

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

Обнинский институт атомной энергетики –

филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

(ИАТЭ НИЯУ МИФИ)

ОТДЕЛЕНИЕ БИОТЕХНОЛОГИЙ

Одобрено на заседании
УМС ИАТЭ НИЯУ МИФИ
Протокол № 23.8 от 28.08.2023 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине**

ОНКОЛОГИЯ

для магистров направления подготовки

03.04.02 Физика

образовательная программа

«Инновационные технологии в ядерной медицине»

Форма обучения: очная

г. Обнинск 2023 г.

Область применения

Фонд оценочных средств (ФОС) – является обязательным приложением к рабочей программе дисциплины и обеспечивает проверку освоения планируемых результатов обучения (компетенций и их индикаторов) посредством мероприятий текущей и промежуточной аттестации по дисциплине.

Цели и задачи фонда оценочных средств

Целью Фонда оценочных средств является установление соответствия уровня подготовки обучающихся требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Для достижения поставленной цели Фондом оценочных средств по дисциплине решаются следующие задачи:

- контроль и управление процессом приобретения обучающимися знаний, умений и навыков, предусмотренных в рамках данной дисциплины;
- контроль и оценка степени освоения компетенций, предусмотренных в рамках данной дисциплины;
- обеспечение соответствия результатов обучения задачам будущей профессиональной деятельности через совершенствование традиционных и внедрение инновационных методов обучения в образовательный процесс в рамках данной дисциплины.

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине, соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы

1.1. В результате освоения ООП магистратуры обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине:

Коды компетенций	Наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения компетенции
ОПК-4	Способен определять сферу внедрения результатов научных исследований в области своей профессиональной деятельности	З-ОПК-4 – Знать: основные этапы внедрения результатов научных исследований в области своей профессиональной деятельности. У-ОПК-4 – Уметь: проводить анализ потенциальных сфер внедрения результатов научных исследований в области своей профессиональной деятельности. В-ОПК-4 – Владеть: навыками апробации результатов научных исследований.

1.2. Этапы формирования компетенций в процессе освоения ОП магистратуры

Компоненты компетенций, как правило, формируются при изучении нескольких дисциплин, а также в немалой степени в процессе прохождения практик, НИР и во время самостоятельной работы обучающегося. Выполнение и защита ВКР являются видом учебной деятельности, который завершает процесс формирования компетенций.

Этапы формирования компетенции в процессе освоения дисциплины:

- **начальный** этап – на этом этапе формируются знаниевые и инструментальные основы компетенции, осваиваются основные категории, формируются базовые умения. Студент воспроизводит термины, факты, методы, понятия, принципы и правила; решает учебные задачи по образцу;
- **основной** этап – знания, умения, навыки, обеспечивающие формирование компетенции, значительно возрастают, но еще не достигают итоговых значений. На этом этапе студент осваивает аналитические действия с предметными знаниями по дисциплине, способен самостоятельно решать учебные задачи, внося коррективы в алгоритм действий, осуществляя коррекцию в ходе работы, переносит знания и умения на новые условия;
- **завершающий** этап – на этом этапе студент достигает итоговых показателей по заявленной компетенции, то есть осваивает весь необходимый объем знаний, овладевает всеми умениями и навыками в сфере заявленной компетенции. Он способен использовать эти знания, умения, навыки при решении задач повышенной сложности и в нестандартных условиях.

Этапы формирования компетенций в ходе освоения дисциплины отражаются в тематическом плане (см. РПД).

1.3. Связь между формируемыми компетенциями и формами контроля их освоения

№ п/п	Контролируемые разделы дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка	Наименование оценочного средства
--------------	---	--	---

1.	Общая онкология	ОПК-4 - способен определять сферу внедрения результатов научных исследований в области своей профессиональной деятельности	– собеседование (устный опрос) – реферат – тестирование на компьютере – кейс-задача – доклад с презентацией
2.	Частная онкология	ОПК-4 - способен определять сферу внедрения результатов научных исследований в области своей профессиональной деятельности	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - контрольная работа - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
Промежуточная аттестация			
	Экзамен	ОПК-4 - способен определять сферу внедрения результатов научных исследований в области своей профессиональной деятельности	- собеседование (устный опрос) - кейс-задача

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Конечными результатами освоения программы дисциплины являются сформированные когнитивные дескрипторы «знать», «уметь», «владеть», расписанные по отдельным компетенциям, которые приведены в п.1.1. Формирование этих дескрипторов происходит в процессе изучения дисциплины по этапам в рамках различного вида учебных занятий и самостоятельной работы.

Выделяются три уровня сформированности компетенций на каждом этапе: пороговый, продвинутый и высокий.

Уровни	Содержательное описание уровня	Основные признаки выделения уровня	БРС, % освоения	ECTS/Пятибалльная шкала для оценки экзамена/зачета
Высокий Все виды компетенций сформированы на высоком уровне в соответствии с целями и задачами дисциплины	Творческая деятельность	Включает нижестоящий уровень. Студент демонстрирует свободное обладание компетенциями, способен применить их в нестандартных ситуациях: показывает умение самостоятельно принимать решение, решать проблему/задачу теоретического или прикладного характера на основе изученных методов, приемов, технологий	90-100	A/ Отлично/Зачтено
Продвинутый Все виды компетенций сформированы на продвинутом уровне в соответствии с целями и задачами дисциплины	Применение знаний и умений в более широких контекстах учебной и профессиональной деятельности, нежели по образцу, большей долей самостоятельности и инициативы	Включает нижестоящий уровень. Студент может доказать владение компетенциями: демонстрирует способность собирать, систематизировать, анализировать и грамотно использовать информацию из самостоятельно найденных теоретических источников и иллюстрировать ими теоретические положения или обосновывать практику применения.	85-89	B/ Очень хорошо/ Зачтено
			75-84	C/ Хорошо/Зачтено
Пороговый Все виды компетенций сформированы на пороговом уровне	Репродуктивная деятельность	Студент демонстрирует владение компетенциями в стандартных ситуациях: излагает в пределах задач курса теоретически и практически контролируемый	65-74	D/Удовлетворительно/ Зачтено
			60-64	E/Посредственно /Зачтено

		материал.		
Ниже порогового	Отсутствие признаков порогового уровня: компетенции не сформированы. Студент не в состоянии продемонстрировать обладание компетенциями в стандартных ситуациях.		0-59	Неудовлетворительно/ Зачтено

Оценивание результатов обучения студентов по дисциплине осуществляется по регламенту текущего контроля и промежуточной аттестации.

Критерии оценивания компетенций на каждом этапе изучения дисциплины для каждого вида оценочного средства и приводятся в п. 4 ФОС. Итоговый уровень сформированности компетенции при изучении дисциплины определяется по таблице. При этом следует понимать, что граница между уровнями для конкретных результатов освоения образовательной программы может смещаться.

Уровень сформированности компетенции	Текущий контроль	Промежуточная аттестация
высокий	высокий	высокий
	<i>продвинутый</i>	<i>высокий</i>
	<i>высокий</i>	<i>продвинутый</i>
продвинутый	<i>пороговый</i>	<i>высокий</i>
	<i>высокий</i>	<i>пороговый</i>
	продвинутый	продвинутый
	<i>продвинутый</i>	<i>пороговый</i>
	<i>пороговый</i>	<i>продвинутый</i>
пороговый	пороговый	пороговый
ниже порогового	пороговый	ниже порогового
	ниже порогового	-

3. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Рейтинговая оценка знаний является интегральным показателем качества теоретических и практических знаний и навыков студентов по дисциплине и складывается из оценок, полученных в ходе текущего контроля и промежуточной аттестации.

Текущий контроль в семестре проводится с целью обеспечения своевременной обратной связи, для коррекции обучения, активизации самостоятельной работы студентов.

Промежуточная аттестация предназначена для объективного подтверждения и оценивания достигнутых результатов обучения после завершения изучения дисциплины.

Текущий контроль осуществляется два раза в семестр: контрольная точка №1 (КТ №1) оценивается по итогам клинических практических заданий и контрольная точка №2 (КТ №2) по итогам самостоятельной работы и усвоения лекционного материала.

Результаты текущего контроля и промежуточной аттестации подводятся по шкале балльно-рейтинговой системы.

Вид контроля	Этап рейтинговой системы / Оценочное средство	Балл*	
		Минимум	Максимум
Текущий	Контрольная точка № 1 (КТ № 1)	0	30
	собеседование (устный опрос)	0	10
	тестирование на компьютере	0	5
	решение ситуационных задач (кейс-задача)	0	10
	контрольные работы	0	5
	Контрольная точка № 2 (КТ № 2)	0	30
	Написание академической истории болезни	0	15
	Доклад с мультимедиа презентацией	0	10
	Реферат	0	5
Промежуточный	Экзамен	0	40
Итоговый балл (при условии положительной аттестации освоения дисциплины)		60	100

*рассчитывается по формуле «балл» = средняя оценка примененного оценочного средства по 100-балльной шкале умноженное на максимальное значение в баллах для данного средства разделенное на 100, при условии округления результата до целочисленного.

Система и критерии оценки знаний, обучающихся соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

Для контроля и оценивания качества знаний студентов применяются пятибалльная (русская), сто-балльная и европейская (ECTS) системы оценки качества обучения студентов. Связь между указанными системами приведена в таблице.

Сумма баллов	Оценка по 4-х балльной шкале	Зачет	Оценка (ECTS)	Градация
90 - 100	5 (отлично)	зачтено	A	отлично
85 - 89	4 (хорошо)		B	очень хорошо
75 - 84			C	хорошо
70 - 74			D	удовлетворительно
65 - 69	3 (удовлетворительно)		E	посредственно
60 - 64				
Ниже 60	2 (неудовлетворительно)	не зачтено	F	неудовлетворительно

В итоговую сумму баллов входят результаты аттестации разделов дисциплины и итоговой формы аттестации (зачет/экзамен). Максимальный итоговый балл всегда равен 100.

Максимальный балл за экзамен (зачет) устанавливается в интервале от 0 до 40. Разделы дисциплины оцениваются по многобалльной шкале оценок в соответствии с утвержденной структурой дисциплины.

Студент считается аттестованным по разделу, зачету или экзамену, если он набрал не менее 60% от максимального балла, предусмотренного рабочей программой.

4. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков

4.1. Вопросы к собеседованию (устному опросу) по дисциплине «Онкология»

1. Общая онкология

1.1. *Введение. Современные проблемы онкологии. Структура заболеваемости и смертность злокачественных новообразований История и организация онкологической службы в России.*

Контрольные вопросы:

1. Что является поводом для назначения исследования онкомаркеров?
2. В чем заключаются особенности диагностики больного с подозрением на опухоль?
3. Какие вопросы должен решить онколог после верификации диагноза?
4. В чем заключаются особенности лечения онкологического больного?
5. В чем заключаются особенности профилактических осмотров онкологических больных?
6. Какие лабораторные методы исследования и с какой целью применяются при подозрении на злокачественное новообразование?
7. Что значит группа риска в онкологии?
8. С какой частотой проходят диспансеризацию онкологические больные?
9. Что включают в себя исследования для верификации диагноза злокачественной опухоли?
10. Какие клинические онкологические группы вы знаете?

1.2. *Патофизиологические и клинические аспекты общей онкологии. Учение об опухолях. Патогенез клинических симптомов. Принципы диагностики и лечения злокачественных опухолей.*

Контрольные вопросы:

1. Какие основные методы лечения в онкологии существуют?
2. Что значит комбинированный метод лечения?
3. Что значит комплексный метод лечения?
4. Каков механизм действия цитостатиков?
7. Как установить диагноз, и в какой срок пациенту с подозрением на опухоль?
8. Укажите основные задачи хирургического лечения онкологического больного?
9. Что обозначают символы TNM?
11. Дать определение что такое лекарственная терапия злокачественных опухолей?
12. Назовите основные принципы химиотерапии.
13. От чего зависит эффективность химиотерапии?
14. Перечислите пути введения цитостатиков.
15. Что такое фазаспецифические, циклоспецифические и циклонеспецифические цитостатики?
16. Какие опухоли можно излечить только с помощью химиотерапии?
17. Какие опухоли малочувствительны к химиотерапии?
18. Перечислите критерии эффективности химиотерапии.
19. Какие бывают побочные эффекты по срокам возникновения?
20. Перечислите непосредственные побочные эффекты.
21. Назовите наиболее частые осложнения при химиотерапии.
22. Чем купировать тошноту и рвоту больным при химиотерапии?
23. Какой основной побочный эффект у препаратов платины?
24. Перечислите осложнения от таксанов
25. Золотой стандарт лечения рака молочной железы какую группу препаратов включает?
26. В чем отличие антиэстрогенов от ингибиторов ароматазы?
27. Кому назначают Тамоксифен?
28. Назовите возможные осложнения при применении Тамоксифена.

1.3. Боль и обезболивание при раке. Реабилитация онкологических больных. Деонтология в онкологии.

Контрольные вопросы:

1. Роль наркотических анальгетиков в обезболивании при раке.
2. Какие показания к назначению наркотических анальгетиков больным раком.
3. Документация для учета назначения наркотических анальгетиков.
4. В чем особенность реабилитации онкобольных после проведения курса химиотерапии.
5. Какие документы заполняются на онкологического больного с IV стадией заболевания?
6. Какова структурная организация онкодиспансера?

1.4. Основы лучевой терапии

Контрольные вопросы:

1. Что такое ионизирующие излучения?
2. Какая цель радикальной лучевой терапии?
3. Как подразделяются ионизирующие излучения?
4. Какие преимущества плотноионизирующих излучений?
5. Что такое "доза излучения" и какие бывают дозы?
6. Что такое поглощенная доза излучения? Как ее рассчитать и от чего она зависит?
7. Что такое экспозиционная доза?
8. Что такое эквивалентная доза?
9. Что такое эффективная дозы?
10. Какие методы лучевой терапии относят к контактной радиотерапии?
11. Как подразделяются опухоли в зависимости от ответной реакции на облучение?
12. Что такое фракционированная лучевая терапия? Какие радиобиологические основы фракционирования?
13. Что такое ускоренное фракционирование?
14. Что такое стереотаксическая радиохирургия?
15. Что такое радиомодификаторы?
16. Какие показания к послеоперационной лучевой терапии?
17. Что такое конформная лучевая терапия и какие известны виды конформной лучевой терапии?
18. Что такое интенсивно модулированная лучевая терапия?
19. Что такое лучевая терапия клрректируемая по изображениям?
20. Что такое предлучевая подготовка и из каких- этапов она состоит
21. Какие преимущества протонной лучевой терапии?

2. Частная онкология

2.1. Злокачественные новообразования грудной клетки.

Контрольные вопросы:

1. Какие заболевания легких относят к предраковым?
2. Какие вы знаете факторы риска рака легких?
3. Куда наиболее часто метастазирует рак легких?
4. Какими путями распространяется рак легких?
5. В какие лимфатические узлы метастазирует рак легких?
6. Какова клиническая картина рака легких?
7. Какие жалобы предъявляет больной при раке легких?
8. Перечислите осложнения рака легких.
9. Опишите варианты клинического течения рака легких.
10. Каковы особенности течения рак верхушки легкого?
11. Какие паранеопластические синдромы встречаются при раке легких?
12. Какие существуют морфологические формы рака легких?

13. Какие методы применяются для диагностики и оценки распространенности опухолевого поражения рака легких?
14. Какой объем операции выполняется при раке легких?
15. Какие виды лечения применяются при раке легких?
16. Чем отличается мелкоклеточный рак легких от немелкоклеточного?
17. Какие основные принципы лечения мелкоклеточного рака легких?
18. Каков прогноз при раке легких?
19. В каких случаях выполняется лобэктомия, билобэктомия?
20. Какие диетические, медицинские и социальные факторы влияют на заболеваемость раком легких?
21. Что характерно для периферического рака легкого?
22. Какие симптомы могут указывать на центральный рак легкого?
23. С какой целью выполняется бронхоскопия при подозрении на рак легких?
24. Какие вы знаете особенности мелкоклеточного рака легких?
25. Что характерно для медиастинальной формы рака легких?
26. Какие цитологические исследования проводятся при подозрении на рак легких?
27. В какие лимфоузлы метастазирует рак легких?
28. Секретция каких гормонов может быть повышена при раке легких?
29. Какие эндоскопические методы могут применяться для диагностики рака легких?
30. Какие пациенты относятся к группе риска по возникновению рака легких?

2.2. Злокачественные новообразования кожи.

Контрольные вопросы:

1. Какие новообразования относятся к доброкачественным заболеваниям кожи?
2. Какие заболевания относятся к факультативному и облигатному предраку кожи?
3. Назовите основные факторы риска развития злокачественных опухолей кожи.
4. Назовите формы злокачественных опухолей кожи.
5. Назовите особенности клинического течения базальноклеточного рака кожи.
6. Назовите особенности клинического течения плоскоклеточного рака кожи.
7. Какие основные принципы диагностики базальноклеточного рака кожи и плоскоклеточного рака кожи?
8. Какие основные принципы диагностики плоскоклеточного рака кожи?
9. Какие основные принципы лечения базальноклеточного рака кожи?
10. Какие основные принципы лечения плоскоклеточного рака кожи?
11. Какую роль играет адъювантная терапия в лечении плоскоклеточного рака кожи?
12. Какова частота возникновения меланомы?
13. Дайте определение «Меланомы».
14. Назовите симптомы малигнизации невуса.
15. Какая клиническая классификация меланом?
16. Назовите особенности клинического течения меланомы.
17. Определение уровня инвазии по Кларку и Бреслоу при меланоме.
18. Назовите пути метастазирования меланомы.
19. Диагностический алгоритм дифференциальной диагностики меланомы.
20. Что такое дерматоскопия?
21. Хирургическое и системное лечение меланомы в зависимости от стадии.

2.3. Злокачественные лимфомы (Ходжкинские и неходжкинские лимфомы)

Контрольные вопросы:

1. Кто страдает лимфомой Ходжкина чаще, мужчины или женщины?
2. Имеется ли при ЛХ возрастной пик заболеваемости?
3. Назовите область наиболее частого поражения лимфатических узлов при лимфоме Ходжкина.
4. Назовите наиболее частый морфологический вариант лимфомы Ходжкина.
5. Назовите основные морфологические варианты при лимфоме Ходжкина.

6. Перечислите факторы риска лимфомы Ходжкина.
7. Опишите клиническую картину при поражении периферических лимфатических узлов при болезни Ходжкина.
8. Опишите клиническую картину при поражении глубоких лимфатических узлов (средостения, забрюшинной области).
9. Опишите клиническую картину при поражении внутренних органов при болезни Ходжкина.
10. С какими заболеваниями проводят дифференциальную диагностику лимфомы Ходжкина?
11. Перечислите симптомы интоксикации при болезни Ходжкина.
12. В каких случаях при лимфоме Ходжкина выставляется стадия В?
13. Что учитывается при выборе программы лечения лимфомы Ходжкина?
14. Перечислите группы прогноза при лимфоме Ходжкина.
15. Назовите основной путь метастазирования при лимфоме Ходжкина.
16. Какой экстранодулярный орган при лимфоме Ходжкина поражается наиболее часто.
17. Назовите основной метод лечения лимфомы Ходжкина при всех стадиях заболевания.
18. Наименее благоприятными прогностическими вариантами ЛХ являются?
19. Наиболее прогностически благоприятными морфологическими вариантами ЛХ являются?
20. Для начальных проявлений ЛХ наиболее характерно поражение лимфатических узлов выше или ниже диафрагмы?
21. Дайте определение понятию «неходжкинские лимфомы»?
22. Где может локализоваться первичный очаг опухолевого роста при неходжкинских лимфомах?
23. Как разделены неходжкинские лимфомы согласно классификации ВОЗ, 2001 г.?
24. Опишите клиническую картину типичную для бластного варианта течения неходжкинских лимфом?
25. Опишите принципы диагностики неходжкинских лимфом?
26. Что является основой при составлении плана лечения пациентов с неходжкинскими лимфомами?
27. Какие методы лечения применяются для лечения пациентов с неходжкинскими лимфомами?
28. Какие препараты входят в схему химиотерапии «СНОР»?
29. Мабтера (ритуксимаб) при НХЛ назначается при CD20 положительных или отрицательных неходжкинских лимфомах.
30. От чего зависит прогноз у пациентов с неходжкинскими лимфомами?
31. Какой из методов диагностики является окончательным для верификации НХЛ.
32. Назовите наиболее частое первичное экстранодальное поражение при неходжкинских лимфомах?
33. Какие неходжкинские лимфомы диагностируются наиболее часто, В-клеточные или Т-клеточные?
34. Какой метод обследования является обязательным при подозрении на специфическое поражение костного мозга при лимфоме.

