медуллярного, плоскоклеточного, недифференцированного

3. С-КЛЕТКИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКОМ РАЗВИТИЯ

1) анапластического рака
2) плоскоклеточного рака
3) фолликулярного рака
4) палиллярного рака
5) медуллярного рака

4. К ОПУХОЛЯМ АПУД-СИСТЕМЫ НЕ ОТНОСИТСЯ

1) хемодектома
2) карциноид
3) медуллярный рак щитовидной железы
4) фолликулярный рак
5) параганглиома

5. МОЖЕТ ЛИ БЫТЬ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БЕЗ ОПРЕДЕЛЯЕМОГО УЗЛА В ТКАНИ И С НАЛИЧИЕМ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ

1) нет
2) да
3) только у детей
4) только при наличии диффузного токсического зоба
5) только при наличии хронического тиреоидита как фона

6. ОДНА ИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) часто мультицентричный рост
2) только единичный узел в железе
3) частое регионарное метастазирование
4) часто – метастазы в легкие
5) часто прорастание трахеи

7. ОКОЛО 70% ВСЕХ СЛУЧАЕВ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТАВЛЯЕТ

1) папиллярный
2) фолликулярный
3) недифференцированный
4) плоскоклеточный

5) медуллярный

8. ЧТО ТАКОЕ МОНИТОРИНГ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) динамическое наблюдение после операции у онколога
2) динамическое наблюдение после операции у эндокринолога
3) исследование онкомаркеров
4) регулярное УЗИ шеи
5) все перечисленное

9.ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ФОРМЫ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТАСТАЗИРУЮТ

1) по лимфатическим путям
2) гематогенно
3) по фасциально-футлярным структурам
4) имплатационно
5) одинаково часто

10.БЛАГОПРИЯТНЫЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) возраст до 40 лет, женский пол и папиллярный рак
2) возраст после 45 лет у мужчин
3) прорастание капсулы и величине опухоли до 4см
4) медуллярный рак до 2см в диаметре
5) анапластический рак до 1см в диаметре

11.ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) наличие болевых ощущений в области шеи
2) наличие опухоли в зоне щитовидной железы
3) деформация щитовидной железы или увеличение лимфатических узлов
4) изменение голоса
5) дисгормональные нарушения

12.К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТ

1) мужчин, имеющих узловой зоб
2) лиц, подвергнутых ионизирующему воздействию и детском возрасте
3) лиц, имеющих увеличение щитовидной железы и проживающих в эндемичной зоне
4) женщин с эндокринными заболеваниями
5) всех перечисленных

13.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ПЛОТНЫХ УЗЛОВ И КИСТОЗНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - ЭТО

1) пальпация
2) ультрасонография
3) сканирование с J^{131}
4) рентгенография шеи
5) морфологическая диагностика

14.ПРИРОДА НОДУЛЯРНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И УВЕЛИЧЕННЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ШЕИ ДО ОПЕРАЦИИ НАИБОЛЕЕ МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕНА ПУТЕМ

1) сканирования сJ^{131} и радиоиндикации с P^{32}
2) пункционной биопсии
3) эксцизионной биопсии лимфатических узлов
4) определения уровня кальцитонина
5) рентгенографии шеи

15.С УЧЕТОМ КРОВОСНАБЖЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - СПОСОБ ПОЛУЧЕНИЯ МАТЕРИАЛА ДЛЯ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

1) тонкой иглой
2) иглой Кассирского

3) без усиленной аспирации для снижения разбавления пунктата кровью
4) под пальпаторным контролем
5) под контролем УЗИ

16.БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) медленный темп роста
2) женщины болеют в пять раз чаще мужчин
3) выражена мультифокальность
4) гормонозависимость
5) все выше перечисленные

17.КАКОЕ ХРОНИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ ПРЕДШЕСТВОВАТЬ РАКУ

1) узловой зоб
2) зоб Хашимото
3) узловая гиперплазия
4) аденома
5) все перечисленные

18.РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ВЫСОК ПРИ НАЛИЧИИ

1) одиночного "холодного" узла (непоглощающего $J^{131;132}$)
2) фолликулярной аденомы
3) тиреоидита Хашимото
4) тиреоидита де Кервена
5) зоба Риделя

19.УКАЖИТЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКУЮ ФОРМУ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) папиллярный
2) фолликулярный
3) медуллярный
4) недифференцированный
5) все перечисленные

20.РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДО 1 СМ И НАЛИЧИЕМ ЕДИНИЧНЫХ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФОУЗЛЫ

1) T0N1M1
2) T1aN1M0
3) T1бN10
4) T2aN1M0
5) T2бN2M1

21.МУЛЬТИЦЕНТРИЧНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДО 4 СМ В НАИБОЛЬШЕМ ИЗМЕРЕНИИ, В ПРЕДЕЛАХ ЖЕЛЕЗЫ, ПРИ НАЛИЧИИ ЕДИНИЧНЫХ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФОУЗЛЫ СТАДИРУЮТ КАК

1) T2aN0M0.
2) T2бN1M0
3) T3aN1M0
4) T3бN1M0
5) T4бN1M0

22.ОПТИМАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ ПРИ ПАПИЛЛЯРНОЙ И ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ ФОРМАХ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ IA И IIA СТАДИИ

1) гемитиреоидэктомия и удаление перешейка
2) гемитиреоидэктомия с удалением перешейка + лучевая терапия
3) субтотальная резекция щитовидной железы с ревизией лимфатических узлов

4) субтотальная резекция щитовидной железы + лучевая терапия на зоны регионарного метастазирования
5) тиреоидэктомия с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи

23.ИЗМЕНЕНИЕ СИЛЫ И ТЕМБРА ГОЛОСА ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИИ НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ВЕРОЯТНЕЕ ВСЕГО СВЯЗАНО С ПОВРЕЖДЕНИЕМ

1) наружной ветви верхнего гортанного нерва
2) внутренней ветви верхнего гортанного нерва
3) возвратного гортанного нерва
4) подъязычного нерва
5) тройничного нерва

24.НЕЗАВИСИМО ОТ ОБЪЕМА ВЫПОЛНЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ НЕОБХОДИМА ДЛИТЕЛЬНАЯ

1) полихимиотерапия
2) лучевая терапия
3) радиойодтерапия ($J^{131, 132}$)
4) полихимиотерапия + лучевая терапия
5) терапия L-тироксином

25.ФАКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРЕДРАК ПО РАКУ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) хронический тиреоидит
2) узловой зоб
3) смешанный зоб
4) диффузный токсический зоб
5) все перечисленное

26.РОСТ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СВЯЗЫВАЮТ

1) с увеличением заболеваемости и улучшением диагностики
2) с ухудшением материального состояния
3) с неблагоприятными факторами окружающей среды
4) с увеличением продолжительности жизни
5) с улучшением организации медицинской службы

27.КАКОЙ ВИД РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЛАДАЕТ НАИБОЛЬШЕЙ АГРЕССИВНОСТЬЮ

1) папиллярный
2) железистый
3) анапластический
4) солидный
5) фолликулярный

28.ПРИ КАКОМ ГИСТОТИПЕ ОТМЕЧАЕТСЯ ТОРПИДНОЕ ТЕЧЕНИЕ

1) папиллярном
2) железистом
3) анапластическом
4) фолликулярном
5) низкодифференцированном

29.ТРИАДА ГОРНЕРА БОЛЕЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

1) рака щитовидной железы
2) диффузного токсического зоба
3) рака Пенкоста
4) аберрантной струмы
5) рака гортани

30.РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

1) болезненный узел
2) безболезненный узел

3) множество плотных узлов
4) обширный инфильтрат
5) папулёзную сыпь на шее

31.РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) подмышечные, подключичные, подлопаточные
2) надключичные
3) окологрудинные (парастернальные)
4) подчелюстные
5) шейные

32.ОСНОВНЫМ НАПРАВЛЕНИЕМ ОТТОКА ЛИМФЫ ИЗ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПУТЬ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

1) подмышечные, подключичные, парастернальнальные
2) шейные
3) подчелюстные
4) парааортальные
5) забрюшинные

33.РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТАСТАЗИРУЕТ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО

1) лимфогенно
2) гематогенно
3) имплантационно
4) внутрикожно
5) все верно

34.ЧТО МОЖЕТ БЫТЬ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) увеличение железы I-III степени
2) тиреотоксикоз
3) наличие единичного узла менее 10 мм
4) наличие множественных узлов более 10 мм
5) болезненность при пальпации железы

35.ЧТО ТАКОЕ ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) предупреждение воздействия канцерогенов
2) лечение предопухолевых заболеваний у эндокринолога
3) активный поиск патологии в группах риска
4) пропаганда онкологических знаний
5) онкологическая настороженность врача-эндокринолога

36.КАКАЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА ОТНОСИТСЯ СРАЗУ К IY СТАДИИ

1) папиллярный
2) медуллярный
3) анапластический
4) фолликулярный
5) такой формы нет

37.ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) пропаганда онкологических знаний среди населения
2) лечение предопухолевых заболеваний у эндокринолога
3) активный поиск предопухолевой патологии в группе риска
4) выявление людей с иммунодефицитными состояниями
5) раннее выявление прогрессирования

38.СВИДЕТЕЛЬСТВОМ НЕОПЕРАБЕЛЬНОСТИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) изъязвление кожи над опухолью
2) наличие регионарных метастазов
3) анапластическая форма рака
4) прорастание соседних органов

5) все перечисленное

39. КАКОЙ ТЕМП РОСТА РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БЫВАЕТ ЧАЩЕ

1) быстро, в течение года
2) быстро, до трех лет
3) медленно, в течение нескольких лет
4) в течение жизни
5) в течение нескольких месяцев

40.КАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ НЕЛЬЗЯ ПОЛУЧИТЬ ПРИ УЗИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) визуально оценить опухоль
2) верифицировать опухоль
3) определить выраженность кровотока
4) определить степень прорастания в окружающие структуры
5) установить локализацию

41.СТАДИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УЧИТЫВАЕТ ВСЕ, КРОМЕ

1) возраста
2) анатомической распространенности
3) гистологического типа
4) размера опухоли
5) учитывает все перечисленное

42.ДЛЯ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ СИМВОЛА N ИССЛЕДУЮТ

1) капсулу щитовидной железы
2) ткань щитовидной железы
3) инфильтрацию мышц
4) иссеченную клетчатку
5) все перечисленное

43.КАКОЙ СПОСОБ ЛУЧЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) лучевую терапию не применяют вообще
2) телегамматерапию
3) коротко дистанционную терапию
4) радиойодабляцию
5) крупнофракционную гамматерапию

44.ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) повышается
2) стабилизировалась
3) снижается
4) четких закономерностей нет
5) мало изучена

45.КАКОЕ ВЛИЯНИЕ НА ЭПИТЕЛИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОКАЗЫВАЕТ L-ТИРОКСИН

1) уменьшает пролиферативные процессы
2) усиливает пролиферативные процессы
3) способствует нормализации обменных процессов
4) на эпителий щитовидной железы не влияет
5) подавляет синтез тиреотропного гормона, который стимулирует пролиферативные процессы

46.КАКОЙ ФАКТОР В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ИГРАЕТ РОЛЬ В ВОЗНИКНОВЕНИИ РАКА

1) отягощенная наследственность
2) гормональные нарушения в организме
3) перенесенный в прошлом рак толстой кишки
4) кратковременное использование гормональных противозачаточных средств
5) ионизирующее облучение в детстве

47.В ВОЗНИКНОВЕНИИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИГРАЕТ РОЛЬ НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ

1) яичников
2) печени
3) почек
4) гипоталамо-гипофизарной области
5) всех перечисленных

48.НАИБОЛЬШИЙ РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН СВЯЗАН

1) с фолликулярными кистами яичников
2) с нарушением половой и детородной функции
3) у много рожавших
4) у нерожавших или имевших поздние первые роды
5) у получивших облучение в детстве

49.МЕРАМИ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ МОЖНО СЧИТАТЬ

1) излечение хронических заболеваний придатков матки, печени и дисгормональной гиперплазии молочных желез
2) хронических заболеваний эндокринных органов
3) воспалительных заболеваний щитовидной железы
4) предупреждение ионизирующего облучения
5) всё перечисленное

50.КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ГОРМОНОТЕРАПИИ

1) L-тироксин
2) преднизолон
3) дексаметазон
4) тамоксифен
5) метилтестостерон

РАК ЛЕГКОГО

1.РАК ЛЕГКОГО СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

1) с затянувшейся пневмонией
2) с туберкулезом легких
3) с доброкачественной опухолью
4) с метастазом других опухолей в легкие
5) со всеми перечисленными

2.ДЛЯ МЕДИАСТИНАЛЬНОЙ ФОРМЫ РАКА ЛЕГКОГО ХАРАКТЕРНО

1) акроцианоз
2) осиплость голоса
3) отек лица
4) расширение подкожных вен передней поверхности грудной стенки
5) все верно

3.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАКА ПЕНКОСТА ЯВЛЯЕТСЯ

1) кровохарканье
2) боли за грудиной
3) синдром Горнера
4) осиплость голоса
5) отек в области шеи и лица

4.ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ

1) хирургический
2) лучевой
3) химиотерапевтический и лучевой
4) химиотерапевтический
5) иммунологический

5.РАК ЛЕГКОГО НЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ

1) в кости
2) в мозг
3) в кожу
4) в печень
5) в надпочечники

6.ЧАЩЕ ВСЕГО ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РАК ЛЕГКОГО ВСТРЕЧАЕТСЯ В

1) в главном бронхе
2) в долевом бронхе
3) в сегментарном бронхе
4) в субсегментарном бронхе
5) в ветвях субсегментарных бронхов

7.НАЗОВИТЕ ВЕДУЩИЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЛЕГКОГО

1) курение
2) бронхит
3) плеврит
4) гипертоническая болезнь
5) стенокардия

8.КАКОЙ МАКСИМАЛЬНЫЙ РАЗМЕР ОПУХОЛИ МОЖНО ОТНЕСТИ К РАННЕМУ РАКУ ЛЕГКОГО

1) 3 см
2) 3, см
3) 4 см
4) 4,5 см
5) до 2 см

9.ДЛЯ ЧЕГО ВЕДЕТСЯ АКТИВНЫЙ ПОИСК РАКА ЛЕГКОГО

1) для раннего выявления
2) для выявления лиц с запущенным раком
3) для снижения онкозаболеваемости
4) для уточнения онкологической заболеваемости в регионе
5) для выполнения плана по диагностике рака легкого

10.ЧТО ПОНИМАЕТСЯ ПОД ЦЕНТРАЛЬНЫМ РАКОМ ЛЁГКОГО

1) исходящий из эпителия главных бронхов
2) исходящий из эпителия мелких бронхов
3) исходящий из эпителия трахеи
4) исходящий из органов средостения
5) исходящий из висцеральной плевры

11.ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО

1) развитие из эпителия мелких бронхов
2) развитие из эпителия крупных бронхов
3) медленный рост
4) быстрый рост
5) раннее метастазирование

12.КАКОЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В АКТИВНОМ ПОИСКЕ РАКА ЛЕГКОГО

1) самообследование
2) регулярная флюрография
3) бронхоскопия в группе риска
4) анкетирование лиц с хронической легочной патологией
5) бронхоскопия у здоровых

13.КАКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ПОВЫШАЮТ ВЕРОЯТНОСТЬ РАЗВИТИЯ РАКА ЛЕГКОГО

1) запыленность легких асбестом
2) снижение иммунитета

3) постоянное проживание в экологических загрязненных зонах
4) постоянные простудные заболевания
5) все перечисленное

14.В КАКОМ СТАЦИОНАРЕ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО

1) в онкодиспансере
2) в фтизиопульмонологическом отделении
3) в торакальном отделении
4) в пульмонологическом терапевтическом отделении
5) в общехирургическом отделении

15.ИЗ ЧЕГО РАЗВИВАЕТСЯ РАК ЛЕГКОГО

1) из эпителия бронхов
2) из паренхимы легкого
3) из альвеол
4) из соединительной ткани
5) из всего перечисленного

16.ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ И ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО

1) различными возможностями диагностики
2) локализацией
3) степенью метастазирования
4) формой роста
5) всем перечисленным

17.КАКИЕ МЕТОДЫ ПОМОГУТ УСТАНОВИТЬ СТАДИЮ

1) рентгенография легких
2) КТ органов грудной клетки
3) бронхоскопия
4) медиастиноскопия
5) все перечисленные

18.КАКОЕ ИЗ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧАЩЕ ВСЕГО СЧИТАЕТСЯ ФОНОВЫМ

1) хронический бронхит
2) пневмония
3) туберкулез
4) пневмосклероз
5) гамартома

19.КАКОЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОПЕРАБЕЛЬНОСТИ ЛЕГКОГО

1) медиастиноскопия
2) торакоскопия
3) торакотомия
4) транскутанная тонкоигольная биопсия
5) КТ

20.КАКУЮ ОПЕРАЦИЮ ВЫПОЛНЯЮТ ЧАЩЕ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО I СТАДИИ

1) пульмонэктомия
2) торакотомия
3) лобэктомия
4) билобэктомия
5) трахеостомия

21.КАКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО НЕ БЫВАЕТ

1) центральной
2) периферической
3) псевдовоспалительной
4) пневмониеподобной

5) Пенкоста

22.С ЧЕМ СВЯЗАНО ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

1) с перифокальным воспалительным процессом
2) с медиастинитом
3) с болевым синдромом
4) с повышенным отделением мокроты
5) с легочным кровотечением

23.ПРИ КАКИХ УСЛОВИЯХ МОЖЕТ ВЫПОЛНЯТЬСЯ ЧРЕСКОЖНАЯ ПУНКЦИЯ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО

1) наличие периферической опухоли
2) наличие центральной опухоли
3) расположение опухоли далее 8 см от кожи
4) наличие смещения средостения
5) наличие легочного кровотечения

24.АУСКУЛЬТАТИВНО ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ

1) везикулярное дыхание
2) жесткое дыхание
3) бронхиальное дыхание
4) шум трения плевры
5) крупнопузырчатые хрипы

25.КАКОЙ ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЕГКОГО

1) хирургический
2) физиотерапевтический
3) лучевая терапия
4) лекарственное лечение
5) иммунотерапия

26.КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ЛЕГКОГО

1) клиническое
2) цитологическое
3) гистологическое
4) любое мало информативно
5) биохимическое

27.О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ КРОВОХАРКАНЬЕ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

1) о распаде опухоли
2) об обтурации бронха
3) о неоперабельности опухоли
4) о метастазировании
5) о смещении средостения

28.О ЧЕМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОДЫШКА ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

1) об ателектазе
2) о метастазах в печень
3) о смещение пищевода
4) о прорастании пищевода опухолью
5) о распаде опухоли

29.ЧТО ТАКОЕ РАК ПЕНКОСТА

1) рак главного бронха
2) рак мелких бронхов
3) рак верхушечного сегмента верхней доли легкого
4) рак средостения
5) рак плевры

30.ЧТО ТАКОЕ ТОРАКОСКОПИЯ

1) исследование средостения при помощи аппарата
2) исследование ткани легкого
3) исследование полости плевры
4) исследование органов грудной полости с помощью УЗИ
5) исследование бронхов

31.ДЛЯ ЧЕГО ПРИМЕНЯЕТСЯ БРОНХОСКОПИЯ

1) для выявления патологии в крупных и средних бронхах
2) для выявления патологии в мелких бронхах
3) для обнаружения туберкулеза легких
4) для определения функции здорового легкого
5) для определения этиологического фактора рака легкого

32.ЧТО НАЗЫВАЕТСЯ ВЕРХУШКОЙ ЛЕГКОГО

1) часть легкого, выступающую из-за грудной клетки сверху
2) часть легкого, выступающую через 2-3 межреберье
3) часть легкого расположенного в зоне 3-4 ребра по средне-ключичной линии
4) часть легкого, расположенного в зоне 8 ребра по средне-аксилярной линии
5) часть легкого, располагающегося под лопатками

33.ПРИ ОБТУРАЦИОННОМ АТЕЛЕКТАЗЕ ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ЛЕГКИМИ

1) притуплено-тимпанический
2) тупой
3) тимпанический
4) металлический
5) легочный

34.ПЕРКУТОРНЫЙ ЗВУК НАД ЛЕГКИМИ

1) низкий, тихий, продолжительный, тимпанический
2) громкий, короткий, высокий, нетимпанический
3) громкий, низкий, продолжительный, нетимпанический
4) тихий, высокий, короткий, нетимпанический
5) громкий, разный по высоте, продолжительный, тимпанический

