

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И
ИННОВАЦИЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
Ошский международный медицинский университет
Медицинский факультет



Кафедра клинических дисциплин

РАССМОТРЕНО

на заседании кафедры

Протокол № 1

от «08» 08 2025 г.

Заведующий кафедрой

[Signature] к.м. н. Абдымомулова Б. Т.

УТВЕРЖДАЮ

Председатель УМС OMMU

[Signature] к.б.н., доцент Орунбасва Б.М.

«08» 09 2025 г.

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ

по дисциплине: **ОНКОЛОГИЯ**

для специальности: 560001 – лечебное дело

Аннотация дисциплины.

Код дисциплины	ВК 3.20
Название дисциплины	Онкология
Объем дисциплины в кредитах	3
Семестр и год обучения	9 семестр, 2025-2026
Цель дисциплины	Сформировать у будущих врачей: - базовые профессиональные и общекультурные компетенции; - тактику ведения пациентов с предраковыми заболеваниями, доброкачественными и злокачественными новообразованиями; - систему знаний об этиологии, патогенезе, классификации злокачественных новообразований, а также - диагностике, лечении и профилактике злокачественных новообразований; - развивать профессиональные качества, логическое, клиническое мышление студентов; - умение оценивать результаты выполненной работы.
Пререквизиты дисциплины	история медицины; нормальная и патологическая анатомия; нормальная и патологическая физиология; гистология; общая и клиническая фармакология; общая хирургия; внутренние болезни; оториноларингология; офтальмология; акушерство и гинекология.
Результаты обучения дисциплины	Р0₆ - Способен интерпретировать результаты клинических, биохимических, микробиологических, иммунологических и инструментальных исследований при постановке диагноза.
Метод оценивания	Устный опрос (фронтальный, индивидуальный и комбинированный); Письменная проверка; Практическая проверка; Стандартизированный контроль.
Количество наименований используемой литературы с указанием 2-3х основных учебников	1. Онкология: учебник / В.Г. Черенков. – 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 512 с.: ил. – ISBN 978 - 5 – 9704 – 4091 – 9 2. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 2-е изд. 2006. – 488 с.: ил. – ISBN – 5 –89481 – 418 – 9 3. Клиническая онкология: учебное пособие для системы последиplomного образования врачей / В.Г. Черенков. – 3-е изд. испр. и доп. – М.: МК, 2010. – 434 с.; ил. табл. – ISBN– 978 – 5 – 91894 – 002 – 0
Использование технико-исследовательского, компьютерного оборудования	<i>Компьютер (использование всех видов работ)</i> <i>Принтер (тест, квизы)</i> <i>Сканер (доклады, схемы)</i> <i>Интерактивная доска (презентации, ролики, фильмы, таблицы)</i>
ФИО преподавателя	к. м. н, доцент Мамашов Нурбек Максutowич

Анкета преподавателя

ФИО преподавателя	Мамашов Нурболд Максutowич
Название дисциплин(ы)	Онкологии
Должность и звание	к.м.н., доцент
Базовое образование	ОшГУ, медицинский факультет, лечебное дело
Работа в других учреждениях	
Опыт академической или производственной работы в предметной или смежных областях	Академический опыт – 25 лет.
Научно-исследовательская деятельность в предметной или смежных областях	<p>Новые стратегия лечения рака щитовидной железы (статья, 2023г),</p> <p>Анатомический музей La Specule во Флоренции, Италия (статья, 2023г),</p> <p>Эпидемиология злокачественных новообразований у детей младшего возраста в Кыргызской Республике (статья, 2024г).</p>
Членство в научных и профессиональных обществах.	Член профсоюзного комитета ОшГУ
Награды и премии	<p>- Почётная грамота профкома ОшГУ (2021);</p> <p>- Почетная грамота мэрии г. Ош (2011, 2023) и обл. администрации (2017).</p> <p>- Отличник здравоохранения КР (2023)</p>
Повышение квалификации за последние 5 лет	<p>1. «Педагогика и психология» Институт повышения квалификации при ОшГУ - 72 часов 2021 Сертификат.</p> <p>2. «Актуальные вопросы ультразвуковой диагностики»-144ч.2023г. Сертификат.</p> <p>3. «Биопсия молочной железы, маммография и УЗИ молочных желез» 2024. Сертификат.</p> <p>4. «Онкоосторожность: ранняя диагностика и скрининг онкологических заболеваний».19.10.24. Сертификат.</p>

РЕЦЕНЗИЯ

на учебно-методический комплекс по клинической дисциплине «Онкология»
для студентов по специальности 560001 «Лечебное дело»

Онкология - медицинская наука изучает доброкачественные и злокачественные новообразования (ЗН), механизмы и закономерности их возникновения и развития, методы их профилактики, диагностики и лечения и имеет важное значение для подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Лечебное дело».

Рецензируемый учебно-методический комплекс (УМК) рассчитан на оказание методической и практической помощи по освоению студентами клинической дисциплины «Онкология». Цель УМК: формирование у студентов знаний, умений и навыков, необходимых будущему врачу общей практики для работы в сфере охраны здоровья населения, способных анализировать и оценивать факторы, способствующие развитию и распространению опухолей, владеющих основами, принципами и навыками онкологической настороженности, ранней и своевременной диагностики ЗН.

УМК состоит из рабочей программы, курса, содержания, перечня результатов обучения и компетенции, теоретического и практического разделов, блока контроля знаний, вспомогательного раздела, содержащего учебную программу и рекомендуемый список специальной литературы.

Теоретический раздел представлен подробным конспектом лекций по темам дисциплины, с указанием вопросов для контроля и рекомендуемой литературы, практический раздел содержит тематику ЗН, а также рекомендуемый перечень реферативных работ. Комплекс позволит облегчить самостоятельную работу студентов при подготовке к практическим занятиям. Для осуществления контроля за формированием компетентности студентов предлагаются фонд оценочных средств, перечень специальной и дополнительной литературы, что будет способствовать глубокому и системному изучению данной дисциплины.

Структура УМК по специальности «Онкология» представляется логичной, и нацелена на оказание помощи для самостоятельной учебной работы, развития умений и навыков в освоении дисциплины. В целом, УМК обеспечивает выполнение ГОС ВПО (2015) по специальности «Лечебное дело» и может быть рекомендован к использованию в образовательном процессе для подготовки специалистов по специальности 560001 «Лечебное дело» на Ошском международном медицинском университете.

Рецензент:

Директор ОМОЦ при МЗ КР, казг.
Подпись Паизовой З.М. заверяю



Паизова З.М.

инспектор ОК ОМОЦО при МЗ КР.

**МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И
ИННОВАЦИЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**Ошский международный медицинский университет
Кафедра клинических дисциплин**

**ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ
(SYLLABUS)
по дисциплине «Онкология»**

для студентов, обучающихся по специальности:
560001 – Лечебное дело

Форма обучения: дневная

Всего кредитов: 4, курс – 5, семестр – IX.

Общая трудоемкость: 120 час., в т.ч.: аудиторных – 60ч (лекций – 24 ч, практических – 36ч.); СРС – 60 час.

Количество рубежных контролей (РК): модуль – 2, экзамен – IX семестр.

Данные о преподавателе: к. м. н, доцент Мамашов Н. М.

Кафедра, номер кабинета: "Клинических дисциплин",

аудит. №106 на база ОМОЦО, г. Ош, ул. Ашимахунова -46

Контактная информация: время работы – 8:00-16:00, моб.тел.: 0772941050,

электр.адрес: mamashov@m.ru

за 2025-2026 учебный год

1. Характеристика курса: Дисциплина "Онкология" относится к клиническим дисциплинам профессионального цикла. Содержание разделов учебной программы Этиологические и способствующие факторы. Особенности клинического течения в зависимости от локализации и формы роста. Методика сбора анамнеза. Особенности метастазирования. Современные методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Прогноз. Пути профилактики.

2. Цель курса Сформировать у будущего специалиста тактику ведения пациентов с предраковыми заболеваниями, доброкачественными и злокачественными заболеваниями.

3. Задачи дисциплины:

- сформировать основы и принципы «онкологической настороженности»;
- обучить особенностям течения онкологической патологии по органам и системам;
- обучить основам и принципам диагностики и дифференциальной диагностики патологических состояний;
- систематизировать основы и принципы профилактики злокачественных новообразований;
- обучить принципам и правилам реабилитации онкологических больных;
- повысить способность к самообразованию;
- развить когнитивные и исследовательские умения;
- развить информационную культуру.

Пререквизиты	патологическая анатомия; гистология; клиническая фармакология; общая, оперативная хирургия; внутренние болезни	
Постреквизиты	поликлиническая терапия; семейная медицина;	
Со-реквизиты (по необходимости)	Гинекология, госпитальная терапия госпитальная хирургия	
Результаты обучения дисциплины		
РО (результат обучения) ООП	РО дисциплины	
РО – 7 Умеет применить базовые знания в области диагностической деятельности для решения профессиональных задач.	РОд – 1 Знает: Основы проведения опроса, физикального осмотра, клинического обследования; Умеет: Интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных исследований; Владеет навыками: Написания медицинской карты амбулаторного больного.	ПК-2 способен и готов анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей, основные методики клинико-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и детей, для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов;

Р08 – Умеет применить базовые знания в области лечебной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-18 - способен и готов к оказанию медицинской помощи при острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
---	--	--

Система оценки:

Технологическая карта дисциплины (на примере одного семестра)

Всего	Ауд. часы	СРС	1-модуль (30 ч., 30 б.)				2-модуль (30 ч., 30 б.)				Итог. контроль (40 б.)				Итоговый балл		
			Ауд. часы		СРС	1-рубежный контроль (РК1)	Ауд. часы		СРС	2-рубежный контроль (РК2)	Лекция	Практик.	СРС	Итоговый контроль (ИК)			
			Лекция	Практик.			Лекция	Практик.									
120	60	60	12	18	30			12	18	30							
Баллы			4	8	8	10 б.	4	8	8	10 б.			40	40 б			
Виды контроля			$TK = (Лек + Прак + СРС) / 3$, $M1 = (TK1 + \dots + TKN + РК1) / (N + 1)$				$TK = (Лек + Прак + СРС) / 3$, $M1 = (TK1 + \dots + TKN + РК1) / (N + 1)$				Экз = M1 + M2 + ИК				100		

Примечание: Ауд. – аудиторный, ТК – текущий контроль, РК – рубежный контроль, М – модуль, СРС – самостоят. работа студентов, ИК – итоговый контроль.

Календарно-тематический план лекционных и практических занятий

№	неделя	название темы	количество часов, баллов			
			лекция	баллы	практ. занятие	баллы
Лекции						
Модуль 1						
1	1 неделя	Место и роль онкологии в системе здравоохранения. Организация онкологической службы в странах СНГ, в мире.	2	4		
2	2 неделя	Структура и показатели деятельности ОС. Принципы работы онкологических учреждений. Эпидемиология ЗН. Международная классификация по TNM, по стадиям болезни	2	4		
3	3 неделя	Общие принципы диагностики ЗН. Основные методы диагностики ЗН.	2	4		
4	4 неделя	Принципы и методы лечения ЗН. Понятия о комбинированном и комплексном лечении ЗН.	2	4		
5	5 неделя	Профилактика ЗН. Принципы и основы профилактики.	2	4		
6	6 неделя	Реабилитация онкологических больных. Роль МСЭК в реабилитации онкологических больных	2	4		
Модуль 2						
7	7 неделя	Деонтология и биоэтика в онкологии. Черты врача характеризующие его как профессионала.	2	4		
	8-неделя	Реабилитация онкологических больных. Роль МСЭК в реабилитации онкологических больных.	2	4		
	9-неделя	Опухоли головы и шеи. Вне органные и метастатические опухоли головы шеи.	2	4		
	10-неделя	Опухоли органа зрения. Ретинобластома.	2	4		
	11-неделя	Опухоли костей и мягких тканей.	2	4		
	12-неделя	Особенности детской онкологии. Особенности клинического течения опухолей у детей.	2	4		
		Всего	24			

План организации СРС:

№	тема	Задание для СРС	часы	Оценочные средства	Баллы	Литература	Срок сдачи
1.	Дифференциальная диагностика меланомы	1. Опишите процесс меланогенеза. 2. Перечислите симптомы меланомы. 3. Правила работы с дерматоскопом. 4. Составьте таблицу по ДД меланомы.	6	конспект, практические навыки, устный опрос, таблица	8	1,2,3	2-3 неделя
2.	Рак щитовидной железы.	1. Техника проведения пальпации ЩЖ. 2. Опишите гистологических форм рака ЩЖ. 3. Составте таблицу по ДД патологии ЩЖ.	6	конспект, практические навыки, устный опрос, таблица	8	1,2,3	4 неделя
3	Рак молочной железы.	1. Техника проведения пальпации МЖ. 2. Расскажите о самообследовании МЖ. 3. Проводите расшифровку маммографических снимков. 4. Составте таблицу по ДД патологии МЖ.	6	конспект, проверка практических умений у постели больного	8	1,2,3	5 неделя
4	Рак желудка.	1. Техника проведения пальпации МЖ. 2. Расскажите о самообследовании МЖ. 3. Проводите расшифровку маммографических снимков. 4. Составте таблицу по ДД патологии МЖ.	6	конспект, практические навыки, устный опрос, таблица	8	1,2,3,4	8 неделя
5	Дифференциальная диагностика опухолей печени.	1. Определите границы печени по Курлову. 2. Опишите механизм развития механической желтухи и асцита. 3. Опишите симптом Курвуазе. 4. Составить сравнительную схему дифференциальной диагностики патологии печени.	6	конспект, проверка практических умений у постели больного, устный опрос, схема	8	1,2,3,	9 неделя
6	Дифференциальная диагностика опухолей толстого кишечника	1. Перечислите предрасполагающие факторы и предраковые заболевания. 2. Техника забора материала для цитологического и гистологического исследования. 4. Составьте таблицу по ДД опухолей толстого кишечника.	6	конспект, проверка практических умений у постели больного, устный опрос, схема	8	1,2,3	9-10 неделя

7	Рак мочевого пузыря	1. Определите симптомы 2. Патогенез развития гидронефроза. 3. Составьте таблицу по ДД опухолей мочевого пузыря 4. Правила проведения катетеризация МП.	6	1. Конспект 2. презентация 3. Конспект для диф. диагностики 4. Устный опрос 5. Конспект в виде схемы профилактики и лечения 6. Проверка практических умений	8	1,2,3	10 неделя
8	Рак шейки матки	1. Перечислите предрасполагающих факторов и предраковых заболеваний 2. Техника проведения бимануального исследования ЖПО. 3. Техника забора материала для цитологического и гистологического исследования. 4. Составьте таблицу по ДД опухолей ЖПО.	6	конспект, практические навыки, устный опрос, таблица	8	1,2,3	11 неделя
9.	Злокачественные новообразования желудка	Анализ данных. Сравнительная таблица отчетных данных Курация больных Анкетирование пациентов, выявление основных симптомов в зависимости от локализации	6	конспект, устный опрос, таблица	8	1,2,3	9-10 неделя
10.	Злокачественные новообразования почек. Дифференциальная диагностика	Анализ клинических данных. Курация больных. Опрос. Анкетирование пациентов, методы диагностики.	6	Презентация	8	1,2,3	9-10 неделя
	Итого		60ч		86		

Политика курса:

1. **Посещаемость и участие в занятиях**
 - Недопустимо:
 - а) Опоздание и уход с занятий;
 - б) Не соблюдение этики
 - в) Обязательно медицинская форма
2. **Академическая честность и плагиат**
 - Недопустимо:
 - в) Обман и плагиат.
 - г) Несвоевременная сдача заданий
3. **Дедлайны и штрафы за опоздание со сдачей работ**
 - За опоздание со сдачей работ минусуются баллы.
4. **Политика пересдач и апелляций**

- За пропущенные занятия студенту необходимо получить разрешение в письменном виде (лист разрешения), с деканата, подготовиться самостоятельно на темы и отработать у предметника на кафедре. Отработка пропущенных занятий проводится до рубежного контроля и учитывается балл при выставлении модулей. За каждые пропущенные и неотработанные практические занятия убавление по 2 балла с модуля. Предметник регистрирует повторные сдачи в специальном журнале, ставит пометку «отработал» в лист разрешения.
5. **Использование гаджетов на занятиях**
- Недопустимо:
 - Пользование сотовыми телефонами во время практических занятий и на экзамен;

Образовательные ресурсы:

<i>(используйте полную ссылку и укажите, где можно получить доступ к текстам/материалам)</i>	
Электронные ресурсы	(базы данных, анимация, моделирование, профессиональные блоги, веб-сайты, другие электронные справочные материалы. Например: видео, аудио, ссылки-дайджесты)
Электронные учебники	<p>1. Учебник Онкология М.И. Давыдов, И.Х. Ганцев «Медицина» г. Москва 2023г. https://vk.com/oncology_osmi</p> <p>2. Учебник Клиническая онкология «Геотар-Медиа» г. Москва 2020 г. https://meduniver.com/Medical/Book/3.html</p> <p>3. Черенков В.Г., Онкология [Электронный ресурс] : учебник / В.Г. Черенков. - 4-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 512 с. - ISBN 978-5- 9704-4091-9 chrome-extension://mhjfbmdgcfjbbpaeojofohoefgihjai/index.html</p> <p>4. Вельшер Л.З., Клиническая онкология. Избранные лекции [Электронный ресурс] / Л.З. Вельшер, Б.И. Поляков, С.Б. Петерсон - М. : ГЭОТАРМедиа, 2014. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-2867-2 chrome-extension://mhjfbmdgcfjbbpaeojofohoefgihjai/index.html</p> <p>5. Петерсон С.Б., Онкология [Электронный ресурс] / под общей ред. С. Б. Петерсона - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-2532-9 chrome-extension://mhjfbmdgcfjbbpaeojofohoefgihjai/index.html</p>
Нормативно-правовые акты	<i>Название (ссылка, позволяющая студентам скачать или получить доступ)</i>
Учебники (библиотека)	<p>Основная:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Онкология: учебник / В.Г. Черенков. – 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 512 с.: ил. – ISBN 978 - 5 – 9704 – 4091 – 9 2. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 488 с.: ил. – ISBN – 5 –89481 – 418 – 9 <p>Дополнительная:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Клиническая онкология: учебное пособие для системы последипломного образования врачей / В.Г. Черенков. – 3-е изд. испр. и доп. – М.: МК, 2010. – 434 с.; ил. табл. – ISBN– 978 – 5 – 91894 – 002 – 0 4. Онкология: Справочник практического врача / под ред. чл.-корр. И.В. Поддубной. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 768 с.: ил. – ISBN 5 – 98332 – 247 – 3 5. Линденбратен Л.Д., Королюк И.П. Медицинская радиология (основы лучевой диагностики и лучевой терапии): Учебник. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2000.— 672 с: ил. (Учеб. лит. для студентов мед. вузов). ISBN 5-225-

04403-4

6. Онкология: учебник /под ред. акад. В.И. Чиссова, проф. С.Л. Дарьяловой. – М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2007. – 560 с. – ISBN 978 – 5 – 9704 – 0454 – 6
 7. Шалимов С.А. «Справочник по онкологии»: [для врачей] /под ред. проф. С.А. Шалимова, проф. Ю.А. Гриневича, проф. Д.В. Мясоедова. - Киев: «Здоров'я», 2000. – 558 с. – ISBN 5 – 311 01168 - 8
 8. Фрадкин С.З. «Клиническая онкология»: Справочное пособие /под ред. проф. С.З. Фрадкина, И.В. Залуцкого. – Мн.: Беларусь, 2003. – 784 с. – ISBN 985 – 01 – 0421 – X
- Кафедральная:**
9. Справочник врача-онколога: [для студентов и врачей] /под ред. проф. И.О. Кудайбергеновой, доц. М.А. Джемуратова. – Бишкек: 2014. – 320 с. – ISBN 978 – 9967 – 466 – 15 – 9
 10. Методы обследования органов женской половой системы. Учебно-метод. пособие/ Бургоева М.Н., доцент Джемуратов М.А., доцент Мамашов Н.М. и др. 2018. – 93 с

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Ошский международный медицинский университет
Кафедра клинических дисциплин

«Обеуждено»
на засед. каф. прот. № ___ от "___" 20___ г.
зав. каф. _____ к.м.н., Абдимомунова Б.Т.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

по дисциплине «Онкология»

специальность- Лечебное дело

Всего	Ауд. часы	СРС	1-модуль (30 ч., 30 б.)				2-модуль (30 ч., 30 б.)				Итог. контроль (40 б.)				Итоговый балл		
			Ауд. часы		СРС	1-рубежный контроль (РК1)	Ауд. часы		СРС	2-рубежный контроль (РК2)	Лекция	Практик.	СРС	Итоговый контроль (ИК)			
			Лекция	Практик.			Лекция	Практик.									
120	60	60	12	18	30			12	18	30							
Баллы			4	8	8	10 б.	4	8	8	10 б.			40	40 б			
Виды контроля			$TK = (Лек + Прак + СРС) / 3$, $M1 = (TK1 + \dots + TKN + РК1) / (N+1)$				$TK = (Лек + Прак + СРС) / 3$, $M1 = (TK1 + \dots + TKN + РК1) / (N+1)$				$Экз = M1 + M2 + ИК$				100		

Примечание: Ауд. – аудиторный, ТК – текущий контроль, РК – рубежный контроль, М – модуль, СРС – самостоят. работа студентов, ИК – итоговый контроль.

Формируемые результаты обучения и компетенции:

результат обучения ООП	результат обучения дисциплины	компетенции
<p>РО-7: Способен применять фундаментальные знания при оценке морфофункциональных и физиологических состояний организма и выполнении лабораторных исследований для своевременной диагностики заболеваний и выявления патологических процессов</p>	<p>РОд -1 Умеет пользоваться учебной, научной литературой, сетью Интернет для подготовки к занятиям и НИРС.</p>	<p>ПК-9: Способен определить референтные интервалы, пороговые и критические значения лабораторных показателей, разрабатывать и рекомендовать диагностическую программу с учетом влияния биологических и социальных факторов на результаты лабораторных исследований.</p>
<p>РО-8:Способен оценивать и интерпретировать результаты лабораторных исследований с учетом влияния социальных, биологических факторов и лекарственных средств на результаты исследований и обосновывать рекомендации по выбору диагностической программы, с целью повышения достоверности диагностической информации.</p>	<p>РОд-2 Объясняет основные закономерности функционирования органов, систем в норме, и умеет анализировать физиологическое состояние и механизмы их регуляции;</p>	<p>ПК-10: Способен оценивать и интерпретировать результаты анализа, выявить критические значения, формулировать лабораторное заключение и разрабатывать алгоритм информирования лечащего врача и определять необходимость дополнительных лабораторных исследований для пациента. ПК-11: Способен формировать лабораторно-диагностическое заключение и интерпретацию результатов исследований с использованием международной классификации болезней (МКБ) для поддержки клинической диагностики и принятия врачебных решений.</p>

1-модуль - 25 баллов	2-модуль – 25 баллов
<p>лекция-4б практические занятия-4б СРС практ- 8б №1 рубежный контроль-9б (лекция-4б, практ.-5 б)</p>	<p>лекция-4б практические занятия-4б СРС-8б №2 рубежный контроль-9б (лекция-4б, практ.-5 б)</p>
итоговый экзамен – 50 баллов	

Примерный перечень оценочных средств по лекционным занятиям:

№	Вид деятельности	Определение	Примечание
1	Конспектирование	краткое изложение содержания какой-либо или определённой информации, полученной из различных источников	РК
2	Тестирование	метод оценки полученных знаний с использованием стандартизированных вопросов	РК

Примерный перечень оценочных средств по практическим занятиям:

№	Вид деятельности	Определение	Примечание
1	Устный опрос	метод получения фактической информации форме беседы	ТК
2	Решение ситуационных задач	процесс выполнения действий или мыслительных операций, направленных на решение проблемы, с формулированием конкретных выводов	ТК
3	Демонстрация практических навыков	деятельность студентов, выраженная в практическом применении знаний	ТК
4	Выполнение лабораторных работ	деятельность студентов, выраженная в практическом применении знаний	ТК
5	Просмотр и обсуждение учебных фильмов.	процесс осмысленного восприятия, увиденного и его понимание	ТК
6	Конспектирование	краткое изложение содержания какой-либо или определённой информации, полученной из различных источников	ТК
7	Тестирование	метод оценки полученных знаний с использованием стандартизированных вопросов	ТК,РК

Примерный перечень оценочных средств по СРС:

№	Вид деятельности	Определение	Примечание
1	Устный опрос	метод получения фактической информации форме беседы	
2	Конспектирование	краткое изложение содержания какой-либо или определённой информации, полученной из различных источников	
3	Составление схем и таблиц	при составлении схем и таблиц студент совершает логические операции: анализ, синтез, сравнение, умение преобразовать и обобщить материал, привести его в систему и графически	

изобразить.

Критерии оценивания по видам деятельности:

Лекция:

№	Вид деятельности	критерии оценивания	баллы
1	Конспектирование	1. адекватность и осознанность понимания вопроса – 1,0 2. быстрота ответа - 1,0 3. точность и полнота ответа- 2,0	4
2	Тестирование	20 вопросов по 0,2	4

Практические занятия:

№	Вид деятельности	критерии оценивания	баллы
1	Устный опрос	1. адекватность и осознанность понимания вопроса – 1,0 2. быстрота ответа - 1,0 3. точность и полнота ответа- 2,0	4
2	Решение ситуационных задач	1. осознанность и понимание данной ситуации- 1,0 2. правильность выбора метода решения задачи – 1,0 3. последовательность решения задачи- 1,0 4. точность и аргументированность решения- 1,0	4
3	Демонстрация практических навыков	1. правильная последовательность выполнения- 2,0 2. аргументированность действий -2,0	4
4	Выполнение лабораторных работ	1. правильная последовательность хода работы- 2,0 2. аргументированность действий- 2,0	4
5	Просмотр и обсуждение учебных фильмов.	1. полнота раскрытия содержания видеофильма-2 2. аргументированность суждений и выводов о фильме - 2	4
6	Конспектирование	1. соответствие содержания конспекта теме- 1,0 2. краткость и доступность изложения- 1,0 3. точность, конкретность определений- 1,0 4. эстетичность оформления- 1,0	4
7	Тестирование	10 вопросов по 0,4	4

СРС:

№	Вид деятельности	критерии оценивания	баллы
1	Устный опрос	1. адекватность и осознанность понимания вопроса – 2,5 2. быстрота ответа - 2,0 3. точность и полнота ответа- 3,5	4
2	Конспектирование	1. соответствие содержания конспекта теме- 1,0 2. краткость и доступность изложения- 1,0 3. точность, конкретность определений- 1,0 4. эстетичность оформления- 1,0	4
3	Составление схем и таблиц	1. полное описание схемы – 2,0 2. наличие графического изображения- 1,0 3. правильность объяснения таблицы или схемы – 1,0	4

РК:

№	вид деятельности	критерии оценивания	баллы
	Тестирование	20 вопросов по 0,25	5

1
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Ошский международный медицинский университет

Кафедра клинических дисциплин

План-разработка практического занятия № 1

на тему: Доброкачественные, фоновые и предраковые заболевания.

по дисциплине: Онкология

специальность: "Лечебное дело"

Составитель:

доцент Мамашов Нурбек Максатович

Цель занятия: различать особенности развития доброкачественных, фоновых и предраковых заболеваний, их диагностику.

Результаты обучения ООП, дисциплины и темы:

Результаты обучения дисциплины		
РО (результат обучения) ООП	РО дисциплины	
РО – 7 Умеет применить базовые знания в области диагностической деятельности для решения профессиональных задач.	<p>РОд – 1</p> <p>Знает: Основы проведения опроса, физикального осмотра, клинического обследования;</p> <p>Умеет: Интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных исследований;</p> <p>Владеет навыками: Написания медицинской карты амбулаторного больного.</p>	<p>ПК-2 способен и готов анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей, основные методики клиничко-лабораторного обследования и оценки функционального состояния</p> <p>организма взрослого человека и детей, для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов;</p>
РО8 – Умеет применить базовые знания в области лечебной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-18 - способен и готов к оказанию медицинской помощи при острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
РО9 - Умеет применить базовые знания в области реабилитационной деятельности для		ПК-22 - способен и готов применять реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) среди населения

решения профессиональных задач		при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;
--------------------------------	--	---

Форма занятия: практическая занятия.

Тип занятия:

- работа в малых группах;
- разбор конкретной ситуации;
- дискуссия;
- защита конспекта с мультимедийной презентацией.

Оборудование занятия: Ноутбук, текст лекции, видеоролик, тесты, таблицы и схемы.

Межпредметная связь: топографическая анатомия, физиология, гистология.

Внутрипредметная связь: лекция № 1

Контрольные вопросы:

- Интерпретировать понятия «Предрак» (факультативный и облигатный предраки), «паранеопластические состояния».
- Интерпретировать понятия о дисплазии, раке «in situ», раннем раке.
- Охарактеризовать классификацию предраковых заболеваний.
- Охарактеризовать клиническую картину ДН и предраковых заболеваний.
- Составить схему дифференциальной диагностики.
- Описать методы лечения (хирургические, консервативные).
- Различать правила и сроки диспансеризации больных с доброкачественными и предраковыми заболеваниями.
- Охарактеризовать пути профилактики предраковых заболеваний

Формы проверки знаний:

1. Тест
2. Устный опрос
3. Ситуационные задачи

Литература:

Основная:

1. *Онкология: учебник* / В.Г. Черенков. – 4-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 512 с.: ил. – ISBN 978 - 5 - 9704 - 4091 - 9
2. *Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов.* – 2-е изд. испр. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 488 с.: ил. – ISBN - 5 - 89481 - 418 - 9

Дополнительная:

1. *Клиническая онкология: учебное пособие для системы последипломного образования врачей* / В.Г. Черенков. – 3-е изд. испр. и доп. – М.: МК, 2010. – 434 с.; ил. табл. – ISBN- 978 - 5 - 91894 - 002 - 0
2. *Онкология: Справочник практического врача* / под ред. чл.-корр. И.В. Поддубной. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 768 с.: ил. – ISBN 5 - 98332 - 247 - 3

Программное обеспечение, электронные источники

1. *Учебник Онкология* М.И. Давыдов, И.Х. Ганцев «Медицина» г. Москва 2023г. https://vk.com/oncology_osmu
2. *Учебник Клиническая онкология* «Геотар-Медиа» г. Москва 2020 г. <https://meduniver.com/Medical/Book/3.html>
3. www.booksmad.com › Медицинские книги › Онкология.
4. medulka.ru
5. www.webmedinfo.ru › Медицинские книги › Онкология

Тесты:

1. Многоступенчатый процесс накопления мутаций и других генетических изменений, приводящих к нарушениям регуляции клеточного цикла, апоптоза, дифференцировки, морфогенетических реакций клетки, противоопухолевого иммунитета называется:

- а). Облигатный предрак б) Факультативный предрак в). **Канцерогенез** г). Дисплазия

2. К особенностям доброкачественных опухолей человека можно отнести:

- А). Склонность к метастазированию Б) Инвазивный характер роста В) Существенное отличие структуры клеток от нормальных

Г) **Медленный характер**

3. Укажите заболевания, не относящиеся к облигатным предраковым заболеваниям:

- А) Синдром Гарднера Б) Синдром Пейтц-Егерса В) **Аденоматозный полип желудка** Г) Синдром Пламера-Вильсона

4. Укажите облигатное предраковое заболевание:

- А) **Диффузный семейный полипоз** Б) Неспецифический язвенный колит
В) Хронический атрофический гастрит Г) Язвенная болезнь желудка Д) Болезнь Крона

5. Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить:

- А) I морфологический диагноз Б) **топический диагноз** В) клинический диагноз Г) все ответы правильные Д) правильного ответа нет

6. Предрак или предраковое заболевание – это

- А) **Состояние, которое переходит в рак с большей степенью вероятности**

Б) Состояние, которое является непосредственно ранним проявлением рака

В) Понятие, которое относится к “cancer in situ”

Г) Остро возникшее состояние, переходящее в хроническое заболевание

Д) Злокачественное образование, развивающееся из эпителия внутренних органов

7. Паренхиму новообразования составляют

- А) **собственно опухолевые клетки** Б) соединительная ткань В) кровеносные и лимфатические сосуды Г) нервные и клеточные элементы стромы

8. К дизонтогенетическим новообразованиям относятся

- А) рак желудка Б) рак легкого В) **бронхогенная киста средостения**

Г) папиллома пищевода

К опухолеподобным процессам относятся

- А) **гиперпластический полип** Б) аденоматозный полип В) адено-папилломатозный полип

Г) папилломатозный полип Д) ни один из перечисленных

9. Для папилломы мочевого пузыря характерны

- А) **наклонность к рецидивам и множественность поражений** б) частое озлокачествление в) все ответы правильные

Практическая работа № ____.