2.4. Опухоли центральной нервной системы.

Контрольные вопросы:

1. Назовите факторы риска возникновения рака ЦНС.
2. Какие методы лечения используются для радикального лечения первичного очага при раке ЦНС?
3. Какие формы роста рака ЦНС вы знаете?
4. Какие наиболее часто встречающиеся гистологические варианты строения рака ЦНС известны?
5. Опишите основные клинические симптомы, характерные для рака ЦНС.
6. Может ли быть спонтанное развитие рака ЦНС?
7. Какое симптоматическое или паллиативное лечение можно назначить пациенту с раком ЦНС 4 стадии?
8. Каков прогноз для пациентов раком ЦНС начальных стадий?

2.5. Злокачественные новообразования органов брюшной полости

Контрольные вопросы:

1. Какие заболевания пищевода относят к предраковым?
2. Что такое синдром Пламмера –Винсона?
3. Что такое пищевод Баррета?
4. Какие топографо-анатомические отделы пищевода существуют?
5. Какие факторы риска развития рака пищевода вы знаете?
6. От чего зависит развитие рака пищевода у курильщика?
7. Какова этиология плоскоклеточного рака пищевода?
8. Что лежит в основе развития аденокарциномы пищевода?
9. Какие группы лимфоузлов поражаются при раке пищевода?
10. Куда наиболее часто метастазирует рак пищевода?
11. Куда гематогенно метастазирует рак пищевода?
12. Какова клиническая картина рака шейного отдела пищевода?
13. Какие существуют морфологические формы рака пищевода?
14. Какие методы применяются для морфологической верификации рака пищевода?
15. Какое исследование позволяет установить протяженность поражения при раке пищевода?
16. Что является основными рентгенологическими симптомами рак пищевода?
17. Какие методы используется для диагностика рака пищевода?
18. Какие степени дисфагии существуют?
19. Какие методы лечения используются при раке пищевода?
20. Какой объем операции выполняется при раке пищевода?
21. Какие показания к проведению лучевой терапии существуют при раке пищевода?
22. Какие виды облучения используется при лечении рака пищевода?
23. При локализации в каком отделе пищевода лучевая терапия становится основным методом лечения?
24. Какие малоинвазивные эндоскопические методики используются при лечении рака пищевода ранней стадии?
25. Что такое радиохимиотерапия?
26. Какие пациенты относятся к группе риска по возникновению рака пищевода?
27. Факторы риска развития рака желудка?
28. Какие существуют предраковые заболевания желудка?
29. Перечислите формы роста рака желудка по Борману?
30. Назовите пути метастазирования рака желудка?
31. Какова клиническая картина рака желудка?
32. Какие существуют гистологические типы рака желудка?
33. Перечислите регионарные лимфоузлы при раке желудка?
34. Какие методы применяются для диагностики и оценки распространенности опухолевого поражения рака желудка?
35. Уровень каких опухолевых маркеров может быть повышен при раке желудка?
36. Что такое метастаз Вирхова?
37. Что такое метастаз Шницлера?
38. Что такое метастаз Марии Джозеф?
39. Что такое метастаз Айриша?
40. Что такое метастаз Крукенберга?
41. Какой объем оперативного лечения выполняется при раке желудка?
42. Какие виды симптоматических операций применяются при раке желудка?
43. Дайте определение метаплазии желудка?
44. Дайте определение дисплазии желудка?
45. Дайте определение раннего рака желудка?
46. Что такое операция по D2 при раке желудка?
47. Что такое операция по D4 при раке желудка?

48. Когда пациент раком желудка считается не операбельным?

2.6. Опухоли мягких тканей и костей.

Контрольные вопросы:

1. Назовите три, наиболее часто выявляемые, гистологические типы опухолей костей.
2. Назовите основные разновидности злокачественных опухолей мягких тканей.
3. Злокачественные опухоли каких органов наиболее часто метастазируют в кости?
4. Метастазы рака чаще поражают длинные трубчатые кости или позвонки и кости таза.
5. Назовите основные рентгенологические симптомы костных сарком.
6. Какую роль в постановке диагноза злокачественных опухолей костей играет радиоизотопная диагностика?
7. Какое значение имеет морфологическое исследование в постановке диагноза злокачественных опухолей костей?
8. Назовите основные методы лечения опухолей костей.
9. Назовите органосохраняющие операции при опухолях костей.
10. Назовите основную локализацию сарком костей.
11. Назовите основную локализацию сарком мягких тканей.
12. Какие особенности клинической картины сарком костей?
13. Какие особенности клинической картины сарком мягких тканей?
14. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику опухолей костей и мягких тканей?
15. Какие основные методы диагностики используют для постановки диагноза опухоли мягких тканей?
16. Какое значение ангиографии и морфологического исследования в постановке диагноза опухоли мягких тканей?
17. Назовите основные принципы лечения опухолей мягких тканей.
18. Саркомы костей и мягких тканей метастазируют в кости часто или редко.
19. Саркомы костей метастазируют в регионарные лимфатические узлы часто или редко.
20. По возрастному составу больные саркомами мягких тканей по сравнению с больными саркомами костей моложе или старше.
21. Какие опухоли встречаются преимущественно в возрасте до 20 лет: остеогенная саркома или хондросаркома.
22. Среди костных сарком наиболее бурно метастазирует в легкие остеогенная саркома или хондросаркома.
23. Наиболее радиочувствительной является хондросаркома или саркома Юинга.
24. Остеогенная саркома, чаще всего, метастазирует в легкие или в кости.
25. Хондробластома доброкачественная или злокачественная опухоль.

2.7. Опухоли молочных желез

Контрольные вопросы:

1. Что такое мастопатия?
2. Какие виды мастопатий вы знаете?
3. Как лечить узловую мастопатию?
4. Клинические проявления мастопатии?
5. Клиническая картина узловой формы РМЖ?
6. Клиническая картина отечно-инфильтративной формы рака?
7. Назовите кожные симптомы РМЖ?
8. Что такое рак Педжета?
9. Расскажите классификацию РМЖ по системе TNM?
10. Когда больным делают трепанбиопсию опухоли молочной железы и для чего?
11. Какие лимфоузлы являются регионарными при РМЖ?
12. В какие органы чаще всего метастазирует РМЖ?

13. Каков алгоритм диагностики больных с подозрением на опухоль молочной железы?
14. Клинические проявления внутрипротоковой папилломы?
15. Как зрительно определить отек молочной железы?
16. Для чего и кому при РМЖ требуется исключение функции яичников?
17. Какими препаратами проводится гормонотерапия при РМЖ?
18. Самые частые осложнения гормонотерапии при раке молочной железы?
19. Основной принцип лечения рака молочной железы?
20. Какие виды хирургического лечения РМЖ вы знаете?
21. Когда выполняются сохранные операции при раке молочной железы?
22. Какова зона облучения после радикальной мастэктомии с метастазами в подмышечные лимфоузлы?
23. Какие схемы химиотерапии применяются для лечения РМЖ?
24. Какие осложнения после химиотерапии бывают у больных чаще всего?
25. Применяется ли гормонотерапия у мужчин раком молочной железы, если да то какая?
26. От чего зависит прогноз РМЖ?
27. Мутация каких генов говорит о предрасположенности к РМЖ?

Критерии оценивания компетенций (результатов) в процессе освоения программы «Онкология»:

Оценка «**отлично**» выставляется студенту, который:

1. Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины «Онкология, лучевая терапия», излагает его на высоком научно-методическом уровне, используя материалы обязательной и дополнительной литературы.
2. Четко представляет взаимосвязи патологических процессов, развивающихся на различных участках организма человека, способен произвести анализ патологического процесса на уровне целостного органа.
3. Умеет творчески иллюстрировать теоретические положения соответствующими примерами, демонстрирующими практическую значимость полученных знаний.
4. Умеет правильно решать типовые задачи, владеет практическими навыками (в пределах программы).
5. В ответе может допустить одну, две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляет после замечаний преподавателя.

Оценка «**хорошо**» – выставляется студенту, который:

1. Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины «Онкология, лучевая терапия», при этом полностью раскрывает содержание материала в объёме предусмотренном программой, используя материалы обязательной литературы по предмету.
2. Излагает материал грамотным языком, владеет терминологией и символикой травматологии и ортопедии.
3. Четко представляет взаимосвязи патогенеза травмы или болезни с клиникой.
4. Умеет правильно решать типовые задачи, интерпретировать данные физикального и инструментального обследования.
5. В изложении материала допускаются небольшие пробелы, которые исправляет самостоятельно после дополнительных вопросов.

Оценка «**удовлетворительно**» выставляется студенту, который:

1. Владеет материалом в объёме учебной литературы, обладает достаточными для продолжения обучения и предстоящей практической деятельности знаниями.
2. Овладел методическими вопросами, рассматриваемыми по курсу дисциплины «Онкология, лучевая терапия».
3. Умеет в целом правильно решать типовые задачи, интерпретировать результаты

инструментального обследования больного.

4. Материал излагает логически непоследовательно, в ответе допускает ряд неточностей и ошибок, в исправлении которых испытывает затруднения после дополнительных наводящих вопросов.

Оценка «**неудовлетворительно**» – выставляется студенту, который:

1. Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного программного материала, допускает принципиальные ошибки в ответе и при выполнении предусмотренных программой заданий.
2. Не владеет методологическими вопросами, рассматриваемыми в рамках курса дисциплины «Онкология, лучевая терапия».
3. Плохо знает специальную терминологию.
4. Не умеет правильно оценить результаты лабораторных исследований.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.2. Вопросы к тестированию по дисциплине «Онкология»

Заболевания молочной железы

01. Назовите самую частую врожденную аномалию молочной железы
- а) инверсия соска
 - б) ателия
 - в) амастия
 - г) полителия и полимастия
 - д) дистопия млечных ходов
02. Для какого доброкачественного заболевания является характерным выделение крови из соска?
- а) внутрипротоковая папиллома
 - б) болезнь Педжета
 - в) узловая мастопатия
 - г) киста
 - д) фиброаденома
03. Какой из перечисленных симптомов не является характерным для рака молочной железы?
- а) умбиликация
 - б) лимонная корка
 - в) втяжение соска
 - г) гиперпигментация соска и ареолы
 - д) изъязвление
04. Какой из дополнительных способов лечения рака молочной железы применяется чаще всего?
- а) овариозэктомия
 - б) химиотерапия
 - г) гормонотерапия
 - г) лучевая терапия
 - д) пангистерэктомия
05. При пальпации в верхне-наружном квадранте правой молочной железы обнаружена болезненная опухоль до 3 см в диаметре, кожа над ней не изменена. Из соска выделения желтоватого цвета. Подмышечные лимфоузлы слегка увеличены, болезненные. Болезненность и размер опухоли, а также выделения из соска изменяются циклично в течение месяца.
- Какой предположительный диагноз Вы можете поставить?
- а) внутрипротоковая папиллома
 - б) узловая форма фиброзно-кистозной мастопатии
 - в) фиброаденома
 - г) диффузный рак
 - д) узловой рак
06. Больная 39 лет обратилась с жалобами на боли и деформацию правой молочной железы. При осмотре железа резко увеличена и деформирована, кожа инфильтрирована, представляет собой толстый, бугристый пласт, на ее поверхности имеются участки кровоизлияний и изъязвлений. Сосок деформирован, втянут. При пальпации подмышечных лимфоузлов справа пальпируются увеличенные, плотные лимфоузлы. Со стороны внутренних половых органов патологии не обнаружено.

Диагноз?

- а) диффузная мастопатия
- б) рак Педжета
- в) маститоподобный рак
- г) панцирный рак
- д) коллоидный рак

07. При осмотре больной 50 лет в области соска правой молочной железы видна язва, покрытая вялыми грануляциями, язва имеет подрытые края, серовато-гнойное несвертывающееся в корки отделяемое.

Вокруг язвы выражен пояс венозной гиперемии кожи.

Диагноз?

- а) экзема соска
- б) первичный шанкр
- в) аденома соска
- г) туберкулез молочной железы в стадии язвы
- д) рак Педжета

08. У больной 60 лет жалобы на кровянистые выделения из соска, незначительную болезненность в период, когда выделений нет. Внешне железа не изменена, при пальпации выявить что-либо не удалось, лимфоузлы не пальпируются.

Диагноз?

- а) рак
- б) саркома
- в) внутрипротоковая аденома
- г) туберкулез
- д) мастопатия

09. Больная 35 лет жалуется на покраснение соска и утолщение его. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты корочкой и струпом, имеется мокнутие в области соска. При скупывании корочки обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен и плотный на ощупь.

Диагноз?

- а) актиномикоз молочной железы
- б) болезнь Педжета
- в) экзема соска
- г) скирр молочной железы
- д) маститоподобный рак

10. Больная 19 лет обратилась с жалобами на умеренные боли в молочной железе, усиливающиеся в предменструальный период. Обе молочные железы правильной конфигурации, симметричны. Соски и кожный покров не изменены. Пальпаторно в железе определяются бугристые образования, на фоне которых выявляется плотная, с четкими границами опухоль диаметром до 6 см, легко смещается в тканях, не связанная с кожей и соском. Регионарные лимфоузлы увеличены.

Диагноз?

- а) на фоне фиброзно-кистозной мастопатии – фиброаденома
- б) рак молочной железы
- в) абсцесс молочной железы
- г) липома
- д) саркома молочной железы

11. В верхне-наружном квадранте молочной железы одиночный безболезненный узел диаметром 5 см, плотной консистенции, хорошо ограниченный от окружающих тканей. Сосок не изменен, выделений нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Ваш предварительный диагноз?

- а) фиброаденома молочной железы
- б) рак молочной железы
- в) мастит
- г) узловатая форма мастопатии
- д) фиброзно-кистозная форма мастопатии

12. У больной 28 лет в обеих молочных железах диффузно, нечетко пальпируются мелкие очаги уплотнения, которые в предменструальный период становятся болезненными и более плотными. Кожа молочной железы не изменена. Соски правильной формы, выделений нет. Лимфоузлы не увеличены.

Диагноз?

- а) диффузная двусторонняя фиброкистозная мастопатия
- б) фиброаденома молочной железы
- в) инфильтративно-отечная форма рака
- г) диффузный двусторонний мастит
- д) маститоподобный рак молочной железы

13. Больная 22 лет обратилась с жалобами на температуру 39°C, боли и припухлость в молочной железе. Две недели назад были роды. Молочная железа отечна, багрово-красного цвета. Пальпаторно боль, диффузный инфильтрат. В подмышечной области болезненные лимфоузлы.

Диагноз?

- а) острый мастит
- б) мастопатия диффузная
- в) хронический мастит
- г) рожеподобный рак
- д) узловатая мастопатия

14. У больной 43 лет диагностирован рак молочной железы 2-й стадии.

Тактика

- а) радикальная мастэктомия с пред- и послеоперационной R-терапией
- б) облучение молочной железы и зон регионарного метастазирования 500 рад
- в) радикальная мастэктомия, двусторонняя овариэктомия, облучение зон, гормонотерапия
- г) радикальная мастэктомия, длительная гормонотерапия
- д) лучевая терапия, гормонотерапия

15. У больной с подозрением на фиброаденому молочной железы ни при микроскопии отделяемого из соска, ни при исследовании пунктата из опухоли атипичных клеток не обнаружили.

Как поступить с больной?

- а) выписать под амбулаторное наблюдение
- б) назначить гормональную терапию метилтестостероном
- в) назначить антибиотикотерапию
- г) выполнить секторальную резекцию со срочным гистологическим исследованием

- д) провести простую мастэктомию
16. Что является основой профилактических мероприятий острого мастита?
- а) повышение сопротивляемости организма беременной женщины
 - б) санация эндогенных очагов инфекции
 - в) обучение женщин правилам кормления ребенка грудью
 - г) тщательное сцеживание груди после кормления
 - д) все вышеперечисленное
17. Женщина 28 лет. Жалобы на опухолевидное образование в левой подмышечной области (в течение нескольких лет), которое набухает перед менструацией, увеличивается в размерах, становится болезненным. При осмотре образование до 4 см в диаметре, мягкоэластичной консистенции, имеет дольчатое строение.
- Ваш диагноз?
- а) одиночный метастаз медленно растущей опухоли
 - б) липома подмышечной области
 - в) фиброма подмышечной области
 - г) добавочная молочная железа
 - д) гидраденит
18. Женщина 20 лет обратилась к онкологу с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой молочной железе.
- При осмотре в верхнем квадранте – плотная опухоль 2 см в диаметре, симптом "площадки", периферические лимфоузлы не увеличены.
- Укажите наиболее достоверный метод исследования
- а) дуктография
 - б) маммография
 - в) пункционная биопсия
 - г) медиастиноскопия
 - д) УЗИ
19. Больная 50 лет случайно обнаружила у себя уплотнение в молочной железе. Объективно: железа не увеличена, не изменена окраска кожных покровов. При пальпации опухоль с неровной поверхностью, бугристая, хрящевой плотности. Также отмечается увеличение подключичных лимфоузлов.
- Диагноз?
- а) мастит
 - б) фиброаденома
 - в) рак
 - г) фиброзно-кистозная мастопатия
 - д) актиномикоз
20. Больная М. 25 лет обратилась к хирургу с жалобами на болезненность и уплотнение молочных желез в предменструальный период. При осмотре в обеих молочных железах нечетко пальпируются диффузные мелкие очаги уплотнения. Соски и ареолы правильной формы, выделений из них нет. Кожа молочных желез не изменена. Подмышечные лимфоузлы не увеличены.
- Ваш диагноз?
- а) двусторонний маститоподобный рак
 - б) плазмочитарный мастит
 - в) диффузная двусторонняя фиброзно-кистозная мастопатия

г) двусторонние интрадуктальные папилломы

д) двусторонняя мастоплазия

21. В женской консультации при обследовании беременной женщины 30 лет в молочной железе обнаружен опухолевой узел 3 см в поперечнике. Срок беременности – 12 недель. После консультации и обследования у онколога выявлен рак молочной железы.

Тактика

а) срочное прерывание беременности,

радикальная мастэктомия по Халстеду

б) сохранение беременности, радикальная мастэктомия по Халстеду

в) сохранение беременности, радикальная мастэктомия по Патею

г) прерывание беременности, химиотерапия цитостатиками, гормонотерапия по Халстеду, послеоперационная лучевая терапия

д) срочное прерывание беременности, радикальная мастэктомия

22. На прием к онкологу обратилась больная 30 лет. Жалобы на болезненные ощущения в обеих молочных железах и очаги уплотнения, которые становятся более плотными за неделю до менструации.

При осмотре: кожа молочных желез не изменена, соски правильной формы, выделений из них не выявлено. Нечетко пальпируются мелкие очаги уплотнения. Подмышечные лимфоузлы не увеличены.

Онколог поставил диагноз: диффузная двусторонняя фиброзно-кистозная мастопатия.

Тактика

а) термография и эхография

б) бесконтрастная маммография

в) флюорография молочных желез

г) дуктография

д) диспансерное наблюдение хирурга и гинеколога-эндокринолога

23. У больной 70 лет в молочной железе выявлены: большая опухоль с изъязвлением кожи, втягиванием и деформацией соска, множественные увеличенные лимфоузлы в подмышечной области. На рентгенограммах позвоночника отмечена деструкция IV-V поясничных позвонков.

Каков диагноз и стадия болезни?

а) IV стадия рака молочной железы

б) I стадия рака молочной железы

в) IIb стадия рака

г) III стадия рака

д) рак Педжета

24. Больная А., 71 год, при обследовании в поликлинике обнаружено узловое образование в верхне-наружном квадранте молочной железы. Произведена маммография: опухоль до 1 см в диаметре с тяжами, идущими радиарно, и микрокальцинатами до 3 мм в диаметре.