35.УКОРОЧЕНИЕ ПЕРКУТОРНОГО ЗВУКА НАБЛЮДАЕТСЯ

1) при обтурационном ателектазе
2) при туберкуломе
3) при эмфиземе легких
4) при вскрытии абсцесса легкого
5) при туберкулезной каверне

36.ПРИ КАКИХ УСЛОВИЯХ ВОЗМОЖНО ТОЛЬКО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1) рак Пенкоста
2) центральный рак
3) мелкоклеточный рак
4) рак в I стадии
5) периферический рак

37.ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС ПЛЕВРЫ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1) усилением везикулярного дыхания
2) болями в грудной клетке при дыхании
3) кровохарканием
4) повышение температуры
5) инспираторной одышкой

38.КРОВОХАРКАНИЕ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

1) бронхиальной астмы

2) митрального стеноза
3) рака легкого
4) туберкулеза
5) бронхоэктатической болезни

39.КАШЕЛЬ С ВЫДЕЛЕНИЕМ МОКРОТЫ В УТРЕННИЕ ЧАСЫ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1) туберкулеза
2) пневмонии
3) периферического рака легкого
4) хронического бронхита
5) центрального рака легкого

40.ЛОБЭКТОМИЯ ЭТО

1) удаление всего легкого
2) удаление половины легкого
3) удаление 3/4 легкого
4) удаление доли легкого
5) дренирование плевральной полости

41.ЧТО ДОЛЖЕН ДЕЛАТЬ ВРАЧ ПЕРВОГО КОНТАКТА ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ РАКА ЛЕГКОГО

1) направить на консультацию к онкологу
2) самостоятельно назначить обследование
3) самостоятельно назначить лечение
4) поставить на диспансерный учет
5) направить на консультацию к инфекционисту

42. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ УВЕЛИЧИВАЮТ РИСК РАКА ЛЕГКОГО

1) частые вирусные инфекции
2) хронический бронхит
3) туберкулез
4) пневмосклероз
5) все перечисленные

43. КАКОЙ ФОРМЫ РОСТА НЕ БЫВАЕТ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО

1) эндобронхиальной
2) перибронхиальной
3) экзофитной
4) полиповидной
5) бывают все формы роста

44.ПЕРЕЧИСЛИТЕ МЕТОДЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ЛЕГКОГО

1) отказ от курения
2) нормализация экологической обстановки
3) контроль за выбросом вредных веществ
4) сокращение числа производственных факторов риска
5) все перечисленное

45.КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ У КУРИЛЬЩИКА ПРИВОДЯТ К РАКУ ЛЕГКОГО

1) изменения в сосудах ног
2) нарушение микроциркуляции в ткани легкого
3) хроническое раздражение эпителия бронхов
4) замедленное очищение бронхов от слизи
5) нарушение нервной проводимости

46.ОСНОВНАЯ ФУНКЦИЯ ПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ПОЛИКЛИНИКИ

1) консультативная
2) профилактическая
3) проведение активного поиска рака легкого
4) терапия легочной патологии

5) учет и диспансеризация лиц с хронической патологией легких

47.КАКИЕ МЕДИЦИНСКИЕ ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮТ ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА ЛЕГКОГО

1) нерациональная гормонотерапия
2) длительный прием транквилизаторов
3) длительный прием иммунодепрессантов
4) нерациональное санаторно-курортное лечение
5) длительный прием салицилатов

48.КАКОЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ МЕТОД НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ЛЕГКОГО

1) бронхоскопия
2) торакоскопия
3) медиастиноскопия
4) гистероскопия
5) лапароскопия

49.МЕТОДЫ ЛИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ЛЕГКОГО

1) отказ от курения
2) отказ от употребления крепких спиртных напитков
3) отказ от острой и соленой пищи
4) регулярные занятия утренней гимнастикой
5) строгое соблюдение правил личной гигиены

50.ОСОБЕННОСТИ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО

1) медленно прогрессирует
2) обладает агрессивным ростом
3) вызывает головные боли
4) локализация только в верхушке легкого
5) особенностей нет

РАК ЖЕЛУДКА

1.ЧЕМ ОТЛИЧАЕТСЯ РАК АНТРАЛЬНОГО И КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДКА

1) различными возможностями диагностики
2) локализацией
3) степенью метастазирования
4) формой роста
5) всем перечисленным

2.КАКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПОЛИПА I-II ТИПОВ В ЖЕЛУДКЕ

1) оперативное лечение
2) наблюдение
3) иссечение полипа
4) консервативное лечение
5) определенной тактики нет

3.КАКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПОЛИПА III - IY ТИПОВ В ЖЕЛУДКЕ

1) оперативное лечение
2) наблюдение
3) эндоскопическая полипэктомия
4) консервативное лечение
5) определенной тактики нет

4.КАКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

1) эндоскопическое лечение
2) наблюдение
3) исследование онкомаркеров

4) консервативное лечение
5) определенной тактики нет

5.КАКОЙ МАКРОСКОПИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РАКА ЖЕЛУДКА НЕ БЫВАЕТ

1) экзофитной
2) эндофитной
3) linitis plastica
4) смешанной
5) Пенкоста

6.КАКОЕ АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ВЫДЕЛЯЮТ В ЖЕЛУДКЕ

1) малая кривизна
2) большая кривизна
3) передняя стенка
4) задняя стенка
5) все перечисленные

7.ИЗ КАКИХ АРТЕРИЙ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ КРОВОСНАБЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА

1) левой желудочной
2) правой желудочной
3) верхней брыжеечной
4) селезёночной
5) из всех перечисленных

8.ЧТО ТАКОЕ БОЛЕЗНЬ МЕНЕТРИЕ

1) рак желудка
2) хронический гиперпластический гастрит
3) атрофический гастрит
4) множественные полипы слизистой желудка
5) гипоацидный гастрит

9.КАКОЕ АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ЗА ЖЕЛУДКОМ ПРИ ЕГО ПАТОЛОГИИ СОЗДАЁТ ИНТЕНСИВНУЮ БОЛЕВУЮ ИМПУЛЬСАЦИЮ, НЕЙРОВЕГЕТАТИВНЫЕ, ГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ, МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ

1) аорта
2) нижняя полая вена
3) спинной мозг
4) поджелудочная железа
5) солнечное сплетение

10.ВОВЛЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕСС БРЮШИНЫ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

1) появлением асцита
2) увеличением размеров печени
3) болями опоясывающего характера
4) наличием увеличенного надключичного лимфоузла слева
5) всем перечисленным

11.ГАСТРЭКТОМИЯ - ЭТО

1) удаление всего желудка
2) удаление антрального отдела
3) удаление 3/4 желудка
4) удаление желудка с резекцией печени
5) удаление желудка с резекцией поперечно-ободочной кишки

12.ОСОБЕННОСТИ ЭКЗОФИТНОГО РАКА ЖЕЛУДКА

1) медленно прогрессирует
2) обладает агрессивным ростом
3) вызывает интенсивные боли в эпигастрии
4) локализуется только в антральном отделе
5) особенностей нет

13.ОСОБЕННОСТИ ЭНДОФИТНОГО РАКА ЖЕЛУДКА

1) медленно прогрессирует
2) обладает агрессивным ростом
3) вызывает интенсивные боли в эпигастрии
4) локализуется только в антральном отделе
5) особенностей нет

14.ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОМ РОСТЕ РАКА ГАСТРОСКОПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ

1) установить границы поражения
2) установить форму роста
3) взять биопсию
4) определить размер опухоли
5) верно все

15.ПОЧЕМУ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО У ЖЕНЩИН ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

1) позволяет выявить метастаз Крукенберга
2) позволяет установить стадию заболевания
3) позволяет определить наличие асцита
4) эффективно только в молодом возрасте
5) эффективно только в возрасте старше 65 лет

16.ТРЕТИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

1) пропаганда онкологических знаний среди населения
2) лечение предопухолевых заболеваний у гастролога
3) активный поиск предопухолевой патологии терапевтом и гастрологом
4) выявление людей с иммунодефицитными состояниями
5) раннее выявление прогрессирования заболевания

17.КЛИНИЧЕСКИ БЫСТРЕЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

1) эндофитная форма роста
2) экзофитная форма роста
3) linitis plastica
4) смешанная форма роста
5) клиника не зависит от формы роста

18.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ЖЕЛУДКА РАЗВИВАЕТСЯ

1) при кишечной метаплазии
2) из ямочного эпителия
3) из полипов
4) хронической язвы
5) окружающих её тканей

19.ЧТО ПОНИМАЕТСЯ ПОД LINITIS PLASTICA

1) рак, исходящий из слизистой
2) рак, исходящий из мышечной оболочки
3) рак, локализующийся в кардиальном отделе
4) инфильтрирующая форма рака
5) метастатический рак желудка

20.КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫЙ ФАКТОР ВЫЗЫВАЕТ РАК ЖЕЛУДКА

1) вирусы
2) химические канцерогены
3) курение
4) приём алкоголя
5) лучевое воздействие

21.МЕТОД ЛИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА

1) отказ от острой и жирной пищи

2) отказ от употребления крепких спиртных напитков
3) отказ от употребления кофе
4) отказ от курения
5) строгое соблюдение правил личной гигиены

22. НАИБОЛЬШИЙ ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА
1) женщины старше 60 лет
2) мужчины старше 65 лет
3) нерегулярное питание, острая, жирная пища
4) анилиновые красители
5) язва 12-ти перстной кишки в анамнезе

23.ФАКТОРОМ РИСКА ПО РАКУ ЖЕЛУДКА НЕ СЧИТАЮТ
1) наличие пернициозной анемии Адиссона-Бирнера
2) отягощенную наследственность
3) профессиональные вредности
4) пищу, содержащую много клетчатки
5) сухоядение

24.КАКОЙ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРИЗУЕТ РАК ЖЕЛУДКА
1) округлая тень
2) дефект наполнения
3) ниша
4) спазм антрального отдела
5) нет специфического признака

25.ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА ЗАВИСИТ
1) от степени сужения просвета
2) от локализации опухоли
3) от метастазов в отдаленные органы
4) от сопутствующей патологии
5) от всего перечисленного

26.БОЛЬ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ХАРАКТЕРА СВЯЗАНА
1) с прорастанием опухолью нервных стволов
2) с давлением опухоли на соседние ткани
3) с распадом опухоли
4) с кровотечением
5) с прорастанием поджелудочной железы

27.ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ПРОРАСТАНИЕ РАКА В ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНУЮ КИШКУ ПРИЗНАКОМ НЕОПЕРАБЕЛЬНОСТИ
1) да
2) нет
3) только при наличии стеноза кишки
4) только при эндофитной форме роста
5) только при стенозе антрального отдела

28.ЧЕМ ОБЪЯСНЯЮТСЯ ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ РАЗЛИЧИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ ЖЕЛУДКА
1) употреблением спиртных напитков
2) преобладанием в рационе грубой клетчатки
3) экологией
4) повышенным содержанием в рационе жиров
5) всё перечисленное верно

29.КАКИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВРЕДНОСТИ НЕ СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ РАКА ЖЕЛУДКА
1) контакт с пестицидами
2) контакт с медью

3) контакт с бензином
4) контакт с серебром
5) контакт с асбестом

30.КОГО НЕ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ К ГРУППЕ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПО РАКУ ЖЕЛУДКА

1) больных хроническим атрофическим гастритом
2) больных с хронической язвой желудка
3) лиц с хроническим панкреатитом
4) больных полипозом желудка
5) перенёсших операцию на желудке

31.ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДКА

1) нет
2) да
3) в зависимости от диагноза
4) нет, несмотря на диагноз
5) нет, так как прогноз благоприятный

32.МЕТАСТАЗ КРУКЕНБЕРГА - ЭТО

1) локализация метастаза в области пупка
2) метастазы в Дугласовом пространстве
3) метастазы в надключичные лимфоузлы слева
4) метастазы в яичники
5) метастазы в печень

33.В КАКОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ РАК

1) в проксимальном
2) в теле
3) в кардиальном
4) в дне
5) в антральном

34.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА ЖЕЛУДКА

1) слизистый
2) солидный
3) скирр
4) аденокарцинома
5) плоскоклеточный

35.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕМАЯ МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ФОРМА РОСТА РАКА ЖЕЛУДКА

1) полипозная
2) чашеобразная
3) язвенная
4) инфильтративно-язвенная
5) все указанные

36.КАКОЙ ГИСТОТИП НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ РАКА ЖЕЛУДКА

1) мелкоклеточный рак
2) крупноклеточный рак
3) фолликулярный рак
4) светлоклеточный рак
5) все перечисленные

37.КАКОЙ СИМПТОМ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ РАННИМ

1) потеря аппетита
2) похудание
3) утомляемость
4) тошнота по утрам

5) таких признаков нет

38.ПРОГНОЗ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ

1) стадии заболевания
2) сопутствующих заболеваний
3) формы роста опухоли
4) степени злокачественности опухоли
5) возраста

39.ПОКАЗАТЕЛЕМ ЗАПУЩЕННОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

1) одногодичная летальность
2) пятилетняя выживаемость
3) процент резектабельности
4) послеоперационная летальность
5) уровень смертности

40.КАКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАКА ЖЕЛУДКА СОПРОВОЖДАЕТСЯ НАИМЕНЬШЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

1) рак кардии с переходом на пищевод
2) тотальный рак
3) рак тела желудка
4) рак пилорического канала
5) рак антрального отдела

41.КАКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАКА ЖЕЛУДКА СОПРОВОЖДАЕТСЯ НАИБОЛЬШЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

1) тело желудка
2) антральный отдел
3) дно желудка
4) большая кривизна
5) кардиальный отдел

42.РАК КАКОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ПОЗДНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИ

1) тела
2) малой кривизны
3) дна
4) большой кривизны
5) кардии

43.МЕТАСТАЗОМ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

1) метастаз Шнитцлера
2) метастаз Крукенберга
3) метастаз Вирхова
4) метастаз сестры Джозеф
5) все перечисленные

44.ЛИМФОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

1) в печени
2) в малом сальнике
3) в почках
4) в легких
5) в поджелудочной железе

45.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИМПЛАНТАЦИОННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ

1) перстневидноклеточном раке
2) недифференцированном раке
3) диффузно-инфильтративной форме роста
4) тотальном поражении желудка
5) всех указанных

46.ЛАПАРОСКОПИЯ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ МЕТАСТАЗЫ РАКА ЖЕЛУДКА

1) метастаз Крукенберга
2) в лимфоузлы малого сальника
3) метастазы по париетальной брюшине
4) метастазы в печень
5) все верно

47.МЕТАСТАЗОМ ВИРХОВА СЧИТАЮТ

1) метастаз в печень
2) метастаз в яичники
3) метастаз в околопрямокишечную клетчатку
4) метастаз в лимфоузлы левой надключичной области
5) метастаз в лимфоузлы левой подмышечной области

48.СИМВОЛ N + ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА ОБОЗНАЧАЕТ

1) наличие отдалённых метастазов
2) наличие региональных метастазов
3) наличие внутрикожных метастазов
4) диссеминацию процесса
5) лимфатические узлы не определяются

49.МЕТАСТАЗ КРУКЕНБЕРГА ПРИЗНАК КАКОЙ СТАДИИ РАКА ЖЕЛУДКА

1) II
2) III
3) in situ
4) I
5) IY

50.ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА РАКА ЖЕЛУДКА

1) мероприятия, направленные на нормализацию экологических факторов
2) повышение калорийности пищи
3) отказ от курения
4) лечение хронической желудочной патологии
5) коррекция уровня сахара в крови

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

1.В КАКОМ ОТДЕЛЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЧАЩЕ БЫВАЕТ ОБТУРАЦИОННАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

1) в области слепой кишки
2) в области восходящего отдела
3) в области печёночного угла толстой кишки
4) в области сигмовидной кишки
5) в области поперечно-ободочной кишки

2. В КАКОМ ОТДЕЛЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЧАЩЕ БЫВАЕТ РАК

1) слепая кишка
2) восходящий отдел
3) печёночный угол
4) ректосигмоидный отдел
5) поперечно-ободочная кишка

3.КАКАЯ РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ КИШКИ

1) наложение колостомы
2) правосторонняя гемиколонэктомия
3) резекция восходящего отдела
4) наложение обходного анастомоза

5) резекция илеоцекального угла

4.С КАКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ РАК РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА

1) опухоль почки
2) мочекаменная болезнь
3) опухоль придатков слева
4) панкреатит
5) левосторонний паховый лимфаденит

5.ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ОПУХОЛИ ВОСХОДЯЩЕЙ КИШКИ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ ПОКАЗАНА

1) правосторонняя гемиколонэктомия с илеотрансверзоанастомозом
2) правосторонняя гемиколонэктомия, терминальная илеостомия
3) ушивание перфорации, илеотрансверзоанастомоз
4) правосторонняя гемиколонэктомия, колостомия и илеостомия
5) цекостомия

6.ПОЧЕМУ РАК ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ РЕДКО ОСЛОЖНЯЕТСЯ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

1) в результате принятия жидкой пищи
2) в результате большого диаметра правой половины толстой кишки
3) в результате ограничения твёрдой пищи
4) в результате более мощной моторной активности правой половины толстой кишки
5) в результате распада опухоли

7.КАКОЙ ИЗ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ТОКСИКО-АНЕМИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РАКА

1) вздутие кишечника
2) запоры
3) повышение температуры до 40 градусов, озноб
4) анемия
5) кашель

8.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ МЕТАСТАЗОВ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

1) печень
2) поджелудочная железа
3) лёгкие
4) забрюшинная клетчатка
5) кости

9.КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ДИСПЕПТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

1) боли в животе
2) раздражение брюшины
3) повышение температуры до 39ºС
4) неотхождение кала и газов
5) боли в области сердца

10.ИЗ ЧЕГО РАЗВИВАЕТСЯ РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

1) из эпителия стенки кишки
2) из мышечного слоя
3) из слизистого слоя
4) из соединительной ткани
5) из всего перечисленного

11. ВЫСОКОКАЛОРИЙНАЯ ПИЩА СПОСОБСТВУЕТ

1) усилению перистальтики
2) запорам
3) увеличению объема каловых масс

4) снижению концентрации экзогенных и эндогенных канцерогенов в просвете кишечника
5) уменьшению массы тела

12.НАИМЕНЬШИЙ ФАКТОР РИСКА ДЛЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
1) мужской пол
2) возраст старше 40 лет
3) двухмоментный акт дефекации
4) болезнь Крона
5) дефицит грубой клетчатки в рационе

13.КАКОЕ ИЗ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКОМ
1) полипы
2) неспецифический язвенный колит
3) ворсинчатая опухоль
4) диффузный семейный полипоз
5) болезнь Крона

14.ЗАБОЛЕВАНИЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, НЕ СЧИТАЮЩЕЕСЯ ПРЕДОПУХОЛЕВЫМ
1) полипы
2) неспецифический язвенный колит
3) ворсинчатая опухоль
4) дивертикулы толстой кишки
5) диффузный семейный полипоз

15.В КАКИХ ОТДЕЛАХ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ ПОЛИПЫ
1) слепая кишка
2) восходящий отдел
3) поперечно-ободочная кишка
4) нисходящий отдел
5) сигмовидная кишка

16.КАКИЕ ПРОДУКТЫ ПОВЫШАЮТ РИСК РАЗВИТИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
1) избыток жиров
2) избыток углеводов
3) недостаток клетчатки
4) недостаток в пище витаминов
5) все перечисленное

17.КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ РАННЕГО РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
1) функциональные нарушения без кишечных расстройств
2) анемия
3) нарушение общего состояния
4) симптомы интоксикации
5) отсутствие симптомов

18.КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОБУСЛОВЛЕНЫ:
1) стадией заболевания
2) интоксикацией
3) возрастом больного
4) морфологией опухоли
5) полом больного

19.ДЛЯ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНА ОПУХОЛЕВАЯ ФОРМА РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
1) слепая кишка
2) ректосигмоидный отдел
3) поперечно-ободочная кишка

4) нисходящий отдел
5) сигмовидная кишка

20.ДЛЯ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА ХАРАКТЕРНА ТОКСИКО-АНЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА
1) восходящий отдел
2) ректосигмоидный отдел
3) поперечно-ободочная кишка
4) нисходящий отдел
5) сигмовидная кишка

21.ДЛЯ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНА ОБТУРАЦИОННАЯ ФОРМА РАКА
1) слепая кишка
2) восходящий отдел
3) поперечно-ободочная кишка
4) нисходящий отдел
5) ректосигмоидный отдел