1. Установка диагноза доброкачественных, фоновых и предраковых заболеваний Клинические и инструментальные данные

Объект исследования: пациент

2. Исследование : УЗИ, КТ и МРТ данные Ход работы: Сбор жалоб анамнеза, клинических симптомов, лабораторных данных инструментальных данных

1. Соберите жалобы и анамнез пациента

2. Ознакомьтесь с заключениями и инструментальными данными пациента

3. Установите диагноз.

3. Рекомендации к оформлению результатов работы: укажите различия между указанными заболеваниями Выводы и обсуждение результатов работы: укажите частую локализацию доброкачественных заболеваний опишите основные клинические симптомы, методы диагностики и лечения

Ситуационная задача №1

Ситуационная задача 1 Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Жалобы на наличие болей и множественных опухолей на верхних и нижних конечностях, туловище в течении 5 лет. Пальпаторно болезненные, мягкоэластичной консистенции, малоподвижные размером от 2,0x2,0 см до 3,0 см
УЗИ Опухоли верхних и нижних конечностях, туловища, органы брюшной полости и малого таза без очаговой патологии. Вопросы: 1. Предположите предварительный диагноз 2. Предложите тактику лечения?

Ответы: 1 Липоматоз так как нет агрессивного роста в течении 5 лет, мягкоэластичной консистенции, топика расположения.
2 Хирургическое лечение - удаление опухолей под местной анестезией.

Ситуационная задача №2

Ситуационная задача 2 Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Жалобы: на кровянистые выделения из женских половых путей, боли в нижних отделах живота. УЗИ Опухоль тела матки с четкими контурами с экзофитным ростом разм. 3,0x3,0см. шейка матки и яичники без очаговой патологии.

Вопросы: 1. Предположите предварительный диагноз 2. Предложите тактику лечения

Ответы:

1. Миома матки 2. Динамическое наблюдение через каждые 6 месяцев

План конспект

Доброкачественные опухоли - медленно растущие новообразования, клетки которых напоминают те структуры, из которых развивается опухоль. Доброкачественные опухоли, как правило, не опасны для здоровья и их можно полностью вылечить хирургическим путем. Названия доброкачественным опухолям дают в зависимости от типа ткани, из которых они развиваются. К примеру – аденома (опухоль железистого эпителия), фиброма (опухоль соединительной ткани), липома (опухоль жировой ткани), а также другие виды доброкачественных опухолей – невринома, рабдомиома, лимфома, остеома, лейомиома. Если говорить о конкретных заболеваниях, связанных с развитием доброкачественных опухолей, то среди наиболее распространенных можно отметить папилломы, миому матки у женщин и аденому простаты у мужчин. При наличии провоцирующих факторов доброкачественная опухоль может перерасти в злокачественную, или вызвать нарушение некоторых функций организма.

Симптоматика доброкачественных опухолей

Доброкачественное образование чаще растет медленно. Первым его проявлением, если опухоль располагается на видимых местах кожи и слизистых оболочек, обычно бывает небольшая припухлость (шишка), зачастую подвижная, не спаянная с кожей, безболезненная. Кожный покров на ее поверхности обычного цвета и структуры, не воспален.

Такие опухоли крайне редко оказывают общее отрицательное влияние на организм только в случае, если достигают значительных размеров, сдавливают лежащие рядом органы, сосуды или нервы. Если новообразование располагается в головном или спинном мозге, оно может быть опасным, так как вызывает сбой важных функций – зрения, слуха, обоняния, дыхания, или неврологическую симптоматику – нарушение двигательных функций, осязания, расстройство функций тазовых органов.

В основном доброкачественные опухоли доставляют пациентам психологический и физический дискомфорт из-за нахождения на видных местах тела, сдавливания одеждой, натирания, периодического травмирования.

Предрак или предопухоловое состояние — врождённые или приобретённые заболевания тканей, способствующие возникновению злокачественных новообразований. Для многих опухолей такие состояния не определены, что создаёт определённые трудности в организации профилактических мероприятий.

Г С клинической точки зрения различают **облигатные и факультативные предраки**:

Облигатный предрак обусловлен врождёнными факторами и рано или поздно переходит в рак. К таким заболеваниям относят:

1. Семейный полипоз толстой кишки;
2. Пигментную ксеродерму;
3. Болезнь Боуэна;
4. Аденоматозный полип желудка;

Факультативный предрак трансформируется в злокачественное новообразование относительно редко. Он чаще не связан с наследственными и врождёнными изменениями тканей. Чем дольше существует *факультативное предопухоловое состояние*, тем выше вероятность развития злокачественной опухоли. К таким заболеваниям относят:

1. Дисгормональную гиперплазию с пролиферацией эпителия протоков молочной железы;
2. Атрофический гастрит с глубокой перестройкой слизистой оболочки;
3. Язвенный колит;
4. Кожный рог;
5. Кератоакантому;
6. Папиллому.
7. **Виды предрака**

- Предраковые состояния кожи: доброкачественная акантома; кератоз; пигментная ксеродерма; базальноклеточный рак;
- Предраковые изменения в молочной железе: кисты; эктазия протоков; аденоз; склерозирующий аденоз; фокусы лактации;
- внутрипротоковая гиперплазия; внутридольковая гиперплазия;
- Предраковые состояния в области ротовой полости: лейкоплакия; эритроплакия; подслизистый фиброз;
- Предраковые состояния в области гортани;
- Предраковые состояния в области носоглотки;
- Предраковые состояния легких и изменение фенотипических свойств клеток;
- Предраковые состояния пищевода и желудка;
- Предраковые состояния толстой кишки;
- Предраковые состояния печени;
- Предраковые и неинвазивные изменения в мочевом пузыре;
- Предраковые состояния предстательной железы;
- Предраковые изменения шейки матки;

- Гиперплазия и рак эндометрия.

Диагностика

Лабораторные изменения

Заболевания *предопухолевого состояния* обнаруживаются при стандартных медицинских обследованиях, такие как анализы крови.

Глоссарий:

Опухоль – патологический очаг роста видоизмененной ткани в различных органах и структурах организма.

Доброкачественные заболевания - опухоли образованные из тканей, подлежащих определению, медленно растущие, не дающие метастазы, не оказывающие кардинального влияния на функции организма

Предраковые облигатные заболевания – Облигатный предрак представляет собой патологическое состояние, которое с высокой вероятностью трансформируется в злокачественную опухоль, если не предпринять меры по его лечению. Основой облигатного предрака является дисплазия — нарушение процессов клеточной дифференцировки. Эти состояния могут быть врожденным или приобретенным, но как правило, связаны с наследственными причинами. В ходе морфологического исследования тканей можно выявить клетки с атипией, имеющие различные степени зрелости и нарушения в их расположении. Примерами облигатных предраков являются дерматоз Боуэна, аденоматозные полипы желудка и толстой кишки, пигментная ксеродерма.

Факультативный предрак имеет меньшую вероятность трансформации в злокачественное новообразование, однако при определенных условиях такая трансформация все же возможна. Подобные состояния сопровождаются дистрофическими и атрофическими изменениями в тканях. Важным фактором в развитии факультативного предрака являются различные внешние воздействия, такие как инфекционные заболевания, травмы или длительное влияние токсинов. Некоторые возрастные изменения также могут быть связаны с факультативным предраком. Примером факультативного предрака является атрофический гастрит, при котором в слизистой желудка происходят атрофия клеток. Также предраковыми состояниями являются воспалительные процессы в пищеводе и кишечнике, такие как эзофагит или хронический язвенный колит.

Доброкачественная опухоль — новообразование, состоящее из дифференцированных клеток, растёт медленно, не прорастает в окружающие ткани и не даёт метастазов.

Фоновые заболевания — патологические состояния органов и тканей, которые сами по себе не являются злокачественными, но повышают риск развития рака.

Предраковые заболевания — заболевания с высокой вероятностью малигнизации (озлокачествления).

Малигнизация — процесс перехода доброкачественного или фонового процесса в злокачественную опухоль.

Гиперплазия — увеличение количества клеток ткани, приводящее к её утолщению или увеличению органа.

Дисплазия — нарушение нормального развития и дифференцировки клеток, рассматривается как промежуточное состояние между нормой и раком.

Полип — доброкачественное разрастание слизистой оболочки, выступающее в просвет органа.

Аденома — доброкачественная опухоль железистого эпителия.

Киста — полостное образование, заполненное жидкостью или полужидким содержимым.

Фиброма — доброкачественная опухоль из соединительной ткани.

Папиллома — доброкачественное разрастание эпителия, часто связанное с вирусом папилломы человека (ВПЧ).

Лейкоплакия — патологическое ороговение слизистых оболочек, относится к фоновым и предраковым состояниям.

Мастопатия — доброкачественное заболевание молочных желёз, сопровождающееся разрастанием тканей.

Онкологическая настороженность — готовность медицинского работника или пациента заподозрить онкологическое заболевание на ранних стадиях.

Заключение занятия

В ходе занятия были рассмотрены основные понятия, связанные с доброкачественными и фоновыми заболеваниями в онкологии, их классификация и значение в развитии злокачественных опухолей. Освоение данной темы позволяет сформировать понимание механизмов онкогенеза, важности профилактики и раннего выявления патологических процессов.

Полученные знания способствуют развитию онкологической настороженности, повышению профессиональной компетентности и формированию ответственного отношения к собственному здоровью и здоровью пациентов. Понимание роли фоновых и предраковых заболеваний является ключевым элементом в системе профилактики онкологических заболеваний.

План-разработка практического занятия № 2

на тему: Рак кожи. Меланома.

по дисциплине: Онкология

специальность: “Лечебное дело”

Составитель: доцент Мамашов Нурбек Максutowич

Ош-2025

Тема практического занятия: Рак кожи. Меланома. (2 часа)

Актуальность темы: Рак кожи, включая меланому, является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины и общественного здравоохранения. Заболеваемость этими формами рака неуклонно растёт во всём мире, что связано с увеличением продолжительности жизни, изменением образа жизни, активным воздействием ультрафиолетового излучения, модой на загар и недостаточной онкологической настороженностью населения. Особую опасность представляет меланома — наиболее агрессивная форма рака кожи, склонная к быстрому метастазированию и высокой смертности при позднем выявлении. При этом на ранних стадиях заболевание хорошо поддаётся лечению, что подчёркивает важность своевременной диагностики, профилактических осмотров и информированности населения. Дополнительную актуальность проблеме придаёт то, что рак кожи может развиваться у людей трудоспособного возраста и значительно снижать качество жизни, а лечение запущенных форм требует значительных медицинских и экономических ресурсов. В связи с этим вопросы профилактики, раннего выявления, совершенствования методов диагностики и лечения рака кожи и меланомы остаются приоритетными направлениями современной медицины.

Цель занятия: Изучить клинические и гистологические формы, характеристику по стадиям, пути метастазирования, современные методы диагностики, лабораторные изменения, дифференциальную диагностику, прогноз, пути профилактики и лечения

Результаты обучения ООП, дисциплины и темы:

Результаты обучения дисциплины

РО (результат обучения) ООП	РО дисциплины	
РО – 7 Умеет применить базовые знания в области диагностической деятельности для решения профессиональных задач.	РОд – 1 Знает: Основы проведения опроса, физикального осмотра, клинического обследования; Умеет: Интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных исследований;	ПК-2 способен и готов анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей, основные методики клиничко-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и детей, для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов;

	Владеет навыками: Написания медицинской карты амбулаторного больного.	
PO8 – Умеет применить базовые знания в области лечебной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-18 - способен и готов к оказанию медицинской помощи при острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
PO9 - Умеет применить базовые знания в области реабилитационной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-22 - способен и готов применять реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) среди населения при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;

Формы проверки знаний: 1. Тест

2. Устный опрос

3. Курация пациента

Контрольные вопросы:

1. Охарактеризовать облигатные и факультативные предраковые заболевания кожи, их клинику, лечение.
2. Интерпретировать клинические и гистологические формы рака кожи. Характеристика по стадиям. Пути метастазирования.
3. Охарактеризовать методы диагностики ЗН кожи и составить схему ДД.
4. Описать методы лечения (хирургические, лучевые, лекарственные, паллиативные).
5. Интерпретировать прогноз и профилактику ЗН кожи.
6. Охарактеризовать реабилитацию больных со ЗН кожи.
7. Гистологическая классификация пигментных невусов.
8. Клиническая классификация пигментных невусов.
9. Признаки малигнизации пигментных невусов.
10. Тактика врача в отношении пигментных невусов.
11. Дифференциальная диагностика пигментных невусов.
12. Принципы и методы лечения пигментных невусов.

13. Этиология и патогенез. Патологическая анатомия.
14. Клиническая картина.
15. Диагностика (специальные методы исследования пациентов).
16. Дифференциальный диагноз.
17. Принципы и методы лечения (комбинированное, хирургическое).

Литература:

Основная:

3. Онкология: учебник / В.Г. Черенков. – 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 512 с.: ил. – ISBN 978 - 5 – 9704 – 4091 – 9
4. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 488 с.: ил. – ISBN – 5 – 89481 – 418 – 9

Дополнительная:

1. Клиническая онкология: учебное пособие для системы последиplomного образования врачей / В.Г. Черенков. – 3-е изд. испр. и доп. – М.: МК, 2010. – 434 с.; ил. табл. – ISBN– 978 – 5 – 91894 – 002 – 0
2. Онкология: Справочник практического врача / под ред. чл.-корр. И.В. Поддубной. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 768 с.: ил. – ISBN 5 – 98332 – 247 – 3

Программное обеспечение, электронные источники

6. Учебник Онкология М.И. Давыдов, И.Х. Ганцев «Медицина» г. Москва 2023г. https://vk.com/oncology_osmu
7. Учебник Клиническая онкология «Геотар-Медиа» г. Москва 2020 г. <https://meduniver.com/Medical/Book/3.html>
8. www.booksmed.com/onkologiya
9. www.oncology.ru/books/ 10. medulka.ru/onkologiy 11. www.webmedinfo.ru > Медицинские книги > Онкология

Тесты:

1. Укажите наиболее характерный признак перерождения пигментного невуса в меланому у больного 68 лет с пигментным невусом на лице после 6 месячной травмы:
а) гиперемия кожи вокруг него; б) местная гипертермия; в) гладкая поверхность безизменение цвета;
г) **покалывающий зуд в этой области.**
2. У больного медленный рост опухоли на лице: образование в виде папулы с изъязвлением (узелково-язвенная форма) Отсутствие метастатического поражения лимфатических узлов. Подозрение на какой диагноз?
Укажите благоприятную гистологическую форму рака кожи?
а) **базальноклеточный рак кожи** б) плоскоклеточная карцинома в) кератоакантома г) меланома
3. Укажите функцию меланина защищающую подлежащие структуры кожи от воздействия:
а) ионизирующей радиации; б) теплового излучения; в) **УФ-излучения**; г) γ -излучения; д) α -излучения.
4. Отметьте наиболее опасный тип невуса:
а) интрадермальный; б) приобретённый; в) **врождённый**; г) голубой; д) внутридермальный.
5. Определите факультативный предрак кожи:
а) дерматофибром; б) **кератому**; в) гемангиому; г) болезнь Боуэна; д) системная красная волчанка.
6. Укажите факультативный предрак кожи:
а) псориаз; б) глубокие микозы кожи; в) **красный плоский лишай**; г) верно всё перечисленное.
7. Укажите всегда возникающий симптом на фоне меланоза Дюбрейля:
а) базальноклеточный рак; б) плоскоклеточный рак; в) **меланома кожи**; г) дерматофиброматоз.
8. Выберите возраст в котором часто развивается плоскоклеточный рак кожи:
а) у детей и младенцев; б) в зрелом возрасте; в) в среднем возрасте; г) **в старческом возрасте.**
9. Выберите возраст в котором редко развивается плоскоклеточный рак кожи:
а) молодом; б) среднем; в) пожилым; г) **детородном**;
10. Укажите облигатные предраки кожи:
а) болезнь Толлмушева; б) **болезнь Педжета**; в) кератоакантому; г) экзема

Ситуационная задача №1

Больная М., 69 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 2,0x2,0см, 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? Ваша тактика лечения?

- а) Гемангиома и хирургическое лечение
- б) Меланома кожи плеча и широкое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей, регионарная лимфаденэктомия
- в) Фибросаркома и лучевое лечение
- г) Кератоакантома и химиотерапия

Ситуационная задача №2

Больному 62 лет в поликлинике три месяца назад произведено иссечение опухоли кожи височной области справа. В выписке указан диагноз: пигментный невус (гистологическое исследование не проводилось). При осмотре на коже височной области справа обнаружен окрепший послеоперационный рубец. Рядом с ним в толще кожи пальпируется узелок с синеватым оттенком. В правой околоушной слюнной железе пальпаторно выявлена плотная подвижная округлой формы опухоль размерами 1,5x2,0 см.