Цитологическое исследование пунктата, заключение – мастопатия. Через месяц при повторном исследовании – тождественные результаты.

План обследования и лечение

а) секторальная резекция со срочной биопсией и дальнейшим решением вопроса о лечении, исходя из результатов

б) радикальная мастэктомия

- в) радикальная мастэктомия с предоперационной регионарной артериальной химиотерапией
- г) простая мастэктомия с послеоперационным лучевым лечением
- д) предоперационная лучевая терапия с последующим хирургическим лечением – радикальной мастэктомией

25. Больная А., 71 год, при обследовании в поликлинике обнаружено узловое образование в верхне-наружном квадранте молочной железы. Произведена маммография: опухоль до 1 см в диаметре с тяжами, идущими радиарно, и микрокальцинатами до 3 мм в диаметре. Цитологическое исследование пунктата, заключение – мастопатия. Через месяц при повторном исследовании – тождественные результаты.

Что сделать, если у этой больной при срочной биопсии на секторальной резекции рак не подтвердился?

- а) настойчиво исследовать гистологический материал в поисках злокачественной опухоли, попутно готовя больную к радикальному лечению
- б) выписать больную под наблюдение онколога
- в) выполнить радикальную мастэктомию
- г) в плановом порядке дообследовать с использованием всех методов для выявления злокачественной опухоли или ее метастазов (УЗИ, аксиллограммы, изотопный метод, лимфограмма)
- д) выполнить простую мастэктомию

26. В поликлинику обратилась женщина с жалобами на наличие плотного узла в верхне-наружном квадранте правой молочной железы.

Какое из перечисленных исследований Вы бы назначили для диагностики заболевания?

- а) дуктография
- б) маммография
- в) пункционная биопсия
- г) лимфография
- д) термография молочной железы

27. Во время диспансерного осмотра у девушки 22 лет в верхне-наружном квадранте молочной железы обнаружен узел плотной консистенции с гладкой поверхностью размером 2×2 см, легко смещаемый, отграниченный от окружающей ткани.

Симптом Кенига положительный.

Какое заболевание можно предположить, если периферические лимфоузлы пальпаторно не изменены?

- а) липома
- б) фиброаденома
- в) узловая мастопатия
- г) саркома молочной железы
- д) рак молочной железы

28. При обследовании больной выявлена опухоль 1,5×2 см, располагающаяся в верхне-наружном квадранте правой молочной железы. При пальпации определяются плотные, спаянные между собой лимфоузлы в правой подмышечной области. В левой подмышечной области пальпируются плотные, подвижные лимфоузлы.

К какой стадии можно отнести это заболевание по международной классификации?

- а) T₁N₂M₊
- б) T₂N₂M₊
- в) T₁N₁M₀
- г) T₂N₁M₀
- д) T₁N₁M₁

29. Женщина 24 лет с детства отмечала опухолевидное образование на коже передней грудной стенки, которое в последнее время несколько увеличилось и стало мешать при ношении одежды.

Объективно: по средне-ключичной линии, на расстоянии 5 см от правой субмаммарной складки на коже имеется мягкой консистенции, сферической формы, коричневатого цвета опухолевидное образование 0,5×0,5×0,5 см с небольшим коричневатого цвета ободком у основания. Молочные железы нормально развиты, без особенностей. Подмышечные лимфатические узлы не пальпируются.

Ваш диагноз?

- а) мягкая папиллома
- б) меланома
- в) полителия
- г) полимастия
- д) добавочная молочная железа

30. При маммографии признаком мастопатии является

- а) тени узловой формы
- б) усиление рисунка и удвоение контуров протоков
- в) перидуктальный фиброз
- г) микро- и макрокальцинаты
- д) все вышеуказанное

Заболевания легких и плевры

01. Основной причиной спонтанного пневмоторакса является

- а) буллезные изменения альвеол и кисты легкого
- б) параневмонический абсцесс легкого
- в) рак легкого
- г) бронхоэктазы
- д) туберкулез легких

02. Клинико-рентгенологически установлен диагноз

острой эмпиемы плевры, гнойно-резорбтивная лихорадка.

Какие из перечисленных методов лечения

следует последовательно применять:

- 1) курс санационной бронхоскопии
- 2) плевральные пункции с промыванием полости плевры

и введением антибиотиков

- 3) дренирование плевральной полости с активной аспирацией содержимого
- 4) дезинтоксикационная и антибиотикотерапия
- 5) срочная операция – плеврэктомия с декортикацией легкого

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

03. Мужчина 40 лет в алкогольном опьянении в течение 4-5 часов проспал на улице. Через 2 дня у него повысилась температура, появились боли в грудной клетке. В последующем повышение температуры до 39°C. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом.

Ваш предварительный диагноз?

- а) бронхоэктатическая болезнь
- б) острый абсцесс легкого
- в) плеврит
- г) обострение хронического бронхита
- д) рак легкого с развитием пневмонита

04. У больного 55 лет около 2 месяцев назад клинически и при рентгенологическом исследовании была диагностирована крупозная пневмония. В связи с непереносимостью антибиотиков лечился в основном физиотерапевтическими процедурами. Через три недели возобновилась гипертермия с проливными потами, похуданием, болью в грудной клетке при глубоком дыхании. 2 дня назад появился приступ сильного кашля, отходило много мокроты с гноем и прожилками крови, после чего температурная реакция нормализовалась

Диагноз?

- а) хроническая неспецифическая пневмония
- б) абсцесс легкого
- в) туберкулез легких
- г) эмпиема плевры
- д) бронхогенный рак легкого

05. При рентгенографии у больного 57 лет с жалобами на кашель с гнойной мокротой, перенесшего год назад тяжелую пневмонию, обнаружено округлое образование в нижней доле легкого, содержащее жидкость и газ.

Ваш предположительный диагноз?

- а) кавернозный туберкулез
- б) паразитарная киста легкого
- в) бронхоэктатическая болезнь
- г) рак легкого
- д) хронический абсцесс легкого

006. Бронхоэктазы развиваются вследствие:

- 1) врожденных причин
- 2) хронической пневмонии
- 3) туберкулеза легких

- 4) нарушения проходимости бронхиального дерева
- 5) курения
- а) 1, 3, 5
- б) 2, 4, 5
- в) 1, 2, 4
- г) 1, 3, 4, 5
- д) 3, 4, 5

07. У больной 55 лет в нижней доле правого легкого выраженное проявление бронхоэктатической болезни со значительным количеством гнойной мокроты, иногда с кровотечением. Консервативная терапия не эффективна. Больная госпитализирована для оперативного лечения.

Определите лечебную тактику

- а) удаление нижней доли
- б) пульмонэктомия
- в) лечебный пневмоторакс
- г) отказаться от операции
- д) удаление верхней доли

08. Перечислите заболевания, с которыми следует дифференцировать периферические доброкачественные опухоли легких

- 1) рак периферический
- 2) туберкулома
- 3) киста
- 4) буллезная эмфизема
- 5) междолевой плеврит
- а) 1, 2, 3
- б) 1, 2, 4
- в) 2, 3, 4
- г) 3, 4, 5
- д) 2, 3, 5

09. При рентгенологическом исследовании грудной клетки у больного 32 лет, который обратился к врачу в связи с упорным кашлем, дисфагией, одышкой, обнаружено округлое затемнение, расположенное в области трахеи и несколько смещающее главный бронх. Два года назад уже была подобная клиническая картина, однако тогда она самостоятельно купировалась после кашля с обильным отхождением слизистой мокроты с прожилками крови.

Ваш диагноз?

- а) бронхоэктатическая болезнь
- б) бронхогенный рак
- в) бронхогенная киста
- г) хронический медиастинит
- д) эхинококк легкого

10. Больная 42 лет предъявляет жалобы на приступообразный сухой кашель, периодическое кровохаркание. Больна в течение 8 лет. На томограммах в просвете правого главного бронха определяется округлая тень диаметром 1,2 см с четкими контурами.

Ваш диагноз?

- а) доброкачественная опухоль (аденома)
- б) рак
- в) бронхостеноз

- г) дивертикул бронха
 - д) инородное тело
11. У больного в нижней доле правого легкого обнаружена периферическая эхинококковая киста диаметром 4 см. Какая операция необходима?
- а) пульмонэктомия
 - б) сегментэктомия
 - в) эхинококкотомия, наружное дренирование кисты
 - г) эхинококкотомия, обработка полости 5% раствором формалина
 - д) лобэктомия
12. У больного 65 лет на рентгенограмме легких выявлена округлая периферическая тень. Что необходимо для верификации диагноза?
- а) чрезкожная пункция легких с биопсией под контролем УЗИ
 - б) бронхография
 - в) томография
 - г) бронхоскопия с биопсией
 - д) динамическое наблюдение с контролем через два месяца
13. При профилактическом рентгенологическом исследовании у больного 60 лет в верхней доле справа выявлено округлое "шаровидное" образование диаметром 2 см, расположенное субплеврально. Окружающая легочная ткань не изменена. Жалоб больной не предъявляет. Какова должна быть лечебная тактика врача поликлиники?
- а) рекомендовать повторное обращение в поликлинику через 4-6 месяцев
 - б) рекомендовать повторно обратиться в поликлинику только после возникновения жалоб (боли, кашель, кровохарканье, повышение температуры тела)
 - в) срочно направить в специализированное лечебное учреждение
 - г) провести курс антибиотикотерапии с повторным рентгенологическим исследованием в поликлинике
 - д) рекомендовать повторное обращение в поликлинику через год
14. Больной 50 лет жалуется на постоянный сухой кашель. Отмечает похудание, появилась одышка. При осмотре состояние средней тяжести. Шея и лицо одутловаты. Пульс – 120 уд/мин, АД – 170/100 мм рт.ст. Над ключицей слева пальпируются плотные лимфоузлы диаметром 2-2,5 см. Ваш предварительный диагноз?
- а) хронический медиастинит с обструкцией верхней полой вены
 - б) рак легкого с метастазами
 - в) хроническая пневмония
 - г) туберкулез легких
 - д) слипчивый перикардит
15. Комплексная диагностика периферического рака легкого осуществляется следующими методами:
- 1) бронхоскопия с биопсией
 - 2) катетеризационная биопсия

- 3) медиастиноскопия
 - 4) трансторакальная пункция легких и опухоли
 - 5) цитологическое исследование мокроты
- Выберите правильную комбинацию ответов

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

16. Укажите начальные симптомы, характерные для периферического рака легкого
- 1) кашель с гнойной мокротой и примесью крови
 - 2) рентгенологически гиповентиляция или ателектаз легкого или доли легкого
 - 3) наличие округлой тени в легком
 - 4) бессимптомное течение при наличии округлой тени в легком, затем присоединяется кашель
- а) 1, 2
 - б) 1, 3
 - в) 2, 3
 - г) 3, 4
 - д) 2, 4
17. Основными методами диагностики центрального рака легкого являются:
- 1) бронхоскопия с биопсией
 - 2) ангиография легочной артерии
 - 3) медиастиноскопия
 - 4) цитологическое исследование мокроты
- а) 1, 4
 - б) 1, 3
 - в) 1, 2
 - г) 2, 4
 - д) 2, 3
18. Основным методом для постановки диагноза центрального рака легкого является
- а) рентгенологическое исследование легких
 - б) томография легких
 - в) компьютерная томография
 - г) радиоизотопное исследование легких
 - д) трахеобронхоскопия + биопсия
19. Перечислите ранние признаки центрального рака легкого при рентгенологическом исследовании:
- 1) признаки гиповентиляции сегментов или долей
 - 2) наличие признаков инфильтрации тканей в области корня легкого

- 3) локальная эмфизема сегментов или долей легкого
 - 4) тень опухоли
 - 5) деформация бифуркации трахеи
 - а) 2, 5
 - б) 3, 4
 - в) 1, 3
 - г) 1, 2
 - д) 2, 4
20. Боль в плече, атрофия мышц руки и синдром Горнера (объединяемые в синдром Пенкоста) характерны для
- а) центрального рака нижней доли легкого
 - б) центрального рака средней доли легкого
 - в) периферического рака верхней доли легкого
 - г) периферического рака средней доли легкого
 - д) центрального рака верхней доли легкого
21. У больного 35 лет с центральным раком легкого определяется осиплость голоса, расширение вен на лице, шее и верхней половине грудной клетки. При спирографии дыхательная функция компенсирована. Ваши рекомендации о дальнейшем лечении
- а) симптоматическое лечение
 - б) лобэктомия
 - в) пульмонэктомия
 - г) пульмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи
 - д) рентгенотерапия
22. При рентгеноскопии легких у больного 55 лет выявлена инфильтрация средней и нижней доли правого легкого, на фоне которой отмечены множественные участки разрежения ткани с горизонтальными уровнями и тенями секвестров. Какому заболеванию соответствует данная картина?
- а) бронхоэктатическая болезнь
 - б) эмпиема плевры
 - в) бронхопневмония
 - г) абсцесс легкого
 - д) гангрена легкого
23. У больного 45 лет диагностирована острая тотальная эмпиема плевры. Какое лечение показано больному?
- а) бронхоскопия с катетеризацией бронхов
 - б) пункция плевральной полости
 - в) торакоцентез, дренирование плевральной полости с постоянной аспирацией содержимого
 - г) торакотомия, санация полости плевры
 - д) торакопластика
24. Больной 44 лет в течение года отмечает постоянный кашель. Весной и осенью находился на стационарном лечении

по поводу воспаления легких.

Объективно гнойная мокрота до полулитра в сутки.

В правой нижней доле легкого влажные, незвучные, крупно- и среднепузырчатые хрипы. Легкий цианоз губ, пальцы в виде барабанных палочек.

Какой предварительный диагноз?

- а) перибронхиальный рак
- б) бронхоэктатическая болезнь
- в) туберкулезная пневмония
- г) хронический бронхит
- д) хронический абсцесс легкого

25. У больного 70 лет с острым абсцессом легкого диаметром 5 см, расположенным ближе к грудной стенке, сохраняется тяжелая гнойная интоксикация.

Какой метод лечения предпочтителен?

- а) бронхоскопия с катетеризацией полости абсцесса
- б) торакотомия, дренирование и тампонада абсцесса
- в) торакотомия, лобэктомия
- г) эндолимфатическая антибиотикотерапия
- д) дренирование абсцесса под контролем УЗИ или КТ

26. Больной 45 лет госпитализирован в тяжелом состоянии. Беспокоят боли в левой половине грудной клетки, чувство нехватки воздуха, кашель с большим количеством мокроты, имеющей вид мясных помоев. При обследовании выявлена значительная зона притупления перкуторного звука слева, аускультативно – множество влажных хрипов. На рентгенограмме обширное затемнение левого легкого, в котором определяются неправильной формы полости и тени секвестров.

Какой диагноз наиболее вероятен?

- а) тромбоэмболия легочной артерии
- б) гнойный плеврит
- в) пиопневмоторакс
- г) гангрена левого легкого
- д) актиномикоз

27. Признаками неоперабельности при диагностированном раке легкого являются:

- 1) синдром верхней полой вены
- 2) пищеводно-трахеальные свищи
- 3) метастазы в надключичные лимфоузлы
- 4) паралич возвратного нерва
- 5) синдром Горнера

Выберите нужную комбинацию ответов

- а) 3, 4
- б) 4, 5
- в) все перечисленное
- г) 1, 2

д) 2, 3

28. Мужчина 70 лет считает себя больным около 2 мес., когда появилась постоянная боль в левой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой и иногда с прожилками крови, одышка при незначительной физической нагрузке. При осмотре больной резко истощен, справа перкуторный коробочный звук, слева в нижних отделах резко притуплен. Справа дыхание везикулярное с единичными сухими хрипами, слева дыхание не выслушивается.

Ваш диагноз?

- а) левосторонняя пневмония
- б) туберкулез
- в) плеврит
- г) центральный рак с ателектазом левого легкого
- д) абсцесс

29. Мужчина 57 лет считает себя больным около 4 мес., когда появился сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки, одышка, слабость, периодические подъемы температуры до 38°C. В течение 3 недель больного в больнице лечили консервативно, состояние улучшилось, однако в последний месяц вновь стала подниматься температура, усилились боли, в мокроте появились прожилки крови, усилилась одышка. При осмотре в нижних отделах правого легкого притупление перкуторного звука и ослабление дыхания, слева дыхание везикулярное во всех отделах.

Ваш диагноз?

- а) правосторонняя нижнедолевая пневмония
- б) абсцесс
- в) периферический рак
- г) туберкулез
- д) правосторонний плеврит

30. Мужчина 63 лет болен в течение 2 месяцев, когда при флюорографии в верхней доле правого легкого было выявлено округлое уплотнение легочной ткани диаметром около 3,5 см. Обследован в туберкулезном диспансере. Диагноз туберкулеза отвергнут, заподозрен периферический рак правого легкого, направлен к онкологу. При компьютерной томографии грудной клетки помимо вышеописанных изменений в верхней доле правого легкого выявлено увеличение лимфоузлов в виде конгломерата до 4 см в диаметре бифуркационных и паратрахеальных групп.

Какое исследование необходимо провести в первую очередь для уточнения стадии заболевания?

- а) торакоскопию
- б) анализ мокроты на атипичные клетки
- в) поднаркозную бронхоскопию
с чрезбронхиальной пункцией лимфоузлов средостения
- г) плевральную пункцию
- д) диагностическую торакотомию

31. Мужчина 65 лет болен в течение 8 месяцев, когда появился сухой кашель, боли в правой половине грудной клетки, в последние 3 недели стала нарастать слабость, появилась одышка в покое, похудел на 5 кг. Стала подниматься температура до 38°C. При осмотре отмечается справа тупой перкуторный звук над всей поверхностью, дыхание над правым легким выслушивается только над верхушкой, слева дыхание везикулярное. Рентгенологически определяется в правой плевральной полости жидкость, достигающая III ребра.

Какое диагностическое исследование в первую очередь необходимо

выполнить для уточнения диагноза?

- а) бронхоскопию
- б) анализ мокроты на атипические клетки
- в) компьютерную томография грудной полости
- г) плевральную пункцию справа с лабораторным исследованием содержимого
- д) торакоскопию

32. Женщина 60 лет больна около 6 месяцев, когда появился сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки, подъем температуры до 38°C. Проводилось лечение в стационаре по поводу верхнедолевой пневмонии слева с эффектом. Однако 1,5 месяца назад состояние ухудшилось, усилился кашель, появилась одышка, вновь отмечены подъемы температуры. В последние 2 недели появилась обильная гнойная мокрота. Рентгенологически в верхней доле левого легкого выявлено округлое образование до 5 см в диаметре с уровнем жидкости, левый корень уплотнен и расширен, на томограммах отмечено прорастание грудной стенки в области IV ребра по средне-аксиллярной линии.

Какое диагностическое исследование в первую очередь необходимо провести для уточнения диагноза?

- а) бронхоскопию
- б) торакоскопию
- в) диагностическую торакотомию
- г) плевральную пункцию
- д) парастернальную медиастинотомию

33. Больной 60 лет. Болен в течение 4 месяцев, когда появился кашель, температура до 38°C, одышка. Лечился в стационаре по поводу правосторонней пневмонии с временным эффектом. В последние 1,5 месяца состояние ухудшилось, усилился кашель, одышка, в мокроте появились прожилки крови. При рентгенологическом обследовании отмечается гиповентиляция в средней и нижней долях, правый корень расширен, уплотнен. При бронхоскопии отмечается обтурация среднедолевого бронха с шероховатостью и повышенной кровоточивостью по передней стенке нижнедолевого бронха. При морфологическом исследовании биоптата – плоскоклеточный рак. При торакотомии определяется ателектаз средней доли, в лимфоузлах корня – гиперплазия. Диагноз: центральный рак среднедолевого бронха с распространением на нижнедолевой бронх.

Какую операцию необходимо выполнить?