22.ДЛЯ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА ХАРАКТЕРНА ПСЕВДОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ФОРМА
1) слепая кишка
2) ректосигмоидный отдел
3) поперечно-ободочная кишка
4) нисходящий отдел
5) сигмовидная кишка

23.ДЛЯ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ХАРАКТЕРНА ЭНТЕРОКОЛИТИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА
1) слепая кишка
2) восходящий отдел
3) поперечно-ободочная кишка
4) нисходящий отдел
5) сигмовидная кишка

24.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ
1) запоры
2) мелена
3) нарушение кишечной проходимости
4) анемия
5) повышение температуры

25.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ РАКА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ КИШКИ
1) запоры
2) нарушение кишечной проходимости
3) анемия
4) повышение температуры
5) чередование поносов и запоров

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

1.РАК НИЖНЕ-АМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА С ПРИЗНАКАМИ ОБТУРАЦИОННОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ. РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫЙ. КАКОВА ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА
1) брюшно-промежностная экстирпация
2) лучевая терапия
3) двуствольная сигмостомия
4) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной
5) трансанальное удаление опухоли

2.ЭКСТИРПАЦИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ
1) раке анального канала

2) раке прямой кишки, расположенном на 7–10 см от сфинктера
3) раке верхне-ампулярного отдела прямой кишки
4) раке, расположенном на 12–15 см от сфинктера
5) раке ректосигмоидного отдела

3.ОПЕРАЦИЯ ГАРТМАНА – ЭТО

1) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
2) передняя резекция прямой кишки
3) брюшно-анальная резекция прямой кишки
4) обструктивная резекция прямой кишки
5) резекция сигмовидной кишки

4.ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ НА 12 СМ ОТ СФИНКТЕРА, БЕЗ МЕТАСТАЗОВ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

1) экстирпация прямой кишки по Кеню-Майлсу
2) операция Гартмана
3) передняя резекция прямой кишки
4) наложение цекостомы
5) наложение сигмостомы

5.НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) химиотерапия
2) симптоматическое лечение
3) лучевая терапия
4) комбинированное лечение
5) хирургическое вмешательство

6.ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ II СТАДИИ НА 8 СМ ОТ СФИНКТЕРА ПОКАЗАНА

1) операция Гартмана
2) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
3) передняя резекция
4) брюшно-анальная резекция с низведением
5) двуствольная колостома

7.ПРИ СТЕНОЗИРУЮЩЕМ РАКЕ С МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ ЦЕЛЕСООБРАЗНА

1) экстирпация прямой кишки
2) операция Гартмана
3) передняя резекция
4) промежностная ампутация прямой кишки
5) двуствольная колостома

8.КАКОЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ВСТРЕЧАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ В III-IY СТАДИИ

1) боли в животе
2) похудание
3) выделение алой крови из кишки после дефекации
4) выделение слизи, гноя, темной крови из кишки
5) сердцебиение, раздражительность

9.КАКУЮ ОПЕРАЦИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ ПРИ I СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1) экстирпацию прямой кишки
2) брюшно-анальную резекцию с низведением
3) чрезбрюшинную резекцию
4) наложение двуствольного ануса
5) в зависимости от локализации опухоли

10.КАКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРЯМОЙ КИШКИ В 100% ПЕРЕХОДИТ В РАК

1) геморрой
2) ворсинчатый полип
3) неспецифический язвенный колит

4) тотальный полипоз
5) болезнь Крона

11.РАК ПРЯМОЙ КИШКИ ОБЫЧНО НАЧИНАЕТСЯ С
1) интенсивных болей в эпигастральной области
2) интенсивных болей с иррадиацией в поясницу
3) кровотечения из кишки
4) рвоты
5) специфических симптомов нет

12.ФАКТОР НАИМЕНЬШЕГО РИСКА ПО РАКУ ПРЯМОЙ КИШКИ
1) возраст старше 40 лет
2) отягощенная наследственность
3) профессиональные вредности
4) пища, содержащая много клетчатки
5) предопухолевые заболевания

13.БОЛЬНОЙ С ПРИЗНАКАМИ КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ НУЖДАЕТСЯ
1) в консервативном лечении
2) в гемотрансфузии
3) в срочном обследовании
4) в наблюдении
5) в плазмоферезе

14.КАКОЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ НАДЕЖЕН ПРИ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА
1) лапаротомия
2) колоноскопия
3) биопсия из опухоли
4) эксцизионная биопсия
5) ректороманоскопия

15.КАКИЕ ПОЛИПЫ ПРЕДСТАВЛЯЮТ НАИМЕНЬШУЮ ОПАСНОСТЬ МАЛИГНИЗАЦИИ
1) первого типа
2) второго типа
3) менее 0,5 см
4) с ворсинчатой структурой
5) аденоматозные

16.В КАКОМ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ РАК
1) в верхне-ампулярном
2) в средне-ампулярном
3) в нижне-ампулярном
4) в ректосигмоидном
5) в анальном

17.КАК МАКРОСКОПИЧЕСКИ ВЫГЛЯДИТ ЭКЗОФИТНАЯ ОПУХОЛЬ ПРЯМОЙ КИШКИ
1) растет в просвет органа
2) инфильтрирует стенку кишки
3) опухоль на тонкой ножке
4) опухоль на широком основании
5) cancer in situ

18.КАК МАКРОСКОПИЧЕСКИ ВЫГЛЯДИТ ЭНДОФИТНАЯ ОПУХОЛЬ ПРЯМОЙ КИШКИ
1) растёт в просвет органа
2) инфильтрирует стенку кишки
3) опухоль на тонкой ножке
4) опухоль на широком основании
5) cancer in situ

19.КАКАЯ МАКРОСКОПИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ БЫСТРЕЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИ

1) экзофитная
2) эндофитная
3) смешанная
4) прорастающая стенку кишки
5) не прорастающая стенку кишки

20.ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ВЫДЕЛЕНИЕ КРОВИ СИМПТОМОМ РАННЕГО РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

1) да
2) нет
3) только у пожилых больных
4) только у молодых больных
5) кровь выделяется только при наличии метастазов

21.КАКИЕ СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РАННЕЙ СТАДИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

1) вздутие живота
2) боли
3) отсутствие симптомов
4) похудание
5) выделение крови из прямой кишки

22.НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ

1) боль
2) выделение крови из кишки
3) кишечная непроходимость
4) метеоризм
5) потеря массы тела

23.КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ НЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА КИШКИ

1) пальцевое исследование
2) ректороманоскопия
3) колоноскопия
4) гастроскопия
5) морфологическое исследование

24.КАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ НЕЛЬЗЯ ПОЛУЧИТЬ ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

1) уточнить локализацию опухоли
2) определить форму роста
3) произвести верификацию
4) определить факт стеноза
5) уточнить протяженность опухоли

25.КАКУЮ ИНФОРМАЦИЮ НЕЛЬЗЯ ПОЛУЧИТЬ ПРИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ

1) определить локализацию опухоли
2) установить факт метастазирования в отдаленные органы
3) определить протяженность опухоли
4) верифицировать процесс
5) определить форму роста

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1.КАКОВ ХАРАКТЕР БОЛЕЙ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) тупая, в эпигастрии, после приема пищи
2) ноющая, распостраняющаяся в брюшной полости
3) схваткообразные боли
4) боль, возникающая после приемы пища через 30 минут
5) боль, иррадиирующая в поясничную область

2.КАКОЙ МЕТОД НАИБОЛЕЕ НАДЕЖЕН ПРИ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА

1) лапаротомия
2) исследование асцитической жидкости
3) трепан-биопсия
4) эксцизионная биопсия
5) тонкоигольная биопсия

3.ДЛЯ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНЫ ВСЕ СИПМТОМЫ, КРОМЕ

1) интенсивной желтухи
2) диареи
3) похудания
4) гипергликемии
5) зуда кожи

4.ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ

1) определить локализацию рака в железе
2) производить морфологическую верификацию
3) определить распространённость опухолевого процесса
4) определить возможную операбельность опухолевого процесса
5) всё перечисленное

5.ЧТО БУДЕТ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) тяжелое состояние больного
2) ранний рак
3) распространенность процесса
4) кровотечение из опухоли
5) все указанное

6.ПРИЧИНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ЯВЛЯЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

1) холедохолитиаза
2) стриктуры Фатерова соска
3) вирусного гепатита
4) рака головки поджелудочной железы
5) могут быть все

7.УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ РАКА ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) желтуха
2) чередование поносов и запоров
3) боль в эпигастрии
4) боль, иррадиирующая в поясничную область
5) таких признаков нет

8.РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЫЧНО НАЧИНАЕТСЯ С

1) интенсивных болей в эпигастральной области
2) интенсивных болей с иррадиацией в поясницу
3) желтухи
4) рвоты
5) специфических симптомов нет

9.ВОЗМОЖНА ЛИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) да
2) только в молодом возрасте
3) нет
4) да, если нет желтухи
5) да, если опухоль локализуется в головке железы

10.ХАРАКТЕРНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БУДЕТ

1) лейкоцитоз
2) анемия
3) гипергликемия
4) лимфопения
5) таких признаков нет

11.БОЛЬНОЙ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ НУЖДАЕТСЯ
1) в консервативном лечении у инфекциониста
2) в консервативном лечении в хирургическом стационаре
3) в оперативном лечении
4) в наблюдении
5) в плазмоферезе

12.СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
1) хронического панкреатита
2) рака головки поджелудочной железы
3) рака Фатерова соска
4) рака холедоха
5) все ответы правильные

13.ГАСТРОСКОПИЯ У БОЛЬНОГО РАКОМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ
1) провести дифференциальный диагноз
2) уточнить распространенность процесса
3) установить форму роста опухоли
4) определить секреторную функцию
5) все ответы правильные

14.УКАЖИТЕ КАКОЕ, ИЗ УКАЗАННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ СОЧЕТАНИЕМ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ
1) хромогастроскопия
2) лапароскопия
3) ретроградная панкреато-холангиография
4) пункционно-аспирационная биопсия
5) дуоденальное зондирование

15.НЕВОЗМОЖНОСТЬ ПАЛЬПАТОРНОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПУЛЬСАЦИИ БРЮШНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ – ЭТО СИМПТОМ
1) Воскресенского
2) Щеткина-Блюмберга
3) Ситковского
4) Мейо-Робсона
5) Ровзинга

16.РАК, РАЗВИВШИЙСЯ НА ФОНЕ ПАНКРЕАТИТА, ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
1) в теле железы
2) в головке железы
3) в хвосте железы
4) имеет характер тотального поражения
5) не зависит от локализации

17.КАКОЙ ОБЪЕМ ОПЕРАЦИИ ВОЗМОЖНО ВЫПОЛНИТЬ ПРИ РАКЕ ХВОСТА ЖЕЛЕЗЫ
1) панкреатодуоденальная резекция
2) наложение анастомоза
3) гастростомия
4) резекция хвоста
5) эта локализация не подлежит операции

18. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ ЭПИТЕЛИЯ
1) железистой ткани самой железы
2) островков Лангерганса

3) Вирсунгова протока
4) Санториниевого протока
5) все верно

19.ОПТИМАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ I СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) только лучевая терапия
2) оперативное лечение
3) полихимиотерапия
4) комбинированное или комплексное лечение
5) все указанные варианты

20.ПРИМЕНЯЕТСЯ ЛИ ХИМИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) да
2) нет, из-за низкой эффективности
3) только при осложнениях рака
4) только интраоперационно
5) нет, из-за гистологической особенности опухоли

21.ЯВЛЯЕТСЯ ЛИ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ЭКЗОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) нет
2) обязательно
3) в зависимости от диагноза
4) нет, несмотря на диагноз
5) нет, так как прогноз благоприятный

22.НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТАСТАЗИРУЕТ

1) в регионарные лимфоузлы
2) в печень
3) в легкие
4) в кости
5) преимущественной локализации нет

23.В КАКОМ ОТДЕЛЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ОПУХОЛЬ

1) головке
2) теле
3) хвосте
4) Вирсунговом протоке
5) Санториниевом протоке

24.ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩАЯСЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) слизистый
2) солидный
3) скирр
4) аденокарцинома
5) плоскоклеточный

25.КАКИЕ ПРИЗНАКИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ РАННИМИ

1) потеря аппетита
2) похудание
3) утомляемость
4) таких признаков нет
5) тошнота

26.ПРОГНОЗ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ, ЗАВИСИТ

1) от стадии заболевания

2) от сопутствующих заболеваний
3) от формы роста опухоли
4) от степени злокачественности опухоли
5) от возраста

27.КАКАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОПРОВОЖДАЕТСЯ НАИБОЛЬШЕЙ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

1) рак тела
2) рак хвоста
3) рак головки
4) в начальной части Вирсунгова протока
5) в Санториневом протоке

28.РАК КАКОГО ОТДЕЛА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗДНЕЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИ

1) тела
2) головки
3) хвоста
4) выводных протоков
5) тотальное поражение

29.МЕТАСТАЗОМ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

1) метастаз Шнитцлера
2) метастаз Крукенберга
3) метастаз Вирхова
4) метастаз Айриша
5) все неправильно

30.ГЕМАТОГЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ

1) в печени
2) в головном мозге
3) в почках
4) в легких
5) в плевре

31.ЗАДЕРЖКА ЭВАКУАЦИИ ИЗ ЖЕЛУДКА ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СВЯЗАНА

1) с механической желтухой
2) с наличием сопутствующей язвы желудка
3) с наличием асцита
4) с прорастанием опухолью
5) со всем перечисленным

32.КАКОЙ ИЗ УКАЗАННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ МАРКЕРОВ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) альфа-фетопротеин
2) СА 19-9
3) PSA
4) СА 125
5) СА 72-4

33.РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ

1) с хроническим индуративным панкреатитом
2) с кистами поджелудочной железы
3) со склерозирующим холангитом
4) с опухолью большого дуоденального сосочка
5) со всеми перечисленными заболеваниями

33.С КАКОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ РАК

1) индуративной
2) кистозно-фиброзной
3) с нарушением оттока панкреатического секрета в 12-ти перстную кишку
4) с паренхиматозно-фибринозной
5) со всеми перечисленными

34.СНИЖЕНИЕ РАБОТОСПОСОБНОСТИ, ПОХУДАНИЕ, НЕМОТИВИРОВАННАЯ СЛАБОСТЬ, АНЕМИЯ, СНИЖЕНИЕ АППЕТИТА - СИМПТОМЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ

1) начальной стадии рака поджелудочной железы
2) запущенности злокачественного процесса
3) начала малигнизации хронических заболеваний поджелудочной железы
4) возникновения осложнений рака поджелудочной железы
5) острого панкреатита

35.НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) компьютерная томография
2) гастро-дуоденоскопия с биопсией
3) УЗИ органов брюшной полости
4) ретроградная панкреато-холангиография
5) ангиография

36.ТРИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫХ СИМПТОМА РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) желтуха, боль, потеря массы тела
2) частый жидкий стул, лихорадка, снижение аппетита
3) повышение уровня сахара в крови, боль, кожный зуд
4) лихорадка, желтуха, запоры
5) потеря массы тела, повышение уровня сахара в крови, кожный зуд

37.СИМПТОМ ТРУССО ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ - ЭТО

1) перемежающая хромота
2) тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей
3) гипостезия кожи в верхних отделах брюшной стенки
4) повышение температуры тела
5) экстрасистолия

38.К МЕТОДУ ВЕРИФИКАЦИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТ

1) пункционно-аспирационную биопсию
2) эндоскопическое исследование желудка
3) рентгенологическое исследование 12-ти перстной кишки
4) УЗИ органов брюшной полости
5) лапаротомию

39.КЛАССИФИКАЦИЯ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УЧИТЫВАЕТ ВСЕ, КРОМЕ

1) размера опухоли
2) микроскопической картины
3) инвазии в соседние органы
4) поражения лимфатических узлов
5) сопутствующей патологии

40.РИСК РАЗВИТИЯ КАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ВОЗМОЖЕН ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХЕ

1) печеночной недостаточности
2) холемического кровотечения
3) летального исхода

4) полиорганной недостаточности
5) возможно все перечисленное

41.КАКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МОГУТ РАЗВИТЬСЯ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) механическая желтуха
2) кишечная непроходимость
3) холемическое кровотечение
4) стеноз желудка
5) все перечисленные

42.ПОЧЕМУ ВОЗНИКАЕТ ЖЕЛТУХА ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) за счёт сдавления общего печёночного протока
2) за счёт сдавления пузырного протока
3) за счёт сдавления общего желчного протока
4) за счёт метастазов в ворота печени
5) за счёт интоксикации

43.СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ - ЭТО (ДАТЬ ХАРАКТЕРИСТИКУ)

1) увеличенный желчный пузырь
2) болезненный желчный пузырь
3) желчный пузырь плотной консистенции
4) подвижный желчный пузырь
5) увеличенный безболезненный желчный пузырь на фоне желтухи

44. ЖЕЛТУХА ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВОЗНИКАЕТ

1) вне связи с болевым синдромом
2) после острого болевого приступа
3) после физической нагрузки
4) после переохлаждения
5) перед болевым приступом

45.КАКИЕ ЗАДАЧИ НЕОБХОДИМО РЕШИТЬ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) выявление опухоли
2) определение её локализации
3) верификация (цитологическая, гистологическая)
4) определение распространённости опухолевого процесса
5) все перечисленные

46.ЧТО НАДО ВКЛЮЧИТЬ В ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) УЗИ органов брюшной полости
2) КТ или МРТ органов брюшной полости
3) гастродуоденоскопия
4) ретроградная холангио-панкреатохолангиография
5) все указанное

47.КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ С НАИБОЛЬШЕЙ ДОСТОВЕРНОСТЬЮ ПОЗВОЛЯЕТ

1) провести дифференциальный диагноз опухолей биллипанкреато-дуоденальной зоны
2) выявить связь с прилежащими органами и сосудами
3) оценить состояние перипанкреатической жировой клетчатки и регионарных лимфоузлов
4) оценить состояние внепеченочных желчных протоков
5) всё перечисленное

48.КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ МОЖЕТ ПОВЫСИТЬ ПРОЦЕНТ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТИ

1) хирургический
2) лучевая терапия
3) химиотерапия

4) иммуномодулирующая терапия
5) все перечисленное

49.ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОЗВОЛЯЕТ

1) взять биопсию из опухоли
2) диагностировать метастазы в печень
3) обнаружить атипические клетки в асцитической жидкости
4) диагностировать метастатическое поражение забрюшинных лимфатических узлов
5) установить локализацию опухоли

50. КАКУЮ ОПЕРАЦИЮ ВЫПОЛНЯЮТ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) резекция по Савиных
2) гастрэктомия
3) субтотальная резекция желудка
4) наложение гастростомы
5) панкреатодуоденальная резекция

КОМПЛЕКТ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ОНКОЛОГИИ

1.В поликлинику обратился больной с жалобами на слабость, похудание, боли в эпигастральной области. Считает себя больным около 10 лет. В последнее время состояние ухудшилось. Врач назначил эндоскопическое исследование, при котором выявлена каллезная язва малой кривизны. Биопсия не была взята. После курса консервативной терапии состояние ухудшилось. О чем должен подумать врач и какова была ошибка при гастроскопии?

2.При очередной флюорографии у рабочего цементного завода обнаружили опухолевидное образование в правом легком. Участковый врач рекомендовал наблюдение и контрольное рентгенологическое обследование через год. Прав ли врач?

3.Больной 53 лет. В течение полугода появились жалобы на запоры; отмечает периодические боли в животе, вздутие. К врачу никогда не обращался. О каком заболевании нужно думать; какова последовательность диагностических мероприятий.

4.Во время профилактического осмотра при пальцевом исследовании прямой кишки у мужчины 56 лет обнаружена небольшая опухоль на ножке, на расстоянии 4 см от ануса. При ректоскопии поставлен диагноз – полип кишки III типа. Выполнено его эндоскопическое удаление. Правильна ли тактика у больного.

5.К эндокринологу обратилась женщина 34 лет с жалобами на увеличение щитовидной железы. При УЗИ обнаружен узел в правой доле, полностью ее занимающий. Врач рекомендовал гормональное лечение и наблюдение. Проанализируйте тактику врача.

6.За последние 10 лет на заводе, отмечено увеличение числа больных раком легкого. Одновременно констатировано повышение частоты рака кожи. При этом рак легкого II стадии обнаружен у 4% заболевших, III стадии — у 34% и IV — у 62%. Среди заболевших 75% работали на заводе более 20 лет, 10% —более 10 лет и 15% — более 5. Ваши выводы и предложения.