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

- а) пигментный невус, материал не был направлен на цитологическое исследование.
- б) воспаление, материал не был направлен на гистологическое исследование.
- в) внутрикожный метастаз (сателлит) меланомы кожи правой височной области, метастаз в правую околоушную слюнную железу, материал не был направлен на гистологическое исследование.
- г) рак кожи, тактика врача правильная

Ситуационная задача №3

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.

Вопрос: Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз и укажите стадию заболевания:

а) Меланома кожи левой голени с метастазами в паховые лимфатические узлы слева. При условии отсутствия отдаленных метастазов предположительно у него III клиническая стадия.

б) Меланома кожи I клиническая стадия

в) Меланома кожи II клиническая стадия

г) Меланома кожи IV клиническая стадия

Ситуационная задача №4

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. Правильно ли выбран метод лечения? Какова дальнейшая тактика?

а) нет и хирургическое исследование

б) **Нет и необходимо цитологическое исследование и биопсия**

в) Да и продолжить противовоспалительную терапию

г) Да и струпэктомия

Глоссарий:

Рак кожи — это разнородная по гистологическим характеристикам группа злокачественных новообразований, которые поражают наружный и средний слои кожного покрова.

Плоскоклеточный рак кожи (его частная форма — папиллярный рак кожи), который составляет до четверти от общей массы клинических случаев, развивается из клеток наружного слоя (эпидермиса), отличается умеренным течением;

Базальноклеточный рак кожи, который встречается в половине клинических случаев или более, развивается из клеток эпидермиса, отличается сравнительно мягким или умеренным течением, однако в некоторых случаях начинает быстро прогрессировать;

Меланома — злокачественная опухоль, растущая из меланоцитов. Является одной из самых агрессивных опухолей кожи. Меланома может развиваться в любом месте на теле, на здоровом участке кожного покрова, а также в существующей родинке.

Акральная форма. Появляется данная форма меланомы на пальцах кистей и стоп, считается самым опасным видом заболевания. Может образовываться даже под ногтевой пластиной, увеличиваясь в размерах и деформируя, разрушая её. На ранних стадиях определяется по темному цвету ногтевой пластины при отсутствии каких-либо травматических воздействий.

Злокачественная лентиго-меланома. Эта форма меланомы диагностируется чаще всего у пациентов старшего возраста. Появляется на открытых участках кожи, представляя из себя плоские темно-коричневые пигментные образования. Развивается медленно, имеет низкую метастатическую активность. Злокачественная лентиго-меланома считается одной из самых благоприятных среди всех форм данного заболевания.

Поверхностно-распространяющаяся форма меланомы. Данному виду заболевания чаще подвержены женщины, нежели мужчины. Свое развитие этот вид меланомы получает или из невуса, или на неизменной коже. Характеризуется появлением пятен коричневого окраса с черными включениями или горизонтально

разрастающимися новообразованиями. Прогрессирует данная меланома медленно, в случае своевременной диагностики имеет благоприятный прогноз на выздоровление. Если же обнаружены подкожные узелки, прощупываемые при пальпации, необходимо незамедлительно обратиться к специалисту – скорее всего, это признак перехода опухоли в агрессивную форму.

Узловая (нодулярная) меланома. Данный вид заболевания встречается преимущественно у мужчин, характеризуется быстрым вертикальным ростом. Считается крайне неблагоприятной опухолью с низким прогнозом на восстановление, быстрым метастазированием и частыми рецидивами.

Дерматоскопия — неинвазивный метод диагностики новообразований кожи. С помощью дерматоскопа врач видит новообразования на коже ребенка с большим увеличением. Процедура подразумевает визуальное изучение родинки с помощью оптического оборудования при хорошем освещении и увеличении в 20-90 раз. Это позволяет объективно оценить: структуру новообразования; форму; архитектуру поверхности; окраску; особенности сосудистой сети.

Гистологическое исследование — исследование ткани под микроскопом, которое позволяет определить тип новообразований.

Заключение

Таким образом, рак кожи и меланома представляют собой серьезную и социально значимую проблему. Рост заболеваемости, высокая агрессивность меланомы и возможность предотвратить развитие тяжёлых форм заболевания при ранней диагностике подчёркивают необходимость комплексного подхода к данной патологии. Повышение уровня информированности населения, формирование культуры защиты от ультрафиолетового излучения, регулярные профилактические осмотры и внедрение современных методов лечения способны существенно снизить смертность и улучшить прогноз для пациентов. Решение данной проблемы требует совместных усилий медицинских работников, государства и общества в целом.

План-разработка практического занятия № 3

на тему: ЗН губы. ЗН слизистой оболочки органов полости рта.

по дисциплине: Онкология

специальность: “Лечебное дело”

Составитель: к. м. н., доцент Мамашов Нурбек Максutowич

Ош-2025

Тема практического занятия: Рак губы, слизистой оболочки органов полости рта.
Актуальность злокачественных новообразований губы и слизистой оболочки полости рта обусловлена:

- ростом заболеваемости во всём мире;
- поздним обращением пациентов за медицинской помощью;
- высоким риском метастазирования в регионарные лимфатические узлы;
- значительным нарушением функций речи, жевания и глотания;
- снижением качества жизни пациентов;
- частой связью с вредными привычками (курение, алкоголь), что делает заболевание социально значимым.

Ранняя диагностика позволяет существенно улучшить прогноз и снизить смертность.

Цель занятия: различать особенности развития, клиники и диагностики рака губы, полости рта.

Результаты обучения ООП, дисциплины и темы:

Результаты обучения дисциплины		
РО (результат обучения) ООП	РО дисциплины	
РО – 7 Умеет применить базовые знания в области диагностической деятельности для решения профессиональных задач.	<p>РОд – 1</p> <p>Знает: Основы проведения опроса, физикального осмотра, клинического обследования;</p> <p>Умеет: Интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных исследований;</p> <p>Владеет навыками:</p>	<p>ПК-2 способен и готов анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей, основные методики клиничко-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и детей, для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов;</p>

	Написания медицинской карты амбулаторного больного.	
PO8 – Умеет применить базовые знания в области лечебной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-18 - способен и готов к оказанию медицинской помощи при острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
PO9 - Умеет применить базовые знания в области реабилитационной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-22 - способен и готов применять реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) среди населения при наиболее распространенных патологических состояниях повреждениях организма;

Форма занятия: лабораторно- практическое занятие

Тип занятия: изучение новой темы

Оборудование занятия: компьютер, мультимедийный проектор .

Межпредметная связь: : Госпитальная хирургия, Госпитальная терапия, Семейная медицина

Внутрипредметная связь: лекция №1.

Контрольные вопросы:

1. Охарактеризовать способствующие факторы.
2. Интерпретировать клинические формы ЗН губы, полости рта и щитовидной железы и их пути метастазирования.
3. Охарактеризовать диагностику.
4. Описать классификацию по стадиям и по морфологии.
5. Виды лечения
6. Охарактеризовать типы оперативных вмешательств.
7. Интерпретировать прогноз
8. Мероприятия по реабилитации больных.

Формы проверки знаний:

1 Тест

2 Устный опрос

Литература:

Основная:

1. Онкология: учебник / В.Г. Черенков. – 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 512 с.: ил. – ISBN 978 - 5 – 9704 – 4091 – 9
2. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 488 с.: ил. – ISBN – 5 – 89481 – 418 – 9

Дополнительная:

1. Клиническая онкология: учебное пособие для системы последипломного образования врачей / В.Г. Черенков. – 3-е изд. испр. и доп. – М.: МК, 2010. – 434 с.; ил. табл. – ISBN– 978 – 5 – 91894 – 002 – 0
2. Онкология: Справочник практического врача / под ред. чл.-корр. И.В. Поддубной. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 768 с.: ил. – ISBN 5 – 98332 – 247 –

3

Программное обеспечение, электронные источники

1. Учебник Онкология М.И. Давыдов, И.Х. Ганцев «Медицина» г. Москва 2023г. https://vk.com/oncology_osmu
2. Учебник Клиническая онкология «Геотар-Медиа» г. Москва 2020 г. <https://meduniver.com/Medical/Book/3.html>

Злокачественные новообразования губы чаще локализуются на нижней губе и в большинстве случаев представлены плоскоклеточным раком. Заболевание развивается постепенно, часто на фоне предраковых процессов (хейлит Манганотти, лейкоплакия, трещины губ).

Злокачественные новообразования слизистой оболочки полости рта включают рак языка, дна полости рта, щёк, мягкого и твёрдого нёба, альвеолярных отростков. Основная морфологическая форма — плоскоклеточный рак.

2. Лабораторные изменения

Специфических лабораторных показателей, строго характерных только для ЗН губы и полости рта, нет, однако могут выявляться следующие изменения:

Общий анализ крови:

- анемия (снижение гемоглобина);
- лейкоцитоз или лейкопения (при интоксикации или распаде опухоли);
- ускорение СОЭ.

Биохимический анализ крови:

- гипопротейнемия;
- повышение С-реактивного белка;
- признаки интоксикации при распаде опухоли.

Цитологические и гистологические исследования:

- атипичные эпителиальные клетки;
- нарушение дифференцировки клеток;
- признаки инвазивного роста.

Иммуногистохимические исследования применяются для уточнения диагноза и прогноз

Тестовые задания:

1. Наиболее частая локализация рака губы:

- A. Верхняя губа
- B. Угол рта
- C. Нижняя губа
- D. Слизистая щеки

Ответ: C

2. Основная морфологическая форма рака полости рта:

- A. Аденокарцинома
- B. Плоскоклеточный рак
- C. Саркома
- D. Меланома

Ответ: B

3. Основной фактор риска развития рака губы:

- A. Вирусные инфекции
- B. Ультрафиолетовое излучение
- C. Гиповитаминоз
- D. Аллергия

Ответ: B

4. Наиболее ранний клинический признак рака слизистой полости рта:

- A. Сильная боль
- B. Кровотечение
- C. Длительно незаживающая язва
- D. Повышение температуры

Ответ: C

5. Метод окончательной верификации диагноза:

- A. Рентгенография
- B. УЗИ
- C. Биопсия
- D. Анализ крови

Ответ: C

6. Основной путь метастазирования:

- A. Гематогенный
- B. Лимфогенный

C. Имплантационный
D. Контактный

Ответ: B

Ситуационные задачи

Задача 1. Мужчина 58 лет, курильщик, жалуется на язву на нижней губе, не заживающую более 2 месяцев. Края плотные, инфильтрированные.

Вопрос: Предварительный диагноз?

Ответ: Злокачественное новообразование нижней губы (плоскоклеточный рак).

Задача 2. У пациентки 62 лет выявлено уплотнение на боковой поверхности языка, болезненность при разговоре и приеме пищи.

Вопрос: Тактика обследования?

Ответ: Осмотр онколога, биопсия образования, УЗИ регионарных лимфоузлов.

Задача 3. У больного с раком дна полости рта отмечается снижение гемоглобина и повышение СОЭ.

Вопрос: Чем обусловлены изменения?

Ответ: Хронической интоксикацией и опухолевым процессом.

Задача 4. Пациент длительно страдает лейкоплакией слизистой щеки.

Вопрос: Почему требуется диспансерное наблюдение?

Ответ: Лейкоплакия является предраковым состоянием и может малигнизироваться

Глоссарий:

Ороговевающая форма рака губы – наиболее распространенная, составляющая до 95% случаев, для которой характерно медленное течение с умеренным прорастанием в другие ткани и незначительным метастазированием;

Неороговевающая форма рака губы – более редкая и существенно более злокачественная, быстро разрастающаяся в расположенные рядом ткани (как правило, в анатомические структуры челюсти), образующая язвы и относительно рано метастазирующая через лимфоток и кровоток.

Рак ротовой полости – злокачественная опухоль, происходящая из слизистой ротовой полости. В эту группу входят рак тела языка, дна ротовой полости, щеки, десны, твердого неба и небно-языковой дужки, слюнных желез. Заболевание проявляется длительно незаживающими язвами полости рта или разрастанием тканей.

Рак десны. Одним из самых распространенных онкологических заболеваний полости рта считается рак десны. Болезнь проявляется увеличением десны, появлением белесых пятен на ней. На десне образуются множественные язвы

Рак дна полости рта. Этот вид рака развивается приблизительно в 20% случаев заболеваний полости рта. Чаще всего образуется безболезненная язва с неровными краями. В окружающих тканях может наблюдаться ороговение слизистой (лейкоплакия) — появляется либо после язвы, либо предшествует ей. В некоторых случаях язва локализуется только на половине дна полости рта. Опухоль может метастазировать в другие органы

Рак неба — злокачественная опухоль твердых и мягких тканей свода полости рта, редкое заболевание; развивается, в основном, как метастаз рака головы или шеи. В зависимости от локализации опухоли различают рак мягкого неба и рак твердого неба. На ранних стадиях рак верхнего неба развивается бессимптомно. На поздней стадии появляются уплотнения, покрытые язвами и бляшками, ощущается боль в ротовой полости, в висках и скулах, нарушаются функции жевания и глотания.

Заключение

Злокачественные новообразования губы и слизистой оболочки полости рта представляют серьёзную медико-социальную проблему. Заболевания характеризуются агрессивным течением, высоким риском метастазирования и значительным функциональным ущербом. Отсутствие специфических лабораторных маркеров подчёркивает ключевую роль клинического осмотра и морфологической верификации диагноза. Ранняя диагностика, устранение факторов риска и онкологическая настороженность медицинских работников позволяют значительно улучшить прогноз и качество жизни пациентов.

План-разработка практического занятия № 4

на тему: ЗН щитовидной железы. Современные методы диагностики ЗН щитовидной железы.

по дисциплине: Онкология

специальность: “Лечебное дело”

Составитель: к. м. н., доцент Мамашов Нурбек Максutowич

Актуальность рака щитовидной железы:

Рак щитовидной железы является одной из наиболее актуальных проблем современной эндокринологии и онкологии. За последние десятилетия во всём мире отмечается устойчивый рост заболеваемости, что связано как с реальным увеличением числа случаев, так и с улучшением методов диагностики (ультразвуковое исследование, тонкоигольная аспирационная биопсия). Заболевание чаще выявляется у лиц трудоспособного возраста, преимущественно у женщин, что придаёт ему выраженную социальную значимость.

Особую актуальность рак щитовидной железы приобретает в регионах с йодной недостаточностью и после радиационных воздействий. При этом большинство форм заболевания при раннем выявлении имеют благоприятный прогноз, что подчёркивает важность своевременной диагностики и диспансерного наблюдения пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы.

Цель занятия: различать особенности развития, клиники и диагностики рака губы, полости рта и щитовидной железы

Результаты обучения ООП, дисциплины и темы:

Результаты обучения дисциплины

РО (результат обучения) ООП	РО дисциплины	
РО – 7 Умеет применить базовые знания в области диагностической деятельности для решения профессиональных задач.	РОд – 1 Знает: Основы проведения опроса, физикального осмотра, клинического обследования; Умеет: Интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных исследований; Владет навыками:	ПК-2 способен и готов анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомио-физиологических особенностей, основные методики клиничко-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и детей, для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов;

	Написания медицинской карты амбулаторного больного.	
РО8 – Умеет применить базовые знания в области лечебной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-18 - способен и готов к оказанию медицинской помощи при острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
РО9 - Умеет применить базовые знания в области реабилитационной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-22 - способен и готов применять реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) среди населения при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;

Форма занятия: лабораторно- практическое занятие

Тип занятия: изучение новой темы

Оборудование занятия: компьютер, мультимедийный проектор .

Межпредметная связь: : Госпитальная хирургия, Госпитальная терапия, Семейная медицина

Внутрипредметная связь: лекция №1.

Контрольные вопросы:

3. Охарактеризовать способствующие факторы.
4. Интерпретировать клинические формы щитовидной железы и их пути метастазирования.
3. Охарактеризовать диагностику и лабораторные изменения.
4. Описать классификацию по стадиям и по морфологии.
5. Виды лечения
6. Охарактеризовать типы оперативных вмешательств.

7. Интерпретировать прогноз
8. Мероприятия по реабилитации больных.