- а) пневмонэктомию
- б) среднюю лобэктомию
- в) среднюю лобэктомию с клиновидной резекцией нижнедолевого бронха
- г) нижнюю билобэктомию
- д) пробную торакотомию

34. Больная 57 лет в течение 5 месяцев отмечает сухой кашель, боли в левой половине грудной клетки, повышение температуры до 38°C. Лечилась в стационаре по поводу верхнедолевой пневмонии с эффектом, однако в последние 2 месяца состояние ухудшилось, усилился кашель, одышка. Консультирована фтизиатром, туберкулез отвергнут. При рентгенологическом обследовании отмечена гиповентиляция верхней доли слева, при бронхоскопии выявлено сужение устья верхнедолевого бронха слева. Опухоль распространяется на главный бронх. Морфологическое исследование биоптата – аденокарцинома.

Диагноз: центральный рак верхнедолевого бронха слева. При торакотомии в бифуркационных лимфоузлах – гиперплазия.

Какую операцию необходимо выполнить?

- а) пневмонэктомия
- б) клиновидную резекцию верхней доли
- в) верхнюю лобэктомия
- г) верхнюю лобэктомия с циркулярной резекцией главного бронха
- д) пробную торакотомию

35. У больного периферический рак нижней доли левого легкого с прорастанием париетальной плевры. Морфологически – плоскоклеточный рак. Интраоперационно в лимфоузлах корня легкого метастазов не выявлено.

Какое лечение необходимо провести больному?

- 1) пневмонэктомия
- 2) нижнюю лобэктомия с резекцией париетальной плевры
- 3) лучевую терапию
- 4) химиотерапию
- 5) пробную торакотомию

Выберите правильное сочетание методов лечения

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

36. У больной периферический рак верхней доли правого легкого. Морфологически – мелко-клеточный рак. Интраоперационно опухоль не прорастает висцеральную плевру, метастазов в лимфоузлах грудной полости не обнаружено.

Какое лечение необходимо провести больной?

- а) пневмонэктомия
- б) верхнюю лобэктомия справа
- в) пробную торакотомию
- г) лучевую терапию
- д) химиотерапию

Выберите правильное сочетание методов лечения

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

Заболевания пищевода

01. Какие клинические признаки встречаются при доброкачественных новообразованиях пищевода?

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

- а) 2, 3, 7
 - б) 4, 5, 6
 - в) 1, 2, 6
 - г) 1, 3
 - д) 4, 6
02. Какие осложнения возможны при рубцовой послеожоговой стриктуре пищевода в отдаленном периоде?
- 1) эзофагит хронический
 - 2) кровотечение
 - 3) рак пищевода
 - 4) полипоз пищевода
 - 5) перфорация пищевода
 - 6) регургитация
- а) 1
 - б) 3
 - в) 2, 5
 - г) 1, 6
 - д) 2, 4
03. Какие методы исследования наиболее информативны для диагностики доброкачественных новообразований пищевода?
- 1) рентгенологическое исследование
 - 2) эзофагоманометрия
 - 3) эхография
 - 4) эзофагоионометрия
 - 5) эзофагоскопия
- а) 1, 2, 3
 - б) 2, 3, 4
 - в) 3, 5
 - г) 1, 5
 - д) 2, 4, 5
04. Какие исследования надо назначить при подозрении на рак пищевода?
- 1) эзофагоманометрию
 - 2) эзофагоскопию с биопсией;
 - 3) рентгенологическое исследование пищевода и желудка
 - 4) электрокимографическое исследование пищевода
 - 5) компьютерная томография
- а) 1, 2, 4
 - б) 2, 3
 - в) 3, 4, 5
 - г) 2, 5
 - д) 3, 5
05. Какой метод применяется для лечения доброкачественных новообразований пищевода?

- 1) экстирпация пищевода
- 2) энуклеация опухоли пищевода
- 3) резекция сегмента пищевода
- 4) лучевая терапия
- 5) химиотерапия
- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 4, 5
- д) 1, 5

06. Показанием к операции по поводу дивертикула пищевода следует считать:

- 1) дивертикулы с задержкой контрастной взвеси менее 2 минут (при рентгенологическом исследовании)
- 2) выраженная клиническая картина (дисфагия, срыгивания, боли за грудиной, в спине)
- 3) осложненные дивертикулы (эзофаго-трахеальные, эзофаго-бронхиальные свищи)
- 4) дивертикулы диаметром менее 2 см
- 5) подозрение на малигнизацию
- а) 1, 2
- б) 2, 3
- в) 3, 4
- г) 4, 5
- д) 1, 5

07. У больного 58 лет на фоне постоянных интенсивных болей за грудиной возникают мучительная изжога, срыгивание съеденной пищей. Боли нередко иррадиируют в межлопаточное пространство и левое плечо. На ЭКГ незначительные изменения миокарда.

Какое исследование Вы предпочтете?

- а) фонокардиография
- б) рентгенологическое исследование желудка
- в) лапароскопия
- г) исследование КЩС
- д) УЗИ грудной клетки

08. Больной предъявляет жалобы на повышенную саливацию, чувство царапания в горле, неловкость при глотании, кашель. Периодически после начала еды появляется дисфагия и припухлость на шее. Иногда, чтобы проглотить пищу, приходится принимать вынужденные положения, при этом слышны булькающие звуки, а припухлость исчезает.

Ваш диагноз?

- а) инородное тело верхней трети пищевода
- б) опухоль верхней трети пищевода
- в) киста шеи
- г) глоточно-пищеводный дивертикул

- д) пищеводно-бронхиальный свищ
09. Больной 55 лет, страдающий циррозом печени, поступил в хирургическое отделение с кровотечением средней тяжести из варикозно-расширенных вен пищевода.
Нв – 85 г $\square$, АД-110 60 мм рт. ст.
Ваша тактика?
- а) зонд Блекмора, питуитрин 20 ед. в 200 мл глюкозы, гемостатическая и заместительная терапия
 - б) срочная операция
 - в) зонд Блекмора, аминокaproновая кислота, гемотрансфузия
 - г) гемостатическая терапия, переливание крови, плазмы, затем питуитрин на глюкозе
 - д) предоперационная подготовка (гемостатическая терапия и заместительная терапия) – операция
010. Болен около 3 лет, жалобы на затруднение прохождения пищи, регургитацию 1-2 раза в сутки, периодические боли за грудиной. Больной несколько пониженного питания, анализ крови в пределах нормы. Диагноз?
- а) рак пищевода
 - б) ахалазия пищевода
 - в) рубцовая стриктура пищевода
 - г) эзофагит
 - д) дивертикул
11. В течение нескольких лет больной лечился по поводу ИБС. Медикаментозное лечение не давало эффекта. На ЭКГ убедительных данных за ИБС не было. Болевые приступы возникали чаще всего после еды в области шеи, затем за грудиной. После рвоты и многократных срыгиваний наступало облегчение. Диагноз?
- а) ИБС
 - б) кардиоспазм
 - в) опухоль пищевода
 - г) дивертикул
 - д) загрудинный зоб
12. Больной Н. предъявляет жалобы на дисфагию, которая появилась 6 месяцев назад. Объективно: больной умеренного питания, бледность кожи, пульс – 72 уд $\square$ мин, сердечные тоны глухие, аритмия. ЭКГ: диффузные изменения миокарда. Рентгеноскопия пищевода: имеется сужение пищевода на уровне средней трети на протяжении 5 см. В месте сужения контуры пищевода ровные, рельеф слизистой сохранен, пассаж бария замедлен.

Диагноз?

- а) рак пищевода
- б) дивертикул пищевода
- в) опухоль средостения
- г) лейомиома пищевода
- д) эзофагоспазм

13. Выбрать метод лечения у больного 50 лет с раком шейного отдела пищевода 3-й степени с явлениями дисфагии

- а) консервативная терапия, лучевое лечение, химиотерапия
- б) наложение гастростомы
- в) резекция пищевода с наложением эзофаго-гастроанастомоза
- г) операция резекция пищевода в 2 этапа по Тореку–Добромыслову
- д) наложение еюностомы

024. У больного 78 лет при обследовании выявлена

опухоль верхней трети пищевода с прорастанием в трахею, метастазы в печень. При глотании с трудом проходит жидкость.

Ваша тактика?

- а) бужирование опухоли
- б) эндоскопическая реканализация опухоли
- в) эзофагостома
- г) гастростома
- д) еюностома

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

Ваш диагноз?

- а) кардиоспазм
- б) дивертикул пищевода
- в) стенокардия
- г) полип пищевода
- д) рак пищевода с образованием эзофаготрахеального свища

15. У больного 50 лет обнаружен рак средне-грудного отдела пищевода. Рентгенологически протяженность участка поражения до 8 см, смещаемость его по отношению к телам позвонков при глотании, перемене положения тела ограничена. По данным компьютерной томографии имеются единичные регионарные метастазы, отдаленных нет. Заключение гистологического исследования – плоскоклеточный рак.

Общее состояние: относительно удовлетворительное, астеничен, за время болезни похудел на 15 кг. Сопутствующих заболеваний не выявлено.

Ваша лечебная тактика?

- а) лучевая терапия, операция не показана
- б) наложение гастростомы, через 3-6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишкой
- в) операция Добромылова–Торека, через 3-6 месяцев пластика пищевода тонкой и толстой кишкой

г) операция Льюиса (резекция пищевода с одномоментным эзофаго-гастроанастомозом)

д) бужирование опухоли с последующим эндопротезированием

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

Ваш предположительный диагноз?

а) язвенная болезнь желудка

б) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, осложненная эзофагитом

в) рак пищевода

г) острый гастрит

д) ахалазия кардии

17. Метастазирование злокачественных опухолей пищевода

осуществляется преимущественно лимфогенным путем.

В чем состоит особенность лимфатической системы пищевода и связанная с ней особенность лимфогенного метастазирования?

а) близкое расположение грудного лимфатического протока

б) продольная ориентация внутриорганных лимфатических сосудов

в) наличие лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистом слое и мышечной оболочке

г) наличие порто-кавальных связей

д) тесная связь лимфатической системы пищевода и желудка.

18. У больного 50 лет с дисфагией при рентгенологическом исследовании в брюшном отделе пищевода – локальное ассиметричное сужение. Контуры сужения зазубренные, нечеткие, стенка пищевода в области сужения утолщена, регидна, перистальтика отсутствует, складки слизистой оболочки сглажены. Над сужением – ассиметричное супрастенотическое расширение пищевода. Пораженный участок не смещается при глотании и перемене положения тела. Абдоминальный сегмент пищевода удлинен, газовый пузырь желудка сохранен. Ацетилхолиновый и карбохолиновый тесты отрицательны.

О каком заболевании пищевода можно думать?

а) ахалазия кардии

б) рак пищевода

в) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

г) дивертикул пищевода

д) доброкачественная опухоль пищевода

019. Самые частые осложнения дивертикула пищевода:

1) дивертикулит

2) перфорация

3) кровотечение

4) озлокачествление

5) стриктура пищевода

а) 1, 2, 3

- б) 2, 3, 4
- в) 1, 4, 5
- г) 1, 3, 5
- д) 2, 4, 5

020. 48-летний больной доставлен в клинику с жалобами на сильные боли за грудиной и между лопатками, возникшие в момент массивной рвоты.

Больной в шоке, температура – 39,5°C, лейкоцитоз – 20 000.

Рентгенологически – скопление воздуха и жидкости в левой плевральной полости и средостении.

Ваш предварительный диагноз?

- а) острая пневмония с парапневмонической эмпиемой плевры
- б) перфорация пищевода
- в) прободная язва желудка
- г) инфаркт миокарда
- д) поддиафрагмальный абсцесс

21. К ранним симптомам рака пищевода следует отнести

- а) дисфагию
- б) боли за грудиной и в спине
- в) кашель при приеме пищи
- г) усиленное слюноотделение
- д) похудание

22. Больная 53 лет повышенного питания, жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед.

Какой предварительный диагноз можно поставить?

- а) ценкеровский дивертикул пищевода
- б) хронический гастрит
- в) хронический панкреатит
- г) рефлюкс-эзофагит
- д) рак пищевода

23. Мужчина 58 лет болен в течение 6 месяцев, когда отметил затруднение при глотании твердой пищи. 3 месяца спустя появились боли в межлопаточной области, слабость, стала проходить только полужидкая пища, похудел на 6 кг. При рентгенологическом исследовании пищевода отмечено сужение его просвета в средней трети за счет дефекта наполнения на протяжении 6 см.

Какое исследование необходимо провести в первую очередь для уточнения диагноза?

- а) бронхоскопию
- б) УЗИ грудной полости
- в) эзофагоскопию с биопсией
- г) компьютерную томографию грудной полости
- д) лапароскопию

24. Мужчина 47 лет болен в течение 3 месяцев, когда впервые отметил затруднение при глотании твердой пищи, постепенно дисфагия нарастала, похудел на 5 кг. При рентгенологическом исследовании пищевода в средне-грудном отделе имеется циркулярное сужение просвета пищевода на протяжении 3,5 см. При эзофагоскопии на расстоянии 31 см от резцов – циркулярное

сужение его просвета до 0,5 см. При биопсии – картина плоскоклеточного рака пищевода без ороговения. Метастазов в отдаленных органах не выявлено.

Диагноз: рак средней трети пищевода, преимущественно инфильтративная форма роста, II стадия.

Какой метод лечения показан больному?

- а) химиотерапия
- б) лучевая терапия
- в) бужирование пищевода
- г) субтотальная резекция и пластика пищевода
- д) пробная торакотомия

25. Женщина 57 лет больна в течение 7 месяцев, когда впервые отметила затруднение при глотании твердой пищи, в последующем дисфагия нарастала, 2 недели назад появились боли в межлопаточной области, слабость, подъем температуры до 38°C. При рентгенографии пищевода выявлено сужение его просвета на протяжении 8 см. По правой стенке выявлен выход контраста за пределы органа. При эзофагоскопии на расстоянии 32 см от резцов выявлено циркулярное сужение просвета до 0,5 см. Морфологически – плоскоклеточный рак.

Диагноз: рак средней и нижней трети пищевода, пищеводно-медиастинальный свищ.

Какой метод лечения показан больной?

- а) химиотерапия
- б) лучевая терапия
- в) субтотальная резекция пищевода
- г) гастростомия
- д) пробная торакотомия

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

Какой метод лечения показан больному?

- а) экстирпация пищевода
- б) химиотерапия
- в) лучевая терапия с облучением пищевода и шейно-надключичных зон
- г) пробная торакотомия
- д) гастростомия

44. Больному 43 года, болен в течение 3 месяцев, когда появились боли в эпигастриальной области при глотании твердой пищи, изжога, периодическая рвота, похудел на 4 кг. Рентгенологически в нижней трети пищевода определяется сужение его просвета за счет дефекта наполнения на протяжении 7 см с изъязвлением. При эзофагоскопии на расстоянии 34 см от резцов сужение просвета за счет экзофитной опухоли с изъязвлением. Морфологически – плоскоклеточный рак. Метастазов в отдаленных органах не выявлено.

Какое лечение показано больному?

- а) предоперационное облучение и радикальная операция
- б) послеоперационная лучевая терапия
- в) радикальная операция и послеоперационная терапия

г) гастростомия

д) химиотерапия

45. Больная 35 лет, больна около 1 года, когда впервые обратила внимание на некоторые затруднения при глотании твердой пищи. При обследовании рентгенологически в нижней трети пищевода выявлен дефект наполнения на протяжении 3 см, суживающий его просвет. Эзофагоскопия изменений со стороны слизистой оболочки пищевода патологии не выявила. Рекомендовано контрольное обследование через 6 месяцев, к врачу обратилась только через год. Состояние за этот период не изменилось. Рентгенологически отмечено увеличение дефекта наполнения до 3,5 см, однако при эзофагоскопии по-прежнему изменений со стороны слизистой оболочки пищевода не выявлено. Дисфагия не нарастает.

Ваш диагноз?

а) рефлюкс-эзофагит

б) рубцовая стриктура пищевода

в) рак нижней трети пищевода

г) лейомиома пищевода

д) дивертикул пищевода

46. Больному 80 лет, жалуется на боли при глотании твердой пищи, слабость, похудание, болен в течение 6 месяцев. Похудел на 6 кг, в анамнезе: 7 лет назад перенес нарушение мозгового кровообращения, 3 года назад инфаркт миокарда. При рентгенографии в верхне-грудном отделе пищевода выявлена экзофитная опухоль на протяжении 3 см, суживающая просвет. При эзофагоскопии на расстоянии 23 см – экзофитная опухоль по задне-правой стенке, кровоточащая. При взятии биопсии – морфологическая картина плоскоклеточного рака.

Учитывая сопутствующие заболевания, какой метод лечения показан больному?

а) экстирпация пищевода

б) лучевая терапия

в) эндоскопическая электротермокоагуляция опухоли

г) гастростомия

д) химиотерапия

47. У больного рак средней трети пищевода, преимущественно инфильтративная форма роста. Интраоперационно выявлено прорастание опухоли в аорту, протяженность поражения около 8 см, просвет сужен до 0,5 см. Отмечено глубокое изъязвление опухоли.

Какое лечение необходимо провести больному?

а) пробная торакотомия

б) гастростомия

в) лучевая терапия

г) химиотерапия

Выберите правильное сочетание методов лечения

а) 1, 2, 3

б) 2, 3, 4

в) 1, 3, 4

г) 1, 2

д) 1, 4

48. У больной 56 лет выявлен рак нижней трети пищевода с метастазами в забрюшинные лимфоузлы, протяженность поражения около 6 см с глубоким изъязвлением.

Выберите правильное сочетание методов лечения:

- 1) пробная торакотомия
- 2) лучевая терапия
- 3) гастростомия
- 4) химиотерапия
- 5) 1, 3, 4
- б) 2, 3, 4
- в) 2, 3
- г) 3, 4
- д) 2, 4

49. У больного 40 лет рак нижней трети пищевода с распространением на желудок, протяженность поражения около 7 см. При компьютерной томографии грудной полости высказано подозрение об интимном спаянии опухоли с перикардом, а при исследовании брюшной полости высказано предположение об увеличенных лимфоузлах перикардиальной области.

Какие диагностические методы позволят уточнить распространенность процесса?

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

Выберите правильное сочетание методов

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

50. Доброкачественными образованиями пищевода могут быть все, кроме

- а) лейомиомы
- б) папилломы
- в) фибромы
- г) меланомы
- д) ангиомы

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки

008. После тщательного клинического обследования

больному поставлен диагноз: синдром Золлингера–Эллисона.

Что из нижеприведенного можно считать верным в отношении этого синдрома?

- а) данный синдром является послеоперационным осложнением хирургических вмешательств по поводу язвенной болезни и приводит к устойчивым рвотам после приема пищи
- б) данный синдром известен также, как синдром верхней брыжечной артерии
- в) данный синдром состоит в нарушении проходимости дистальных отделов желудка, обусловленном язвенной деформацией

- г) это форма тяжелого течения язвенной болезни, вызванной гастринопродуцирующей опухолью поджелудочной железы
- д) встречается в психиатрической практике у больных, часто глотающих инородные тела
13. Определите основные показатели, характеризующие кровотечение тяжелой степени:
- 1) частота пульса больше 120 ударов в минуту
 - 2) систолическое АД ниже 80 мм рт. ст.
 - 3) Нв ниже 80 г/л
 - 4) дефицит ОЦК больше 20%
 - 5) дефицит ГО больше 30%
- Выберите правильную комбинацию показателей
- а) 1, 2, 3
 - б) 2, 3, 4
 - в) все ответы правильные
 - г) 3, 4, 5
 - д) все ответы неправильные
14. У практически здорового человека, злоупотребляющего алкоголем, после многократной рвоты без примеси крови началось массивное кровотечение из верхних отделов ЖКТ. Указания на язвенную болезнь в анамнезе отсутствуют. Что, скорее всего, послужило причиной кровотечения?
- а) хиатальная грыжа
 - б) рак желудка
 - в) язва двенадцатиперстной кишки
 - г) синдром Мэллори–Вейсса
 - д) гастрит
15. Наиболее частым источником массивного кровотечения из верхних отделов ЖКТ является
- а) желудочная язва
 - б) дуоденальная язва
 - в) рак желудка
 - г) синдром Мэллори-Вейсса
 - д) геморрагический гастрит
16. Какой из методов наиболее достоверен в определении точной локализации источника кровотечения из верхних отделов ЖКТ?
- а) энтерография
 - б) компьютерная томография
 - в) эндоскопическая эзофаго-гастродуоденоскопия
 - г) ангиография
 - д) радионуклидное сканирование

026. Мужчина 55 лет поступает в стационар с жалобами на рвоту пищей в течение недели. Кожные покровы и слизистые оболочки сухие. Гематокрит – 55%. В анамнезе отмечен постоянный болевой синдром, сменяющийся в последнее время чувством тяжести в эпигастриальной

области. Ранее не обследовался. При рентгеноскопии желудка выявлен значительно увеличенный желудок.