7.В терапевтический стационар поступил больной 70 лет с жалобами на боли за грудиной, сердцебиение, кашель, слабость, похудание за последний год. 15 лет состоял на учете у терапевтов по поводу ИБС и гипертонической болезни. Регулярно проходил ЭКГ. На последней кардиограмме имеются признаки гипертрофии левого желудочка. Нарушения коронарного кровотока не отмечается. Вас назначили лечащим врачом. Каков план Ваших действий?

8.Больной 50 лет. Обратился в поликлинику к невропатологу по поводу постоянной боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающейся в положении на спине. Почти постоянно принимает обезболивающие препараты. Во время приступа острой боли пациент занимает вынужденное положение, наклоняясь вперед, прижимая к животу подушку. В таком положении боль постепенно стихает. В течение последних двух месяцев похудел на 12 кг. Какое заболевание может заподозрить врач? Почему?

9.Больной 54 лет. Поступил в клинику инфекционных болезней с желтухой, которая нарастала постепенно. Приступа печеночной колики не было. При пальпации живота в правом подреберье

определяется эластической консистенции, безболезненное, подвижное образование 8Х6см. Какое заболевание нужно заподозрить? Как называется описанный симптом? Какова тактика врача?

10. В одном из административных районов города в течение 5 лет стабильно отмечается самая высокая в городе заболеваемость раком щитовидной железы. Какова тактика поликлинического онколога?

11. Вы работаете терапевтом в МСЧ свинцово-аккумуляторного завода. Какова Ваша тактика для раннего выявления колоректального рака и почему именно рака этой локализации?

12. Вы предполагаете провести активный поиск ранних форм рака в условиях районной поликлиники. Каковы Ваши действия на первом этапе?

13. У Вашего пациента выявлен рак. Локализация любая. С какого момента необходимо начать реабилитационные мероприятия?

14. У больной в поликлинике констатирован рак кожи. Поликлинический онколог самостоятельно назначил лечение и определил сроки наблюдения. Прав ли он?

15. У больного в результате первичного обследования диагностирован распространенный инфильтративный рак желудка с метастазами в печень. В какую клиническую группу необходимо перевести пациента?

16. Какие факторы риска вы укажите в анкете для поиска рака молочной железы?

17. Какие факторы риска вы укажите в анкете для поиска рака желудка?

18. Вы работаете дерматологом. Пациенты с какими заболеваниями по группе риска должны находится на диспансерном учете?

19. У Вашего пациента рак. Локализация любая. На что должны быть направлены, определяемые Вами методы диагностики?

20. Вы работаете в терапевтическом стационаре. При обследовании у Вашего пациента выявлен рак легкого. Ваша дальнейшая тактика?

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ

1.К дерматологу обратилась пациентка 68 лет с жалобами на наличие опухоли на коже угла глаза. Данное образование существует около 6 лет, медленно увеличивается в размерах. Лечилась самостоятельно мазями, однако опухоль увеличивалась в размерах, затем появилось изъязвление. Это послужило причиной обращения к врачу. При осмотре: на коже имеется узловое образование размером 0,8х0,5х0,3см, с углублением в центре, вокруг белесоватый венчик. Ваша тактика в данной ситуации.

2.Больной 55 лет длительное время лечился у хирурга по поводу трофической язвы голени. Эффекта от консервативного лечения не было, размены язвы увеличивались. При осмотре во время очередного посещения врача: на коже передней поверхности голени опухоль размером 5х4х3см, с изъязвлением, вокруг инфильтрация тканей, грануляции отсутствуют, на поверхности пленки фибрина. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Врач рекомендовал продолжить консервативное лечение. Проанализируйте тактику врача.

3.К врачу дерматологу обратилась пациентка 15 лет с жалобами на наличие пигментной опухоли на коже левого бедра. Из анамнеза: данное образование существует с рождения, увеличивалось параллельно с ростом больной. В период начала менструации заметила быстрое его увеличение, а за 3 месяца до обращения к врачу отметила изменение цвета и легкую ранимость. При осмотре: на коже имеется пигментная опухоль 3х2х1см, с бугристой поверхностью, темно-коричневого цвета. Врач направил больную к онкологу. О каком диагнозе можно подумать. Укажите факторы риска, симптомы активизации.

4.К хирургу обратился пациент 23 лет с жалобами на наличие опухоли в подмышечной области слева. При осмотре: в подмышечной области имеется плотный конгломерат, кожа над ним гиперемирована, истончена. Врач, на основании этих данных, поставил диагноз лимфаденит и произвел вскрытие. При этом гноя не было, а проявились массы черного вещества. Несмотря на это, «гнойник» был дренирован и назначено противовоспалительное лечение. Проанализируйте тактику.

5.У мальчика 14 лет на коже имеется множество пигментных образований. Со слов матери они как врожденные, так и появившиеся в течение последнего года. При осмотре были обнаружено, что три образования быстро увеличились в размере, потемнели и находятся в области постоянного раздражения ремнем. Врач порекомендовал наблюдение. А что бы рекомендовали Вы?

6.Больная 35 лет. Госпитализирована в стационар с жалобами на наличие пигментного образования на коже средней трети правого бедра. С детства имелось пигментное образование в этой зоне. У больной светлая кожа. Ежегодно ездила на юг, любила загорать. Замечала, что после этого опухоль увеличивалась в размере. Во время беременности, 1 год назад, опухоль стала быстро увеличиваться. Обратилась к врачу только при появлении кровотечения из опухоли. При осмотре на передней поверхности правого бедра опухоль темного цвета, контактно кровоточащая, 2х4см. В правой паховой области плотный

лимфатический узел. О каком заболевании нужно думать? Проанализируйте тактику на догоспитальном этапе. Укажите факторы риска. Ваш план лечения.

7. Больная 30 лет. В течение года после пребывания на юге, на неизмененной коже правого виска появилось бляшковидное образование, которое быстро увеличивалось в размере. Лечилась самостоятельно мазями, эффекта не было. В последующем появился зуд, шелушение поверхности. Осмотрена дерматологом, назначено консервативное лечение. Опухоль стала увеличиваться в размере, это заставило обратиться к онкологу. При осмотре: на коже виска опухоль с неровными контурами 2х1см, вокруг «жемчужный валик». О каком заболевании можно думать и почему? Какие ошибки допущены на первых этапах? Тактика дальнейшего лечения и прогноз.

8. Больной 51 года. В течение 8 лет находился под наблюдением хирурга по поводу хронической венной недостаточности, варикозного расширения вен голени. В течение этих лет получал консервативное лечение, физиопроцедуры. Два года назад появилось изъязвление на коже, которое медленно увеличивалось. Эта ситуация расценена врачом как трофическая язва Проводимое консервативное лечение эффекта не дало. За месяц до госпитализации в стационар больной самостоятельно обнаружил в паховой области плотный узел. Был направлен в стационар с диагнозом трофическая язва голени, хроническая венная недостаточность, паховый лимфаденит. Проанализируйте тактику на догоспитальном этапе. Ваш диагноз, как его подтвердить. Тактика лечения.

9. Больная 62 лет. Поступила в стационар с жалобами на наличие пигментной опухоли на коже плеча. Из анамнеза установлено, что 6 лет назад на этом месте, на неизмененной коже появилось плоское пигментное образование, которое медленно увеличивалось в размерах. По поводу этого к врачу не обращалась, лечилась самостоятельно мазями. В стационар направлена онкологом, к которому обратилась в связи с кровотечением опухоли. При осмотре: опухоль коричневого цвета, 3х5см, поверхность изъязвлена, кровоточит. На расстоянии 5 см от опухоли имеются мелкие темные кожные образования 0,1—0,7см. В подмышечной области пальпируются плотные лимфоузлы. Ваш диагноз. Проведите анализ причин запущенности. Чем можно подтвердить диагноз? Стадия заболевания. Тактика лечения.

10. В стационар поступил больной 65 лет, с жалобами на наличие изъязвленной опухоли на коже правой кисти. Из анамнеза: во время войны был танкистом, горел в танке, с тех пор послеожоговые рубцы. За 16 лет до госпитализации в месте рубца появилась трещина, в связи с чем, обратился к дерматологу. Было назначено консервативное лечение, но трещина медленно увеличивалась в размерах. Несмотря на это, дерматолог применял новые мазевые препараты. Когда опухоль на коже кисти стала размером 12х9см, а изъязвление 5х7см, дерматолог направил больного к хирургу. Больной был госпитализирован. Оцените действия врача-дерматолога. Какое заболевание можно предположить? Ваш план обследования и тактика лечения.

11. У больной 71 года на месте рубца после ожога 20 лет назад возникла трещина. Через три года вокруг нее появились мелкие трещинки, появился зуд. Обратилась к дерматологу. Поставлен диагноз экзема, назначено лечение, которое получала в течение 6 лет. Изменения на коже увеличивались по площади, в центре появилось изъязвление. Больная также лечилась самостоятельно и под контролем дерматолога. При увеличении зоны изъязвления обратилась к онкологу, который направил ее в стационар. При осмотре в клинике: на коже язва диаметром до 6 см, с плотными краями, дно покрыто некротическими пленками. Поставьте диагноз, чем его можно подтвердить? Проанализируйте тактику врача. Какой план лечения Вы предложите больной? Ваш прогноз.

12. В косметологический кабинет обратилась пациентка 40 лет, которую стало беспокоить увеличение в размере поверхностной шелушащейся бляшки на коже щеки. Врач после осмотра, без верификации, произвел криодеструкцию данного очага. Через 2 месяца на этом месте образовалась язва. Обратилась к хирургу, который поставил диагноз рак кожи и под местной анестезией произвел иссечение опухоли. Гистологическое заключение - базальноклеточный рак. Как Вы оцениваете тактику косметолога, хирурга? Правомочен ли диагноз хирурга? Какой прогноз у больной после проведенного хирургом лечения?

13. К хирургу обратился пациент 38 лет с жалобами на наличие быстро увеличивающегося в размерах опухолевидного образования в проекции левой лопатки. При осмотре: имеется опухоль с бугристой поверхностью, вокруг плотный инфильтративный вал Хирург поставил диагноз карбункул и произвел вскрытие. Гноя не получено. Проводились перевязки с мазями. Через 6 дней на дне раны появился некроз, пленки фибрина, рана стала увеличиваться в размере. Хирург взял мазок из раны и при цитологическом исследовании найдены комплексы клеток плоскоклеточного рака. Пациент

направлен в онкологический стационар. Проанализируйте тактику хирурга. Какова тактика лечения в дальнейшем? Прогноз.

14. В поликлинику обратился больной 37 лет с жалобами па наличие пигментного образования на коже подбородка. Данное образование существует с рождения, заметил быстрый рост в течение 6 месяцев после травмы (порез бритвой). При осмотре: имеется пигментное образование, коричневого цвета, размером 1х0,6см. Хирург порекомендовал дальнейшее наблюдение, контрольное посещение через 6 месяцев. О каком заболевании нужно думать? Как верифицировать диагноз? Как бы поступили в данной ситуации Вы?

15. В хирургический стационар обратился больной 65 лет с жалобами на боли в эпигастральной области, похудание, рвоту съеденной пищей. Направительный диагноз рак желудка. При обследовании в клинике: больной пониженного питания, в эпигастральной области пальпируется опухолевидное образование с нечеткими контурами. Из анамнеза: 8 лет назад оперирован по поводу пигментного образования кожи щеки, диагноз неизвестен. При эндоскопическом исследовании: антральный отдел желудка занят распадающейся опухолью, местами она имеет темный цвет. При цитологическом исследовании биоптата — клетки меланомы. Какой диагноз у больного? Как оценить течение заболевания после удаления первичного очага? Как часто метастазирует меланома в желудок? Определите тактику лечения и прогноз.

16. К дерматологу обратилась пациентка 56 лет с жалобами на наличие шелушащего образования на правой щеке. Из анамнеза: опухолевидное образование существует 8 лет, появилось на неизмененной коже, отмечает медленный рост. При осмотре врач обратил внимание на белесоватые очаги по периферии опухоли. Цитологическое исследование не проводилось. Поставлен диагноз дерматит, назначено лечение. Через 2 месяца в центре очага появилось изъязвление. Пациентка направлена к онкологу, который после цитологического исследования поставил диагноз базальноклеточный рак и направил больную на лучевое лечение. Проанализируйте действия дерматолога. Какой вид лучевого лечения будет использован у больной? Каков прогноз заболевания?

17. У мужчины 67 лет на коже спины имеется множество плоских, шелушащихся образований, некоторые из них быстро увеличиваются в размерах. Со слов пациента, изменения на коже появились 12 лет назад. Лечился самостоятельно чистотелом, эффекта не отмечал. Обратился к дерматологу, который поставил диагноз старческие кератомы, назначил мазевое лечение. Эффекта от лечения в течение 6 месяцев не было. Больной направлен к онкологу, который после цитологического исследования поставил диагноз базальноклеточный рак, мультицентрический рост. В чем ошибка дерматолога? Как лечить данного пациента? Какой прогноз при такой форме рака?

18. У мужчины 42 лет на коже спины имеется множество пигментных невусов, существующих с рождения. Обратился к врачу в связи с тем, что 5 из них изменили свой цвет и поверхность их стала шелушиться. Хирург произвел криодеструкцию данных образований и рекомендовал дальнейшее наблюдение. Окончательный диагноз врача пигментные невусы морфологически не подтвержден. Правильна ли тактика врача?

19. К хирургу обратилась девочка 15 лет с желобами на наличие пигментного образования на коже голени. Со слов матери данное образование существовало с рождения, рост его с 13 лет (совпало с началом менструации). За последние три месяца заметила розоватый венчик вокруг очага. При обследовании в поликлинике: пигментная опухоль черного цвета, размером до 1 см, с нечеткими контурами. Хирург, отметив симптомы активизации и факторы риска, направил девочку в онкологический стационар, где при цитологическом исследовании поставлен диагноз меланома кожи. Укажите факторы риска и симптомы активизации. Какова тактика лечения больной?

20. В хирургический стационар обратился больной 35 лет с жалобами на наличие трофической язвы на голени. В течение 10 лет страдает варикозной болезнью. Врач начал соответствующее лечение, которое было неэффективным на протяжении 3 недель. Язва не эпителизировалась. Это послужило основанием для взятия биоптата. При цитологическом исследовании – плоскоклеточный рак. В чем ошибка врача? Какой метод лечения нужно применить? Прогноз заболевания.

ДИСГОРМОНАЛЬНЫЕ ГИПЕРПЛАЗИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1.Больная 28 лет предъявляет жалобы на боль и набухание молочных желез, возникающие за неделю до менструации. История заболевания: больна в течение трех лет. Во время последних менструальных циклов боль усилилась, стала ощущаться при легком прикосновении и даже при ношении бюстгальтеров. К врачу обратилась впервые. Анамнез жизни: больная замужем. Одна беременность, 6 лет назад закончилась абортом. В течение нескольких лет болеет воспалением придатков матки. Противозачаточных средств не применяет, но забеременеть не может. Менструации регулярные, с 11 лет. Курит, часто употребляет алкоголь. Болела болезнью Боткина. Объективное исследование: молочные

железы развиты хорошо, пальпация их болезненна. В обеих молочных железах определяется диффузная зернистость в виде мелких дробинок, очаговых уплотнений нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Клинический диагноз. Какие другие названия этого заболевания Вам известны. Какие факторы могли способствовать развитию заболевания? Какие обследования необходимо провести? Наметьте план лечения и дайте его обоснование.

2.Больная 33 лет предъявляет жалобы на боль в молочных железах, усиливающуюся перед менструацией. История заболевания: больна в течение двух лет. Неоднократно лечилась препаратами йода, бромкамфарой, домашними средствами. Был временный эффект. По рекомендации врачей проводит ежемесячно самообследование молочных желез. При последнем обследовании обнаружила уплотненный участок в верхне-наружном квадранте правой молочной железы. Анамнез жизни: больная замужем. Было 4 беременности, одна из них закончилась нормальными родами, а три абортами. Менструации регулярные, с двенадцатилетнего возраста. Объективные данные: молочные железы развиты хорошо, консистенция мягкая, при пальпации легкая болезненность. Паренхима желез зернистая в виде мелких дробинок. В наружно-верхнем квадранте левой молочной железы пальпаторно определяется участок уплотнения размерами 1,5х1,5см. Кожных симптомов и изменений со стороны соска нет. Симптом Кенига отрицательный. Лимфатические узлы не пальпируются. Предположительный диагноз, его обоснование. Какие обследования необходимо провести? Каков план лечения?

3.Больная 35 лет. При осмотре: слева на границе наружных квадрантов образование 2,0см в диаметре, плотноэластической консистенции. Регионарные лимфоузлы не увеличены. На маммограмме – тень 2см в диаметре, с четким контуром. При цитологическом исследовании пунктата – 5мл жидкости, эпителий выстилки стенки кисты, макрофаги. При пневмоцистографии – киста, стенки до 3мм, определяется внутрикистозное образование. Ваш диагноз? Тактика.

4.Женщина 28 лет, жалуется на наличие у нее образования в левой подмышечной области, которое в период менструального цикла становится более плотным и слегка болезненным. Образование округлой формы, диаметром 4,0см, мягко-эластичной консистенции, имеет дольчатое строение. Какой может быть поставлен диагноз? Что следует предпринять?

5.Больная 34 лет. Мать 3 детей. Жалуется на наличие опухолевидного образования в области левой молочной железы, не причиняющего никаких неприятных ощущений. Образование заметила 5 лет назад. За это время оно почти не увеличилось. В нижне-наружном квадранте левой молочной железы пальпируется образование плотной консистенции, округлой формы, с четкими границами, гладкой поверхностью, безболезненное. Лимфатические узлы в аксиллярной области не увеличены. Ваш диагноз и тактика лечения.

6.У женщины 30 лет, ни разу не имевшей беременнностей, появились болезненные ощущения в молочных железах, усиливающиеся перед менструациями. Железы стали набухать, а из сосков появились выделения серо-зеленого цвета. Молочные железы имели грубо дольчатое строение, а в верхне-наружных квадрантах желез обнаруживалась мелкая зернистость. Периодически болезненные ощущения заметно уменьшались без какого-либо лечения, а затем появлялись вновь. Какой может быть поставлен диагноз. Как следует лечить больную?

7.У незамужней женщины, 32 лет, три года назад появились периодические болезненные набухания молочных желез, усиливающиеся в предменструальном периоде. Несколько дней назад больная в левой молочной железе обнаружила опухоль. При обследовании молочных желез обнаруживается, что внешне они не изменены. В верхнем наружном квадранте левой молочной железы пальпируется плотный узел без четких контуров размером 2,0х3,0см. Узел плотноэластической консистенции, слегка болезненный при пальпации, не спаян с кожей и окружающими тканями, кожа над ним не изменена. Симптом Кенига отрицательный, в положении больной лежа, узел пальпируется менее четко. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Что за заболевание у больной? Как ее лечить?

8.К врачу-гинекологу обратилась женщина 35 лет с жалобами на наличие плотного безболезненного образования в молочной железе. Со слов пациентки, данная опухоль обнаружена самостоятельно 4 года назад. Увеличение опухоли не отмечает. Врач посоветовала «не трогать» данное образование, учитывая отсутствие роста. Согласны ли Вы с такой тактикой? Ваш план обследования.

9.К Вам обратилась на консультацию больная 32 лет, которая самостоятельно обнаружила кровянистые выделения из соска. При пальпации в ткани железы патологических изменений не обнаружено. Ваша тактика обследования? Лечение?

10.Больная 15 лет, оперирована по поводу фиброаденомы молочной железы. Через год самостоятельно обнаружила опухоль в зоне оперативного вмешательства. Обратилась к врачу, который рекомендовал для профилактики гормонотерапию и контрольный осмотр через 6 месяцев. Согласны ли Вы с тактикой? Если нет - Ваша тактика обследования и лечения.

11.Больная 53 лет оперирована по поводу кисты молочной железы. Гистологических данных за злокачественный процесс нет. После операции осмотрена через 3 месяца, а затем врач ее снял с учета. Правильно ли поступил врач?

12.Больная 38 лет обратилась к врачу с жалобами на болезненность в молочных железах, увеличивающуюся перед менструацией. При пальпации узловых образований в железе нет выявлено. Определяется незначительная тяжистость в наружном квадранте. На маммограмме также узловых образований не выявлено. Какой можно поставить диагноз? Ваша тактика?

13.К врачу обратилась больная 23 лет с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой молочной железе, которое обнаружила самостоятельно. Из анамнеза: 2 аборта, родов не было. При пальпации в верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется опухоль плотно-эластической консистенции, округлой формы с четкими контурами, смещаемая, безболезненная. Отмечается симптом прыжка, симптом Кенига отрицательный. Ваш диагноз? Тактика обследования и лечения.