Формы проверки знаний:

- 1 Тест
- 2 Устный опрос

Литература:

Основная:

1. Онкология: учебник / В.Г. Черенков. – 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 512 с.: ил. – ISBN 978 - 5 - 9704 - 4091 - 9
2. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 488 с.: ил. – ISBN – 5 – 89481 – 418 – 9

Дополнительная:

1. Клиническая онкология: учебное пособие для системы последиplomного образования врачей / В.Г. Черенков. – 3-е изд. испр. и доп. – М.: МК, 2010. – 434 с.; ил. табл. – ISBN– 978 – 5 – 91894 – 002 – 0
2. Онкология: Справочник практического врача / под ред. чл.-корр. И.В. Поддубной. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 768 с.: ил. – ISBN 5 – 98332 – 247 –

Программное обеспечение, электронные источники

1. Учебник Онкология М.И. Давыдов, И.Х. Ганцев «Медицина» г. Москва 2023г. https://vk.com/oncology_osmu
2. Учебник Клиническая онкология «Геотар-Медиа» г. Москва 2020 г. <https://meduniver.com/Medical/Book/3.html>

Особенности рака щитовидной железы

- 1. Разнообразие гистологических форм**
Выделяют папиллярный, фолликулярный, медуллярный и анапластический рак, которые значительно различаются по течению, прогнозу и подходам к лечению.
- 2. Относительно медленное течение большинства форм**
Папиллярный и фолликулярный рак характеризуются медленным ростом и высокой выживаемостью при своевременном лечении.
- 3. Ранняя лимфогенная метастазация**
Особенно характерна для папиллярного рака, при этом отдалённые метастазы могут долго не проявляться клинически.
- 4. Связь с гормональным фоном и радиационным воздействием**
Заболевание чаще встречается у женщин, а также у лиц, подвергшихся облучению в детском возрасте.
- 5. Отсутствие выраженной клинической симптоматики на ранних стадиях**
Заболевание нередко выявляется случайно при профилактических осмотрах или УЗИ.
- 6. Хорошая чувствительность к специализированному лечению**
Многие формы рака щитовидной железы эффективно поддаются хирургическому лечению и радио-йодтерапии.

Лабораторные изменения при раке щитовидной железы

Специфических лабораторных показателей, универсальных для всех форм рака щитовидной железы, не существует. Однако в зависимости от гистологического типа опухоли могут выявляться характерные изменения, имеющие диагностическое и прогностическое значение.

1. Общеклинические лабораторные изменения

Общий анализ крови:

- умеренная анемия (при распространённом процессе);
- возможное повышение СОЭ;
- изменения не являются специфичными.

Биохимический анализ крови:

- обычно без выраженных отклонений;
 - при метастатическом процессе — признаки опухолевой интоксикации;
 - при поражении костей — возможное повышение кальция и щелочной фосфатазы.
-

2. Гормональные показатели

- ТТГ — чаще в пределах нормы или снижен;
 - Свободный Т4 и Т3 — обычно нормальные;
 - функциональная активность щитовидной железы в большинстве случаев сохранена;
 - тиреотоксикоз встречается редко и не является типичным признаком рака.
-

3. Онкомаркеры при раке щитовидной железы

□ Тиреоглобулин (ТГ)

- Основной маркер папиллярного и фолликулярного рака;
- используется для:
 - контроля эффективности лечения;
 - раннего выявления рецидивов и метастазов после тиреоидэктомии;
- **Важно:** ТГ информативен только после полного удаления щитовидной железы;
- повышение ТГ до операции не является строго специфичным признаком рака.

□ Кальцитонин

- Специфический маркер медуллярного рака щитовидной железы;
- может повышаться на ранних стадиях заболевания;
- используется для:
 - скрининга пациентов с узловыми образованиями;
 - диагностики семейных форм (MEN 2);

- мониторинга после операции;
- один из наиболее чувствительных и специфичных онкомаркеров.

□ Раково-эмбриональный антиген (РЭА)

- часто повышен при медулярном раке;
 - используется совместно с кальцитонином для оценки прогноза и течения заболевания.
-

4. Дополнительные лабораторные показатели 1. Антитела к тиреоглобулину (АТ-ТГ)

Могут исказить результаты определения тиреоглобулина и требуют обязательного контроля.

2. Генетические маркеры (RET-мутации)

Используются для выявления наследственного медулярного рака щитовидной железы.

Лабораторные изменения при раке щитовидной железы

Показатель	Изменения	Диагностическое значение
Общий анализ крови	Умеренная анемия, ↑ СОЭ	Неспецифические признаки опухолевого процесса
Биохимический анализ крови	Обычно без изменений; при метастазах — ↑ ЩФ, ↑ кальция	Свидетельствует о распространённости процесса
ТТГ	Чаще норма или ↓	Не является специфическим признаком рака
Свободный Т4, Т3	Обычно в пределах нормы	Функция ЩЖ чаще сохранена
Кальций крови	Может повышаться при костных метастазах	Косвенный признак распространения опухоли

Онкомаркеры при раке щитовидной железы

Онкомаркер	Тип рака	Когда повышается	Клиническое значение
Тиреоглобулин (ТГ)	Папиллярный, фолликулярный	После операции при рецидиве или метастазах	Основной маркер для мониторинга дифференцированного рака
Антитела к ТГ (АТ-ТГ)	—	Могут быть повышены при аутоиммунных заболеваниях	Мешают интерпретации ТГ, требуют контроля
Кальцитонин	Медуллярный рак	Повышается рано, даже на доклинической стадии	Наиболее специфичный маркер медуллярного рака
Раково-эмбриональный антиген (РЭА)	Медуллярный рак	Часто ↑ при прогрессировании	Оценка прогноза и динамики заболевания
RET-мутации (генетический тест)	Наследственный медуллярный рак	Обнаруживаются при MEN 2	Скрининг семейных форм

Тесты:

1. Выберите ведущий опорный симптомом рака щитовидной железы:

- а) болевые ощущения в области шеи; б) нарушение функций соседних органов;
- в) «факт наличия опухолевидного образования» в зоне щитовидной железы, ее деформация или увеличение лимфоузлов;**
- г) изменение голоса;

2. Укажите группу высокого риска развития рака щитовидной железы:

- а) мужчин, имеющих диффузный зоб; б) **лиц, подвергнутых ионизации в зрелом возрасте;**
- в) лиц, с увеличением щитовидной железы и проживающих в эндемичной зоне;
- г) все лица, проживающие в эндемичной зоне;

3. Определите более информативным методом дифференциальной диагностики твёрдых узелков и кистозных образований щитовидной железы : а) пальпация; б) **ультрасонография;** в) сканирование с ^{131}I ; г) рентгенография шеи.

4. Определите метод диагностики для выявления природы нодулярных образований щитовидной железы и увеличенных лимфоузлов шеи на дооперационном этапе достоверно устанавливается путем:

- а) сканирования с ^{131}I ; б) радиоиндикации с ^{32}P ; в) **трепанационной биопсии;** г) определения уровня кальцитонина

5. Выявите метод диагностики с учетом кровоснабжения щитовидной железы забор материала на цитологическое исследование:

- а) толстой иглой; б) иглой Кассирского; в) **без усиленной аспирации для снижения разбавления пунктата кровью;** г) трепанационной иглой; д) обычной иглой от шприца.

6. Укажите риск развития рака щитовидной железы наиболее высок при наличии:

- а) одиночного «холодного» узла (непоглощающего ^{131}I);** б) зоба Риделя; в) фолликулярной аденомы; г) тиреоидита Хашимото;

7. Укажите наиболее часто встречающиеся гистологические формы рака нижней губы:

- а) недифференцированный б) аденокарцинома в) **плоскоклеточный рак** г) низкодифференцированный рак д) базальноклеточный рак

8. Назовите характерные клинические признаки рака нижней губы: а) боль б) **опухоль либо язва, гиперсаливация** в) похудание и общая слабость г) гиперкератоз

9. Назовите клинические признаки малигнизации папилломы языка

- а) инфильтрация изъязвление кровоточивость быстрый рост** б) наличие ареолы в) гиперемия слизистой вокруг папилломы

10. Укажите наиболее часто встречающуюся гистологическую форму рака щитовидной железы из А клеток (вырабатывает тироксин)

- а) недифференцированный рак б) фолликулярная аденокарцинома в) **папиллярная аденокарцинома** г) медуллярный рак д) мелкоклеточный рак

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

1. Больная М., 46 лет, отмечает ухудшение общего состояния, быструю утомляемость, слабость. В течение 5 лет наблюдается по поводу узлового зоба, диаметр узла 1,8x2,0 см. За последние 6 месяцев узел увеличился до 3,0x3,5 см в диаметре. При объективном осмотре узел плотной консистенции, мало подвижен, с неровной поверхностью. Лимфатические узлы по наружному краю правой кивательной мышцы увеличены, плотные, практически не смещаемые.

- Вопросы: 1) Каков Ваш предварительный диагноз?
2) Какие методы обследования Вы назначите?
3) Определите врачебную тактику.

Ответы: 1 Рак щитовидной железы 2. МРТ органов шеи и грудной клетки 3. Тотальная тиреоидэктомия

2. Больной М., 53 года, поступил с жалобами на ухудшение общего самочувствия, недомогание, слабость. Из анамнеза известно, что пациент 12 лет наблюдается у эндокринолога по поводу узлового зоба, диаметр узла 1,5x1,8 см. За последние 7 месяцев узел увеличился до 2,5x3,0 см в диаметре. При объективном осмотре узел плотной консистенции, мало подвижен, с неровной поверхностью. Лимфатические узлы в правой надключичной области увеличены, плотные, ограничено смещаемые. При морфологическом исследовании узла щитовидной железы – папиллярная аденокарцинома.

- Вопросы: 1) Какую документацию Вы заполните при установлении диагноза?
2) Определите врачебную тактику.
3) Оцените стадию заболевания.

Ответы: 1. Амбулаторная карта

1. Тотальная тиреоидэктомия с лимфодиссекцией
2. III с стадия метастазы в лимфатические лимфоузлы

3. Больная Е., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие очагового образования в области шеи, увеличенных, умеренно болезненных лимфоузлов в левой надключичной области, повышение температуры тела до 37,5 °С. Пациентка наблюдалась 4 года у эндокринолога по поводу узлового зоба. При УЗИ в правой и левой долях щитовидной железы определяются опухолевые узлы повышенной эхогенности, величиной до 1,2 см в диаметре. При рентгенографии органов грудной клетки обнаружены очаговые изменения в легких по типу метастазов.

- Вопросы: 1) Наиболее вероятный диагноз?
2) Какой метод уточняющей диагностики является необходимым?
3) Какое лечение Вы назначите?

Ответы: 1. Узловой зоб 2 Трепанбиопсия опухоли, МРТ органов шеи 3. Гемитиреоидэктомия

4. В поликлинику обратилась женщина 57 лет с жалобами на увеличение щитовидной железы. При объективном осмотре щитовидной железы выявлено очаговое образование в области перешейка размером 2,5x3,0 см. Из анамнеза известно, что пациентка подвергалась облучению после аварии на Чернобыльской АЭС. При УЗИ щитовидной железы – в перешейке образование гипозоногенной структуры с неровным контуром. По результатам тонкоигольной аспирационно-пункционной биопсии – фолликулярный эпителий с выраженной пролиферацией, подозрение на рак.

Вопросы:

- 1) Каков Ваш предварительный диагноз?
- 2) Укажите фактор риска развития данного заболевания.
- 3) Врачебная тактика.

Ответы: 1. Узловой зоб перешейка щитовидной железы. Малигнизация? 2. Радиационное действие. 3. Хирургическое лечение

Глоссарий:

Аутоиммунный тиреодит (тиреодит Хашимото) — заболевание, при котором иммунная система разрушает здоровые клетки щитовидной железы, по ошибке принимая их за патогены.

Тиреодит Риделя (Фиброзный инвазивный тиреодит) — это висцеральный фиброматоз, характеризующийся замещением функциональной ткани паренхимы щитовидной железы соединительной тканью. Фиброз нередко распространяется на нервно-сосудистый пучок шеи, трахею и пищевод.

Паратгормон регулирует процессы высвобождения кальция из костей, всасывание кальция из кишечника и удаление кальция из организма с мочой. Если количество кальция в крови уменьшается, то дополнительно вырабатывается паратгормон, возвращающий равновесие. PTH индуцирует синтез витамина D.

Тонкоигольная аспирационная биопсия (пункционная биопсия) щитовидной железы — забор клеток из какой либо части щитовидной железы с помощью тонкой иглы с целью последующего изучения их под микроскопом. С помощью биопсии определяют, из каких клеток состоит железа или образовавшийся в ней узел.

Тиреоидэктомия — операция по частичному или полному удалению щитовидной железы. Ее проводят при заболеваниях щитовидной железы, не поддающихся консервативному лечению. Жизнь пациента после операции кардинально меняется, так как после удаления орган перестает функционировать.

Гемитиреоидэктомия — удаление одной половины щитовидки. Ее выполняют при доброкачественном узле, кисте щитовидки, одностороннем зобе, который вызывает симптомы, а также при узле с «неопределённой» биопсией или мутацией низкого риска.

Медулярный рак щитовидной железы — особый вид рака щитовидной железы, отличающийся от дифференцированного рака щитовидной железы. Эта опухоль развивается в парафолликулярных С-клетках щитовидной железы. Эти клетки вырабатывают гормон кальцитонин.

Папиллярная карцинома — самый частый вариант карциноматозного рака щитовидной железы, отличается наиболее благоприятным течением и высокими шансами на выздоровление.

Ороговевшая форма рака губы — наиболее распространенная, составляющая до 95% случаев, для которой характерно медленное течение с умеренным прорастанием в другие ткани и незначительным метастазированием;

План-разработка практического занятия № 5

на тему: ЗН молочной железы. Современные методы диагностики ЗН молочной железы.

по дисциплине: Онкология

специальность: “Лечебное дело”

Составитель: к. м. н., доцент Мамашов Нурбек Максutowич

Актуальность темы: Новообразования молочной железы являются одной из наиболее актуальных проблем современной онкологии и гинекологии. Рак молочной железы занимает первое место среди онкологических заболеваний у женщин и остаётся одной из ведущих причин смертности. Заболевание часто развивается у женщины трудоспособного возраста, что придаёт ему высокую социальную значимость.

Особую актуальность проблеме придаёт:

- рост заболеваемости во всём мире;
- высокая распространённость гормонозависимых форм;
- длительное бессимптомное течение на ранних стадиях;
- возможность раннего выявления при скрининге (маммография, УЗИ);
- высокая эффективность лечения при ранней диагностике.

Цели изучения темы

1. Изучить основные виды новообразований молочной железы.
2. Ознакомиться с факторами риска и механизмами развития заболевания.
3. Освоить значение лабораторных и инструментальных методов диагностики.
4. Рассмотреть роль онкомаркеров в диагностике и мониторинге лечения.
5. Сформировать онкологическую настороженность и понимание важности раннего выявления.

Результаты обучения ООП, дисциплины и темы:

Результаты обучения дисциплины		
РО (результат обучения) ООП	РО дисциплины	
РО – 7 Умеет применить базовые знания в области диагностической деятельности для	РОд – 1 Знает: Основы проведения опроса,	ПК-2 способен и готов анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей, основные методики

<p>решения профессиональных задач.</p>	<p>физикального осмотра, клинического обследования; Умеет: Интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных исследований; Владеет навыками: Написания медицинской карты амбулаторного больного.</p>	<p>клинико-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и детей, для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов;</p>
<p>PO8 – Умеет применить базовые знания в области лечебной деятельности для решения профессиональных задач</p>		<p>ПК-18 - способен и готов к оказанию медицинской помощи при острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;</p>
<p>PO9 - Умеет применить базовые знания в области реабилитационной деятельности для решения профессиональных задач</p>		<p>ПК-22 - способен и готов применять реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) среди населения при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;</p>

Форма занятия: практическое занятие

Тип занятия: изучение новой темы

Оборудование занятия: компьютер, мультимедийный проектор .

Межпредметная связь: : Госпитальная хирургия, Госпитальная терапия, Семейная медицина

Контрольные вопросы:

1. Интерпретировать классификацию и клинические формы ЗН МЖ.
2. Охарактеризовать пути метастазирования ЗН МЖ.
3. Обобщить методы диагностики ЗН МЖ и их дифференциальную диагностику
4. Повторить раннее выявление ЗН МЖ и методику самообследования.
5. Охарактеризовать прогноз и профилактику ЗН МЖ.
6. Охарактеризовать принципы и методы реабилитации больных со ЗН МЖ.
7. Методика сбора анамнеза
8. Выбор метода лечения в зависимости от стадии и локализации опухоли
9. Профилактика рака МЖ.