Неотложная диагностическая программа и лечебные мероприятия должны включать все нижеперечисленное, кроме

- а) катетеризации центральной вены
- б) назначения метоклопрамида для стимуляции эвакуаторной функции желудка
- в) установки назогастрального зонда
- г) назначения H₂-блокаторов внутривенно
- д) проведения назоинтестинального зонда для питания

28. Мужчина 55 лет поступает в стационар с жалобами на рвоту пищей в течение недели. Кожные покровы и слизистые сухие. Гематокрит – 55%. В анамнезе отмечен постоянный болевой синдром, сменяющийся в последнее время чувством тяжести в эпигастриальной области. Ранее не обследовался. При рентгеноскопии желудка выявлен значительно увеличенный желудок.

Какое из нижеперечисленных лечебных мероприятий показано данному больному?

- а) показано неотложное хирургическое вмешательство
- б) показано санаторно-курортное лечение
- в) после проведенного консервативного лечения вероятно развитие рецидива
- г) лечение может быть проведено амбулаторно
- д) необходимо предварительное проведение консервативной терапии

29. У больного декомпенсированный стеноз пилоро-бульбарной области на фоне 10-летнего язвенного анамнеза. В средне-тяжелом состоянии он поступает с жалобами на многократную рвоту и отрыжку тухлым. Отмечает выраженную слабость, истощен.

Клинической находкой врача приемного отделения у данного больного будет

- а) симптом "падающей капли" и вздутия живота
- б) болезненность при пальпации в правом подреберье и высокий лейкоцитоз
- в) отсутствие перистальтики, стул в виде "малинового желе"
- г) "кинжальная" боль в эпигастриальной области и ригидность брюшной стенки
- д) рвота непереваренной пищей и шум плеска

037. К предраковым заболеваниям желудка относятся следующие нозологии:

- 1) хроническая язва желудка
- 2) синдром Мэллори–Вейсса
- 3) полипоз желудка
- 4) хронический гастрит с дисплазией слизистой оболочки

Выберите правильную комбинацию

- а) 1, 2, 3
- б) 1, 3, 4
- в) 2, 3, 4
- г) 1, 2, 4

д) все ответы правильные

38. Выберите три правильных утверждения, касающихся эпидемиологических аспектов рака желудка:

- 1) заболеваемость раком желудка в некоторых развивающихся странах Восточной Европы и Японии снижается
- 2) встречаемость рака желудка среди мужчин вдвое выше, чем среди женщин
- 3) уровень 5-летней выживаемости после лечения больных с ранним раком желудка составляет около 40%
- 4) встречаемость рака желудка среди старших возрастных групп выше, чем у молодых
- 5) заболеваемость раком желудка и ободочной кишки по статистическим данным одинакова

Выберите правильную комбинацию ответов

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

39. Каковы дооперационные критерии раннего рака желудка?

- 1) низкая степень морфологической дифференцировки опухоли
- 2) глубина инвазии, ограниченная слизистой оболочкой и подслизистой основой
- 3) опухоли размером менее 2 см по эндоскопическим данным
- 4) опухоли без признаков раковой интоксикации
- 5) опухоли без метастазов Вирхова и Крукенберга

Выберите правильную комбинацию ответов

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

40. Больному, обследуемому в хирургическом стационаре, необходимо провести дифференциальный диагноз между язвой тела желудка и раком желудка.

Все клинические данные и результаты инструментальных исследований будут свидетельствовать в пользу рака желудка, кроме

- а) низкодифференцированная аденокарцинома по данным биопсии
- б) повышенный уровень канцероэмбрионального антигена в сыворотке крови больного
- в) ахлоргидрия, в ответ на максимальную стимуляцию кислотопродукции желудка

г) повышенный уровень 2-глюкоронидазы в желудочном секрете

д) симптом "ниши" в стенке желудка в области его тела

при рентгенографии

41. Больной 69 лет обратился с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи, нарастающую слабость, резкое снижение аппетита, работоспособности. Кожные покровы бледно-розовой окраски. В легких патологии не выявлено. Живот мягкий, несколько болезненный в эпигастрии. Врач заподозрил рак желудка, назначил ряд исследований.

Какие находки позволяют подтвердить 4-ю стадию заболевания?

1) метастаз в область пупка

2) асцит

3) метастаз Вирхова

4) метастаз Шницлера

5) метастазы в печень

Выберите правильную комбинацию ответов

а) все ответы правильные

б) 1, 2

в) 2, 3

г) 3, 4

д) 4, 5

43. Из нижеперечисленного выберите органы, в которые не метастазирует аденокарцинома желудка

а) в яичники

б) в печень

в) в надключичные лимфоузлы

г) в трубчатые кости бедра

д) в дугласово пространство

44. У больного 70 лет опухоль антрального отдела полностью стенозирует выход из желудка. Диагноз установлен с помощью ЭГДС. При поступлении взята биопсия. Больной истощен, постоянные рвоты, явные признаки прогрессирующей кахексии, выраженная сопутствующая патология.

Какие методы хирургического лечения наиболее обоснованы у данного больного?

1) резекция желудка по типу Бильрот-2

2) наложение гастростомы

3) эндоскопическое бужирование опухоли

4) эндоскопическое зондовое энтеральное питание

5) наложение гастро-дуоденоанастомоза

Выберите правильную комбинацию

а) 1, 2

б) 2, 3

в) 4, 5

г) 1, 5

д) 2, 4

Заболевания кишечника

01. Основными клиническими проявлениями рака ректо-сигмоидного отдела прямой кишки являются:
- 1) клиника кишечной непроходимости
 - 2) кровотечения
 - 3) тенезмы
 - 4) потеря в весе
 - 5) боли во время дефекации
- Выберите нужную комбинацию ответов.
- а) 1, 2, 3
 - б) 3, 4, 5
 - в) 2, 3, 4
 - г) 1, 4, 5
 - д) 2, 4, 5
04. Неспецифический язвенный колит следует дифференцировать со следующими заболеваниями:
- 1) дизентерия
 - 2) рак прямой кишки
 - 3) простатит
 - 4) болезнь Крона
- Выберите правильную комбинацию ответов
- а) 1, 2, 3
 - б) 2, 3
 - в) 3, 4
 - г) 1, 3, 4
 - д) 1, 2, 4
06. Каковы клинические формы рака ободочной кишки?
- 1) энтероколитическая
 - 2) диспепсическая
 - 3) обтурационная
 - 4) псевдовоспалительная
 - 5) анемическая
- Выберите нужную комбинацию ответов
- а) 1, 2, 3
 - б) 1, 3, 4
 - в) 1, 2, 3, 5
 - г) 2, 3, 4, 5
 - д) все ответы правильные
07. Выбор метода хирургического вмешательства при раке ободочной кишки зависит от:
- 1) локализации опухоли
 - 2) наличия или отсутствия осложнений
 - 3) общего состояния больного
 - 4) наличия метастазов

5) гистологического строения опухоли
Выберите правильную комбинацию ответов.

- а) 1, 2, 4
- б) 1, 2, 3, 4
- в) 2, 3, 4, 5
- г) 1, 2, 4, 5
- д) все ответы правильные

08. На плановой операции по поводу рака сигмовидной кишки у больного 57 лет обнаружен одиночный метастаз в левой доле печени. Состояние больного удовлетворительное. Тактика хирурга?

- а) наличие метастаза указывает, что опухоль неоперабельна, поэтому следует ограничиться наложением двустольной сигмостомы
- б) произвести обструктивную резекцию сигмы
- в) произвести резекцию сигмы с наложением анастомоза и резекцию левой доли печени
- г) наложить трансверзостому
- д) произвести левостороннюю гемиколэктомию

10. Больной 76 лет заболел около 3 часов назад, когда после подъема большого груза почувствовал острую боль в нижних отделах живота, покрылся холодным потом, появилась тошнота. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет страдает запорами, иногда в кале была темная кровь и слизь. Последние 4 дня беспокоила задержка газов и стула.

При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс – 96 уд/мин. Живот умеренно вздут, тимпанит, значительно болезненен и напряжен в нижних отделах, больше слева, слабopоложительные симптомы раздражения брюшины в нижних отделах.

Ваш предположительный диагноз?

- а) дивертикулез сигмовидной кишки с подозрением на микроперфорацию
- б) рак сигмовидной кишки, обтурирующий ее просвет, перфорация, перитонит
- в) заворот сигмовидной кишки
- г) обтурационная толстокишечная непроходимость
- д) неспецифический язвенный колит

11. Больной 30 лет поступил с жалобами на умеренные боли по всему животу, жидкий стул до 4 раз в сутки с кровью, гноем, слизью. Анемия, температура – 38,0°C, СОЭ – 40 мм/час. Живот умеренно вздут, болезненен по ходу толстой кишки. Симптомов раздражения брюшины нет. При ректальном исследовании: безболезненные геморроидальные узлы без признаков воспаления. На перчатке – темная кровь.

Ваш предварительный диагноз?

- а) острая дизентерия
- б) рак толстой кишки
- в) хронический геморрой с явлениями проктосигмоидита
- г) неспецифический язвенный колит
- д) болезнь Крона

12. Больная 67 лет в течение 6 месяцев отмечает слабость, снижение аппетита, периодические боли в правой половине живота, больше в подвздошной области, похудание, чередование частого стула и запоров. В анализе крови – анемия. В кале иногда появляется кровь. При ирригоскопии в слепой кишке – дефект наполнения 2×3 см с неровными, бугристыми контурами.

Ваш диагноз?

- а) дивертикул
- б) актиномикоз
- в) опухоль слепой кишки
- г) туберкулез
- д) неспецифический язвенный колит

14. Больной 40 лет, резко истощенный, поступил с температурой 38°C, жалобами на кровотечение из ануса, задержку стула 5 дней, неотхождение газов.

При осмотре: печень на 7-8 см ниже края реберной дуги, бугристая. При пальцевом исследовании прямой кишки на 4 см от ануса плотная бугристая опухоль, контактно кровоточащая, полностью перекрывающая просвет кишки. Паховые лимфоузлы увеличены. Поставлен диагноз – рак прямой кишки с метастазами в печень и лимфоузлы, с явлениями непроходимости.

Предположительный объем операции

- а) пробная лапаротомия
- б) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- в) левосторонняя гемиколэктомия
- г) двустольная сигмостомия
- д) передняя резекция прямой кишки

15. У больной 40 лет, страдающей дивертикулезом ободочной кишки, возникли боли в левой подвздошной области, поднялась температура до 39°C, отмечалась задержка газов и стула. За медицинской помощью обратилась через 3 суток.

При осмотре: в левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование без четких границ, плотное, болезненное, малоподвижное. В анализе крови лейкоцитоз. При УЗИ – тень, неоднородная по строению, высокой акустической плотностью, в центре которой гомогенная тень с ровными контурами.

Ваш диагноз?

- а) перекрут кисты левого яичника
- б) перфорация дивертикула с образованием абсцесса
- в) левосторонний аднексит
- г) рак ободочной кишки с перфорацией
- д) заворот сигмовидной кишки с некрозом ее

016. В клинику поступил больной 62 лет с жалобами на выделение крови из ануса, сильное похудание, периодические запоры.

Какие методы исследования можно применить для уточнения диагноза в первую очередь?

- а) ирригоскопия
- б) ректороманоскопия
- в) колоноскопия
- г) пальцевое исследование прямой кишки

д) антеградный пассаж бария по кишечнику

017. У больного 46 лет появились жалобы на жидкий стул с примесью слизи и крови, общую слабость, повышение температуры. При ректороманоскопии: на фоне отека слизистой оболочки и отсутствия сосудистого рисунка определяется контактная кровоточивость, поверхность слизистой оболочки шероховатая, видны эрозии и язвы, сливающиеся между собой. При рентгенологическом исследовании с бариевой клизмой отмечается сужение просвета, сглаживание гаустрации, нечеткость контуров, образование спикурообразных выпячиваний.

Ваш диагноз?

а) полип кишки

б) неспецифический язвенный колит

в) доброкачественная опухоль

г) дивертикулез

д) болезнь Крона

д) полипы ободочной кишки

19. Больной 72 лет оперирован в плановом порядке по поводу опухоли слепой кишки, периодически вызывающей приступы кишечной непроходимости. При ревизии опухоль размером 15×10 см, прорастает в перитонеальную брюшину. Отмечается множество метастазов в лимфоузлах брыжейки тонкой кишки, сальника.

Как хирург должен закончить операцию?

а) опухоль неоперабельна, эксплоративная лапаротомия

б) наложить илеотрансверзоанастомоз

в) наложить цекостому

г) наложить илиостому

д) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом

020. Отметьте основной рентгенологический признак

рака ободочной кишки:

1) отсутствие или расстройство перистальтики

на ограниченном участке кишки

2) ригидность кишечной стенки на определенном участке

3) нарушение эвакуаторной функции

4) дефект наполнения или плоская "ниша" в пределах контуров
кишечной стенки

5) усиленная перистальтика кишечника

а) 1

б) 2

в) 4

г) 3

д) все ответы правильные

21. Выберите наиболее информативный метод

рентгенологического исследования при раке ободочной кишки:

1) обзорная рентгенография брюшной полости

2) исследование пассажа по кишечнику

3) введение контрастной взвеси через клизму

4) пневмоперитонеум и ретроперитонеум

5) селективная ангиография

а) 1

- б) 5
- в) 2
- г) 3
- д) все ответы правильные

22. Какие из указанных методов в дифференциальной диагностике рака ободочной кишки наиболее информативны?

- 1) лапароскопия
- 2) селективная ангиография
- 3) ректороманоскопия
- 4) колоноскопия
- 5) сканирование печени

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

23. У больной 34 лет за два часа до поступления в клинику внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, возникшие после еды. Была многократная рвота, скудный однократный стул. Заболеванию предшествовал недельный курс голодания, самостоятельно проводившийся больной. Состояние больной тяжелое, беспокойна, мечется в постели. Выражение лица страдальческое, определяется цианоз губ. Дыхание учащено, пульс – 112 в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, ассиметричный. В мезогастрии пальпируется плотно-эластическое болезненное образование овальной формы. На высоте схваткообразных болей выслушивается усиленная резонирующая перистальтика. Определяется "шум плеска".

Укажите правильный клинический диагноз

- а) опухоль нисходящей ободочной кишки,
острая обтурационная кишечная непроходимость
- б) разрыв аневризмы брюшного отдела аорты
- в) гангренозный холецистит, возможно, с перфорацией
- г) заворот тонкой кишки,
острая странгуляционная кишечная непроходимость
- д) геморрагический панкреонекроз

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

Укажите правильный клинический диагноз

- а) опухоль слепой кишки,
осложнившаяся обтурационной кишечной непроходимостью
- б) периаппендикулярный абсцесс с прорывом в брюшную полость
- в) илеоцекальная форма инвагинации
- г) тромбоз верхней брыжеечной артерии

д) острая токсическая дилатация толстой кишки

25. Больной 56 лет оперируется по поводу острой кишечной непроходимости. Первые признаки непроходимости появились трое суток назад. На операции выявлена опухоль в средней трети сигмовидной кишки, полностью обтурирующая просвет проксимальнее опухоли. Ободочная и подвздошная кишка резко раздуты, переполнены жидким содержимым и газами. Дистальнее опухоли сигмовидная кишка в спавшемся состоянии. Видимых метастазов не выявлено.

Больному следует произвести оперативное вмешательство в следующем объеме:

- 1) мезосигмопликация по Гаген-Торну
- 2) обструктивная резекция сигмовидной кишки, одностольная колостомия (операция Гартмана)
- 3) обходной илеосигмоанастомоз "бок-в-бок"
- 4) назоинтестинальная интубация
- 5) субтотальная колэктомия, энтеростомия

Выберите правильную комбинацию ответов

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

027. Больного 67 лет в течение полугода беспокоят запоры по 3-4 дня, появление слизи и следов темной крови в кале. За двое суток до поступления в клинику появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, не было стула. Состояние больного средней тяжести. Живот вздут, видна перистальтика кишечника. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Выслушиваются усиленные кишечные шумы. При ректальном исследовании определяется атония сфинктера, на высоте пальца патологии не выявлено. Во время выполнения сифонной клизмы в прямую кишку удается ввести не более 500,0 мл воды. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявляются множественные тонко- и толстокишечные уровни жидкости с газом над ними.

Выберите правильный клинический диагноз

- а) заворот сигмовидной кишки, острая странгуляционная кишечная непроходимость
- б) опухоль ректо-сигмоидного отдела толстой кишки, острая обтурационная кишечная непроходимость
- в) неспецифический язвенный колит, токсическая дилатация толстой кишки
- г) спастическая кишечная непроходимость
- д) илеоцекальная инвагинация

029. Больная 62 лет поступила в отделение через 12 часов от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. В анамнезе – аппендэктомия. Боли появились после приема растительной пищи. Состояние больной средней тяжести. Пульс – 92 в минуту. Живот умеренно вздут, отмечается западение правой подвздошной области. В проекции восходящей ободочной кишки пальпируется мягкоэластическое опухолевидное образование овальной формы. Перистальтика усилена, с резонирующим оттенком. При ректальном исследовании имеются кровянистые выделения из прямой кишки. Выполнена ирригоскопия, при этом определяется симптом "двузубца".

Укажите правильный клинический диагноз

- а) опухоль слепой кишки, обтурационная кишечная непроходимость

- б) абсцесс правой подвздошной области
- в) сдавление толстой кишки кистой яичника
с развитием обтурационной кишечной непроходимости
- г) илеоцекальная форма инвагинации
- д) токсическая дилатация толстой кишки

31. Больная 74 лет экстренно оперирована по поводу обтурационной кишечной непроходимости. На операции в брюшной полости – около 1,5 л светло-желтого выпота. При ревизии выявлена опухоль слепой кишки с переходом на восходящую ободочную размерами 10×12 см, плотная, бугристая, неподвижная, полностью обтурирующая просвет кишки. Подвздошная кишка резко раздута жидким содержимым и газом, толстая кишка в спавшемся состоянии. В брыжейке тонкой кишки и толстой кишки определяются увеличенные плотные лимфоузлы. В печени пальпируются очаговые образования размерами от 1,0 см до 3,5 см.

Больной необходимо выполнить оперативное вмешательство следующего объема:

- 1) резекция слепой кишки
- 2) ограничиться ревизией брюшной полости
- 3) назоинтестинальная интубация
- 4) правосторонняя гемиколэктомия
- 5) обходной илеотрансверзоанастомоз

Выберите правильную комбинацию ответов

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

034. Наиболее информативным методом инструментальной диагностики

острой кишечной непроходимости является

- а) обзорная рентгенография брюшной полости
- б) лапароскопия
- в) ангиография
- г) гастроскопия
- д) колоноскопия

038. При осмотре больного 53 лет, предъявляющего жалобы на боль в правой подвздошной области, тошноту, повышение температуры тела, Вы обнаружили положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье–Михельсона, Воскресенского.

О каком заболевании можно думать?

- а) остром холецистите
- б) остром панкреатите
- в) почечной колике
- г) остром аппендиците
- д) кишечной непроходимости

42. У больного 80 лет, находящегося в терапевтическом отделении по поводу повторного инфаркта миокарда, Вы диагностировали острый флегмонозный аппендицит.