14.Больная 55 лет обратилась к врачу с жалобами на самостоятельные кровянистые выделения из соска правой молочной железы в течении 6 месяцев. Из анамнеза: родов 2, 3 аборта, менопауза с 50 лет. При осмотре – молочные железы симметричные, соски не втянуты. При пальпации – узловых образований не выявлено, регионарные лимфоузлы не пальпируются, из соска правой молочной железы при надавливании выделения бурого цвета. Ваш диагноз? Тактика обследования и лечения.

15.Больная 38 лет, при профосмотре выполнена маммография, по результатом которой установлено, что на границе внутренних квадрантов левой молочной железы определяется тень округлой формы 1,3см в диаметре с ободком просветления. Жалоб больная не предъявляет. При осмотре: молочные железы симметричные, соски не втянуты. При пальпации на границе внутренних квадрантов левой молочной железы определяется опухоль около 1,5см в диаметре мягко-эластической консистенции, правильной округлой формы, смещаемое, безболезненное, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Ваш диагноз. Дальнейшая тактика обследования и лечения.

16.Больная 28 лет предъявляет жалобы на боль в молочных железах, усиливающуюся перед менструацией. История заболевания: больна в течение двух месяцев, после выполнено медикаментозного аборта. Менструации регулярные, с двенадцатилетнего возраста. Объективные данные: молочные железы развиты хорошо, консистенция мягкая, при пальпации выраженная болезненность. Паренхима желез зернистая в виде мелких дробинок. Кожных симптомов и изменений со стороны соска нет. Лимфатические узлы не пальпируются. Ваш предположительный диагноз, его обоснование. Какие обследования необходимо провести? Каков план лечения?

17.Больная 25 лет обратилась к врачу с жалобами на болезненность в молочных железах, усиливающуюся перед менструацией; принимает в течении 5 лет Регулон. При пальпации узловых образований в железе нет выявлено. Определяется незначительная тяжистость в наружных квадрантах обеих молочных желез. При УЗИ также узловых образований не выявлено. Какой диагноз можно поставить. Ваша тактика.

18.Больная 32 лет обратилась к врачу с жалобами на самостоятельные и при надавливании выделения из соска правой молочной железы желтовато-зеленого цвета в течении 6 месяцев. Из анамнеза: родов 2, 4 аборта. При осмотре – молочные железы симметричные, соски не втянуты. При пальпации – узловых образований не выявлено, регионарные лимфоузлы не пальпируются, из соска правой молочной железы при надавливании выделения желтовато-зеленого цвета без запаха. Ваш диагноз. Тактика обследования и лечения.

19.Больная 25 лет оперирована по поводу фиброаденомы левой молочной железы. Через год самостоятельно обнаружила опухоль в зоне оперативного вмешательства и в правой молочной железе. Обратилась к врачу, который рекомендовал для профилактики гормонотерапию и контрольный осмотр через 6 месяцев. Согласны ли вы с тактикой? Если нет, ваша тактика обследования и лечения?

20.У женщины 37 лет, с первичным бесплодием, появились болезненные ощущения в молочных железах около года назад, усиливающиеся перед менструациями. Железы стали набухать, а из сосков появились выделения серо-зеленого цвета. Молочные железы имели грубо дольчатое строение, а в верхне-наружных квадрантах желез обнаруживалась мелкая зернистость. Периодически болезненные ощущения заметно уменьшались без какого-либо лечения, а затем появлялись вновь. Какой может быть поставлен диагноз? Как следует лечить больную?

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1.В стационар поступила женщина 60 лет, менопауза более 10 лет, с распадающейся изъязвленной опухолью левой молочной железы. Язва до 11см в диаметре со зловонным запахом. Подмышечные лимфоузлы значительных размеров спаяны между собой и с окружающими тканями. При

рентгенологическом исследовании в легких выявлены метастазы. Общее состояние больной удовлетворительное. Ваша тактика?

2. Больная 35 лет жалуется на покраснение и утолщение соска. При осмотре сосок и часть ареолы покрыта мокнущими корочками и ступами, при слущивании которых обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен и уплотнен на ощупь. Ваш предварительный диагноз и тактика?

3. У больной 40 лет при осмотре выявлено, что левая молочная железа несколько уменьшена в размерах, деформирована. Кожные покровы инфильтрированы, представляют собой толстый бугристый пласт. В некоторых местах на коже имеются участки кровоизлияний и изъязвлений. Сосок деформирован, втянут. В левой подмышечной впадине пальпируются плотные, увеличены лимфатические узлы. Менструальный цикл не нарушен. Ваш предварительный диагноз и тактика.

4. К Вам обратилась женщина 55 лет, случайно обнаружившая опухоль в правой молочной железе. Менопауза 5 лет. При осмотре: молочные железы больших размеров, кожные покровы не изменены, соски без изменений, выделений из них нет. При пальпации в верхне-наружном квадранте правой молочной железы определяется плотное, безболезненное неподвижное образование 3х2см. Ваш диагноз и тактика ведения.

5. Больная 42 лет во время купания заметила опухолевидное образование в правой молочной железе. Менструальный цикл не нарушен. Обе железы правильной формы. Кожа и соски не изменены. Пальпаторно в верхне-наружном квадранте правой молочной железы определяется опухоль до 5 см, плотная, бугристая, без четких границ. Выделений из соска нет. При ощупывании ладонью опухоль не исчезает. Региональные лимфоузлы не увеличены. Какое заболевание можно заподозрить? Какое исследование может уточнить диагноз?

6. У больной 30 лет обнаружен рак правой молочной железы ПБ стадии T2N1M0. Как лечить больную?

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

8. Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли 2 недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6С. При осмотре: левая молочная железа больше правой, кожа железы диффузно отечна, гиперемирована. Отмечается повышение локальной температуры. При пальпации умеренная болезненность, диффузное уплотнение за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику. Назовите необходимые дополнительные исследования. Определите тактику, принципы лечения.

9. У пациентки 58 лет в постменопаузе при маммографическом исследовании выявлено узловое образование в верхне-наружном квадранте левой молочной железы. Образование неправильной формы, с тяжами в окружающие ткани, размером 1,5см. При пункционной биопсии получено подтверждение наличия рака молочной железы, а также высокий уровень рецепторов к эстрогену и прогестерону в опухоли и отсутствие гиперэкспрессии HER2/neu. В анамнезе у больной лимфогранулематоз с поражением загрудинных лимфатических узлов, по поводу которого она получала химиолучевое лечение. Определите объем обследования для определения стадии заболевания. Какой объем оперативного вмешательства будет предложен этой пациентке и почему? Какая системная терапия может быть предложена этой пациентке, если у нее нет метастазов в подмышечные лимфатические узлы?

10. Больная 43 лет. Жалобы на уплотнение в правой молочной железе. Менструации с 11 лет, регулярные. Имеет двоих детей. Страдает гипотиреозом. Объективно: в верхне-наружном квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение более 5см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируются увеличенные лимфоузлы до 1,5см в диаметре. Маммография: в верхне-наружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами 5х6см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: протоковый рак. При УЗИ брюшной полости обнаружены очаговые образования в печени. Диагноз? Лечебная тактика?

11. Пациентка 64 лет поступила с жалобами на плотное безболезненное образование в правой молочной железе размером 3см, которое она обнаружила при самообследовании 8 месяцев назад. Поставьте предварительный диагноз? Какие обследования надо сделать?

12. Больной 32 года, самостоятельно обнаружила опухоль в левой молочной железе. При обследовании по месту жительства выявлено: опухоль в молочной железе размером 1,5см, при цитологическом заключении поставлен диагноз рак. При исследовании зон регионарного и отдаленного метастазирования данных за метастазирование не получено. Назовите зоны регионарного и отдаленного метастазирования. Поставьте стадию заболевания? Определите тактику лечения.

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

14. Больная 56 лет, страдает сахарным диабетом. В течение 2 недель правая молочная железа гиперемирована, отечна, сосок втянут. Ваш предварительный диагноз? Определите алгоритм диагностики? С чего надо начать лечение?

15. У больной 60 лет обнаружена опухоль в левой молочной железе 4см, конгломерат лимфатических узлов в левой подмышечной области. В зонах отдаленного метастазирования данных за метастазирование не получено. Назовите зоны отдаленного метастазирования и методы их обследования? Поставьте стадию заболевания? Определите тактику лечения?

16. У больной 47 лет язва в области соска правой молочной железы, которая существует в течение 2 лет. Ваш диагноз? Алгоритм обследования? План лечения?

17. У больной 70 лет правая молочная железа за последние 6 месяцев уменьшилась в размере в два раза. Стала плотной, как «камень». Из-за боли в бедре появилась хромота. Поставьте предварительный диагноз? Определите план обследования?

18. Больная 42 лет, жалуется на наличие безболезненного уплотнения в левой молочной железе, которое увидела месяц назад. Периферические лимфоузлы без особенностей. Между верхними квадрантами левой молочной железы туго-эластичной консистенции опухоль 2х3см, с кожей не связанная, с бугристой поверхностью. На основании вышеизложенных данных укажите правильный диагноз. Какова тактика обследования и лечения?

19. Больная 35 лет жалуется на покраснение и утолщение соска. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты мокнущими корочками и струпиками, при слущивании которых обнаруживается влажная зернистая поверхность. Сосок утолщен и уплотнен на ощупь. Как уточнить диагноз? Тактика лечения?

20. Больная 42 лет месяц назад заметила у себя опухолевидное образование в правой молочной железе. Менструальный цикл не нарушен. Обе молочные железы развиты правильно, симметричны. Кожа и соски не изменены. При пальпации в верхнем наружном квадранте правой молочной железы определяется опухолевидное образование диаметром 3см, плотной консистенции, не связанное с кожей и подлежащими тканями. Выделений из соска нет. При ощупывании ладонью опухоль не исчезает. Симптом Прибрама отрицательный. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Ваш предварительный диагноз и тактика.

РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. На участке поликлиники, который Вы обслуживаете, отмечена высокая заболеваемость раком щитовидной железы. Какие действия Вы можете предпринять для улучшения выявления патологии.

2. К врачу терапевту обратилась женщина 46 лет с жалобами на наличие увеличенной щитовидной железы. При осмотре установлено диффузное увеличение железы II степени. Рекомендовано наблюдение и прием препаратов йода. Оцените тактику врача.

3. Больная 52 лет длительное время лечится у эндокринолога по поводу тиреоидита. При последнем посещении врач отметил появление плотных узлов в ткани железы, при УЗИ – также выявлены узлы. При цитологическом исследовании пунктата хронический тиреоидит. Было рекомендовано продолжить гормональное лечение. Ваши действия?

4. Больная 61 года обратилась к терапевту с жалобами на наличие увеличенных лимфатических узлов на шее с обеих сторон. При обследовании патологии в щитовидной железе не выявлено, а при пункционной биопсии установлено наличие метастатического поражения. О каком заболевании необходимо подумать.

5. Больная оперирована по поводу смешанного зоба. Выполнена субтотальная резекция щитовидной железы. При плановом гистологическом исследовании выявлен папиллярный рак в обеих долях. Какова должна быть дальнейшая тактика.

6. У врача эндокринолога в течение 4 лет находится на учете больная 34 лет с диагнозом узловой зоб. Проводится гормонотерапия, УЗИ контроль. Правильно ли поступает врач?

7. Ребенок 12 лет в момент аварии на Чернобыльской АЭС находился в «загрязненном» районе. Затем был перевезен на постоянное место жительства в другой, отдаленный район. Должен ли врач, в дальнейшем, поставить его на диспансерный учет.

8. Больной после проведенного оперативного лечения по поводу рака щитовидной железы через три года был снят с учета. Врач рекомендовал самостоятельно один раз в год проводить УЗИ железы. Ваша тактика.

9. Составьте план диспансерного наблюдения за больным, оперированным по поводу рака щитовидной железы.

10. Пациентке 57 лет. В течение 4 лет проводится гормонотерапия после оперативного лечения по поводу рака щитовидной железы (тиреоидэктомия). Проводится исследование гормонов в сыворотке крови. Врач, после последнего контроля, учитывая нормальные показатели, рекомендовал отменить прием гормонов на полгода. Ваша тактика.

11. В поликлинику обратилась больная 60 лет с жалобами на покалывание и боли на передней поверхности шеи, периодические ознобы, слабость, одышку, наличие узла в зоне щитовидной железы и покраснение кожи там же. Считает себя больной около двух месяцев. Первоначально обратилась к терапевту, который назначил ей антибиотики и УВЧ. В связи с ухудшением состояния больной, врач направил ее к хирургу, который амбулаторно произвел рассечение тканей, однако, гноя не обнаружил. Начал лечение повязками с гипертоническим раствором. Через неделю лечения в ране появились грибовидные разрастания. Прижигания азотнокислым серебром оказались неэффективными. Тогда хирург заподозрил рак и направил кусочек ткани на гистологическое исследование. Морфологи определили медуллярный рак. Проанализируйте действия терапевта и хирурга.

12. У молодой женщины при профилактическом осмотре был обнаружен эластический узелок в правой доле щитовидной железы, безболезненный, с гладкой поверхностью. При пункции обнаружены клетки типа А. Хирург произвел энуклеацию узла, направил препарат на плановое гистологическое исследование, а больную на 6-е сутки выписал домой. Через неделю он получил ответ: папиллярный рак щитовидной железы. Что он должен делать дальше?

13. К хирургу районной поликлиники обратилась больная с жалобами на увеличение щитовидной железы, периодическое сердцебиение. Врач обнаружил несколько узлов в железе, эластической консистенции, с гладкой поверхностью, смещающихся вместе с железой, безболезненных Он произвел пункцию одного узла. Цитологически - фолликулярный эпителий. Больной были рекомендованы сердечные, седативные препараты и контрольное обследование через год. Ваше мнение по поводу данного наблюдения

14. У пациента заболевание щитовидной железы. Каковы показания к оперативному лечению?

15. Вы работаете онкологом в поликлинике. К вам поступил больной раком щитовидной железы, которому произведена операция. Диагноз подтвержден морфологически. Ваша дальнейшая тактика.

16. Больная 38 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, периодически проявляющуюся диарею и наличие увеличенных лимфоузлов в левой надключичной области, принятых участковым врачом за туберкулезный лимфаденит. В анамнезе: мать умерла, якобы, от "зоба", страдала гипертонической болезнью. При пальпации изменений в щитовидной железе не выявлено. При УЗИ в правой доле щитовидной железы определяется опухолевый узелок повышенной эхогенности величиной до 0,8см в диаметре. В левом надпочечнике очаговые изменения. Наиболее вероятный диагноз?

17. Больная 50 лет случайно обнаружила на передней поверхности шеи безболезненное плотноватое образование размером 2х3см с неровной поверхностью. При осмотре: в проекции щитовидной железе пальпируется безболезненный плотный подвижный узел размером 1,5х1,0 см. Ваш предварительный диагноз?

18. При установлении у больной медуллярного рака и феохромоцитомы вначале выполняют: а) операцию по поводу феохромоцитомы; б) операцию на щитовидной железе.

19. Больной 51 года. 15 лет назад был диагностирован узловой эутиреоидный зоб, узел размером 3х3см. Все последующие годы образование не причиняло никакого беспокойства. За последние 4 месяца образование увеличилось вдвое. Отмечает ухудшение общего самочувствия: слабость; быструю утомляемость. При пальпации поверхность образования неровная, консистенция плотная. Образование

ограничено в подвижности. Лимфатические по ходу кивательной мышцы увеличены, плотные. Какой Вы поставите диагноз? Какие исследования необходимо провести? Тактика лечения больной?

20. У больной 48 лет, оперированной по поводу рака щитовидной железы на следующий день после тиреоидэктомии появились парестезии в области кончиков пальцев рук, чувство ползания мурашек. Затем появился симптом «руки акушера», боли в мышцах предплечий. О каком осложнении следует думать? План обследования? Лечение?

РАК ЛЕГКОГО

1.При очередном профилактическом флюорографическом исследовании у работника асбестового завода обнаружили затемнение в правом лёгком. Клинических проявлений нет. Участковый терапевт сразу же назначил ему антибиотики и отхаркивающие средства. Через три недели состояние больного не изменилось, рентгенологическая картина была прежней. Врач продолжил лечение и рекомендовал повторить обследование через полгода. О чём не подумал врач? Правильно ли было рекомендовано исследование через 6 месяцев? Что необходимо сделать больному?

2.В терапевтическое отделение больницы поступил мужчина 50 лет, с жалобами на слабость, кашель с небольшим количеством мокроты, повышение температуры до 37,5. В анамнезе частые простудные заболевания. Курит. При рентгенологическом исследовании легких обнаружено затемнение в прикорневой зоне правого лёгкого и понижение воздушности средней доли. О каком заболевании нужно подумать? Какова тактика обследования.

3.Вы назначены цеховым врачом медеплавильного цеха. При анализе заболеваемости узнали, что высокая частота острых респираторных вирусных заболеваний у рабочих цеха. На диспансерном учете состоит 2 человека по поводу гамартромы. За последние 4 года из 180 работников у 12 был выявлен рак легкого. Каков план Вашей работы?

4.При очередном ежегодном флюорографическом обследовании у мужчины 49 лет выявлена шаровидная опухоль в верхнем сегменте левого легкого. Клинических признаков нет. Состояние удовлетворительное. Врач рентгенолог направил больного в туберкулезный диспансер, где было рекомендовано наблюдение. Проанализируйте тактику врача.

5.Вы работаете участковым врачом в поликлинике, обслуживающей людей, проживающих на территории вблизи цементного завода, и знаете о высоком риске возникновения легочной патологии. Составьте план профилактических мероприятий.

6.Вы работаете врачом в терапевтическом стационаре. К Вам поступил больной с диагнозом «хронический бронхит». При рентгенологическом обследовании нет данных за злокачественный процесс. Однако, несмотря на проводимое лечение, состояние пациента не улучшается, появилась температура и в мокроте прожилки крови. Ваша тактика.

7.К невропатологу на прием обратилась женщина 57 лет с жалобами на боль в правом плече. Считает себя больной в течение месяца. Начало заболевания связывает с резким переохлаждением. Врач поставил диагноз «плексит» и назначил физиотерапевтическое лечение. Состояние больной ухудшилось, появилась температура, а, спустя несколько дней, врач диагностировал наличие триады Горнера. Несмотря на это он продолжил лечение. Проанализируйте действия врача нервопатолога.

8.В туберкулезный диспансер поступил больной с рентгенологической картиной милиарного туберкулеза. Было назначено соответствующее лечение, которое не дало эффекта. Что должен был заподозрить фтизиатр.

9.У больного при проведении бронхоскопии была обнаружена опухоль с эндобронхиальным ростом. Морфологически установлен мелкоклеточный рак. Определите тактику лечения.

10. Больной 83 лет, имеет выраженную сердечно-сосудистую патологию, диабет в стадии декомпенсации. При рентгенологическом исследовании выявлен центральный рак, занимающий сегмент. Составьте программу лечения.

11. Больной 56 лет, длительное время работал на стекольном производстве, курильщик. Наблюдается у терапевта по поводу хронического бронхита, ежегодно выполняется только флюорография. После очередного посещения врача через 2 месяца в мокроте появились прожилки крови, лечился самостоятельно. Состояние ухудшилось, появилась температура, слабость, резко похудел. При обращении к врачу выполнено рентгенологическое исследование легких и выявлен ателектаз доли. Поставлен диагноз центральный рак легкого. Проанализируйте наблюдение.

12. Составьте план обследования больного раком легкого.

13. У больного центральным раком легкого при медиастиноскопии установлено распространение процесса. Определите тактику лечения.

14. Составьте план лечения больного периферическим раком легкого. Какие основные параметры должен учесть онкоконсилиум?

15. Составьте план лечения больного мелкоклеточным раком легкого. Какие основные параметры должен учесть онкоконсилиум?

16. Больному 61 год. 3 года назад по поводу центрального рака легкого $T_1N_0M_0$ выполнена лобэктомия. От дальнейшего лечения отказался. В настоящее время предъявляет жалобы на головные боли. О чем должен подумать врач? Какие методы диагностики помогут?

17. Больному 41 год. Поступил в терапевтический стационар с жалобами на осиплость голоса, кашель, повышение температуры до 38ºС каждый вечер. Врач назначил рентгенографию легких и осмотр ЛОР врача. Выявлено, что имеется обширный процесс в правом легком, занимающий две доли. Что должен сделать терапевт и, каков план лечения данного пациента?