1. Устный опрос

2. Курация пациентов

3. Ситуационные задачи

Литература: Основная:

1. Онкология: учебник / В.Г. Черенков. – 4-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 512 с.: ил. – ISBN 978 - 5 – 9704 – 4091 – 9
2. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 488 с.: ил. – ISBN – 5 – 89481 – 418 – 9

Дополнительная:

1. Клиническая онкология: учебное пособие для системы последипломного образования врачей / В.Г. Черенков. – 3-е изд. испр. и доп. – М.: МК, 2010. – 434 с.; ил. табл. – ISBN – 978 – 5 – 91894 – 002 – 0
2. Онкология: Справочник практического врача / под ред. чл.-корр. И.В. Поддубной. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 768 с.: ил. – ISBN 5 – 98332 – 247 – 3

Программное обеспечение, электронные источники

1. Учебник Онкология М.И. Давыдов, И.Х. Ганцев «Медицина» г. Москва 2023г. https://vk.com/oncology_osmu
2. Учебник Клиническая онкология «Геотар-Медиа» г. Москва 2020 г. <https://meduniver.com/Medical/Book/3.html>
3. www.booksmad.com/onkologiya
4. www.oncology.ru/books/
5. medulka.ru/onkologiya
6. www.webmedinfo.ru › Медицинские книги › Онкология

Лабораторные изменения и онкомаркеры

(в виде таблицы)

Показатель	Изменения	Клиническое значение
Общий анализ крови	Анемия, ↑ СОЭ	Неспецифические признаки опухолевого процесса
Биохимический анализ крови	↑ ЩФ, ↑ АЛТ/АСТ при метастазах	Оценка распространённости
Эстрогены	Возможны гормональные нарушения	Связь с гормонозависимыми формами
СА 15-3	Повышается при прогрессировании	Мониторинг лечения и рецидивов
РЭА	Может быть повышен	Оценка прогноза
HER2/neu	Гиперэкспрессия	Выбор таргетной терапии
ER/PR (рецепторы)	Положительные или отрицательные	Прогноз и тактика лечения

Тестовые задания

1. Самое частое злокачественное новообразование у женщины:

- A. Рак лёгкого
- B. Рак молочной железы
- C. Рак яичников
- D. Рак желудка

Ответ: B

2. Основной фактор риска рака молочной железы:

- A. Инфекция
- B. Гормональные нарушения
- C. Травма
- D. Аллергия

Ответ: B

3. Наиболее информативный метод скрининга:

- A. УЗИ
- B. МРТ
- C. Маммография
- D. Биопсия

Ответ: C

4. Наиболее частая гистологическая форма рака молочной железы:

- A. Аденокарцинома
- B. Протоковый рак
- C. Саркома
- D. Лимфома

Ответ: B

5. Ранний клинический признак:

- A. Боль
- B. Повышение температуры

- C. Уплотнение в молочной железе
- D. Общая слабость

Ответ: C

6. Основной путь метастазирования:

- A. Гематогенный
- B. Лимфогенный
- C. Импантационный
- D. Контактный

Ответ: B

7. Метод окончательной диагностики:

- A. Маммография
- B. УЗИ
- C. Биопсия
- D. Анализ крови

Ответ: C

8. Часто поражаемые лимфоузлы:

- A. Шейные
- B. Паховые
- C. Подмышечные
- D. Подчелюстные

Ответ: C

9. Онкомаркер рака молочной железы:

- A. АФП
- B. СА-125
- C. СА 15-3
- D. ПСА

Ответ: C

10. Основная цель онкомаркеров:

- A. Скрининг
- B. Подтверждение диагноза
- C. Контроль лечения
- D. Определение стадии

Ответ: C

Ситуационная задача №1

У больной 40 лет отмечается отёчность и инфильтрация правой молочной железы. Положительный симптом «лимонной корки». Данные цитологического исследования за карциному. Указать форму рака молочной железы.

- а) Узловая б) Псориазоподобная в) Диффузная г) Смешанная д) Экземоподобная

Ситуационная задача №2

У больной распадающаяся опухоль молочной железы без прорастания в стенку грудной клетки, состояние больной относительно удовлетворительное. Какому методу лечения вы отдадите предпочтение на первом этапе?

- а) Радикальная мастэктомия б) Простая ампутация в) Химио- и гормонотерапия г) Лучевая терапия д) Симптоматическое лечение

Ситуационная задача №3

Женщина, 30 лет. В верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется опухоль 1,0 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Данные УЗИ, маммографии и МРТ не исключают малигнизацию. Данные цитологического исследования пунктата из опухоли за атипию клеток. Дальнейшая тактика?

- а) Инцизионная биопсия со срочным гистологическим исследованием
- б) Секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием
- в) Наблюдение и повторно произвести ТАПБ и цитологическое исследование
- г) Необходимо провести термографию молочной железы
- д) Динамическое наблюдение, повторить маммографию

Ситуационная задача №4

У больной 35 лет, обнаружена опухоль в верхне-наружном квадранте правой молочной железы, размерами 1,5x1x1 см. Лимфоузлы не пальпируются. Произведена трепанбиопсия под контролем УЗИ. Гистологически обнаружен дольковый инфильтрирующий рак, G1. Регионарных и отдаленных метастазов не обнаружены. Выберите правильную тактику лечения на первом этапе.

- а) Лечебные курсы химиотерапии б) Курс лучевой терапии в) Гормонотерапия г) Хирургическое лечение д) Химиолучевое лечение

Ситуационная задача №5

Больная 50 лет обнаружила опухоль в правой молочной железе, врачом рекомендовано маммография. Укажите цель применения маммографии:

- а) вспомогательный метод ранней диагностики; б) основной метод ранней диагностики
- в) вспомогательный метод диагностики распространения; г) метод своевременной диагностики опухоли

Ситуационная задача №6

Больная 41 год. Жалобы на уплотнение в левой молочной железе. 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 трепанбиопсия опухоли. Гистологическое исследование: инфильтрирующая карцинома.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз 2. Предположите тактику дообследования 3. Какие лечебные опции можно предложить данной пациентке?

- Ответы: 1. Рак левой м/железы 2ст 2 кл.гр. метастазы в подмышечный лимфоузел
2. Необходимо иммуногистохимическое исследование, МРТ всего тела с целью выявления метастазов
3. Начать химиотерапию в зависимости от иммуногистохимического исследования

Ситуационная задача №7

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 2,0 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 2,5 см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: папиллярная карцинома.

Вопросы: 1. Предварительный диагноз? 2. Предположите тактику дообследования? 3. Тактика лечения?

- Ответы: : 1. Рак правой м/железы 2ст 2 кл.гр. метастазы в подмышечный лимфоузел
2. Необходимо трепанбиопсия гистологическое и иммуногистохимическое исследование, МРТ всего тела с целью выявления метастазов
3. Начать химиотерапию в зависимости от иммуногистохимического исследования

Глоссарий:

Рак молочной железы- злокачественная опухоль, которая развивается из эпителия молочных (грудных) желез.

Трепан-биопсия молочной железы – это медицинская диагностическая процедура, которая предполагает взятие образцов тканей для дальнейшего исследования клеток на предмет наличия патологий.

Цитологией молочной железы называется лабораторный метод исследования клеточного статуса рака молочной железы. И исследование структуры опухолей. Этот анализ позволяет верно диагностировать и определить мастит, фиброаденому, кисту, внутрипротоковую папиллому, липогранулему.

Гистологическое исследование молочной железы - изучение под микроскопом ткани молочной железы, полученной при биопсии. Исследование помогает дифференцировать специфические и неспецифические воспалительные процессы, доброкачественные и злокачественные новообразования.

Иммуногистохимическая диагностика рецепторного статуса рака молочной железы (PR, ER, ki-67, Her-2 neu) — исследование биоптата ткани, меченого антителами, под микроскопом. Анализ выполняется для определения рецептора. ИГХ-исследования проводят после выполнения гистологического исследования.

Заключение:

Новообразования молочной железы представляют собой серьёзную медико-социальную проблему, обусловленную высокой распространённостью и значительным влиянием на качество жизни женщин. Отсутствие выраженной симптоматики на ранних стадиях подчёркивает важность скрининговых программ и онкологической настороженности. Лабораторные показатели и онкомаркеры не являются самостоятельными методами диагностики, однако играют важную роль в оценке течения заболевания и эффективности лечения. Ранняя диагностика и комплексный подход к терапии позволяют значительно улучшить прогноз и снизить смертность.

План-разработка практического занятия № 6

на тему: ЗН костей. ЗН мягких тканей.

по дисциплине: **Онкологии**

специальность: **“Лечебное дело”**

Составитель: к. м. н., доцент Мамашов Нурбек Максutowич

Тема практического занятия: Злокачественные новообразования костей и мягких тканей. (2 часа)

Актуальность темы: Новообразования мягких тканей и костей относятся к редким, но крайне агрессивным онкологическим заболеваниям, отличающимся высокой степенью злокачественности, быстрым ростом и ранним метастазированием. Несмотря на сравнительно низкую распространённость, данные опухоли представляют серьёзную медико-социальную проблему из-за частого поражения лиц детского и молодого возраста, высокой инвалидизации и сложности ранней диагностики.

Актуальность темы обусловлена:

- трудностями раннего выявления вследствие скудной клинической симптоматики;
- быстрым прогрессированием заболевания;
- высоким риском гематогенного метастазирования (преимущественно в лёгкие);
- сложностью хирургического лечения и необходимостью комбинированной терапии;
- значительным снижением качества жизни пациентов.

Цель занятия: Изучить: Краткая анатомо-физиологическая характеристика костей и мягких тканей. Методика сбора анамнеза: осмотр, пальпация. Предрасполагающие факторы. Классификация и клинические формы. Современные методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Прогноз. Пути профилактики.

Результаты обучения ООП, дисциплины и темы:

Результаты обучения дисциплины

РО (результат обучения) ООП	РО дисциплины	
РО – 7 Умеет применить базовые знания в области диагностической деятельности для решения профессиональных задач.	РОд – 1 Знает: Основы проведения опроса, физикального осмотра, клинического обследования; Умеет: Интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных	ПК-2 способен и готов анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей, основные методики клиничко-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и детей, для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов;

	исследований; Владеет навыками: Написания медицинской карты амбулаторного больного.	
PO8 – Умеет применить базовые знания в области лечебной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-18 - способен и готов к оказанию медицинской помощи при острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
PO9 - Умеет применить базовые знания в области реабилитационной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-22 - способен и готов применять реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) среди населения при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;

Форма занятия: практическое занятие

Тип занятия: изучение новой темы

Оборудование занятия: компьютер, мультимедийный проектор .

Межпредметная связь: : Госпитальная хирургия, Госпитальная терапия, Семейная медицина

Контрольные вопросы:

1. Интерпретировать предрасполагающие факторы.
2. Интерпретировать классификацию и клинические формы ЗН костей и мягких тканей.
3. Охарактеризовать методы диагностики
4. Дифференциальная диагностика.
5. Принципы и методы лечения (лучевые, хирургические, лекарственные, паллиативные)
6. Принципы и методы реабилитации

7. Прогноз. Пути профилактики. ЗН костей и мягких тканей.
8. Интерпретировать прогноз и мероприятия по реабилитации больных со ЗН костей и мягких тканей.
9. Методика сбора анамнеза: осмотр, пальпация.
10. Ознакомление и чтение рентгенологических, компьютерно-томографических и магнитно-томографических снимков.

1. Устный опрос

2. Курация пациентов

3. Ситуационные задачи

Литература: те же зан №1

Лабораторные изменения и онкомаркеры

(в виде таблицы)

Показатель	Изменения	Диагностическое значение
Общий анализ крови	Анемия, ↑ СОЭ, лейкоцитоз	Неспецифические признаки опухолевого процесса
Биохимический анализ крови	↑ ЩФ, ↑ ЛДГ	Признаки костного поражения и опухолевого роста
Кальций крови	Возможна гиперкальциемия	Метастазы в кости
ЛДГ	Повышение	Активность опухолевого процесса
Щелочная фосфатаза	Повышение	Маркер остеобластической активности
Онкомаркеры	Специфических нет	Используются неспецифические показатели
Генетические маркеры	Характерные мутации (EWS-FLI1)	Диагностика сарком (по показаниям)

Тесты:

1. Наиболее частый тип злокачественных опухолей мягких тканей:

А. Карцинома

- В. Саркома
 - С. Лимфома
 - Д. Меланома
- Ответ: В**

2. Основной путь метастазирования сарком:

- А. Лимфогенный
- В. Контактный
- С. Гематогенный
- Д. Имплантиционный

Ответ: С

3. Наиболее часто поражаемая кость:

- А. Кости черепа
- В. Кости таза
- С. Длинные трубчатые кости
- Д. Позвоночник

Ответ: С

4. Характерный симптом опухолей костей:

- А. Безболезненное уплотнение
- В. Ночные боли
- С. Лихорадка
- Д. Зуд кожи

Ответ: В

5. Возрастная группа риска остеосаркомы:

- А. Пожилые
- В. 30–40 лет
- С. Подростки
- Д. Новорождённые

Ответ: С

6. Основной метод подтверждения диагноза:

- A. Рентгенография
- B. КТ
- C. МРТ
- D. Биопсия

Ответ: D

7. Типичная локализация сарком мягких тканей:

- A. Шея
- B. Верхние конечности
- C. Нижние конечности
- D. Брюшная полость

Ответ: C

8. Частый признак злокачественности:

- A. Медленный рост
- B. Подвижность опухоли
- C. Инфильтративный рост
- D. Чёткие границы

Ответ: C

9. При каком заболевании повышается щелочная фосфатаза:

- A. Липома
- B. Остеосаркома
- C. Фиброма
- D. Гемангиома

Ответ: B

10. Наиболее частая причина поздней диагностики:

- A. Высокая стоимость лечения
- B. Отсутствие боли на ранних стадиях
- C. Генетические факторы

D. Ошибки лабораторных анализов
Ответ: B

Ситуационная задача №1

Больной 35 лет, обратился к хирургу в районную поликлинику с жалобами на наличие боли и опухоли в области правого плеча. История болезни: 2 года назад была травма плеча при автомобильной аварии. Обращался в поликлинику, однако никакого обследования не проводилось. Поставлен диагноз – Посттравматическая гематома. Приблизительно 6 месяцев назад обнаружил небольшое опухолевидное образование в этой зоне. На фоне проводимого самостоятельного лечения антибиотиками, мазями опухоль увеличилась примерно в 3 раза, появились боли ноющего характера. Обычные анальгетики стали давать все менее значительный эффект, что и послужило поводом для обращения к хирургу. Объективное исследование. В области правого плеча определяется плотное, безболезненное образование размером 12x7 см. Кожные покровы над ней были несколько гиперемированы. Ваш диагноз?

- а) абдомиосаркома правого плеча б) Хондросаркома правого плеча в) Ангиосаркома правого плеча
г) Саркома мягких тканей правого плеча д) Лимфангиосаркома правого плеча

Ситуационная задача №2

Больной 22 лет. Заболевание началось остро, 6 месяцев назад с озноба, повышения температуры тела до 39°C, слабости, умеренных болей и отечности по передней поверхности верхней трети правой голени. Боли усиливались в ночное время. При осмотре в поликлинике установлен диагноз «грипп» и, учитывая анамнез и умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, назначена противовоспалительная терапия. Через 10 дней температура тела нормализовалась, но сохранялись боли и отечность правой голени. Месяц назад больной стал отмечать уплотнение мягких тканей верхней трети правой голени, усиление болей в этой области и он обратился к хирургу районной поликлиники. Какой диагноз можно предположительно поставить больному?

- а) фибросаркома б) саркома Юинга в) ангиосаркома г) остеогенная саркома д) липосаркома

Ситуационная задача №3

Больная 54 года, поступила в клинику в связи с жалобами на боли в средней трети правого бедра, резко усиливающиеся при малейшем движении. Больная доставлена на носилках. Анамнез заболевания: больна в течение 1-го года, когда впервые появились тупые, неинтенсивные боли в правом бедре. К врачу не обращалась, боли постепенно усиливались. С марта 2023 года начала хромать и в связи с этим обратилась к врачу в поликлинику по месту жительства. Были рекомендованы тепловые процедуры, которые не дали эффекта. В мае

2018 года подвернула ногу, упала и не смогла встать. Госпитализирована в одну из городских больниц, где диагностирован патологический перелом правого бедра в области диафиза, в связи с чем было наложено скелетное вытяжение. Сопоставление клинических (длительный анамнез, отсутствие первичного очага опухоли) и рентгенологических данных позволило высказаться за доброкачественную хрящевую опухоль. После биопсии опухоли обнаружена злокачественная опухоль. Ваш предполагаемый диагноз?