Выберите правильную хирургическую тактику

- а) консервативное лечение, антибактериальная терапия

- б) аппендэктомия в экстренном порядке
доступом Волковича–Дьяконова
- в) необходимо произвести лапароскопию,
при подтверждении диагноза установить дренаж
для введения антибиотиков
- г) выполнить операцию из ниже-среднего доступа
- д) оперативное лечение следует предпринять
только в случае прогрессирования перитонита

43. Больной 28 лет жалуется на боли в правой подвздошной области, которые начались 12 часов тому назад в эпигастрии и в последующем сместились в правую подвздошную и мезогастральную область. Общее состояние больного удовлетворительное. Температура – 37,7°C, пульс – 96 в минуту, ритмичный, удовлетворительных свойств. Язык влажный, обложен по краям. Живот мягкий. Небольшая болезненность в правой подвздошной области, симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Болезненность в области треугольника Пти, здесь же определяется ригидность мышц. Симптомы Пастернацкого, Образцова (псоас-симптом) – положительные. Анализ крови: лейкоциты – $11,8 \times 10^{12}$ /л, палочкоядерный сдвиг – 9%. Анализ мочи удельный вес – 1016, свежие эритроциты – 3-4 в поле зрения.

Выберите наиболее вероятный диагноз

- а) острый аппендицит с ретроцекальным расположением
червеобразного отростка
- б) правосторонняя почечная колика
- в) острый деструктивный аппендицит, с тазовым расположением
червеобразного отростка
- г) правосторонний пиелонефрит
- д) опухоль правой половины ободочной кишки

46. У больного 30 лет, оперированного с диагнозом острый аппендицит, по вскрытии брюшной полости разрезом по Волковичу–Дьяконову обнаружено, что червеобразный отросток не изменен. Подвздошная кишка на протяжении 60 см от илеоцекального угла резко отечна, гиперемирована, в брыжейке ее определяются точечные кровоизлияния и увеличенные лимфоузлы. Диагностирована болезнь Крона.

Определите дальнейшие действия хирурга:

- 1) произвести аппендэктомию, ушить операционную рану наглухо
- 2) выполнить резекцию пораженного участка тонкой кишки
и аппендэктомию
- 3) воздержаться от аппендэктомии, осуществить блокаду брыжейки
тонкой кишки новокаином с добавлением антибиотиков
- 4) ввести в брюшную полость через контрапертуру микроирригатор
для дальнейшего введения антибиотиков
- 5) произвести срединную лапаротомию для детальной оценки
состояния кишечника

Выберите правильную комбинацию ответов

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

052. У больного 5 дней назад появились боли в эпигастральной области, которые затем сместились в правую подвздошную область. Больной принимал тетрациклин и анальгин, обратился к врачу на 5-й день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больного удовлетворительное. Температура – 37,4°C, пульс – 88 в минуту. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 12×8 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Лейкоциты крови – $11,0 \times 10^{12}$ /л.

О каком заболевании можно думать?

- а) опухоль слепой кишки
- б) терминальный илеит
- в) аппендикулярный инфильтрат
- г) туберкулез
- д) ущемленная правосторонняя паховая грыжа

063. Разлитой гнойный перитонит может быть следствием

всех перечисленных заболеваний, кроме

- а) перфорации дивертикула Меккеля
- б) деструктивного аппендицита
- в) стеноза большого дуоденального соска
- г) рихтеровского ущемления грыжи
- д) острой кишечной непроходимости

Заболевания прямой кишки

01. Клиническими симптомами рака прямой кишки являются:

- 1) выделения из заднего прохода слизи и гноя
- 2) тенезмы
- 3) ректальные кровотечения
- 4) запоры
- 5) похудание
- 6) схваткообразные боли внизу живота

Выберите правильную комбинацию

- а) 1, 2, 3, 4
- б) 1, 2, 5
- в) 3, 5, 6
- г) д, 4, 6
- д) 1, 3, 5

02. Наиболее частой гистологической формой ампулярного рака прямой кишки является

- а) недифференцированный
- б) плоскоклеточный
- в) слизистый
- г) аденокарцинома
- д) солидный

03. Наиболее частой локализацией рака прямой кишки является

- а) анальный отдел
- б) нижеампулярный отдел
- в) среднеампулярный отдел

- г) верхнеампулярный отдел
 - д) ректосигмоидный отдел
04. Какой клинический признак исключает возможность радикального оперативного вмешательства при раке прямой кишки?
- а) асцит
 - б) острая толстокишечная непроходимость
 - в) пальпируемая опухоль
 - г) анемия
 - д) кровотечение из прямой кишки
 - д) сильнейшая боль после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после акта дефекации, стул обильный, хронические запоры
21. У больной предполагается рак ампулярного отдела прямой кишки. При пальцевом исследовании опухоль не достигается. Какую диагностическую манипуляцию следует применить дальше?
- а) колоноскопия
 - б) ирригоскопия
 - в) ректороманоскопия
 - г) лапароскопия
 - д) УЗИ брюшной полости
22. Определите зону наиболее частого метастазирования анального рака прямой кишки
- а) печень
 - б) легкие
 - в) кости позвоночника
 - г) паховые лимфоузлы
 - д) лимфоузлы по ходу аорты
23. У больного 40 лет диагностирован рак прямой кишки на расстоянии 10 см от ануса, обтурирующий просвет, и метастазы в правой доле печени. Какова тактика лечения?
- а) эндоскопическая "реканализация" опухоли
 - б) паллиативная передняя резекция прямой кишки
 - в) двустольная сигмостомия
 - г) брюшно-анальная экстирпация прямой кишки и резекция доли печени
 - д) лучевая и симптоматическая терапия
24. У больной 87 лет рак нижнеампулярного отдела прямой кишки с признаками обтурационной непроходимости. Опухоль операбельная. Отдаленных метастазов нет. Какова лечебная тактика?
- а) брюшно-промежностная экстирпация
 - б) лучевая терапия
 - в) двустольная сигмостомия

- г) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмы
д) промежностная ампутация прямой кишки.
25. Для выявления отдаленных метастазов при раке прямой кишки применяются методы исследования:
- 1) лапароскопия
 - 2) УЗИ брюшной полости
 - 3) рентгенография грудной клетки
 - 4) компьютерная томография
 - 5) рентгенография позвоночника
- Выберите правильную комбинацию ответов
- а) 1, 2, 3
 - б) 1, 2, 4
 - в) 2, 4, 5
 - г) 1, 4, 5
 - д) все ответы правильные

Заболевания желчных путей и печени

02. Больная 57 лет поступила с умеренно выраженными болями в правом подреберье, иррадиирующими в лопатку. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. В показателях общего анализа крови изменений не отмечается. Желтухи нет. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена.

Ваш диагноз?

- а) эмпиема желчного пузыря
 - б) рак головки поджелудочной железы
 - в) водянка желчного пузыря
 - г) острый перфоративный холецистит
 - д) эхинококк печени
004. Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?
- а) рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей
 - б) холедохолитиаз
 - в) рак головки поджелудочной железы
 - г) эхинококк печени
 - д) метастазы в печень опухолей различной локализации

011. Какой из методов дооперационного обследования является наиболее информативным при интенсивной, длительной желтухе?
- а) внутривенная инфузионная холангиография
 - б) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
 - в) чрезкожная чрезпеченочная холангиография
 - г) УЗИ
 - д) пероральная холецистохолангиография

014. Больной 76 лет поступил в клинику с картиной механической желтухи, болен в течение месяца. При обследовании выявлен рак головки поджелудочной железы. Страдает сахарным диабетом и гипертонической болезнью.

Какой вид лечения предпочтителен?

- а) холецистостомия
- б) операция Микулича
- в) панкреатодуоденальная резекция
- г) эндоскопическая папиллосфинктеротомия
- д) отказаться от операции, проводить консервативную терапию

022. Больной 28 лет поступил в клинику с картиной желтухи, появление которой отметил 4 дня назад. Болевой синдром не выражен. Дважды в анамнезе отмечал эпизоды желтухи. При лабораторном исследовании отмечается билирубинемия за счет непрямой фракции. При ультразвуковом исследовании патологии не выявляется. Показатели трансаминаз и щелочной фосфатазы в пределах нормы.

Какой диагноз следует предположить?

- а) механическая желтуха вследствие холедохолитиаза
- б) цирроз печени
- в) инфекционный гепатит
- г) синдром Жильбера
- д) гемохроматоз

025. Больной 62 лет переведен из инфекционной больницы с диагнозом механической желтухи. Проведение комплекса лабораторно-инструментальных исследований выявило, что причиной желтухи являются объемные изменения поджелудочной железы, характер которых не вполне ясен.

Какой из лабораторных методов обладает наибольшей информативностью для дифференциальной диагностики хронического панкреатита и рака поджелудочной железы?

- а) показатели СОЭ
- б) уровень активности щелочной фосфатазы
- в) активность панкреатических ферментов
- г) показатели опухолевого маркера СА-19-9
- д) результаты исследования

033. Причиной развития механической желтухи у больного может быть все нижеперечисленное, кроме

- а) конкремента в области шейки желчного пузыря
- б) увеличения головки поджелудочной железы
- в) конкремента в проксимальной части холедоха
- г) папиллита
- д) стеноза дуоденального соска

040. На операции установлена причина механической желтухи – метастазы рака желудка в ворота печени.

Тактика

- а) гепатикоэнтеростомия
- б) ограничиться лапаротомией
- в) бужирование суженного участка и дренирование протоков
- г) транспеченочное дренирование печеночных путей
- д) наружная гепатикостома

042. У больной 82 лет после погрешности в диете появилась тяжесть в эпигастрии, тошнота, боли в правом подреберье, отрыжка, через 2 дня появилась иктеричность кожи и темная моча. По-

ступила в стационар с явлениями механической желтухи. При обследовании выявлен дивертикул двенадцатиперстной кишки.

Какова вероятная локализация дивертикула двенадцатиперстной кишки, приведшая к механической желтухе?

- а) луковица двенадцатиперстной кишки
- б) нисходящий отдел двенадцатиперстной кишки
- в) нижняя горизонтальная ветвь двенадцатиперстной кишки
- г) в области большого дуоденального соска
- д) интрапанкреатические дивертикулы двенадцатиперстной кишки

47. Больной 67 лет 5 лет назад перенес холецистэктомию. Был выписан с диагнозом желчно-каменная болезнь, калькулезный холецистит, хронический панкреатит. После операции беспокоили умеренные боли в эпигастрии и периодические расстройства стула. Злоупотребляет алкоголем. При поступлении механическая желтуха легкой степени тяжести. При УЗИ увеличение размеров поджелудочной железы в области головки. При ЭРХПГ дистальная часть холедоха сужена на протяжении 2,5 см, сброс в двенадцатиперстную кишку резко затруднен, холедох расширен до 2 см.

Какое лечение надо назначить больному?

- а) холедоходуоденоанастомоз
- б) ЭПСТ
- в) холедохоэнтеростомия
- г) консервативная терапия
- д) трансдуоденальная папиллотомия

48. У больной ПХЭС холедохолитиаз, механическая желтуха средней степени тяжести. Консервативное лечение, ЭПСТ – неэффективны. Желтуха нарастает.

Лечебная тактика

- а) форсированный диурез
- б) срочная операция на 5-7-е сутки лечения
- в) операция на 10-12-е сутки интенсивной терапии
- г) операция на 2-3-и сутки консервативной терапии
- д) назобилиарный зонд

49. Больная ПХЭС поступила с жалобами на боли в эпигастрии. 3 года назад оперирована по поводу желчнокаменной болезни, холедохолитиаза. На операции, кроме того, выявлен хронический панкреатит. Поступила для дообследования в связи с рецидивом болей.

Какая патология у данной больной с ПХЭС

может быть противопоказанием для проведения ЭРХПГ?

- а) холедохолитиаз
- б) хронический панкреатит
- в) кисты поджелудочной железы
- г) недостаточность БДС
- д) рак фатерова соска

60. Для дифференциального диагноза у больного 50 лет с жидкостным образованием печени необходимо выполнить

- а) лапароскопию
- б) каваграфию
- в) сцинтиграфию печени

- г) УЗИ с диагностической пункцией
д) аортографию
61. При подозрении на абсцесс печени любого генеза традиционно проводится рентгенологическое исследование плевральной и брюшной полостей.
Назовите комбинацию рентгенологических симптомов при клинических признаках абсцесса печени различных локализаций
- 1) высокое стояние правого купола диафрагмы
 - 2) увеличение ретрогастрального пространства
 - 3) резко выраженный пневматоз толстой кишки
 - 4) чаши Клойбера в правом подреберье
 - 5) ограниченная подвижность купола диафрагмы
 - 6) выпот в плевральной полости
 - 7) смещение желудка в области малой кривизны
 - 8) кальцинаты в печени
 - 9) уровень жидкости в желудке
 - 10) сглаженность сосудистого рисунка в нижней доле правого легкого
- а) 1, 2, 6, 9, 10
б) 1, 5, 6, 7
в) 3, 6, 8, 9
г) 4, 6, 9, 10
д) 5, 6, 9
62. Выберите нужную комбинацию синдромов, встречающихся при абсцессах печени различной локализации
- 1) астеновегетативного
 - 2) плевролегочного
 - 3) почечного
 - 4) стенокардитического
 - 5) аритмического
 - 6) синдрома гнойной интоксикации
 - 7) застойного
 - 8) гипертонического
 - 9) анемического
 - 10) геморрагического
- а) 2, 3, 6
б) 3, 4, 5, 9
в) 2, 9, 10
г) 2, 3, 6, 10
д) 1, 7, 8, 10
63. В 25-30% случаев течение абсцессов печени сопровождается развитием осложнений.
Выберите правильную комбинацию осложнений
- 1) перитонит
 - 2) кишечная непроходимость

- 3) внутрибрюшное кровотечение
- 4) поддиафрагмальный абсцесс
- 5) желудочно-кишечное кровотечение
- 6) эмпиема плевры
- 7) абсцесс легкого
- 8) печеночно-бронхиальный свищ
- 9) перикардит
- 10) холангит
- 11) механическая желтуха
- 12) наружный кишечный свищ

- а) 6, 7, 9, 10
- б) 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10
- в) 1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11
- г) 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
- д) 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10

64. Больную 42 лет беспокоят умеренные боли в правом подреберье, усиливающиеся в вертикальном положении.

Подобные симптомы отмечает на протяжении нескольких лет.

Самостоятельно больная выявила опухолевидное образование в правой половине живота.

О какой патологии следует подумать прежде всего?

- а) острый холецистит
- б) рак печени
- в) киста печени
- г) болезнь Кароли
- д) киста поджелудочной железы

65. Во время проведения диспансеризации у пациента 50 лет при ультразвуковом исследовании впервые выявлено образование повышенной эхогенности в правой доле печени с неровными контурами в 7-м сегменте, размерами 4×5 см. Жалоб нет.

Каким должно быть ведение подобного пациента?

- а) повторить УЗИ через 4-6 месяцев
- б) незамедлительное дообследование для уточнения диагноза и характера образования
- в) экстренная госпитализация в хирургический стационар и операция
- г) амбулаторное наблюдение за больным
- д) срочное проведение ЭГДС

66. У больной 27-летнего возраста при ЭГДС выявлена опухоль антрального отдела желудка без признаков стенозирования просвета привратника. Во время УЗИ диагностировано тканевое образование 5-го сегмента печени. Высказано подозрение на аденому печени, либо солитарный метастаз.

Каков наиболее рациональный путь ведения больной?

- а) симптоматическая терапия
- б) наблюдение онколога
- в) госпитализация в хирургический стационар
- г) компьютерная томография через 6 месяцев

д) амбулаторное проведение целиакографии

67. Больной 53 лет госпитализирован в стационар с жалобами на прогрессирующие слабость, похудание, снижение работоспособности, анорексию, повышение температуры тела. Пациент отмечает чувство тяжести, распирающие боли в правом подреберье. На фоне гепатомегалии в эпигастрии пальпируется опухолевидное образование. В течение года больной наблюдается по поводу цирроза печени.

Определите рациональный план первичного обследования

а) С-реактивный протеин, ЯМР

б) АЛТ, АСТ, сцинтиграфия печени

в) обзорная рентгенография брюшной полости, аортография

г) ЭГДС, спленопортография

д) α -фетопротеин, УЗИ, пункционная биопсия печени, лапароскопия

068. Из указанных вариантов радикального хирургического лечения рака печени выберите правильную комбинацию:

1) анатомическая резекция печени

2) атипичная резекция печени

3) трансплантация печени

4) оментогепатопексия

5) пломбировка печеночной артерии

6) кавафильтр

7) перевязка портальной вены

8) перевязка правой и левой печеночной артерии

9) дренирование холедоха

10) бигепатикоэнтероанастомоз

а) 1, 3, 5

б) 2, 4, 5, 6

в) 3, 5, 7, 8

г) 1, 3

д) 3, 6, 9, 10

069. Как известно, самостоятельного диагностического значения в верификации рака печени лабораторные показатели не имеют.

Определите, какой из указанных показателей может иметь дополнительное значение при холангиоцеллюлярном раке

а) серомукоид

б) α -фетопротеин

в) С-реактивный протеин

г) коэффициент Ритиса

д) не существует подобных тестов

072. Больной 50 лет обратился к терапевту приемного отделения стационара с жалобами на острое начало заболевания (острые боли в правом и левом подреберье, внезапное повышение температуры тела). Из анамнеза известно, что до настоящего обращения к врачу больной находился на стационарном лечении и обследован. При физикальном и инструментальном исследованиях в момент первичной госпитализации печень и селезенка в размерах увеличены не были. В момент настоящего обращения печень и селезенка значительно увеличены, притупление перкуторного звука в отлогих местах брюшной полости. При УЗИ выявлены гепатоспленомегалия, асцит.

Предположительный диагноз?

- а) болезнь Киари
- б) цирроз печени
- в) пилефлебит
- г) атрезия ветвей портальной вены
- д) хронический индуративный панкреатит

Заболевания поджелудочной железы

005. Больная 40 лет поступила в клинику на 2-е сутки с момента заболевания. После осмотра и обследования поставлен диагноз панкреонекроз. Состояние средней тяжести, выраженная ферментативная интоксикация, клиники панкреатогенного перитонита нет.

Какой метод лечения,

угнетающий панкреатический протеиновый синтез, наиболее эффективен и доступен?

- а) дренирование грудного лимфатического протока
- б) цитостатики
- в) локальная желудочная гипотермия
- г) гемосорбция
- д) лапароскопический перитонеальный диализ

016. Больной госпитализирован в клинику с жалобами на боли в эпигастриальной области, тошноту, рвоту. В течение 6 месяцев похудел на 15 кг. При рентгенологическом исследовании желудка выявлено отеснение его кпереди

Предварительный диагноз?

- а) стеноз привратника
- б) рак поджелудочной железы
- в) язвенная болезнь желудка
- г) рак желудка
- д) опухоль толстой кишки

022. Спустя 6 месяцев после перенесенного панкреонекроза

у больного 45 лет выявлена при УЗИ киста

тела поджелудочной железы 3×4 см.

Укажите начальный вариант лечения

- а) цистоэнтероанастомоз
- б) наружное дренирование под контролем УЗИ
- в) панкреатодуоденальная резекция с пломбировкой протоков в дистальной части поджелудочной железы
- г) марсупиализация
- д) цистогастродуоденостомия

023. Больной 40 лет в течение 10 лет страдал

хроническим рецидивирующим панкреатитом.

Во время операции заподозрен рак железы.

Ваши действия для уточнения диагноза

и определения объема оперативного вмешательства

- а) прекратить операцию,
закрыть брюшную полость, дообследовать больного
- б) цитологическое и гистологическое исследование
биопсийного материала (срочное)
с последующим определением объема операции
- в) панкреатэктомия
- г) наружный дренаж панкреатических протоков
Т-образным дренажем
- д) маргинальная невротомия

024. На 10-е сутки после резекции поджелудочной железы из дренажа, оставленного у культи железы, начало выделяться в больших количествах прозрачное содержимое без запаха.

Каким методом можно уточнить характер осложнения?