18. Вы работаете терапевтом в поликлинике и Вам надо составить медицинский бюллетень по профилактике рака легкого. Какие пункты необходимо внести?

19. В стационар поступил пациент с диагнозом туберкулома. На рентгенограмме очаг диаметром до 15см. Клинические проявления отсутствуют. Выполнена торакотомия, опухоль удалена в пределах сегментов. При интраоперационном морфологическом исследовании – картина рака. Хирург закончил операцию. Проанализируйте наблюдение. Какова дальнейшая тактика.

20. Больному 82 года, страдает ишемической болезнью сердца, диабетом. У него диагностирован периферический рак правого легкого. Очаг до 3см в диаметре. Опухоль верифицирована при трансторакальной биопсии. Данных за отдаленные метастазы нет. Ваша тактика и лечение.

РАК ЖЕЛУДКА

1. Больной 47 лет. Асфальтировщик, курит по пачке в день. Гастритический анамнез 11 лет. Пять лет назад при рентгенологическом обследовании обнаружены полипы желудка. Периодически обращался к терапевту поликлиники, но обследование не производилось. За последний год стала нарастать слабость, тошнота, снижение аппетита. Перечислите факторы риска. Необходимое обследование.

2. Больная 65 лет. Поступила в терапевтическое отделение с жалобами на боли за грудиной, слабость. При рентгенологическом обследовании желудка, проведенном по настоянию больной, обнаружена плоская язва в кардиальном отделе желудка. Между какими заболеваниями и как проводить дифференциальный диагноз?

3. Вы работаете цеховым врачом в локомотивном депо. Основной контингент составляют мужчины, имеющие контакт с горюче-смазочными материалами. Ваши действия по активному выявлению патологии желудка.

4. Больной 47 лет. Поступил в клинику с жалобами на периодические боли в подложечной области, тошноту, слабость. Язвенный анамнез 6 лет, периодические обострения. Наблюдался у гастролога поликлиники: ежегодно проводилось рентгенологическое обследование и противорецидивное лечение. За последний год боли стали менее интенсивными, но более постоянными. В клинике установлен диагноз: первично-язвенная форма рака и произведена резекция желудка Какие диагностические и тактические ошибки допущены врачом на амбулаторном этапе?

5. Больной 58 лет. 16 лет назад произведена резекция желудка по поводу язвенной болезни. В течение последних 3 лет из-за отсутствия жалоб у врача не наблюдался. Около года назад появилось чувство тяжести в эпигастральной области после еды, похудание. О каком заболевании можно думать? Тактика.

6. Больной 54 лет. Поступил в клинику с жалобами на затрудненное прохождение пищи по пищеводу, боли за грудиной, слюнотечение. Больным себя считает в течение 5 лет, когда появились затруднения при проглатывании твердой пищи. За последнее время похудел на 5 кг. Предварительный диагноз. Необходимое обследование больного.

7. Больная 42 лет. Поступила в клинику с жалобами на боли в подложечной области, тошноту. Работает маляром. При обследовании в клинике обнаружены три полипа в теле желудка III-IV типа, снижение кислотности желудочного содержимого. План дообследования. Тактика.

8. Больной 65 лет. Поступил с жалобами на боли в подложечной области, тошноту, слабость, потерю массы тела. Больной пониженного питания, живот увеличен в объеме за счет асцита, в эпигастральной области нечетко пальпируется опухолевидное образование. В надключичной области определяется плотный, малоподвижный узел диаметром до 3 см. Предварительный диагноз. Необходимое обследование для установления стадии заболевания.

9. Больная 32 лет. Поступила с жалобами на боли в подложечной области, тошноту. Гастритический анамнез 3 года, не лечилась. При эндоскопии желудка обнаружено 4 полипа I-II типа диаметром до 0,4см. Цитологически: цилиндрический эпителий, дисплазия средней степени. Ваша тактика.

10. Больной 51 года. Машинист тепловоза, обратился в поликлинику с жалобами на умеренные боли в области, чувство тяжести после приема пищи. При рентгенологическом обследовании: в области свода желудка на большой кривизне обнаружено опухолевидное образование диаметром до 4см. План обследования больного. Предварительный диагноз.

11. В процессе диспансерного наблюдения за больным анацидным гастритом при рентгенологическом обследовании в теле желудка обнаружен дефект наполнения с нечеткими контурами. Между какими заболеваниями и как проводить дифференциальный диагноз?

12. Больная 48 лет, проводница. Находится в терапевтическом отделении по поводу язвы желудка. Отмечает нерегулярное, несбалансированное питание, частое употребление алкоголя. После проведенного в течение 1,5 месяцев противоязвенного лечения язва уменьшилась в размере с 3см до 1,5см, имеется «вялая» эпителизация. При цитологическом исследовании цилиндрический эпителий с бурной пролиферацией. Какова Ваша тактика?

13. Больной 63 лет. Около 12 лет назад произведена резекция желудка по поводу полипоза. 6 месяцев назад появилось чувство тяжести в подложечной области, отрыжка «тухлым». При гастроскопии обнаружено, что культя больших размеров, по линии анастомоза имеются грубые папиллярные разрастания. В биоптате клетки рака. Необходимое дообследование. Тактика.

14. Больной 70 лет. Около 2 месяцев назад стал отмечать боли в области мечевидного отростка, тошноту. При гастроскопии с неоднократной биопсией установлен диагноз: склеротическая язва пожилых. Какое лечение показано больному?

15. Больная 30 лет. Оперирована в гинекологическом отделении по поводу предполагаемой кисты яичников. Во время операции обнаружена опухоль правого яичника, при гистологическом исследовании метастаз Крукенберга. Какое обследование необходимо провести больной?

16. Больной 38 лет. Поступил в экстренном порядке с клинической картиной желудочного кровотечения: трижды была рвота со сгустками крови, чёрный «дёгтеобразный» кал, слабость. Между какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

17. При эндоскопическом обследовании у больного с желудочным кровотечением установлено, что имеется опухоль антрального отдела диаметром до 5 см, с распадом. Кровотечение из опухоли продолжается. Ваша тактика?

18. В процессе обследования больного с выраженными явлениями дисфагии установлен диагноз рак кардиоэзофагеального отдела желудка. При лапараскопии установлены множественные метастазы в печени. Стадия заболевания. Тактика.

19. У больной 41 года. При обследовании в клинике установлен диагноз рак антрального отдела желудка. При лапароскопии обнаружены метастазы в печень. Ваша тактика.

20. В процессе клинического обследования и операции у больного диагностирована опухоль тела желудка, не прорастающая серозную оболочку, наличие множественных метастазов в регионарных лимфоузлах. Отдаленных метастазов не обнаружено. Стадия по TNM? Объём операции?

РАК ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

1. Больной 56 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в правой половине живота, похудание на 10 кг, слабость частый жидкий стул, повышение температуры до субфебрильных цифр. Больной бледен, живот не вздут, при пальпации мягкий болезненный в правой половине, там же определяется плотное опухолевидное образование размером 10х6см. Ваш диагноз? Какие исследования необходимо выполнить для его уточнения?

2. Больного 60 лет оперируют в экстренном порядке по поводу опухоли селезеночного угла ободочной кишки, вызвавшей острую кишечную непроходимость. С момента клинических проявления заболевания прошло 6 часов. Во время лапаротомии установлено, что опухоль не прорастает в соседние органы, подвижна. Видимых метастазов не обнаружено. Приводящая петля забита каловыми массами. Какую операцию следует выполнить?

3. У женщины 68 лет появились боли в левой половине живота, частый жидкий стул, повысилась температура тела. Больная госпитализирована в клинику инфекционных болезней, находилась на обследовании с диагнозом (энтерит). Выписана с улучшением. Боли в левой половине живота периодически беспокоили. При гинекологическом исследовании в малом тазу слева обнаружено опухолевидное образование. С подозрением на опухоль яичника госпитализирована в гинекологическое отделение и оперирована. Во время операции обнаружена опухоль сигмовидной кишки. Назовите диагностические ошибки.

4. Больной 53 года. Беспокоят запоры. Периодически возникают боли в животе, понос, вздутие кишечника. О каком заболевании следует думать?

5. Принятый через рот барий дошел до селезеночного угла ободочной кишки. Патологии не обнаружено Можно ли исключить рак ободочной кишки?

6. Больной 54 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, частый жидкий стул, похудание. При осмотре – бледен. Живот мягкий, в правой мезогастральной области определяется опухоль. Произведена ирригоскопия: найден дефект наполнения в восходящем отделе ободочной кишки. Ваш диагноз, предполагаемый объем оперативного вмешательства.

7. В экстренное хирургическое отделение поступил больной 64 лет с явлениями острой толстокишечной непроходимости, при лапаротомии в ректосигмоидном отделе циркулярная стенозирующая опухоль, прорастающая серозную оболочку. Вышерасположенные отделы толстой кишки заполнены каловыми массами, отдаленных метастазов нет. Какую операцию следует выполнить?

8.У больного 53 лет диагностирован рак восходящего отдела толстой кишки, анемия. При лапаротомии установлено, что опухоль размерами 8х4см, врастает в забрюшинное пространство, неподвижная, метастазы в правую долю печени. Какой объем оперативного вмешательства возможен у данного больного?

9.У больного 62 лет при лапаротомии выявлена опухоль сигмовидной кишки размером 4х3см, не прорастающая серозную оболочку, толстая кишка свободна от каловых масс, отдаленных метастазов нет. Какую операцию следует выполнить?

10. Больному произведена лапаротомия по поводу рака ободочной кишки. При ревизии; опухоль в нисходящем отделе 10х5см врастает в окружающие ткани, метастазы в регионарные лимфоузлы и печень. Укажите стадию заболевания.

11. Больному 60 лет произведена правосторонняя гемиколэктомия по поводу рака IIA стадии. Какой вид лечения следует добавить?

12. У больной 55 лет появилась слабость, недомогание, быстрая утомляемость, потеря сил и работоспособности, повышение температуры, бледность кожных покровов и прогрессирующая анемия. При обследовании выявлен рак восходящего отдела ободочной кишки. К какой форме клинического течения следует отнести этот случай?

13. Больной 60 лет предъявляет жалобы на чередование запоров с поносами, чувство распирания и вздутия кишечника, урчание в животе, наличие кровянисто-слизистых и слизисто-гнойных выделений из заднего прохода. Все вышеперечисленные симптомы сопровождаются болевым синдромом. Больному произведена ирригоскопия при которой выявлен рак нисходящего отдела толстой кишки. К какой форме клинического течения следует отнести это наблюдение?

14. Больной 70 лет жалуется на потерю аппетита, неприятные ощущения во рту, тошноту, отрыжку, срыгивание, периодическую рвоту, чувство тяжести и вздутия в эпигастральной области. Больному произведена колоноскопия при которой выявлена изъязвленная опухоль слепой кишки. К какой форме клинического течения следует отнести данный случай?

15. Больная 48 лет поступила в экстренное хирургическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в животе, усиленной перистальтикой, задержкой газов и стула. При обзорной рентгеноскопии органов брюшной полости выявлены раздутые петли кишечника с горизонтальными уровнями жидкости. С диагнозом острая кишечная непроходимость больная оперирована. При ревизии брюшной полости в сигмовидной кишке обнаружена стенозирующая опухоль, тонкая и толстая кишка раздуты. К какой форме клинического течения рака следует отнести это наблюдение?

16. Больную 70 лет в плановом порядке оперируют по поводу опухоли селезеночного угла ободочной кишки T2N0M0. Какую операцию следует выполнить?

17. Больного 65 лет в плановом порядке оперируют по поводу опухоли селезеночного угла ободочной кишки, без признаков кишечной непроходимости. При лапаротомии установлено, что опухоль неподвижная, врастает в забрюшинное пространство, кишечник свободен от каловых масс. Варианты оперативного вмешательства?

18. У больного 58 лет при пальпации живота в левой подвздошной области определяется опухоль, размерами 10х8см. Какой предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

19. Больному 45 лет произведена средне-срединная лапаротомия по поводу острого живота. При ревизии - имеется перфоративная опухоль восходящего отдела ободочной кишки, местный перитонит, отдаленных метастазов нет. Какое оперативное вмешательство показано больному?

20. Больному 45 лет. По поводу перфоративной опухоли восходящего отдела ободочной кишки, местного перитонита, произведена правосторонняя гемиколэктомия, колостомия, илеостомия. После операции прошло 3 месяца. Какое лечение следует провести больному?

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

1.Больной 50 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на выделение крови из прямой кишки во время акта дефекации, похудание, слабость. Осмотрен врачом, произведено пальцевое исследование прямой кишки, выявлен геморрой, при исследовании гемоглобин 10гр%. Поставлен диагноз: хронический геморрой, осложненный кровотечением. Больной оперирован. В послеоперационном периоде кровотечения из прямой кишки повторялись, на 10 сутки произведена ректороманоскопия – выявлена распадающаяся опухоль верхне-ампулярного отдела прямой кишки. Какая ошибка была допущена врачом в момент обследования больного?

2.Больной 47 лет обратился в хирургическое отделение с жалобами на гнойно-кровянистые выделения из прямой кишки и боли в области ануса. Врачом произведен наружный осмотр, поставлен диагноз – парапроктит. Произведено вскрытие парапроктита, выделилось небольшое количество серозно-геморрагического отделяемого. Рана длительно не заживала. В дальнейшем, при пальцевом исследовании прямой кишки обнаружена опухоль нижне-ампулярного отдела. Какая ошибка допущена врачом хирургического отделения?

3. Больная 67 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из прямой кишки, периодически возникающие боли внизу живота. При пальцевом исследовании прямой кишки на высоте 7-8 см определяется плотное, бугристое образование, циркулярно суживающее просвет кишки. Произведена ирригоскопия, установлено: протяженность суженного участка 10см, при морфологическом исследовании выявлен железистый рак. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения распространенности опухолевого процесса?

4. У больной 53 лет в течение 2 месяцев запоры, вздутие кишечника, однократно была кровь в кале. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. Как поступить?

5.Во время профилактического осмотра при пальцевом исследовании прямой кишки в нижне-ампулярном отделе обнаружена злокачественная опухоль размером 4х3см подвижная, проходимость сохранена. Какой вид лечения следует назначить больному?

6.Кроме открытых полостных операций при раке прямой кишки, какие еще применяют операционные методики?

7.В каких случаях выполняются сфинктеросохраняющие операции при раке прямой кишки?

8.Какие нарушения акта дефекации встречаются у лиц после сфинктеросохраняющих операций?

9. Какой наиболее перспективный метод лечения у больных раком прямой кишки?

10.Какую операцию следует выполнить у больного с неподвижной стенозирующей опухолью и с множественными метастазами в печень?

11. Что понимается под циторедуктивной операцией у больного раком прямой кишки с метастазами в печень?

12.Какие радикальные операции выполняются у больных раком прямой кишки?

13. У больного I стадия рака прямой кишки. Как это выразить клинически?

14. Какие минимальные исследования должны проводится у лиц с повышенным риском в отношении рака прямой кишки?

15 Пальцевое исследование прямой кишки у больных с локализацией рака в нижне-ампулярном и средне-ампулярном отделах позволяет определить.....

16. Во время профилактического осмотра при пальцевом исследовании прямой кишки у мужчины 58 лет в проекции предстательной железы обнаружена плотная, бугристая опухоль. Общее состояние удовлетворительное, дизурических расстройств нет. Осматриваемый считает себя здоровым. Ваша тактика.

17. Больной 55 лет, поступил в экстренное хирургическое отделение на второй день заболевания с жалобами на умеренные боли в левой половине живота, неотхождение газов и кала. Общее состояние относительно удовлетворительное, температура нормальная, пульс 84 удара в минуту, язык обложен, влажный. При осмотре живота обращает внимание на вздутие правой его половины. Напряжения мышц передней брюшной стенки нет. Перистальтика вялая. При пальцевом исследовании прямой кишки ампула пустая. При попытке поставить очистительную клизму жидкость изливается обратно. Ваш диагноз. Лечебная тактика.

18. Больной более 10 лет страдает геморроем. После долгого перерыва в кале стала появляться темная кровь. На основании жалоб врач подтвердил прежний диагноз. В чем ошибка?

19. У больного кровь в кале, вздутие кишечника, запоры. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. Тубус ректоскопа провести выше 15см не удалось. Осмотренная слизистая нормальная. Ваше заключение и тактика.

20. У больного 45 лет при обследовании в клинике поставлен диагноз: рак нижне-ампулярного отдела прямой кишки. Опухоль занимает менее половины окружности кишки, неподвижна. При пункции увеличенного лимфатического узла в паховой области доказан метастаз железистого рака. Лечебная тактика.

РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Больной 47 лет, шофёр, курит по пачке в день. 4 месяца назад возникла боль в левом подреберье. Периодически обращался к терапевту поликлиники, но обследование не производилось. За последний год стала нарастать слабость, тошнота, снижение аппетита. Перечислите факторы риска. Необходимое обследование.

2. Больная 65 лет. Поступила в терапевтическое отделение с жалобами на боли в верхней половине живота, похудание, слабость. При рентгенологическом обследовании желудка, проведенном по настоянию больной, обнаружено «вдавление» на заднюю стенку в теле желудка. Между какими заболеваниями и как проводить дифференциальный диагноз?

3. Вы работаете цеховым врачом в локомотивном депо. Основной контингент составляют курящие мужчины, имеющие контакт с горюче-смазочными материалами. Ваши действия по активному выявлению патологии поджелудочной железы.

4. Больной 47 лет. Поступил в клинику с жалобами на периодические боли в левом подреберье, «неустойчивый» стул, похудание слабость. В течение 6 лет страдает хроническим панкреатитом, периодические обострения. Наблюдался у гастролога поликлиники: ежегодно проводилось УЗ обследование поджелудочной железы и противорецидивное лечение. За последний год боли стали менее интенсивными, но более постоянными. В клинике установлен диагноз рак поджелудочной железы и произведена панкреатодуоденальная резекция. Какие диагностические и тактические ошибки допущены врачом на амбулаторном этапе?

5. Больной 65 лет. Поступил с жалобами на боли в подложечной области, тошноту, слабость, потерю массы тела, желтушность кожи. Больной пониженного питания, выражена желтушность кожи склер, живот увеличен в объеме за счет асцита, в эпигастральной области нечетко пальпируется опухолевидное образование. В правом подреберье пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь Предварительный диагноз. Необходимое обследование для установления стадии заболевания.

6. Больной 54 лет. Поступил в клинику инфекционных болезней с желтухой. При пальпации живота в правом подреберье определяется эластической консистенции, безболезненное, подвижное образование 8х6см. Предположительный диагноз. Тактика обследовавния.

7. У больного 59 лет, страдающего в течение 12 лет хроническим панкреатитом, появилась постоянная ноющая боль в эпигастральной области. Пациент за последний месяц похудел на 8 кг. Ваш диагноз. Назначьте обследование.

8. У больного 62 лет диагностирована метастатическая стадия рака головки поджелудочной железы, осложненного механической желтухой. Какой вариант лечения выбрать: а) лучевую терапию; б) хирургическое вмешательство; в) химиотерапию?

9.У больного 39 лет в хирургическом стационаре диагностирована опухоль тела поджелудочной железы. Во время хирургического вмешательства диагноз подтвержден: в теле и хвосте поджелудочной железы пальпаторно определяется плотная, бугристая опухоль, которую удалить технически не представляется возможным. Больной выписан с рекомендацией симптоматической терапии по месту жительства. По рекомендации МСЭ дана I группа инвалидности. Учитывая болевой синдром, назначены наркотики. В течение последующих 2 лет состояние больного существенно не менялось. Доза наркотических препаратов постепенно увеличивалась. Проведите анализ данного наблюдения.

10. Больной 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье, слабость, бессонницу, отсутствие аппетита, наличие желтухи в течение одного месяца. При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор её резко снижен, на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется овоидной формы эластической безболезненное образование, размером 12 х 18см. Кал ахоличен. Ваш диагноз? План обследования и тактика лечения.

11.У больного 66 лет во время операции по поводу острой кишечной непроходимости выявлена опухоль поджелудочной железы, прорастающая селезёночный угол поперечно-ободочной кишки и забрюшинное пространство. Ваша тактика.

12. У больного 72 лет рак головки поджелудочной железы, осложнившийся механической желтухой. При лапаротомии в брюшной полости обнаружено небольшое количество асцитической жидкости и увеличение лимфатических узлов по ходу аорты. Прорастания опухоли в соседние органы не выявлено. Ваша тактика.