а) хондросаркома с патологическим переломом б) остеохондрома с патологическим переломом
в) рабдомиосаркома с патологическим переломом г) синовиальная саркома с патологическим переломом д) саркома Юинга с патологическим переломом

Ситуационная задача №4

Женщина, 41 лет. Жалобы на опухоль в правой голени. Анамнез. В течение трех лет прощупывала опухоль в правой голени, которая медленно увеличивалась. Объективно: в верхней трети правой большеберцовой кости по внутренней поверхности пальпируется опухоль неподвижная, плотная, безболезненная, размерами 7x5 см. На рентгенограммах правой голени в двух проекциях: в верхней трети диафиза большеберцовой кости у внутренней поверхности узел неправильной формы 2x4 см с неровными четкими частично обызвествленными контурами, содержащий массу кальцинатов и оссификатов и соединяющийся с корковым слоем костной ножкой. Ваш диагноз?

а) Хондросаркома правой большеберцовой кости б) Костно-хрящевой экзостоз (остеохондрома) в) Оссифицирующий миозит
г) Паростальная остеогенная саркома д) Фибросаркома

Ситуационная задача №5

Вопрос 20. Женщина, 41 год. Жалобы на непостоянные ноющие боли в левом плечевом суставе. Анамнез: боли беспокоят в течение двух месяцев, не нарастают. Объективно: движения в плечевых суставах не ограничены. Деформаций нет. Мягкие ткани не изменены. На рентгенограммах левого плечевого сустава в двух проекциях в проксимальном эпиметафизе плечевой кости округлая литическая деструкция с четкими контурами до 3 см в диаметре с мелкими кальцинатами. Ваше заключение:

а) Абсцесс Броди (хронический остеомиелит) б) Артроз плечевого сустава в) Туберкулез
г) Ретикулосаркома д) Опухоль Кодмана (хондробластома)

Ситуационная задача №5

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, КТ, 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.

Вопросы: 1. Ваш диагноз? 2. Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли?

Ответы: Остеосаркома средней трети правого плеча. 2 Биопсия опухоли

Ситуационная задача №6

Больной 19 лет. Заболевание началось остро, 6 мес. назад с озноба, повышения температуры тела до 39,3 °С, слабости, умеренных болей и отёчности по передней поверхности верхней трети правой голени. Боли усиливались в ночное время. При осмотре в поликлинике установлен диагноз «грипп» и, учитывая анамнез и умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, назначена симптоматическая терапия. Через 10 дней температура тела нормализовалась, но сохранялись боли и отёчность правой голени. Эти явления были расценены как осложнения гриппа. Рентгенологически диагностирован перелом правой большеберцовой кости; наложено скелетное вытяжение. Через 3 нед при контрольном рентгенологическом исследовании было отмечено нарастание деструктивных изменений в сломанной кости. Был заподозрен патологический перелом; проведена открытая биопсия фрагментов деструктивно изменённой кости с последующей морфологической диагностикой. По совокупности анамнестических, клинических, рентгенологических и морфологических данных диагностирована саркома Юинга правой большеберцовой кости.

Вопросы

1. Установите диагноз
2. Отметьте симптомы, характерные для диагноза «Саркома Юинга большеберцовой кости».

Охарактеризуйте основные этапы лечения саркомы Юинга.

Ответы:

1. «Саркома Юинга большеберцовой кости».
2. Боли и отечность по передней поверхности верхней трети правой голени. Повышение температуры тела, острое начало боли и отечность правой голени.

Глоссарий:

Остеосаркома - это злокачественное новообразование, которое берет начало из клеток костной ткани организма.

Хондросаркома - злокачественная опухоль, клетки которой продуцируют хрящ.

Саркома Юинга — это злокачественная опухоль, которая растет в костях или мягких тканях вокруг костей. Она часто развивается в ногах, области таза, ребрах или руках, является вторым по распространенности видом опухоли костей у детей.

Остеолиз - это активная резорбция (разрушение) костной ткани остеокластами

Остеобласты - одноядерные клетки, выстилающие внутреннюю поверхность костных трабекул (эндост), поверхность гаверсовых каналов и внутренний слой надкостницы.

Остеокласты – это специализированные клетки, образующиеся из гематопозитической линии моноцитов/макрофагов, которые развиваются и прикрепляются к матрице кости, выделяя далее кислоты и литические ферменты, разрушающие кость.

Заключение:

Новообразования мягких тканей и костей представляют собой сложную и актуальную проблему современной онкологии. Редкость данных опухолей в сочетании с агрессивным течением и отсутствием специфических лабораторных маркеров значительно затрудняет раннюю диагностику. Ведущая роль в выявлении заболевания принадлежит клинической настороженности, визуализирующим методам и морфологической верификации. Ранняя диагностика и комплексный подход к лечению позволяют повысить выживаемость и снизить уровень инвалидизации пациентов.

План-разработка практического занятия № 7

на тему: ЗН полости носа и глотки.

по дисциплине: **Онкологии**

специальность: **“Лечебное дело”**

Составитель: к. м. н., доцент **Мамашов Нурбек Максutowич**

Тема практического занятия: Злокачественные новообразования полости носа и глотки. (2 часа)

Актуальность темы: Новообразования носоглотки относятся к числу клинически сложных и социально значимых онкологических заболеваний ЛОР-органов. Актуальность темы обусловлена скрытым анатомическим расположением носоглотки, что затрудняет раннее выявление опухолей и приводит к поздней диагностике, зачастую уже на стадиях метастазирования.

Заболевание длительное время протекает под маской воспалительных ЛОР-патологий (ринит, синусит, отит), что снижает онкологическую настороженность как пациентов, так и врачей. Новообразования носоглотки характеризуются высокой склонностью к раннему лимфогенному метастазированию в шейные лимфатические узлы и значительным ухудшением качества жизни пациентов.

Цель занятия: Изучить: Методика сбора анамнеза: осмотр, пальпация. Предрасполагающие факторы. Классификация и клинические формы. Современные методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Прогноз. Пути профилактики.

Результаты обучения ООП, дисциплины и темы:

Результаты обучения дисциплины

РО (результат обучения) ООП	РО дисциплины	
РО – 7 Умеет применить базовые знания в области диагностической деятельности для решения профессиональных задач.	РОд – 1 Знает: Основы проведения опроса, физикального осмотра, клинического обследования; Умеет: Интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных исследований; Владеет навыками: Написания медицинской карты	ПК-2 способен и готов анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомио-физиологических особенностей, основные методики клинко-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и детей, для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов;

	амбулаторного больного.	
PO8 – Умеет применить базовые знания в области лечебной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-18 - способен и готов к оказанию медицинской помощи при острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
PO9 - Умеет применить базовые знания в области реабилитационной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-22 - способен и готов применять реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) среди населения при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;

Форма занятия: практическое занятие

Тип занятия:

- работа в малых группах;
- разбор конкретной ситуации;
- дискуссия;
- защита конспекта с мультимедийной презентацией.

Оборудование занятия: Ноутбук, текст лекции, видеоролик, тесты, таблицы и схемы.

Межпредметная связь: Нормальная анатомия, физиология, гистология.

Внутрипредметная связь: лекция № __.

Контрольные вопросы:

1. Краткая анатомо-физиологическая характеристика.
2. Интерпретировать клинические проявления в зависимости от локализации и формы роста опухоли
3. Методика сбора анамнеза: осмотр, пальпация.
4. Охарактеризовать особенности метастазирования
5. Охарактеризовать методы обследования больных.

6. Дифференциальная диагностика и лабораторные изменения.
7. Охарактеризовать принципы и методы реабилитации больных.
8. Принципы и методы лечения (лучевые, хирургические, лекарственные, паллиативные).
9. Прогноз.
10. Пути профилактики.

Формы проверки знаний:

1. Устный опрос
2. Курация пациентов
3. Тесты

Литература: те же зан 1.

Лабораторные изменения и онкомаркеры

Показатель	Изменения	Клиническое значение
Общий анализ крови	Анемия, ↑ СОЭ, лейкоцитоз	Неспецифические признаки опухолевого процесса
Биохимический анализ крови	↑ С-реактивного белка	Опухолевая интоксикация
ЛДГ	Повышение	Активность опухолевого роста
Антитела к вирусу Эпштейна–Барр (EBV)	Повышенные титры	Ассоциированы с раком носоглотки

Показатель	Изменения	Клиническое значение
EBV-ДНК (ПЦР)	Обнаружение в крови	Маркер активности и прогноза
Онкомаркеры	Специфических нет	Используются неспецифические показатели

Тесты:

1. Наиболее часто злокачественные опухоли в полости рта являются а) эпителиальными б) лимфоидными в) сосудистыми г) соединитель-тканными д) нейронными
2. Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является а) язык б) дно полости рта в) слизистая щеки г) слизистая мягкого неба д) слизистая альвеолярного отростка челюсти
3. Наиболее радиочувствительной среди опухолей носоглотки является а) плоскоклеточный ороговевающий рак б) плоскоклеточный рак с высокой степенью лимфатической инфильтрации в) лимфосаркома г) аденокарцинома д) саркомы
4. Для лечения рака носоглотки наиболее целесообразен а) хирургический метод б) лучевой метод в) химиотерапия г) комбинированный (хирургический + лучевая терапия) д) химиолучевое лечение
5. Какой преимущественный путь метастазирования гортани: а) гематогенный б) лимфогенный в) имплантационный г) контактный
6. Какой из ЛОР – органов наиболее часто поражается злокачественными опухолями а) полость носа б) придаточные пазухи носа в) носоглотка г) гортань
7. К опухолям носоглотки неэпителиальной природы относятся а) аденома б) ангиома в) краниофарингома г) невринома
8. Укажите наиболее характерные жалобы при раке гортани а) нарушение голоса б) нарушение дыхания в) боли при глотании г) кровохарканье
9. Укажите фактор способствующий фактор рака гортани а) папиллома б) фиброма в) киста г) ларингит
10. Укажите клинический симптом при раке голосовых связок: а) боль в горле б) чувство ощущения инородного тела в горле в) изменение тембра голоса г) кашель

Ситуационные задачи:

Задача 1. Мужчина 45 лет жалуется на длительную заложенность носа, одностороннее снижение слуха, частые носовые кровотечения.

Вопрос: Предварительный диагноз?

Ответ: Подозрение на злокачественное новообразование носоглотки.

Задача 2.

У пациента выявлено безболезненное увеличение шейных лимфатических узлов, при осмотре ЛОР-органов выраженных изменений нет.

Вопрос: О чём следует думать в первую очередь?

Ответ: О скрыто протекающем новообразовании носоглотки с лимфогенными метастазами.

Задача 3

Пациент длительно лечится от хронического отита без эффекта. Появились головные боли и гнусавость речи.

Вопрос: Тактика обследования?

Ответ: Эндоскопия носоглотки, КТ/МРТ, биопсия подозрительного участка.

Задача 4

У больного диагностирован рак носоглотки, отмечается анемия и повышение СОЭ.

Вопрос: Чем обусловлены лабораторные изменения?

Ответ: Опухолевой интоксикацией и хроническим воспалительным процессом.

Задача 5. У пациента после лечения сохраняется увеличение лимфоузлов и повышенный уровень онкомаркеров.

Вопрос: Что это может свидетельствовать?

Ответ: О рецидиве или метастатическом процессе.

Глоссарий:

Носоглотка – это верхняя часть глотки, соединяющая полость носа с ротоглоткой

Ротоглотка - это средняя часть глотки между носоглоткой и гортаноглоткой (позади ротовой полости)

Вирусы папилломы человека (ВПЧ) — это группа чрезвычайно распространенных и генетически разнородных ДНК-содержащих вирусов, поражающих эпителий кожных покровов и слизистых оболочек. Вирус папилломы человека относится к семейству папилломавирусов. Было выявлено и описано более 190 типов ВПЧ. Каждый тип отличается более чем на 10% от ближайшего родственного штамма.

Папиллома это доброкачественная опухоль из эпителиальной ткани, вызванная вирусом папилломы человека (ВПЧ).

Ороговевающая плоскоклеточная карцинома носоглотки, в 85% этот тип рака связан с вирусом Эпштейна — Барр.

Неороговевающая плоскоклеточная карцинома носоглотки бывает дифференцированной и недифференцированной, причём второй тип такой карциномы — самая распространённая форма рака носоглотки.

Базалоидная плоскоклеточная карцинома носоглотки— редкий тип опухоли.

Лимфогенный метастаз - образуются из-за того, что часть раковой опухоли отрывается от ее основной массы, далее она проникает в лимфу и разносится ей по органам организма.

Теоретическая справка

Рак носоглотки – злокачественная опухоль носовой части глотки, может проявляться заложенностью носа, беспричинными носовыми кровотечениями, болями в зоне носоглотки и области уха, заложенностью уха, шумом и звоном в ушах, нарушением слуха, головными болями, неврологическими расстройствами, нарушениями жевания и глотания.

Этиология: Факторами риска, повышающими вероятность развития рака носоглотки, являются курение, злоупотребление алкоголем, пристрастие к острой, пряной, соленой и горячей пище. Определенную роль играют хронические риносинуситы. Установлено, что данным заболеванием чаще страдают пациенты, зараженные вирусом Эпштейна-Барр. Отмечается связь рака носоглотки с ионизирующим излучением (при проживании в экологически неблагоприятных районах, предшествующей лучевой терапии или многократных радиологических исследованиях), избыточной инсоляцией и длительным профессиональным контактом с определенными токсичными веществами. Некоторые исследователи указывают на существование наследственной предрасположенности.

Классификация: с учетом особенностей гистологического строения опухоли выделяют три основных типа рака носоглотки:

- Плоскоклеточная ороговевающая карцинома.
- Дифференцированная и недифференцированная неороговевающая карцинома.
- Базалоидная карцинома.

В клинической практике используют четырехстадийную классификацию рака носоглотки:

1 стадия – выявляется локальный узел, не выходящий за пределы носоглотки.

2А стадия – рак носоглотки распространяется на среднюю часть глотки, в процесс могут вовлекаться полость носа, миндалины, мягкое небо и корень языка.

2В стадия – обнаруживаются метастазы в лимфоузлах на стороне поражения.

3А стадия – выявляется поражение средней части глотки и двусторонние метастазы в шейных лимфоузлах / рак носоглотки распространяется на околоносовые пазухи, отмечается одно- или двустороннее поражение шейных лимфоузлов / опухоль прорастает зону вокруг зева, распространяется на ипсилатеральные и контралатеральные лимфоузлы.

4А стадия – рак носоглотки прорастает орбиту, верхнюю челюсть и черепные нервы, обнаруживается двустороннее поражение регионарных лимфоузлов.

4В стадия – выявляются метастазы в надключичных лимфоузлах.

4С стадия – наблюдается отдаленное метастазирование

Рак ротоглотки — это злокачественная опухоль, которая развивается в верхней части горла из клеток слизистой оболочки. Опухоль может появиться в любой области ротоглотки: на задней части языка, мягком нёбе, миндалинах, боковых и задней стенках горла.

Частота встречаемости рака ротоглотки в зависимости от локализации опухоли:

- 64% случаев рака ротоглотки приходится на рак нёбных миндалин;
- 20,8% — рак корня языка;
- 9,1% — рак мягкого нёба;
- 5,2% — рак задней стенки ротоглотки.

Этиология: курение и употребление крепких спиртных напитков. Каждый третий больной является курильщиком со стажем. Токсические вещества в первую очередь проникают в глотку, систематически раздражая слизистую оболочку, разрушая костные структуры. В группу риска входят: больные ВПЧ. Образование папиллом на слизистой рта и глотки может перерасти в онкологию, особенно при вирусе папилломы 16 штамма; пожилые люди; люди, которые подвергались мощному ультрафиолетовому излучению; ослабленный иммунитет. В эту группу относят ВИЧ-инфицированных, а также людей, которые длительное время проходили курс лечения иммуносупрессивными препаратами; больные врожденным дискератозом и анемией Фанкони,

Симптомы К сожалению, специфических признаков развития злокачественного новообразования в ротоглотке нет. Пациента должны насторожить следующие симптомы:

- длительно непроходящая боль в горле;
- ощущение инородного предмета в горле;
- дискомфорт при глотании пищи или слюны;
- сложность при пережевывании;
- белесые пятна на слизистой с красной каймой;
- онемение корня языка;
- шарик при пальпировании шеи;
- огрубевший или сиплый голос;
- неприятный запах изо рта;
- необоснованная потеря веса.