- а) эндоскопическая панкреатография
- б) лапароскопия
- в) фистулография
- г) ультразвуковая эхолокация
- д) рентгенологическое исследование желудка
и двенадцатиперстной кишки

026. Наружное дренирование кисты поджелудочной железы показано при

- а) малигнизации
- б) нагноении кисты
- в) механической желтухе
- г) кровотечении в просвет кисты
- д) нет показаний для этой операции

027. Укажите лабораторный тест исследования внутрисекреторной функции поджелудочной железы

- а) инсулин крови
- б) секретин крови
- в) панкреозимин крови
- г) ферменты железа
- д) адреналин крови

028. Назовите пищеварительные гормоны, участвующие в регуляции секреции панкреатического сока

- а) калликреин
- б) секретин, панкреозимин
- в) брадикинин
- г) трипсин
- д) адреналин

31. Больной 40 лет жалуется на слабость, головные боли, потливость, тремор рук, усиливающийся при физической нагрузке. При исследовании сахара крови – гипогликемия. При компьютерной томографии выявлено образование в теле поджелудочной железы до 3 см в диаметре.

Диагноз?

- а) инсулинома

- б) глюкагонома
- в) гастринома
- г) цистаденокарцинома
- д) ацинарный рак

32. На операции обнаружено образование в хвосте поджелудочной железы 3×4 см. Больной длительное время страдал сахарным диабетом. При гистологическом исследовании установлено, что опухоль исходит из α-клеток.

Укажите вид операции

- а) панкреатэктомия
- б) энуклеация опухоли
- в) гемирезекция железы с опухолью
- г) маргинальная невротомия
- д) панкреатодуоденальная резекция

34. Больной 50 лет жалуется на боли в эпигастральной области, тошноту, периодически рвоту. При гастродуоденоскопии обнаружена пенетрирующая язва желудка, высокий уровень гастрина в крови, высокая кислотность желудочного сока.

Укажите причину заболевания.

- а) глюкагонома
- б) гастринома
- в) смешанная опухоль поджелудочной железы
- г) опухоль ацинарной ткани
- д) инсулинома

35. У больной 45 лет на операции подтвержден диагноз рака головки поджелудочной железы, железа подвижна, метастазов нет.

Выберите радикальную операцию

- а) гемирезекция поджелудочной железы
- б) панкреатодуоденальная резекция
- в) цистозэнтероанастомоз
- г) гастроэнтероанастомоз
- д) панкреатозэнтероанастомоз

36. Больной 58 лет поступил с жалобами на боли в эпигастральной области, похудание на 10 кг, отвращение к жирным продуктам, плохой аппетит, метеоризм, поносы, повышение температуры тела (37,3°C). Болен около года.

При осмотре: желтушность кожных покровов, при пальпации живота определяется увеличенный, безболезненный желчный пузырь.

Ваш предположительный диагноз?

- а) язва желудка
- б) острый холецистит
- в) рак поджелудочной железы
- д) ХДН
- г) гепатит

38. Укажите доброкачественные эпителиальные опухоли поджелудочной железы

- а) аденома, цистаденома

- б) липома
- в) невринома, гастринома
- г) папиллома
- д) инсулинома

39. У больной 70 лет с механической желтухой на операции обнаружена опухоль головки поджелудочной железы, желчный пузырь увеличен в размерах, при пункции получена густая, темная желчь, единичные метастазы в печень.

Какая операция необходима?

- а) панкреатодуоденальная резекция
- б) холецистоэнтероанастомоз с энтероэнтероанастомозом
- в) холецистэктомия
- г) холедоходуоденоанастомоз
- д) наружное дренирование холедоха

40. У больной 70 лет интенсивная механическая желтуха в течение месяца. Отмечает кожный зуд, потерю аппетита и массы тела. Желчный пузырь увеличен, безболезненный.

Ваш предположительный диагноз?

- а) рак желчного пузыря
- б) рак головки поджелудочной железы
- в) рак печени
- г) рак желудка
- д) рак ободочной кишки

043. Во время лапароскопии у больного 40 лет обнаружено до 1,5 л геморрагической жидкости.

Какие дополнительные лабораторные исследования жидкости позволят уточнить диагноз?

- а) определение лейкоцитов
- б) определение гемоглобина
- в) определение амилазы
- г) цитологическое исследование
- д) исследование микробной флоры

45. Больной 40 лет с клиникой геморрагического панкреонекроза. 2 недели лечится в стационаре. Температура тела – 39°C, озноб, потливость, боли в эпигастральной области. Лейкоциты – $15,0 \times 10^9/\text{л}$. В эпигастральной области пальпируется больших размеров инфильтрат.

Какое инструментальное обследование необходимо для уточнения характера осложнения?

- а) гастродуоденоскопия
- б) рентгенография желудка
- в) рентгенография толстой кишки
- г) лапароскопия
- д) УЗИ с возможной пункцией

46. У больного 45 лет с постнекротическим инфильтратом в эпигастральной области при пункции железы под контролем УЗИ получено гнойное содержимое. В сальниковой сумке определяется жидкость, железа увеличена в размерах.

Какой метод лечения предпочтителен?

- а) антибиотикотерапия и дезинтоксикационная терапия
- б) противовоспалительная терапия и физиотерапия

- в) противовоспалительная терапия и рентгенотерапия
- г) лапаротомия, вскрытие и дренирование сальниковой сумки
- д) дренирование гнойника под контролем УЗИ с промыванием полости антисептиками

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка «**отлично**» выставляется студенту, ответившему правильно более чем на 90 % тестовых заданий.

Оценка «**хорошо**» выставляется студенту, ответившему правильно более чем на 75 % тестовых заданий.

Оценка «**удовлетворительно**» выставляется студенту, ответившему правильно на 60 % тестовых заданий и более.

Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется студенту, ответившему правильно менее чем на 60 % тестовых заданий.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии с п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.3. Кейс- задания (ситуационные задачи) по дисциплине «Онкология»

Тема: История и организация онкологической службы в России. Патофизиологические и клинические аспекты общей онкологии.

Задача №1

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

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

Каковы основные принципы предлучевой подготовки больной?

Задача №2

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

Какие возможны осложнения при облучении тазовой области?

Задача №3

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

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

Задача №4

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

Каковы основные цели неoadъювантной химиотерапии?

Задача №5

Больной Б., 36 лет. Жалуется на боли в животе, преимущественно в области поясницы, чаще возникающие ночью, отеки нижних конечностей. Обследован гастроэнтерологом: патологии желудочно-кишечного тракта не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены увеличенные парааортальные лимфоузлы, спленомегалия. При РКТ органов малого таза: увеличенные подвздошные лимфоузлы. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, лимфопения. Выставлен диагноз: лимфогранулематоз. Больному начато лечение: проведено 3 цикла ПХТ. Каковы критерии оценки эффективности химиотерапии?

Задача №6

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

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

Задача №7

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

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

Задача №8

У пациента 4 стадия рака предстательной железы.

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

Задача №9

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

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

Задача №10

После лучевой терапии у больного кожа в месте облучения гиперемирована.

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

Задача №11

Больной предстоит химиотерапия препаратами группы антрациклинов и таксанов.

1. Какие осложнения могут быть?
2. Как с ними бороться?

Задача №12

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

Какие документы заполняет патологоанатом и для чего?

Задача №13

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

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

Задача №14

У больной выявлен рак молочной железы 1 стадии.

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

Задача №15

На мебельной фабрики участились случаи заболеваемости раком.

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

Задача №16

К гинекологу на контрольное обследование пришла женщина 52 лет с отсутствием специфических жалоб. При гинекологическом осмотре врач не обнаружил какой-либо выраженной патологии. Какие манипуляции с данной пациенткой должен произвести врач? На какие дополнительные исследования он должен ее направить?

Задача №17

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

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

Тема: Злокачественные новообразования грудной клетки.

Задача №1

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. РКТ головного мозга - без патологии. Диагноз? Тактика лечения?

Задача №2

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

Задача №3

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

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

Задача №4

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

Диагноз? Тактика обследования?

Задача №5

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

гическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика.

Задача №6

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

Диагноз? Лечебная тактика.

Задача №7

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

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

Задача №8

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

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

Ответ: Рак вершины правого легкого (Рак Пенкоста). Метастазы в печень. Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия. Химиотерапия.

Задача №9

Больной К. 59 лет. Жалобы на сухой кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку, слабость. Похудел за 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа – гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное

уменьшение правого легкого, имеется увеличение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. КТ головного мозга - без патологии.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №10

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

Предположительный диагноз? Каков план обследования? Предположите объем лечения.

Тема: Опухоли молочных желез

Задача № 1

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

Задания

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

Задача № 2

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

Задания

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

Задача № 3

У пациентки 58 лет в постменопаузе при маммографическом исследовании выявлено узловое образование в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы. Образование неправильной формы, с тяжами в окружающие ткани, размером 1,5 см. При пункционной биопсии полу-

чено 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.

Задания

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

Задача №4

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

Задача №5

Больная Ш. 50 лет. Жалобы на уплотнение в правой молочной железе. В анамнезе сахарный диабет, ожирение. Менструации с 11 лет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение до 2х см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 2,5х см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: папиллярная карцинома. Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №6

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

Задача №7

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

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

Задача №8

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

1. Назовите зоны регионарного и отдаленного метастазирования.

2. Поставьте стадию заболевания?
3. Определите тактику лечения.

Задача №9

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

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

Задача №10

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

1. Какие обследования надо провести?
2. Поставьте стадию заболевания?
3. Определите план лечения?

Задача №11

Больная 50 лет, жалобы на кровянистые выделения из сосков.

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

Задача №12

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

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

Задача №13

У больной 40 лет рак правой молочной железы T2 N0M0.

Определите варианты возможного лечения?

Задача №14

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

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

Задача №15

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

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

Задача №16

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

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

Задача №17

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

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

Задача №18

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

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

Тема: Злокачественные новообразования кожи.

Задача №1

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

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

Задача №2

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

Ваш предположительный диагноз?

Какова ваша схема лечения данного больного?

Какие пути метастазирования данной опухоли?

Задача №3

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

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

Задания

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

Задача №4

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

Задания

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

Задача №5

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

Задания

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

Задача №6

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

Задания

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

Задача №7

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

Задание

Ваши действия?

Задача №8

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

Задания

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

Задача №9

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

Задания

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

Тема: Злокачественные лимфомы (Ходжкинские и неходжкинские лимфомы)

Лимфогранулематоз.

Задача №1

Больная Р., 35 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38° в течении нескольких дней подряд, ночную потливость, похудание, кожный зуд, наличие опухолевидного образования в области шеи. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный. В анализе крови: СОЭ 30 мм\ч, фибриноген 570 мг%, лимфоциты 27%.

Ваш предположительный диагноз? Каков объем обследования данной больной? Какие клетки обнаруживаются при гистологическом исследовании данного вида опухоли?

Задача №2

Больной Г., 37 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38° в течении нескольких дней подряд, кашель, одышку, боли за грудиной. В анамнезе: длительно лечился по поводу бронхита, антибиотикотерапия без эффекта. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, селезенка, печень не увеличены. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, фибриноген 600 мг%, лимфоциты 17%.

Ваш предположительный диагноз?

Какую манипуляцию необходимо выполнить для морфологической верификации болезни? Что является морфологическим субстратом данного вида опухоли?

Задача №3

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

Ваш предположительный диагноз? Какова ваша схема лечения данного больного?

Задача №4

У больной 20 лет лимфомы Ходжкина, нодулярный склероз, Ia стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области, факторы риска не выявлены.

- Имеются ли у данной больной симптомы интоксикации?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №5

У больного 30 лет ЛХ, смешанно-клеточный вариант Пв стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области и средостения, без других факторов риска.

- Имеются ли у данной больной симптомы интоксикации?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №6

У больного 28 лет ЛХ, смешанно-клеточный вариант Пв стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области и средостения, индекс массы тела более 0,33.

- Имеются ли у данной больной симптомы интоксикации?
- Имеются ли дополнительные факторы риска?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №7

У больной 58 лет ЛХ, вариант лимфоидное истощение с поражением лимфоузлов правой надключичной области и локальным поражением печени.

- Какая стадия?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №8

У больного 31 года ЛХ, вариант лимфоидное истощение с поражением лимфоузлов области средостения и локальным до 1 см, единичным очагом в правом легком. Предъявляет жалобы на ночной профузный пот.

- Какая стадия?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №9

Больная М., 30 лет, 2 года назад обратилась к участковому врачу в связи с увеличением до 2 см в диаметре лимфоузла в правой надключичной области. Незадолго до этого перенесла ОРВИ. Врач не назначил никаких дополнительных исследований, рекомендовал спиртовые компрессы. Через полгода у больной в этом же месте появились еще два плотных лимфоузла размерами 1,5х2,0 см, а в надключичной области слева появился лимфоузел такого же размера.

Врач поликлиники снова назначил тепловые процедуры и антибиотики. Лимфоузлы сначала незначительно уменьшились в размерах, затем снова увеличились до 2,0-3,0 см в диаметре.

Больная решила больше к врачам не обращаться, самочувствие оставалось удовлетворительным.

Через 2 года внезапно поднялась температура до 38,5-39,0°C ежедневно, не снижалась от применения антибиотиков. По ночам отмечалась обильная потливость. Периодически отмечала кожный зуд. При ходьбе несколько раз отмечала колющие боли в левом подреберье. Во время врачебного осмотра на этот раз были выявлены увеличенные немногочисленные плотные лимфоузлы (не менее 3 см в диаметре) в обеих шейно-надключичных областях. При пальпации селезенка выступала на 4 см из-под края реберной дуги.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно предположительно поставить больной?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Можно ли считать проявлениями одного и того же заболевания симптомы, возникшие 2 года назад и появляющиеся в дальнейшем? Что можно сказать о характере течения болезни, какие клинические стадии заболевания можно отметить у больной за время трех ее обращений к врачу в течение 2-х лет?

Неходжкинские лимфомы (Лимфосаркомы).

Задача №1

К участковому терапевту обратилась пациентка Н., 30 лет с жалобами на увеличение подмышечных, паховых лимфоузлов с обеих сторон. За последние 6 месяцев пациентка похудела на 10 кг, отмечает вечерний подъем температуры тела до 38 С, повышенную ночную потливость. При осмотре: выраженная астения, подмышечные и паховые лимфоузлы резко увеличены, малоподвижны, безболезненны.

Вопросы: 1. Какое заболевание можно предположить у данной пациентки на основании данных анамнеза и осмотра? 2. Какие диагностические мероприятия могут подтвердить диагноз?

Задача №2

В отделение гематологии областной больницы поступила пациентка Д., 45 лет с диагнозом: неходжкинская лимфома, 2 стадия, небластный вариант. Диагноз подтвержден гистологическим исследованием с иммунофенотипированием.

Вопросы: 1. От каких факторов зависит дальнейшее лечение пациентки? 2. Приведите схему химиотерапию используемую в данном случае?

Задача №3

В отделение гематологии городской больницы поступила пациентка И., 28 лет, с жалобами на увеличение всех групп периферических лимфоузлов, похудание за 3 месяца на 8 кг, общую слабость, повышение температуры тела к вечеру до 38,5 С, ночные поты. При осмотре: все группы периферических лимфоузлов увеличены в размерах, астения, кожные покровы и видимые слизистые незначительно эктеричны.

Вопросы: 1. Какое заболевание можно предположить у пациентки? 2. Как подтвердить правильность диагноза? 3. Какой режим химиотерапии назначают при таком варианте течения заболевания?

Тема: Опухоли центральной нервной системы.

Тема: Злокачественные новообразования органов брюшной полости

Рак желудка.

Задача №1

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №2

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

Задача №3

Больная Е. 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течение 15 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе - патологии не выявлено. В нижней трети желудка имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника. Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №4

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

Задача №5

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №6

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №7

Больной Н. 62 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в нижней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в нижней трети пищевода по задней стенке имеется опухолевое образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см, с преимущественно инфильтративным ростом. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №8

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №9

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №10

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №11

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №12

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №13

Больной Н., 70 лет. В анамнезе: ахалазия пищевода. Жалобы на боли за грудиной, чувство полноты за грудиной при приеме пищи, усиленное слюноотделение, слабость, затрудненное глотание. Объективно: больной астенического телосложения, пониженного

иритпитания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в средне- и нижнернегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, неровность контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средне- и нижнернегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №14

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №15

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №16

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

Диагноз? Стадия? Лечебная тактика?

Задача №17

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №18

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

Диагноз? Стадия. Лечебная тактика?

Задача №19

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

Предположительный диагноз? Объем обследования.

Задача №20

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

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

Рак ободочной кишки.

Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны.

Задача №1

Больной Л. 55 лет, механик. Мать умерла от рака желудка. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли внизу живота. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в сигмовидной кишке сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в сигмовидной кишке просвет сужен за счет ин-

фильтрации. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: обнаружено опухолевое поражение сигмовидной кишки, печень, почки без патологии. Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №2

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

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №3

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

Задача №4

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

Задача №5

Больной А. 60 лет, рабочий в области резиновой промышленности. Жалобы на тошноту, боли в эпигастральной области, отвращение к пище. В анамнезе желчно-каменная болезнь. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ, РКТ органов брюшной полости: в области 4 и 5

сегментах печени отмечаются 3 очаговых образования размерами от 1 до 1,5 см с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, стенка желчного пузыря инфильтрирована, в просвете определяется объемное образование 2 см в диаметре. Положительны маркеры: СА 19-9, щелочная фосфатаза. Диагноз? Тактика лечения?

Задача №6

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №7

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

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

Задача №8

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №9

Больная К. 60 лет. В анамнезе: неспецифический язвенный колит. Жалобы на слабость, тошноту, иногда рвоту, тяжесть в животе, урчание, запоры. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эндофитно-растущего новообразования, легкокровотокающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в правой доле печени имеется очаг размерами 2 см в диаметре, с нечетким контуром.

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

Задача №10

Больной П. 62 лет. В анамнезе: семейный полипоз. Жалобы на периодические боли в правой половине живота, слабость, наличие опухолевидного образования в правой половине живота.

Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование размерами до 8 см в диаметре. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет восходящего отдела сужен за счет экзофитного бугристого образования (6 см в диаметре), легкокровотокающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №11

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №12

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

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

Задача №13

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

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

Задача №14

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Рак прямой кишки.

Задача №1

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №2

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №3

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

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

Рак печени.

Задача №1

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

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №2

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

Задача №3

Больной А., 45 лет. 2 года назад перенес резекцию сигмовидной кишки по поводу рака. При настоящем обследовании в проекции 5 и 8 сегментов печени определяется два опухолевых очага, максимальным размером до 5,0 см. Определите диагностическую и лечебную тактику.

Задача №4

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

Тема: Опухоли мягких тканей и костей.

Задача №1

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

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

Задача №2

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

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

Задача №3

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

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

Задача №4

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

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

Задача №5

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

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

Задача №6

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

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

Задача №7

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

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

Задача №8

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

- Какая была стадия?
- Как классифицировалась опухоль по глубине залегания?
- Какая СОД при проведении послеоперационного курса дистанционной лучевой терапии подводится в подобных случаях?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №9

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

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении остеосаркомы конечности?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №10

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

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении саркомы Юинга конечности?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №11

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

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при хирургическом лечении хондросаркомы конечности?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №12

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

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

Задача №13

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

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

Критерии оценивания компетенций (результатов) :

Оценка **«отлично»** выставляется студенту, который: в полном объеме свободно излагает учебный и лекционный материал. Глубоко понимает этиопатогенез с учетом новых научных данных. Обладает клиническим мышлением. Способен к самостоятельному совершенствованию знаний в данной области и процессе дальнейшей учебной, профессиональной или научной работы.

Оценка **«хорошо»** выставляется студенту, который: Прочно знает материал в объеме учебной программы и системно, последовательно излагает ответ. Понимает этиопатогенез развития симптомов и синдромов. Обладает основами клинического мышления.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, который: Владеет теоретическим материалом в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности. Показывает правильные, но нетвердые знания по внутренним болезням (многословие, неграмотное назначение лабораторно-инструментальных методов исследования, лечение малоэффективными или устаревшими препаратами).

Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, который: Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного материала, не знает эффективных лекарственных средств, допускает в ответе грубые ошибки.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии с п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.4. Написание академической истории болезни курируемого больного.