13. Во время операции по поводу хронического калькулёзного холецистита обнаружена опухоль, локализующаяся в хвосте поджелудочной железы диаметром 3,5см не прорастающая окружающие ткани. Ваша тактика.

14. У больного 57 лет с IY клинической стадией рака поджелудочной железы выражен болевой синдром. Какой паллиативный метод лечения можно провести для его купирования?

15. Опухоль pancreas размером 5х6см, локализуется в теле. Признаков прорастания и метастазирования не выявлено. Какое лечение следует провести?

16.У больного в течение 7 месяцев отмечаются боли в левом подреберье, отсутствует аппетит. За этот период времени пациент похудел на 15 кг. Пальпаторно: в левом подреберье пальпируется опухоль размером 10х12см. Какой план обследования?

17.У больного неоперабельный рак поджелудочной железы. Общее состояние пациента удовлетворительное. Какое лечение следует провести?

18. Больной 58 лет, в течение 15 лет страдает хроническим панкреатитом. Обратился в поликлинику к невропатологу по поводу боли в поясничном отделе позвоночника, усиливающейся в положении на спине, особенно в ночное время. В течение последних двух месяцев у больного анорексия, жидкий стул, он похудел на 12 кг. О каком заболевании должен подумать врач? Почему?

19. У больного размер печени по Курлову: 19х15х12см. Бывает ли такое при раке поджелудочной железы?

20. Пациентка 67 лет, страдающая хроническим панкреатитом в течение 17 лет, в течение года очередной раз обратилась к сосудистому хирургу с жалобами на наличие гиперемии, болезненности в проекции подкожных вен нижних конечностей. О каком заболевании должен подумать врач? План обследования.

Приложение 2

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования **«Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации**
(ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского Минздрава России)

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И ОНКОЛОГИИ

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой факультетской хирургии и онкологии д.м.н., профессор
_____ С.В. Вертянкин
«11» апреля 2018 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

Дисциплина	**ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ**
Специальность	**31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**
Форма обучения	**очная**
Курс 6	**Семестр 11**

Составитель: к.м.н., доцент Евдокимов Г.М.

Одобрены на заседании учебно-методической конференции кафедры
протокол от 11.04.2018 г. № 7.

1. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Практическое занятие № 1, 2 , 3

Тема: Общие вопросы онкологии

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. вопросы канцерогенеза;
2. организация онкологической службы;
3. статистические методы исследований в онкологии;
4. принципы классификации злокачественных новообразований;
5. причины запущенности;
6. принципы активного поиска ранних форм рака;
7. факторы риска;
8. принципы диагностики;
9. принципы лечения злокачественных заболеваний;
10. методы профилактики рака злокачественных заболеваний;
11. диспансеризация и реабилитация.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. вопросы канцерогенеза;
2. статистические методы исследования в онкологии;
3. организация онкологической службы;
4. принципы классификации онкологических заболеваний;
5. факторы риска;
6. причины запущенности;
7. методы профилактики онкологических заболеваний;
8. методы диагностики (обследование больных с подозрением на рак);
9. принципы активного поиска ранних форм рака;
10. варианты лечения онкологических больных;
11. диспансеризация и реабилитация

Рекомендуемая литература.

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014	490
2	Онкология : учеб. пособие / под ред. П. В. Глыбочко. - М. : Академия, 2008. - 397[2] с.	143

Электронные источники

№	Издания
1	2

1	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / В.Г. Черенков. - 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
2	Онкология: учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
3	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
4	Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
5	Амбулаторно-поликлиническая онкология: руководство для врачей / Ш. Х. Ганцев и др. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
6	Лучевая терапия: учебник / под ред. Г. Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
7	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014 ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
8	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях: учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с. ЭБС Консультант студентаwww.studmedlib.ru

Дополнительная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях : учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с.	43
2	Онкология: прил. к учеб. на компакт-диске / под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. - [М.] : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - эл. опт. диск (CD-ROM).	17
3	Современное состояние проблемы диагностики и лечения рака легкого: учеб. пособие: ч.1 / [А. С. Толстокоров и др.]. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2016. - 68[2] с.	43

№ п/п	Сайты
1	www.rosoncoweb.ru
2	www.oncology.ru
3	www.cancer.ru

Практическое занятие № 4, 5, 6

Тема: Заболевания молочной железы.

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. актуальность;
2. особенности анатомии и физиологии молочной железы;
3. этиология, патогенез;
4. принципы классификации (гистологические и клинические формы);
5. факторы риска дисгормональных гиперплазий молочной железы;
6. клиника;
7. методы диагностики;
8. варианты лечения (показания к оперативному лечению);

9. принципы профилактики.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1.обследовать больных с подозрением на дисгормональные гиперплазии молочной железы и рак молочной железы;

2. собрать анамнез с учетом факторов риска;

3.анализировать данные обследования;

4.проводить дифференциальную диагностику;

5.провести анализ причин развития заболевания;

6.определить тактику лечения;

7.методы профилактики;

8.диспансеризация.

Рекомендуемая литература.

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014	490
2	Онкология : учеб. пособие / под ред. П. В. Глыбочко. - М. : Академия, 2008. - 397[2] с.	143

Электронные источники

№	Издания
1	2
1	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / В.Г. Черенков. - 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
2	Онкология: учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
3	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
4	Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
5	Амбулаторно-поликлиническая онкология: руководство для врачей / Ш. Х. Ганцев и др. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
6	Лучевая терапия: учебник / под ред. Г. Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
7	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014 ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
8	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях: учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с. ЭБС Консультант студентаwww.studmedlib.ru

Дополнительная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях : учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с.	43
2	Онкология: прил. к учеб. на компакт-диске / под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. - [М.] : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - эл. опт. диск (CD-ROM).	17
3	Современное состояние проблемы диагностики и лечения рака легкого: учеб. пособие: ч.1 / [А. С. Толстокоров и др.]. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2016. - 68[2] с.	43

№ п/п	Сайты
1	www.rosoncoweb.ru
2	www.oncology.ru
3	www.cancer.ru

Практическое занятие № 7, 8, 9

Тема: Рак щитовидной железы

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. актуальность;
2. принципы классификации;
3. причины запущенности;
4. принципы активного поиска ранних форм;
5. факторы риска;
6. методы диагностики;
7. осложнения течения заболевания;
8. принципы лечения;
9. методы профилактики;
10. диспансеризация.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. обследовать больных с подозрением на рак желудка;
2. собрать анамнез с учетом факторов риска;
3. анализировать данные обследования;
4. осложнения течения заболевания;
5. проводить дифференциальную диагностику;
6. провести анализ причин запущенности;
7. определить тактику лечения;
8. методы профилактики;
9. диспансеризация;

10. реабилитация.

Рекомендуемая литература.

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014	490
2	Онкология : учеб. пособие / под ред. П. В. Глыбочко. - М. : Академия, 2008. - 397[2] с.	143

Электронные источники

№	Издания
1	2
1	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / В.Г. Черенков. - 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
2	Онкология: учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
3	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
4	Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
5	Амбулаторно-поликлиническая онкология: руководство для врачей / Ш. Х. Ганцев и др. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
6	Лучевая терапия: учебник / под ред. Г. Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
7	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014 ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
8	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях: учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с. ЭБС Консультант студентаwww.studmedlib.ru

Дополнительная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях : учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с.	43
2	Онкология: прил. к учеб. на компакт-диске / под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. - [М.] : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - эл. опт. диск (CD-ROM).	17
3	Современное состояние проблемы диагностики и лечения рака легкого: учеб. пособие: ч.1 / [А. С. Толстокоров и др.]. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2016. - 68[2] с.	43

№ п/п	Сайты
1	www.rosoncoweb.ru
2	www.oncology.ru

3	www.cancer.ru

Практическое занятие № 10, 11, 12

Тема: Злокачественные опухоли кожи

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. актуальность;
2. принципы классификации;
3. причины запущенности;
4. принципы активного поиска ранних форм;
5. факторы риска;
6. методы диагностики;
7. осложнения течения заболевания;
8. принципы лечения;
9. методы профилактики;
10. диспансеризация.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. обследовать больных с подозрением на рак желудка;
2. собрать анамнез с учетом факторов риска;
3. анализировать данные обследования;
4. осложнения течения заболевания;
5. проводить дифференциальную диагностику;
6. провести анализ причин запущенности;
7. определить тактику лечения;
8. методы профилактики;
9. диспансеризация;
10. реабилитация.

Рекомендуемая литература.

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014	490
2	Онкология : учеб. пособие / под ред. П. В. Глыбочко. - М. : Академия, 2008. - 397[2] с.	143

Электронные источники

№	Издания

1	2
1	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / В.Г. Черенков. - 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
2	Онкология: учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
3	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
4	Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
5	Амбулаторно-поликлиническая онкология: руководство для врачей / Ш. Х. Ганцев и др. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
6	Лучевая терапия: учебник / под ред. Г. Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
7	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014 ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
8	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях: учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с. ЭБС Консультант студентаwww.studmedlib.ru

Дополнительная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях : учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с.	43
2	Онкология: прил. к учеб. на компакт-диске / под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. - [М.] : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - эл. опт. диск (CD-ROM).	17
3	Современное состояние проблемы диагностики и лечения рака легкого: учеб. пособие: ч.1 / [А. С. Толстокоров и др.]. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2016. - 68[2] с.	43

№ п/п	Сайты
1	www.rosoncoweb.ru
2	www.oncology.ru
3	www.cancer.ru

Практическое занятие № 13, 14, 15

Тема: Рак желудка

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. актуальность;
2. принципы классификации;
3. причины запущенности;
4. принципы активного поиска ранних форм;
5. факторы риска;
6. методы диагностики;

7. осложнения течения заболевания;

8. принципы лечения;

9. методы профилактики;

10. диспансеризация.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1.обследовать больных с подозрением на рак желудка;

2. собрать анамнез с учетом факторов риска;

3.анализировать данные обследования;

4.осложнения течения заболевания;

5.проводить дифференциальную диагностику;

6.провести анализ причин запущенности;

7.определить тактику лечения;

8.методы профилактики;

9.диспансеризация;

10. реабилитация.

Рекомендуемая литература.

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014	490
2	Онкология : учеб. пособие / под ред. П. В. Глыбочко. - М. : Академия, 2008. - 397[2] с.	143

Электронные источники

№	Издания
1	2
1	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / В.Г. Черенков. - 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
2	Онкология: учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
3	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
4	Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
5	Амбулаторно-поликлиническая онкология: руководство для врачей / Ш. Х. Ганцев и др. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
6	Лучевая терапия: учебник / под ред. Г. Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
7	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. –

	Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014 ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
8	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях: учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с. ЭБС Консультант студентаwww.studmedlib.ru

Дополнительная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях : учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с.	43
2	Онкология: прил. к учеб. на компакт-диске / под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. - [М.] : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - эл. опт. диск (CD-ROM).	17
3	Современное состояние проблемы диагностики и лечения рака легкого: учеб. пособие: ч.1 / [А. С. Толстокоров и др.]. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2016. - 68[2] с.	43

№ п/п	Сайты
1	www.rosoncoweb.ru
2	www.oncology.ru
3	www.cancer.ru

Практическое занятие № 16, 17, 18

Тема: Колоректальный рак

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. актуальность;
2. принципы классификации;
3. причины запущенности;
4. принципы активного поиска ранних форм;
5. факторы риска;
6. методы диагностики;
7. осложнения течения заболевания;
8. принципы лечения;
9. методы профилактики;
10. диспансеризация.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. обследовать больных с подозрением на рак желудка;
2. собрать анамнез с учетом факторов риска;
3. анализировать данные обследования;
4. осложнения течения заболевания;
5. проводить дифференциальную диагностику;

6.провести анализ причин запущенности;

7.определить тактику лечения;

8.методы профилактики;

9.диспансеризация;

11. реабилитация.

Рекомендуемая литература.

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014	490
2	Онкология : учеб. пособие / под ред. П. В. Глыбочко. - М. : Академия, 2008. - 397[2] с.	143

Электронные источники

№	Издания
1	2
1	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / В.Г. Черенков. - 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
2	Онкология: учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
3	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
4	Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
5	Амбулаторно-поликлиническая онкология: руководство для врачей / Ш. Х. Ганцев и др. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
6	Лучевая терапия: учебник / под ред. Г. Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
7	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014 ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
8	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях: учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с. ЭБС Консультант студентаwww.studmedlib.ru

Дополнительная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях : учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с.	43
2	Онкология: прил. к учеб. на компакт-диске / под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. - [М.] : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - эл. опт. диск (CD-ROM).	17

3	Современное состояние проблемы диагностики и лечения рака легкого: учеб. пособие: ч.1 / [А. С. Толстокоров и др.]. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2016. - 68[2] с.	43

№ п/п	Сайты
1	www.rosoncoweb.ru
2	www.oncology.ru
3	www.cancer.ru

Практическое занятие № 19, 20, 21

Тема: Рак поджелудочной железы

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. принципы классификации;
2. причины запущенности;
3. принципы активного поиска ранних форм ;
4. факторы риска;
5. методы диагностики;
6. осложнения течения заболевания (механическая желтуха; обтурация 12-ти п. к-ки);
7. принципы лечения;
8. методы профилактики;
9. диспансеризация.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1. обследовать больных с подозрением на рак поджелудочной железы;
2. собрать анамнез с учетом факторов риска;
3. анализировать данные обследования;
4. осложнения течения заболевания;
5. проводить дифференциальную диагностику;
6. провести анализ причин запущенности;
7. определить тактику лечения;
8. методы профилактики;
9. диспансеризация.

Рекомендуемая литература.

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014	490
2	Онкология : учеб. пособие / под ред. П. В. Глыбочко. - М. : Академия, 2008. - 397[2] с.	143

Электронные источники

№	Издания
1	2
1	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / В.Г. Черенков. - 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
2	Онкология: учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
3	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
4	Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
5	Амбулаторно-поликлиническая онкология: руководство для врачей / Ш. Х. Ганцев и др. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
6	Лучевая терапия: учебник / под ред. Г. Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
7	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014 ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
8	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях: учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с. ЭБС Консультант студентаwww.studmedlib.ru

Дополнительная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях : учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с.	43
2	Онкология: прил. к учеб. на компакт-диске / под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. - [М.] : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - эл. опт. диск (CD-ROM).	17
3	Современное состояние проблемы диагностики и лечения рака легкого: учеб. пособие: ч.1 / [А. С. Толстокоров и др.]. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2016. - 68[2] с.	43

№ п/п	Сайты
1	www.rosoncoweb.ru
2	www.oncology.ru
3	www.cancer.ru

Практическое занятие № 22, 23, 24

Тема: Рак легкого

Перечень рассматриваемых вопросов:

1. актуальность;
2. принципы классификации;
3. причины запущенности;
4. принципы активного поиска ранних форм;

5.факторы риска;

6.методы диагностики;

7.осложнения течения заболевания;

8.принципы лечения;

9.методы профилактики;

10. диспансеризация.

Вопросы для самоподготовки к освоению данной темы.

1.обследовать больных с подозрением на рак желудка;

2.собрать анамнез с учетом факторов риска;

3.анализировать данные обследования;

4.осложнения течения заболевания;

5.проводить дифференциальную диагностику;

6.провести анализ причин запущенности;

7.определить тактику лечения;

8.методы профилактики;

9.диспансеризация;

10. реабилитация.

Рекомендуемая литература.

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014	490
2	Онкология : учеб. пособие / под ред. П. В. Глыбочко. - М. : Академия, 2008. - 397[2] с.	143

Электронные источники

№	Издания
1	2
1	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / В.Г. Черенков. - 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
2	Онкология: учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
3	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
4	Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
5	Амбулаторно-поликлиническая онкология: руководство для врачей / Ш. Х. Ганцев и др. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru

6	Лучевая терапия: учебник / под ред. Г. Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
7	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014 ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
8	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях: учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с. ЭБС Консультант студентаwww.studmedlib.ru

Дополнительная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях : учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с.	43
2	Онкология: прил. к учеб. на компакт-диске / под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. - [М.] : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - эл. опт. диск (CD-ROM).	17
3	Современное состояние проблемы диагностики и лечения рака легкого: учеб. пособие: ч.1 / [А. С. Толстокоров и др.]. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2016. - 68[2] с.	43

№ п/п	Сайты
1	www.rosoncoweb.ru
2	www.oncology.ru
3	www.cancer.ru

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Основные цели самостоятельной работы обучающихся – освоение в полном объёме основной образовательной программы и последовательная выработка навыков эффективной самостоятельной профессиональной (практической и научно-теоретической) деятельности на уровне мировых стандартов. Самостоятельная работа обучающихся включает в себя: подготовку к лекциям, практическим занятиям, самостоятельную работу над отдельными темами в соответствии с учебно-тематическими планами; работу в студенческих научных кружках; участие в научной и научно-методической работе кафедры; участие в научных и научно-практических конференциях, семинарах, конгрессах.

Материально-техническое и информационно-техническое обеспечение самостоятельной работы обучающихся включает в себя: библиотеку с читальным залом, укомплектованную в соответствии с существующими нормами; медицинские учреждения в соответствии с заключенными договорами; аудитории для самоподготовки; учебную и учебно-методическую литературу.

Содержание внеаудиторной самостоятельной работы:

- для овладения знаниями: чтение текста учебника, дополнительной литературы; конспектирование текста; использование аудио- и видеозаписей, компьютерной техники и Интернета;
- для закрепления и систематизации знаний: работа с конспектом лекции; работа над учебным материалом; ответы на контрольные вопросы; подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции; подготовка рефератов, докладов;
- для формирования умений: решение задач; подготовка к деловым играм.

Контроль самостоятельной работы предусматривает: соотнесение содержания контроля с целями обучения. Формы контроля самостоятельной работы выбираются преподавателем: текущий контроль на основе оценки устного ответа на вопрос; решение ситуационных задач; конспект, выполненный по теме, изучаемой самостоятельно; тестирование; рейтинговая система оценки знаний студентов по блокам дисциплины; отчёт о научно-исследовательской работе; статья, тезисы, выступления и т.д.

Тема: Общие вопросы онкологии

Цель: подготовка студентов к самостоятельной работе.

Содержание: понятие о целях и задачах самостоятельной работы; определить план выполнения практической части; дать анализ приборов, устройств, тренажёров и т.п., необходимых для выполнения практического задания; объяснить последовательность выполнение приема и операций; изучить структуру действий, движений, необходимых для выполнения практических манипуляций; пояснить условия техники безопасности и правил организации рабочего места.

Методы и приемы: информационный (устное объяснение, рассказ), демонстрационный, эвристическая беседа, письменная инструкция.

Осмысление и систематизация полученных знаний и умений

Цель: систематизация и закрепление полученных на занятии знаний и умений, повышение уровня осмысления изученного материала, глубины его понимания, алгоритма практических манипуляций по образцу и измененных ситуациях.

В результате занятия

Студент должен знать: эпидемиологию, канцерогенез, факторы риска, организационные формы медицинского обследования населения**,** обязанности врача первого контакта, профилактику, клинико-морфологическую классификацию, варианты метастазирования, клинические проявления, инструментальные и лабораторные методы исследования, дифференциальную диагностику, принципы лечения, прогноз, диспансеризацию и реабилитацию больных с различными формами онкологических заболеваний.

Студент должен уметь: собрать жалобы, выяснить анамнез, оценить состояние больного, провести адекватное обследование, обобщить в комплексе полученные данные и правильно поставить диагноз, выбрать адекватное лечение; участвовать в работе онкоконсилиума.

Студент должен владеть: пальпацией органов брюшной полости; щитовидной и молочных желез; лимфатических узлов; исследованием per rectum; анализом результатов исследований (ФГДС; биопсии; лапароскопия; рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости; УЗИ; КТ; МРТ; КТ+ ПЭТ); определением тактики лечения конкретного больного.

Тема: Заболевания молочной железы

Цель: подготовка студентов к самостоятельной работе.

Содержание: понятие о целях и задачах самостоятельной работы; определить план выполнения практической части; дать анализ приборов, устройств, тренажёров и т.п., необходимых для выполнения практического задания; объяснить последовательность выполнение приема и операций; изучить структуру действий, движений, необходимых для выполнения практических манипуляций; пояснить условия техники безопасности и правил организации рабочего места.

Методы и приемы: информационный (устное объяснение, рассказ), демонстрационный, эвристическая беседа, письменная инструкция.

Осмысление и систематизация полученных знаний и умений

Цель: систематизация и закрепление полученных на занятии знаний и умений, повышение уровня осмысления изученного материала, глубины его понимания, алгоритма практических манипуляций по образцу и измененных ситуациях.