Основной самостоятельной работой по дисциплине «Онкология» является написание академической истории болезни курируемого больного.

Общие положения

Высшая медицинская школа ориентирует свое развитие на модель выпускника, который должен в современных условиях рыночной экономики быть подготовлен к самостоятельной профессиональной деятельности, требующей аналитического подхода, в том числе и в нестандартных ситуациях. Поэтому особое внимание уделяется организации самостоятельной творческой работы студентов, развитию навыков самостоятельного клинического. Важной формой развития навыков самостоятельной научной работы является написание академической истории болезни. Подготовка и защита академической истории болезни должны являться завершающим этапом изучения дисциплины «Травматология, ортопедия».

Цель подготовки и защиты академической истории болезни – углубить и конкретизировать знания студента по изучаемой дисциплине, полученные им в ходе теоретических и практических занятий, привить ему навыки самостоятельного подбора, осмысления и обобщения клинической информации и специальной литературы. История болезни позволяет студенту расширить круг дополнительно привлекаемой информации по выбранной теме, а также изучить те разделы курса, которые в ходе занятий могут рассматриваться в ознакомительном порядке.

История болезни предусматривается учебным планом и программой изучения дисциплины «Травматология и ортопедия». Требования к структуре и содержанию академической истории болезни определяются кафедрой на основе типовой истории болезни и методических указаний по написанию истории болезни, утверждаемой центральным методическим советом факультета. Нозологические формы, отражаемые в истории болезни, определяются учебным и учебно-тематическим планом по дисциплине. Конкретная тематика академических историй болезни определяется преподавателем, ведущим практические занятия и под контролем которого проводится написание академической истории болезни.

Общие требования

Академическая история болезни должна быть написана на основе тщательно проработанного собранного и обработанного материала по результатам курации больного.

Академическая история болезни представляет собой самостоятельный труд по итогам курации больного по тематике, изучаемой на клинических занятиях. История болезни должна отличаться логическим изложением основных положений, базироваться на сведениях, полученных из литературных источников, посвященных изучаемым нозологическим единицам. Материал, используемый из литературных источников, должен быть переработан, органически увязан с избранной студентом темой; изложение темы должно быть конкретным, насыщенным фактическими данными, логически обоснованным. Академическая история болезни включает следующие разделы: паспортную часть, жалобы больного (при поступлении или на момент курации), анамнез развития заболевания и анамнез жизни больного, объективный статус с изложением по системам, предварительный диагноз, план обследования, клинический диагноз с обоснованием, план лечения с указанием лекарственных препаратов в форме рецептов и их обоснованием, предоперационным эпикризом (с обоснованием), рекомендациями, прогнозом заболевания и указанием списка использованных источников.

Выбор тематики академической истории болезни

Профиль тематики историй болезни по блоку изучаемых тем дисциплины обсуждается и утверждается на заседании кафедры в начале учебного года. Преподавателем, ведущим прак-

тические занятия, на первом занятии цикла предоставляется студентам перечень нозологических форм и список курируемых больных. Студенту предоставляется право выбора больного для курации по изучаемым нозологическим формам.

Написание академической истории болезни

1. Работа с научным руководителем начинается сразу же после выбора больного для курации по избранной теме. Научный руководитель рекомендует студенту основную базовую литературу, являющуюся обязательной при разработке данной темы: монографии, учебные пособия, методические рекомендации, фундаментальные научные статьи.

2. Следующим этапом работы студента с научным руководителем является составление рабочего плана написания истории болезни.

3. После составления рабочего плана и получения задания от научного руководителя студент приступает к курации больного, а также к изучению основной и дополнительной литературы по тематике работы. Подбор литературы – это самостоятельная работа студента, успех которой зависит от его инициативности и умения пользоваться каталогами, библиографическими справочниками и т.п.

4. Одним из наиболее ответственных и трудных этапов при подготовке академической истории болезни является сбор и обработка фактического материала. Этот этап работы выполняется студентом самостоятельно в соответствии с индивидуальным заданием научного руководителя и отражает специфику разрабатываемой темы истории болезни.

Общие требования к содержанию академической истории болезни.

Клиническая история болезни включает следующие разделы: паспортные данные, жалобы, анамнез заболевания, анамнез жизни и состояние пациента по системам. Схема предполагает подробное описание местного травматологического статуса, а также предусматривает анализ результатов лабораторного и инструментального методов исследования, дифференциальный диагноз, обоснование клинического диагноза и лечебной тактики и дневники наблюдения за больным. История болезни заканчивается оформлением эпикриза и указанием использованной литературы.

Содержание работы должно быть конкретным и целиком опираться на данные, полученные при курации больного. Следует обратить внимание на стилистику, язык работы, её оформление. Все разделы работы должны быть связаны между собой. Поэтому особое внимание нужно обращать на логические переходы от одного параграфа к другому и связь между ними.

Все содержание истории болезни должно иметь как бы единый стержень, все ее части должны быть связаны между собой, должны дополнять и углублять одна другую. После заключения студент должен поставить дату окончания работы и свою подпись, а также привести список использованной литературы.

Оформление академической истории болезни проводится в соответствии с утвержденной схемой написания истории болезни.

Материал в работе располагается в следующей последовательности:

1. Титульный лист (заполняется по одной форме, его форма приведена ниже).
2. Текстовое изложение истории болезни (по разделам).
3. Список использованных источников.

Работа выполняется на одной стороне листа формата А4, в рукописном или машинописном варианте. Все листы академической истории болезни должны быть пронумерованы. Каждый раздел в тексте должен иметь заголовок в точном соответствии с наименованием в схеме. Новый раздел (подраздел) можно начинать на той же странице, на которой кончился предыдущий, если на этой странице кроме заголовка поместится несколько строк текста. В работе можно использовать только общепринятые сокращения и условные обозначения.

Студент несет ответственность за точность приносимых данных, а также за объективность изложения мыслей других авторов. Общий объем работы не может ограничиваться

определенным числом страниц. Список использованной литературы и других источников составляется в следующей последовательности:

Последним этапом выполнения работы является ее внешнее оформление, она должна быть подписана студентом.

4.5. Написание рефератов по дисциплине «Онкология»

Перечень тем рефератов

1. Методы диагностики онкологических болезней.
2. Диагностика опухолей спинного мозга на ранних стадиях.
3. Паллиативное и симптоматическое лечение.
4. Маркеры злокачественных новообразований.
5. Лимфома Ходжкина.
6. Место лучевой терапии в лечении лимфомы Ходжкина
7. Неходжкинская Лимфома.
8. Место лучевой терапии в лечении.
9. Скрининг рака желудочно-кишечного тракта.
10. Роль питания в развитии злокачественных новообразований.
11. Методы лечения онкопатологии ЖКТ.
12. Рак печени
13. Рак поджелудочной железы
14. Местнораспространенный базальноклеточный рак.
15. Эпидемиология злокачественных новообразований кожи Архангельской обл.
16. Пограничные невусы.
17. Саркома Капоши
18. Атипичные формы рака легкого (Рак Панкоста).
19. Метастатический рак легкого.
20. Роль курения в этиологии рака лёгкого.
21. Рак молочной железы ассоциированный с беременностью и лактацией.
22. Инструментальная диагностика рака молочной железы.
23. Рак молочной железы у мужчин.
24. Органосохранное лечение при остеогенной саркоме
25. Проблема фантомных болей после ампутаций
26. Рак языка.
27. Рак гортани
28. Метастазы из невыясненного первичного очага

Реферат по дисциплине «Онкология» выполняется в соответствии с утвержденными на кафедре методическими рекомендациями и оценивается в соответствии с установленными критериями по 4-х бальной шкале:

5 баллов – содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике; реферат оформлен в соответствии с общими требованиями написания и техническими требованиями оформления реферата; реферат имеет чёткую композицию и структуру; в тексте реферата отсутствуют логические нарушения в представлении материала; корректно оформлены и в полном объёме представлены список использованной литературы и ссылки на использованную литературу в тексте реферата; отсутствуют орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; реферат представляет собой самостоятельное исследование, представлен качественный анализ найденного материала, отсутствуют факты плагиата;

4 балла – содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике; в целом реферат оформлен в соответствии с общими требованиями написания реферата, но есть погрешности в техническом оформлении; в целом реферат имеет чёткую композицию и структуру, но в

тексте реферата есть логические нарушения в представлении материала; в полном объёме представлен список использованной литературы, но есть ошибки в оформлении; некорректно оформлены или не в полном объёме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата; есть единичные орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; в целом реферат представляет собой самостоятельное исследование, представлен анализ найденного материала, отсутствуют факты плагиата;

3 балла – содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике; в реферате отмечены нарушения общих требований написания реферата; есть погрешности в техническом оформлении; в целом реферат имеет чёткую композицию и структуру, но в тексте реферата есть логические нарушения в представлении материала; в полном объёме представлен список использованной литературы, но есть ошибки в оформлении; некорректно оформлены или не в полном объёме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата; есть частые орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; в целом реферат представляет собой достаточно самостоятельное исследование, представлен анализ найденного материала, присутствуют единичные случаи фактов плагиата;

2 балла – содержание реферата не соответствует заявленной в названии тематике или в реферате отмечены нарушения общих требований написания реферата; есть ошибки в техническом оформлении; есть нарушения композиции и структуры; в тексте реферата есть логические нарушения в представлении материала; не в полном объёме представлен список использованной литературы, есть ошибки в его оформлении; отсутствуют или некорректно оформлены или не в полном объёме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата; есть многочисленные орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте; реферат не представляет собой самостоятельного исследования, отсутствует анализ найденного материала, текст реферата представляет собой непереработанный текст другого автора (других авторов).

Описание шкалы оценивания: 4х балльная: отлично, хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно. Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии соответствует п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

4.6. Контрольные вопросы к промежуточной аттестации по дисциплине «Онкология» (экзамен).

1. Современные проблемы онкологии. Принципы профилактики злокачественных новообразований.
2. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей. Динамика и структура заболеваемости. Возрастно-половые особенности.
3. Особенности организации онкологической службы в России. Роль врача общей лечебной сети в профилактике и ранней диагностике злокачественных опухолей. Деонтология в онкологии. Понятие о клинических группах.
4. Роль первичного онкологического кабинета в организации оказания онкологической помощи. Клинические группы. Учет и диспансеризация онкологических больных
5. Принципы ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей. Классификация TNM.
6. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактика рака.
7. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований.
8. Значение эндоскопических, цитологических, рентгенологических и иммунологических методов исследования в онкологии.

9. Роль морфологических методов исследования в онкологии. Способы взятия материала для цитологического и гистологического исследований.
10. Факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей. Первичная профилактика рака.
11. Роль экзогенных (химические и физические агенты, онковирусы) и эндогенных (факторов) в возникновении опухолей человека.
12. Принципы патогенеза злокачественных новообразований. Опухолевые стволовые клетки.
13. Злокачественные опухоли как социальная проблема. Канцерогенные вещества во внешней среде, их основные источники.
14. Лучевая терапия как метод лечения злокачественных новообразований. Виды лучевой терапии.
15. Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях.
16. Закономерности и пути метастазирования злокачественных опухолей.
17. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.
18. Паранеопластические синдромы. Классификация и их значение.
19. Методы и принципы лечения злокачественных опухолей. Успехи в онкологии.
20. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение онкологических больных.
21. Современные принципы и возможности лекарственной терапии онкологических больных.
22. Паллиативное лечение онкологических больных.
23. Сочетание беременности и злокачественных опухолей. Особенности диагностики, лечения и прогноза.
24. Рак кожи. Заболеваемость. Меры профилактики. Особенности клинического течения базалиом и плоскоклеточного рака. Принципы диагностики и лечения.
25. Пигментные невусы. Признаки и факторы, способствующие их озлокачествлению. Диагностика и лечебная тактика.
26. Меланома кожи. Особенности роста и метастазирования. Принципы диагностики и лечения.
27. Злокачественные опухоли мягких тканей. Принципы диагностики и лечения.
28. Злокачественные опухоли костей. Особенности клиники, диагностики и лечения.
29. Рак нижней губы. Формы роста и дуги метастазирования. Методы диагностики. Принципы лечения первичного очага и регионарных метастазов.
30. Рак нижней губы. Клинические особенности. Методы диагностики и лечения. Прогноз.
31. Новообразования слюнных желез. Классификация. Методы диагностики и лечения. Особенности хирургического лечения опухолей околоушной слюнной железы.
32. Рак языка. Заболеваемость. Роль курения и вредных привычек, Принципы диагностики и лечения.
33. Рак языка. Формы роста, пути метастазирования. Методы диагностики. Принципы лечения.
34. Узловые образования в щитовидной железе. Диагностическая и лечебная тактика.
35. Рак щитовидной железы. Отличительные особенности высоко-дифференцированных форм. Особенности хирургического лечения.
36. Рак щитовидной железы. Особенности клинического течения медуллярного и недифференцированного рака. Принципы диагностики и лечения.
37. "Скрытый рак" щитовидной железы. Особенности диагностики и лечения.

38. Рак пищевода. Клинические особенности течения. Возможности ранней диагностики. Принципы лечения.
39. Рак пищевода. Эпидемиология. Анатомические формы роста. Патогенез клинических симптомов. Методы диагностики и лечения,
40. Рак желудка, Группы риска. Возможности раннего выявления.
41. Рак желудка. Клиническая картина в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Особенности метастазирования. Виды радикальных оперативных вмешательств.
42. Рак кардиального отдела желудка. Особенности клиники. Принципы диагностики и лечения.
43. Рак антрального отдела желудка. Особенности клиники, Принципы диагностики и лечения.
44. Ранний рак желудка. Классификация, возможности диагностики и результаты лечения.
45. Злокачественные опухоли 12-перстной кишки. Клиника, диагностики и лечение рака большого дуоденального соска.
46. Рак поджелудочной железы. Заболеваемость и смертность. Клиническая картина в зависимости от локализации опухоли, Принципы диагностики. Способы морфологического подтверждения диагноза.
47. Рак поджелудочной железы. Информативность различных методов диагностики. Показания к инвазивным методам исследования, Принципы хирургического лечения.
48. Дифференциальная диагностика желтухи. Особенности клинических и лабораторных проявлений при механической желтухе. Методы устранения механической желтухи.
49. Первичные и метастатические опухоли печени. Возможности дифференциальной диагностики и лечения.
50. Рак печени. Заболеваемость. Гистологические варианты строения. Клиника. Методы диагностики. Возможности лечения.
51. Рак ободочной кишки. Группы риска. Особенности клинического течения. Методы диагностики. Принципы лечения,
52. Рак прямой кишки. Группы риска. Клиническая картина в зависимости от локализации и анатомической формы роста. Принципы диагностики и лечения.
53. Рак легкого. Заболеваемость. Группы повышенного риска. Профилактика рака. Принципы диагностики и лечения.
54. Рак легкого. Клинико-анатомическая классификация. Особенности клинического течения мелкоклеточного рака. Выбор метода лечения.
55. Центральный рак легкого. Зависимость клиники от типа роста опухоли. Понятие о пневмоните. Методы диагностики, принципы лечения.
56. Периферический рак легкого. Клинические формы. Возможности раннего выявления. Дифференциальная диагностика шаровидных образований. Принципы лечения.
57. Мастопатии, Классификация. Принципы диагностики и лечения.
58. Рак молочной железы. Факторы риска. Клинические формы. Рак Педжета. Принципы диагностики и лечения.
59. Рак молочной железы. Заболеваемость. Возможности ранней диагностики. Профилактика рака молочной железы.
60. Рак молочной железы. Причины поздней диагностики. Возможности лечения распространенных форм рака молочной железы.
61. Узловая форма рака молочной железы. Кожные симптомы. Принципы диагностики и лечения.
62. Рак молочной железы. Особенности регионарного и отдаленного метастазирования. Методы диагностики и лечения.
63. Метастатические плевриты. Дифференциальная диагностика. Возможности выявления первичного очага. Методы лечения.
64. Асциты при злокачественных опухолях. Их патогенез. Вероятная локализация первичной опухоли. Методы диагностики и лечебная тактика.
65. Синдром пояснично-крестцового радикулита в онкологии.

66. Синдром верхней полой вены.
67. Синдром сдавления нижней полой вены при онкологических заболеваниях.
68. Метастазы рака в лимфатические узлы из невыявленного первичного очага. Диагностическая тактика. Возможные локализации первичного очага.
69. Метастазы рака в кости из невыявленного первичного очага. Диагностический поиск. Лечебная тактика.
70. Лимфогранулематоз. Морфологическая классификация и ее прогностическое значение.
71. Лимфогранулематоз. Деление на стадии. Симптомы интоксикации. Биологические признаки активности процесса. Принципы лечения.
72. Миеломная болезнь. Клиника. Диагностика и лечение.
73. Понятие о миелодиспластическом синдроме (МДС). Нозологические формы. Особенности клиники и диагностики. Возможности лечения.

Критерии оценивания компетенций (результатов):

Оценка **«отлично»** выставляется студенту, который:

1. Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины «Онкология, лучевая терапия», излагает его на высоком научно-методическом уровне, используя материалы обязательной и дополнительной литературы.
2. Четко представляет взаимосвязи патологических процессов, развивающихся на различных участках организма человека, способен произвести анализ патологического процесса на уровне целостного органа.
3. Умеет творчески иллюстрировать теоретические положения соответствующими примерами, демонстрирующими практическую значимость полученных знаний.
4. Умеет правильно решать типовые задачи, владеет практическими навыками (в пределах программы).
5. В ответе может допустить одну, две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляет после замечаний преподавателя.

Оценка **«хорошо»** – выставляется студенту, который:

1. Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины «Онкология, лучевая терапия», при этом полностью раскрывает содержание материала в объеме предусмотренном программой, используя материалы обязательной литературы по предмету.
2. Излагает материал грамотным языком, владеет терминологией и символикой травматологии и ортопедии.
3. Четко представляет взаимосвязи патогенеза травмы или болезни с клиникой.
4. Умеет правильно решать типовые задачи, интерпретировать данные физикального и инструментального обследования.
5. В изложении материала допускаются небольшие пробелы, которые исправляет самостоятельно после дополнительных вопросов.

Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, который:

1. Владеет материалом в объеме учебной литературы, обладает достаточными для продолжения обучения и предстоящей практической деятельности знаниями.
2. Овладел методическими вопросами, рассматриваемыми по курсу дисциплины «Онкология, лучевая терапия».
3. Умеет в целом правильно решать типовые задачи, интерпретировать результаты инструментального обследования больного.

4. Материал излагает логически непоследовательно, в ответе допускает ряд неточностей и ошибок, в исправлении которых испытывает затруднения после дополнительных наводящих вопросов.

Оценка **«неудовлетворительно»** – выставляется студенту, который:

1. Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного программного материала, допускает принципиальные ошибки в ответе и при выполнении предусмотренных программой заданий.
2. Не владеет методологическими вопросами, рассматриваемыми в рамках курса дисциплины «Онкология, лучевая терапия».
3. Плохо знает специальную терминологию.
4. Не умеет правильно оценить результаты лабораторных исследований.

Описание шкалы оценивания: 4х балльная:

- отлично, хорошо, удовлетворительно – итоговое значение «зачтено»

- неудовлетворительно – итоговое значение «не зачтено»

Пересчет шкалы в 100 балльную осуществляется в соответствии с соответствием п. 3.4.2. СМК-ПЛ-7.5-06 «Положения о кредитно-модульной системе НИЯУ МИФИ».

Программу составили:

С.Г. Анашкин – заведующий кафедрой хирургических болезней, доктор медицинских наук, доцент

И.Д. Корнилецкий – доцент кафедры хирургических болезней, кандидат медицинских наук

Рецензент:

А.А. Котляров – декан медицинского факультета, доктор медицинских наук, профессор

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Рассмотрен на заседании отделения биотехнологий ИАТЭ НИЯУ МИФИ и рекомендован к переутверждению (протокол № <u>12</u> от «<u>06</u>» <u>06</u> 20<u>22</u>г.)	Начальник отделения биотехнологий ИАТЭ НИЯУ МИФИ  А.А. Котляров
---	---