В результате занятия:

Студент должен знать: этиологию, патогенез, классификацию, клинические проявления, инструментальные и лабораторные методы исследования, дифференциальную диагностику, принципы лечения и диспансеризацию больных с различными формами дисгормональных гиперплазий (мастопатии) и рака молочной железы; эпидемиологию, факторы риска, семиотику и диагностику, клинико-морфологическую классификацию, методы обследования, дифференциальную диагностику, тактику лечения, прогноз.

Студент должен уметь: собрать жалобы, выяснить анамнез, оценить состояние больной, провести адекватное обследование, обобщить в комплексе полученные данные и правильно поставить диагноз, выбрать адекватное лечение; участвовать в работе онкоконсилиума.

Студент должен владеть: пальпацией молочных желез и региональных лимфатических узлов; анализом маммограмм; данных осмотра гинеколога; результатов исследований (функции печени; Rg ОГП; УЗИ молочной железы и региональных лимфатических узлов, ОМТ, ОБП, надпочечников; биопсии; КТ; МРТ; КТ+ ПЭТ), определением тактики лечения конкретной больной.

Тема: Рак щитовидной железы

Цель: подготовка студентов к самостоятельной работе.

Содержание: понятие о целях и задачах самостоятельной работы; определить план выполнения практической части; дать анализ приборов, устройств, тренажёров и т.п., необходимых для выполнения практического задания; объяснить последовательность выполнение приема и операций; изучить структуру действий, движений, необходимых для выполнения практических манипуляций; пояснить условия техники безопасности и правил организации рабочего места.

Методы и приемы: информационный (устное объяснение, рассказ), демонстрационный, эвристическая беседа, письменная инструкция.

Осмысление и систематизация полученных знаний и умений

Цель: систематизация и закрепление полученных на занятии знаний и умений, повышение уровня осмысления изученного материала, глубины его понимания, алгоритма практических манипуляций по образцу и измененных ситуациях.

В результате занятия:

Студент должен знать: этиологию и патогенез, классификацию, клинические проявления, инструментальные и лабораторные методы исследования, дифференциальную диагностику, принципы лечения и диспансеризацию больных с различными формами рака щитовидной железы; эпидемиологию, факторы риска, семиотику и диагностику рака щитовидной железы, клинико-морфологическую классификацию, методы обследования, дифференциальную диагностику, варианты метастазирования, тактику лечения, прогноз.

Студент должен уметь: собрать жалобы, выяснить анамнез, оценить состояние больного, провести адекватное обследование, обобщить в комплексе полученные данные и правильно поставить диагноз, выбрать адекватное лечение; участвовать в работе онкоконсилиума.

Студент должен владеть: пальпацией щитовидной железы; органов брюшной полости; исследованием «per rectum»; анализом Rg-исследования пищевода; результатов исследований (УЗИ щитовидной железы; регионарных л/узлов; биопсии; радиоизотопного исследования щитовидной железы; Rg ОГП; КТ; МРТ; КТ+ ПЭТ; онкомаркеров - кальциотонин); определением тактики лечения конкретного больного.

Тема: Злокачественные опухоли кожи

Цель: подготовка студентов к самостоятельной работе.

Содержание: понятие о целях и задачах самостоятельной работы; определить план выполнения практической части; дать анализ приборов, устройств, тренажёров и т.п., необходимых для выполнения практического задания; объяснить последовательность выполнение приема и операций; изучить структуру действий, движений, необходимых для выполнения практических манипуляций; пояснить условия техники безопасности и правил организации рабочего места.

Методы и приемы: информационный (устное объяснение, рассказ), демонстрационный, эвристическая беседа, письменная инструкция.

Осмысление и систематизация полученных знаний и умений

Цель: систематизация и закрепление полученных на занятии знаний и умений, повышение уровня осмысления изученного материала, глубины его понимания, алгоритма практических манипуляций по образцу и измененных ситуациях.

В результате занятия:

Студент должен знать: этиологию и патогенез, классификацию, клинические проявления, инструментальные и лабораторные методы исследования, дифференциальную диагностику, принципы лечения и диспансеризацию больных с различными формами рака кожи; эпидемиологию, факторы риска, семиотику и диагностику рака кожи, клинико-морфологическую классификацию, методы обследования, дифференциальную диагностику, варианты метастазирования, тактику лечения, прогноз.

Студент должен уметь: собрать жалобы, выяснить анамнез, оценить состояние больного, провести адекватное обследование, обобщить в комплексе полученные данные и правильно поставить диагноз, выбрать адекватное лечение; участвовать в работе онкоконсилиума.

Студент должен владеть: правилами осмотра н/образований кожи и слизистых оболочек; пальпацией органов брюшной полости; щитовидной и молочной железы; лимфатических узлов; анализом Rg-исследования ОГП; результатов исследований биопсии; УЗИ н/обрзования кожи, регионарных л/узлов; ОБП; КТ; МРТ; КТ+ ПЭТ) определением тактики лечения конкретного больного.

Тема: Рак желудка

Содержание: понятие о целях и задачах самостоятельной работы; определить план выполнения практической части; дать анализ приборов, устройств, тренажёров и т.п., необходимых для выполнения практического задания; объяснить последовательность выполнение приема и операций; изучить структуру действий, движений, необходимых для выполнения практических манипуляций; пояснить условия техники безопасности и правил организации рабочего места.

Методы и приемы: информационный (устное объяснение, рассказ), демонстрационный, эвристическая беседа, письменная инструкция.

Осмысление и систематизация полученных знаний и умений

Цель: систематизация и закрепление полученных на занятии знаний и умений, повышение уровня осмысления изученного материала, глубины его понимания, алгоритма практических манипуляций по образцу и измененных ситуациях.

В результате занятия:

Студент должен знать: этиологию и патогенез, классификацию, клинические проявления, инструментальные и лабораторные методы исследования, дифференциальную диагностику, принципы лечения и диспансеризацию больных с различными формами рака желудка; эпидемиологию, факторы риска, семиотику и диагностику рака желудка, клинико-морфологическую классификацию, методы обследования, дифференциальную диагностику, варианты метастазирования, тактику лечения, прогноз, реабилитацию.

Студент должен уметь: собрать жалобы, выяснить анамнез, оценить состояние больного(ой), провести адекватное обследование, обобщить в комплексе полученные данные и правильно поставить диагноз, выбрать адекватное лечение; участвовать в работе онкоконсилиума.

Студент должен владеть: пальпацией органов брюшной полости; исследованием «per rectum»; анализом Rg-исследования пищевода, желудка, 12-ти п. к.; ободочной и прямой кишки; результатов исследований (ФГДС; биопсии; LS; УЗИ ОБП; КТ; МРТ; КТ+ ПЭТ) ; определением тактики лечения конкретного больного.

Тема: Колоректальный рак

Цель: подготовка студентов к самостоятельной работе.

Содержание: понятие о целях и задачах самостоятельной работы; определить план выполнения практической части; дать анализ приборов, устройств, тренажёров и т.п., необходимых для выполнения практического задания; объяснить последовательность выполнение приема и операций; изучить структуру действий, движений, необходимых для выполнения практических манипуляций; пояснить условия техники безопасности и правил организации рабочего места.

Методы и приемы: информационный (устное объяснение, рассказ), демонстрационный, эвристическая беседа, письменная инструкция.

Осмысление и систематизация полученных знаний и умений

Цель: систематизация и закрепление полученных на занятии знаний и умений, повышение уровня осмысления изученного материала, глубины его понимания, алгоритма практических манипуляций по образцу и измененных ситуациях.

В результате занятия:

Студент должен знать: этиологию и патогенез, классификацию, клинические проявления, инструментальные и лабораторные методы исследования, дифференциальную диагностику, принципы лечения и диспансеризацию больных с различными формами рака ободочной и прямой кишки; эпидемиологию, факторы риска, семиотику и диагностику рака ободочной и прямой кишки, клинико-морфологическую классификацию, методы обследования, дифференциальную диагностику, варианты метастазирования, тактику лечения, прогноз; диспансеризацию; реабилитацию стомированных пациентов.

Студент должен уметь: собрать жалобы, выяснить анамнез, оценить состояние больного, провести адекватное обследование, обобщить в комплексе полученные данные и правильно поставить диагноз, выбрать адекватное лечение; участвовать в работе онкоконсилиума.

Студент должен владеть: пальпацией органов брюшной полости; исследованием per rectum; анализом Rg-исследования пищевода, желудка, 12-ти п. к.; ободочной и прямой кишки; результатов исследований (RRS; колоноскопии; ФГДС; биопсии; ирригоскопии; LS; Rg ОГП; УЗИ ОБП; КТ; МРТ; КТ+ ПЭТ); определением тактики лечения конкретного больного.

Тема: Рак поджелудочной железы

Цель: подготовка студентов к самостоятельной работе.

Содержание: понятие о целях и задачах самостоятельной работы; определить план выполнения практической части; дать анализ приборов, устройств, тренажёров и т.п., необходимых для выполнения практического задания; объяснить последовательность выполнение приема и операций; изучить структуру действий, движений, необходимых для выполнения практических манипуляций; пояснить условия техники безопасности и правил организации рабочего места.

Методы и приемы: информационный (устное объяснение, рассказ), демонстрационный, эвристическая беседа, письменная инструкция.

Осмысление и систематизация полученных знаний и умений

Цель: систематизация и закрепление полученных на занятии знаний и умений, повышение уровня осмысления изученного материала, глубины его понимания, алгоритма практических манипуляций по образцу и измененных ситуациях.

В результате занятия:

Студент должен знать: этиологию и патогенез, классификацию, клинические проявления, инструментальные и лабораторные методы исследования, дифференциальную диагностику, принципы лечения и диспансеризацию больных с различными формами рака поджелудочной железы; эпидемиологию, факторы риска, семиотику и диагностику рака поджелудочной железы, клинико-морфологическую классификацию, методы обследования, дифференциальную диагностику, варианты метастазирования, тактику лечения (показания для выполнения биллидигистивных операций), прогноз.

Студент должен уметь: собрать жалобы, выяснить анамнез, оценить состояние больного, провести адекватное обследование, обобщить в комплексе полученные данные и правильно поставить диагноз, выбрать адекватное лечение; участвовать в работе онкоконсилиума.

Студент должен владеть: пальпацией органов брюшной полости; исследованием «per rectum»; анализом Rg-исследования пищевода, желудка, 12-ти п.к.; ободочной и прямой кишки; результатов исследований (RRS; колоноскопии; ФГДС; биопсии; ирригоскопии; лапароскопии; ретроградной

панкреатохолангиографии; УЗИ ОБП; КТ; МРТ; КТ+ ПЭТ; онкомаркеров СА-19-9, СЕА, СА-50; биохимических показателей крови); определением тактики лечения конкретного больного.

Тема: Рак легкого

Цель: подготовка студентов к самостоятельной работе.

Содержание: понятие о целях и задачах самостоятельной работы; определить план выполнения практической части; дать анализ приборов, устройств, тренажёров и т.п., необходимых для выполнения практического задания; объяснить последовательность выполнение приема и операций; изучить структуру действий, движений, необходимых для выполнения практических манипуляций; пояснить условия техники безопасности и правил организации рабочего места.

Методы и приемы: информационный (устное объяснение, рассказ), демонстрационный, эвристическая беседа, письменная инструкция.

Осмысление и систематизация полученных знаний и умений

Цель: систематизация и закрепление полученных на занятии знаний и умений, повышение уровня осмысления изученного материала, глубины его понимания, алгоритма практических манипуляций по образцу и измененных ситуациях.

В результате занятия:

Студент должен знать: этиологию и патогенез, классификацию, клинические проявления, инструментальные и лабораторные методы исследования, дифференциальную диагностику, принципы лечения и диспансеризацию больных с различными формами рака легкого; эпидемиологию, факторы риска, семиотику и диагностику рака легкого, клинико-морфологическую классификацию, методы обследования, дифференциальную диагностику, варианты метастазирования, тактику лечения, прогноз.

Студент должен уметь: собрать жалобы, выяснить анамнез, оценить состояние больного, провести адекватное обследование, обобщить в комплексе полученные данные и правильно поставить диагноз, выбрать адекватное лечение; участвовать в работе онкоконсилиума.

Студент должен владеть: аускультацией и перкуссией ОГП; пальпацией органов брюшной полости; лимфатических узлов; анализом Rg-исследования ОГП, результатов бронхоскопии, торакоскопии; медиастиноскопии; биопсии; спирометрии; УЗИ ОБП; КТ; МРТ; КТ+ ПЭТ;) ; определением тактики лечения конкретного больного.

Рекомендуемая литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014	490

2	Онкология : учеб. пособие / под ред. П. В. Глыбочко. - М. : Академия, 2008. - 397[2] с.	143

Электронные источники

№	Издания
1	2
1	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / В.Г. Черенков. - 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
2	Онкология: учебник / под общей ред. С. Б. Петерсона. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
3	Онкология [Электронный ресурс]: учебник / Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
4	Клиническая онкология. Избранные лекции: учебное пособие. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 496 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
5	Амбулаторно-поликлиническая онкология: руководство для врачей / Ш. Х. Ганцев и др. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 448 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
6	Лучевая терапия: учебник / под ред. Г. Е. Труфанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с.: ил. ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
7	Вертянкин С. В. и др. Тесты и ситуационные задачи по онкологии: учеб. пособие. – Саратов: Изд-во Сарат. мед. ун-та, 2014 ЭБС Консультант студента www.studmedlib.ru
8	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях: учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с. ЭБС Консультант студентаwww.studmedlib.ru

Дополнительная литература

Печатные источники:

№	Издания	Количество экземпляров в библиотеке
1	2	3
1	Диагностика и тактика при онкологических заболеваниях : учеб. пособие / С. В. Вертянкин. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2017. - 121 с.	43
2	Онкология: прил. к учеб. на компакт-диске / под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. - [М.] : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - эл. опт. диск (CD-ROM).	17
3	Современное состояние проблемы диагностики и лечения рака легкого: учеб. пособие: ч.1 / [А. С. Толстокоров и др.]. - Саратов: Изд-во Сарат. гос. мед. ун-та, 2016. - 68[2] с.	43

№ п/п	Сайты
1	www.rosoncoweb.ru
2	www.oncology.ru
3	www.cancer.ru

Приложение 3

Сведения о материально-техническом обеспечении,
необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине
«ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ»

№ п/п	Адрес (местоположение) здания, строения, сооружения, помещения	Собственность или оперативное управление, хозяйственное ведение, аренда, субаренда, безвозмездное пользование	Наименование дисциплины	Назначение оснащенных зданий, сооружений, помещений*, территорий с указанием площади (кв.м.)	Наименование оборудованных учебных кабинетов, объектов для проведения практических, объектов физической культуры и спорта	Наименование объекта	Инвентарный номер
1.	г. Саратов, ул. 1-ый Станционный проезд д.7. НУЗ ДКБ на ст. Саратов 2 ОАО РЖД	Оперативное управление	Онкология, лучевая терапия	Учебная комната 32 м^2 18 мест	Учебная комната № 1	Стол учебный Стулья	130000000000842
2.	г. Саратов, ул. 1-ый Станционный проезд д.7. НУЗ ДКБ на ст. Саратов 2 ОАО РЖД	Оперативное управление	Онкология, лучевая терапия	Учебная комната 22 м^2 14 мест	Учебная комната № 2	Стол учебный Стулья Кресло	 130000000000842 000000000004436
3.	г. Саратов, ул. 1-ый Станционный проезд д.7. НУЗ ДКБ на ст. Саратов 2 ОАО РЖД	Оперативное управление	Онкология, лучевая терапия	Учебная комната 20 м^2 12 мест	Учебная комната № 3	Системный блок Celeron 24\256Md\80Gd\CD\SVGA 128Md\net\fdd\kd\mouse Монитор Принтер HP Laserjet 1160 Источник бесперебойного питания UPS APC Back CS 500EI USB Стол 2-х тумбовый Стулья Шкаф 2-х створчатый	000000619990415 000000001383440 000000619990321 000000000003721 130000000000842
4.	г. Саратов, ул. 1-ый Станционный проезд д.7.	Оперативное управление	Онкология, лучевая терапия	Учебная комната 20 м^2 12 мест	Учебная комната № 4	Шкаф 2-х створчатый Стол учебный Стулья	 130000000000842

	НУЗ ДКБ на ст. Саратов 2 ОАО РЖД						
5.	г. Саратов, ул. 1-ый Станционный проезд д.7. НУЗ ДКБ на ст. Саратов 2 ОАО РЖД	Оперативное управление	Онкология, лучевая терапия	Учебная комната 20 м^2	Кабинет зав. кафедрой проф. Вертянкина С.В	Стол учебный Стулья Кресло Диван Шкаф металлический	130000000000842 000000000004436 000000000003719 130000000000840
6.	г. Саратов, ул. 1-ый Станционный проезд д.7. НУЗ ДКБ на ст. Саратов 2 ОАО РЖД	Оперативное управление	Онкология, лучевая терапия	Учебная комната 10 м^2	Кабинет проф. Конопацковой О.М. Учебная комната	Стол учебный Стулья Кресло Фотоаппарат Nikon Холодильник Лампа настольная дневного света	130000000000842 000000619990732 000000001380344 120000000000143
7.	г. Саратов, ул. 1-ый Станционный проезд д.7. НУЗ ДКБ на ст. Саратов 2 ОАО РЖД	Оперативное управление	Онкология, лучевая терапия	Учебные 120 м^2 150 мест	Аудитория	Киноэкран Стол учебный Стулья	120000000002104 130000000000842
8.	г. Саратов, ул. 1-ый Станционный проезд д.7. НУЗ ДКБ на ст. Саратов 2 ОАО РЖД	Оперативное управление	Онкология, лучевая терапия	30 м^2	Гардероб		

** (учебные, учебно-лабораторные, административные, подсобные, помещения для занятия физической культурой и спортом, для обеспечения обучающихся и сотрудников питанием и медицинским обслуживанием, иное)*

Приложение 4

Сведения о кадровом обеспечении,
необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине
«ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ»

ФИО	Условия привлечения штатный, внутренний совместитель, внешний совместитель, по договору	Занимаемая должность, ученая степень/ ученое звание	Перечень преподаваемых дисциплин согласно учебному плану	Образование (какое образовательное учреждение профессионального образования окончил, год)	Уровень образования, наименование специальности по диплому, наименование присвоенной квалификации	Объем учебной нагрузки по дисциплине (доля ставки)	Сведения о дополнительном профессиональном образовании, год		Общий стаж работы	Стаж практической работы по профилю образовательной программы в профильных организациях с указанием периода работы и должности
1	2	3	4	5	6	7	Спец 8	Пед 9	10	11
Вертянкин Сергей Викторович	штатный работник	Заведующий кафедрой, доцент, доктор медицинских наук	Онкология, лучевая терапия	СГМУ 1993	высшее Лечебное дело, врач	0,1	ПК Хирургия 2018 Онкология 2018	Методика преподавания в вузе 2016	23	19
Конопацкова Ольга Михайловна	штатный работник	Профессор, профессор, доктор медицинских наук	Онкология, лучевая терапия	СМИ 1976	высшее Лечебное дело, врач	1,0	ПК Онкология 2014 Хирургия 2016	Методика преподавания в вузе 2017	38	38
Темников Александр Иванович	штатный работник	Профессор, профессор, доктор медицинских наук	Онкология, лучевая терапия	СМИ 1966	высшее Педиатрия, врач	0,1	ПК Хирургия 2016 Колопроктология 2015	Методика преподавания в вузе 2016	47	44
Евдокимов	штатный	Доцент,	Онкология,		высшее	0,9	ПК	Методика		

Гермоген Михайлович	работник	доцент, кандидат медицинских наук	лучевая терапия	СМИ 1980	Лечебное дело, врач		Хирургия 2015 Онкология 2014	препода вания в вузе 2015	41	35
Сидоров Игорь Николаевич	штатный работник	Ассистент. кандидат медицинских наук	Онкология, лучевая терапия	СМИ 1969	высшее Лечебное дело, врач	0,75	ПК Хирургия 2017 Онкология 2015	Методика препода вания в вузе 2015	45	37
Макиенко Анна Анатольевна	Внутренний совместитель	Ассистент	Онкология, лучевая терапия	СГМУ 2009	высшее Лечебное дело, врач	0,2	ПК Хирургия 2016 Онкология 2016	Методика препода вания в вузе 2017	5	3

1. Общее количество научно-педагогических работников, реализующих дисциплину – 6 человек.
2. Общее количество ставок, занимаемых научно-педагогическими работниками, реализующими дисциплину – 3,05 ст.