Коварство заболевания в латентном течении на первой стадии. Болезнь никак себя не проявляет, поэтому человек не обращается за медицинской помощью. Уже на 2-3 стадиях пальпируемый узелок на шее начинает болеть, ощущаться сильнее. Увеличиваются шейные лимфатические узлы. На 4 стадии рака ротоглотки нарушается дыхательный и глотательный процесс, опухоль распространяется на окружающие ткани. Болезнь обостряется кровохарканьем, стремительной потерей веса, истощением и анорексией. Иногда изо рта идет кровь. Если опухоль сдавила жевательные мышцы или нервные сплетения, движения мышц ограничивается. Метастазы развиваются быстрее, чем сама опухоль.

Диагностика После осмотра онколога и стоматолога назначается ряд обследований:

- анализ крови на ВПЧ. Исследование проводится методом ПЦР, секвенирования или ферментного анализа. Подтверждение вируса папилломы человека изменяет тактику лечения опухоли;
- эндоскопический осмотр гортани и ротоглотки методом ларинго- и фарингоскопии;
- цитологическое исследование. При ларингоскопии врач берет соскоб со слизистой и отправляет на анализ. Определяется клеточный состав опухоли;
- биопсия. Изъятый участок окрашивается эозином и гематоксилином, а затем наблюдается реакция на препарат;
- КТ/МРТ. Томография уточняет локализацию и размер опухоли;
- ПЭТ. Показывает распространенность опухоли на окружающие органы, а также метастазирование в органы грудной клетки.

Лечение В зависимости от стадии заболевания и состояния больного врач назначает химиотерапию, лучевую терапию, операцию, таргетную терапию, иммунотерапию в комбинации друг с другом или отдельно. Как правило, при операции врачи стараются сохранить орган, если раковые клетки не метастазировали. Если выявлены метастазы в лимфатических узлах, сосудах или клетки проросли в нервный ствол, проводится химиотерапия совместно с облучением. Таргетная терапия используется при раке ротоглотки, вызванном ВПЧ-ассоциированным плоскоклеточным раком. Исходя из практики, в этом случае результаты благоприятные. После окончания курса лечения пациенты наблюдаются у онколога и стоматолога. Посещение врачей обязательно каждые 3-6 месяцев в течение первых двух лет. Следующие пять лет

осмотр проводится раз в полгода-года. Последующие пять лет пациент посещает врача раз в год или чаще при недомогании. Во время посещения доктор анализирует состояние больного, учитывая результаты фиброскопии, ежегодной рентгенографии органов грудной клетки, УЗИ лимфатических узлов, органов малого таза и органов брюшной полости.

Профилактика: Важно правильно ухаживать за полостью рта и своевременно посещать стоматолога. Врач дважды в год поддерживает чистоту зубов и следит за состоянием десен и мягких тканей. Поскольку ВПЧ – весомый фактор в развитии рака ротоглотки, важно снизить риск заражения. Для этого необходимо исключить беспорядочные половые связи и ставить вакцину. Специалисты рекомендуют отказаться от вредных привычек и полностью бросить курить. Сразу после еды необходимо ополаскивать полость рта, а зубы чистить дважды в день. Рациональное питание – залог здоровья, поэтому ежедневно следует потреблять больше овощей и фруктов, кушать цельнозерновой хлеб, а от переработанного мяса, бобовых и курятины лучше отказаться.

Прогноз при раке носоглотки определяется распространенностью первичного онкологического процесса (особое прогностическое значение имеет степень инвазии опухоли в основание черепа), наличием, размером и количеством метастазов в лимфоузлах, возрастом пациента (возраст старше 50 лет рассматривается, как неблагоприятный прогностический фактор) и гистологическим типом неоплазии. Средняя пятилетняя выживаемость при раке носоглотки первой стадии составляет 90%, второй – 80%, третьей – 70%, четвертой – 50%.

План-разработка практического занятия № 8

на тему: ЗН гортани и трахеи.

по дисциплине: **Онкологии**

специальность: **“Лечебное дело”**

Составитель: к. м. н., доцент **Мамашов Нурбек Максutowич**

1. Актуальность темы: Новообразования гортани и трахеи относятся к социально значимым заболеваниям, поскольку часто поражают лиц трудоспособного возраста, приводят к нарушению дыхания, голоса и снижению качества жизни. Рак гортани составляет до 2–3% всех злокачественных опухолей человека и занимает одно из ведущих мест среди опухолей ЛОР-органов. Поздняя диагностика, стертая клиническая картина на ранних стадиях и высокая инвалидизация обуславливают необходимость углубленного изучения данной темы.

2. Цель: сформировать у обучающихся знания о причинах, клинических проявлениях, лабораторных изменениях и онкомаркерах при новообразованиях гортани и трахеи, а также развить навыки клинического мышления.

Задачи:

- изучить этиологию и факторы риска;
- рассмотреть лабораторные изменения при злокачественных опухолях;
- ознакомиться с основными онкомаркерами;
- закрепить знания с помощью тестов и ситуационных задач.

Результаты обучения ООП, дисциплины и темы:

Результаты обучения дисциплины		
(результат обучения) ООП	РО дисциплины	
– 7 Умеет применить базовые знания в части диагностической деятельности для решения профессиональных задач.	РОд – 1 Знает: Основы проведения опроса, физикального осмотра, клинического обследования; Умеет: Интерпретировать результаты современных лабораторно-инструментальных	ПК-2 способен и готов анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомио-физиологических особенностей, основные методики клиничко-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и детей, для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов;

	исследований; Владеет навыками: Написания медицинской карты амбулаторного больного.	
PO8 – Умеет применить базовые знания в области лечебной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-18 - способен и готов к оказанию медицинской помощи при острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
PO9 - Умеет применить базовые знания в области реабилитационной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-22 - способен и готов применять реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) среди населения при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;

Форма занятия: практическая занятия.

Тип занятия:

- работа в малых группах;
- разбор конкретной ситуации;
- дискуссия;
- защита конспекта с мультимедийной презентацией.

Оборудование занятия: Ноутбук, текст лекции, видеоролик, тесты, таблицы и схемы.

Межпредметная связь: топографическая анатомия, физиология, гистология.

Внутрипредметная связь: лекция № 1

Контрольные вопросы:

щие вопросы

1. Что относится к злокачественным новообразованиям гортани и трахеи?
2. Какова распространённость рака гортани среди опухолей ЛОР-органов?
3. Основные факторы риска развития рака гортани и трахеи.
4. Предраковые заболевания гортани.
5. Анатомические отделы гортани и их клиническое значение.

6. Где чаще всего локализуется рак гортани?
7. Классификация рака гортани.
8. Ранние симптомы рака гортани.
9. Основные симптомы опухоли трахеи.
10. Методы обследования
11. Дифференциальная диагностика рака гортани.
12. Основные методы лечения рака гортани.
13. Трахеостома — показания.
14. Профилактика рака гортани.

Формы проверки знаний:

4. Тест
5. Устный опрос
6. Ситуационные задачи

Литература:

Основная:

5. Онкология: учебник / В.Г. Черенков. – 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 512 с.: ил. – ISBN 978 - 5 - 9704 - 4091 - 9
6. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 488 с.: ил. – ISBN – 5 – 89481 – 418 – 9

Дополнительная:

1. Клиническая онкология: учебное пособие для системы последипломного образования врачей / В.Г. Черенков. – 3-е изд. испр. и доп. – М.: МК, 2010. – 434 с.; ил. табл. – ISBN– 978 – 5 – 91894 – 002 – 0
2. Онкология: Справочник практического врача / под ред. чл.-корр. И.В. Поддубной. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 768 с.: ил. – ISBN 5 – 98332 – 247 – 3

Программное обеспечение, электронные источники

10. Учебник Онкология М.И. Давыдов, И.Х. Ганцев «Медицина» г. Москва 2023г. https://vk.com/oncology_osmu

11. Учебник Клиническая онкология «Геотар-Медиа» г. Москва 2020 г. <https://meduniver.com/Medical/Book/3.html>
 12. www.booksmed.com › Медицинские книги › Онкология.
 13. medulka.ru
 14. www.webmedinfo.ru › Медицинские книги › Онкология
-

3. Лабораторные изменения и онкомаркеры

Таблица. Лабораторные изменения и онкомаркеры при новообразованиях гортани и трахен

Показатель	Изменения	Клиническое значение
Общий анализ крови	Анемия, лейкоцитоз, ↑ СОЭ	Косвенные признаки опухолевого процесса
Биохимический анализ крови	Гипопротеинемия, ↑ С-реактивного белка	Воспаление, интоксикация
SCC (антиген плоскоклеточного рака)	Повышен	Наиболее характерен для рака гортани

Показатель	Изменения	Клиническое значение
CYFRA 21-1	Повышен	Маркер эпителиальных опухолей
CEA (раково-эмбриональный антиген)	Умеренно повышен	Неспецифический онкомаркер
NSE	Возможное повышение	При нейроэндокринных опухолях
Газовый состав крови	Гипоксемия	При стенозе гортани или трахеи

4. Тесты

- Наиболее частая гистологическая форма рака гортани:
 - аденокарцинома
 - плоскоклеточный рак
 - саркома
 - лимфома
- Основной фактор риска рака гортани:
 - гиподинамия
 - курение
 - гипотиреоз
 - анемия
- Ранний симптом рака гортани:
 - кровохарканье
 - осиплость голоса
 - потеря веса
 - одышка

4. Онкомаркер SCC характерен для:
 - А) рака лёгкого
 - Б) рака желудка
 - В) плоскоклеточного рака
 - Г) лимфомы
5. Для опухолей трахеи характерно:
 - А) бессимптомное течение
 - Б) раннее кровохарканье
 - В) прогрессирующая одышка
 - Г) желтуха
6. Основной метод подтверждения диагноза:
 - А) УЗИ
 - Б) КТ
 - В) биопсия
 - Г) рентген
7. Повышение СОЭ свидетельствует о:
 - А) дегидратации
 - Б) воспалении/опухолевом процессе
 - В) гипогликемии
 - Г) гипоксии
8. CYFRA 21-1 — это маркер:
 - А) мышечной ткани
 - Б) эпителиальных опухолей
 - В) костной ткани
 - Г) лимфоидной ткани
9. Основная причина стеноза трахей при опухоли:
 - А) спазм
 - Б) воспаление
 - В) рост опухоли в просвет
 - Г) аллергия
10. Основной метод лечения рака гортани:
 - А) антибиотики
 - Б) гормонотерапия

- В) хирургическое лечение
 - Г) физиотерапия
-

5. Ситуационные задачи

Задача 1

Мужчина 58 лет, стаж курения 35 лет, жалуется на осиплость голоса в течение 3 месяцев.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?

Задача 2

Пациентка 62 лет, одышка, шумное дыхание, кашель с прожилками крови.

Вопрос:

Какое осложнение опухоли трахеи развивается?

Задача 3

У пациента выявлено повышение SCC и CYFRA 21-1.

Вопрос:

Какой тип опухоли наиболее вероятен?

Задача 4

Больной с опухолью гортани жалуется на затруднение дыхания.

Вопрос:

Какое экстренное состояние возможно и тактика помощи?

Задача 5

После лечения рака гортани наблюдается снижение массы тела и анемия.

Вопрос:

Какие лабораторные показатели необходимо контролировать?

6. Заключение

Новообразования гортани и трахеи представляют серьёзную клиническую проблему из-за поздней диагностики и высокого риска жизнеугрожающих осложнений. Знание факторов риска, ранних симптомов, лабораторных изменений и онкомаркеров позволяет своевременно заподозрить заболевание, провести диагностику и улучшить прогноз для пациента.

№	Вопрос	Варианты	Правильный ответ
1	Наиболее частая гистологическая форма рака гортани	А) аденокарцинома Б) плоскоклеточный рак В) саркома Г) лимфома	Б
2	Основной фактор риска рака гортани	А) гиподинамия Б) курение В) гипотиреоз Г) анемия	Б
3	Ранний симптом рака гортани	А) кровохарканье Б) осиплость голоса В) потеря веса Г) одышка	Б
4	Онкомаркер SCC характерен для	А) рака лёгкого Б) рака желудка В) плоскоклеточного рака Г) лимфомы	В
5	Для опухолей трахеи характерно	А) бессимптомное течение Б) раннее кровохарканье В) прогрессирующая одышка Г) желтуха	В
6	Основной метод подтверждения диагноза	А) УЗИ Б) КТ В) биопсия Г) рентген	В

№	Вопрос	Варианты	Правильный ответ
7	Повышение СОЭ свидетельствует о	А) дегидратации Б) воспалении/опухолевом процессе В) гипогликемии Г) гипоксии	Б
8	CYFRA 21-1 — это маркер	А) мышечной ткани Б) эпителиальных опухолей В) костной ткани Г) лимфоидной ткани	Б
9	Основная причина стеноза трахеи при опухоли	А) спазм Б) воспаление В) рост опухоли в просвет Г) аллергия	В
10	Основной метод лечения рака гортани	А) антибиотики Б) гормонотерапия В) хирургическое лечение Г) физиотерапия	

Глоссарий:

Новообразование	Патологический процесс, характеризующийся аномальным ростом клеток с образованием опухоли.
Опухоль	Избыточное разрастание ткани; может быть доброкачественной или злокачественной.
Плоскоклеточный рак	Наиболее частая форма рака гортани; развивается из эпителиальных клеток слизистой оболочки.
Онкомаркер	Биохимический показатель, повышение которого может указывать на наличие опухоли.
SCC (Squamous Cell Carcinoma antigen)	Специфический онкомаркер плоскоклеточного рака.
CYFRA 21-1	Фрагмент цитокератина 19, маркер эпителиальных опухолей, включая рак гортани.
CEA (Carcinoembryonic antigen)	Неспецифический онкомаркер, может повышаться при разных опухолях.
СОЭ (скорость оседания эритроцитов)	Показатель воспалительной активности в организме; может повышаться при опухолевом процессе.

Стеноз

Сужение просвета органа, например, трахеи, из-за опухоли или воспаления.

Биопсия

Взятие образца ткани для морфологического исследования с целью подтверждения диагноза.

Заключение

Новообразования гортани и трахеи представляют собой важную проблему современной медицины из-за высокой частоты поздней диагностики, значительных нарушений функции дыхания и голоса, а также риска метастазирования. Ранняя диагностика возможна при внимательном анализе клинических симптомов, лабораторных показателей и онкомаркеров (SCC, CYFRA 21-1, CEA). Комплексный подход, включающий визуализационные методы, биопсию и лабораторные исследования, позволяет своевременно выявлять опухоли и назначать адекватное лечение, улучшая прогноз и качество жизни пациентов.

План-разработка практического занятия № 9

на тему: ЗН лёгкого. ЗН органов средостения.

по дисциплине: Онкологии

специальность: "Лечебное дело"

Составитель: к. м. н., доцент Мамашов Нурбек Максutowич

Тема практического занятия: Злокачественные новообразования лёгкого и органов средостения (2 часа)

Актуальность

Заболевания лёгких и средостения занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности населения. Патологии органов дыхательной системы широко распространены среди людей трудоспособного возраста и нередко приводят к развитию тяжёлых осложнений, снижению качества жизни и инвалидизации пациентов. Особую клиническую значимость представляют заболевания средостения, которые часто протекают скрыто, имеют неспецифические симптомы и выявляются на поздних стадиях. Это затрудняет своевременную диагностику и начало лечения. В современных условиях возрастает роль лучевых методов исследования (рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография), позволяющих выявлять патологические изменения лёгких и средостения на ранних этапах. В связи с этим медицинский работник среднего звена должен обладать прочными знаниями анатомо-физиологических особенностей органов грудной клетки, клинических проявлений заболеваний и принципов диагностики.

Изучение данной темы способствует формированию профессиональных компетенций, необходимых для распознавания угрожающих состояний, своевременного направления пациента на обследование и оказания квалифицированной медицинской помощи.
Цель занятия изучить этиологию, клиническую картину, диагностику, лабораторные изменения, дифференциальную диагностику, лечение, прогноз злокачественных опухолей лёгкого и средостения.

Результаты обучения ООП, дисциплины и темы:

Результаты обучения дисциплины

РО (результат обучения) ООП	РО дисциплины	
РО – 7 Умеет применить базовые знания в области диагностической деятельности для решения профессиональных задач.	РОд – 1 Знает: Основы проведения опроса, физикального осмотра, клинического обследования; Умеет: Интерпретировать результаты современных лабораторно-	ПК-2 способен и готов анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических особенностей, основные методики клиничко-лабораторного обследования и оценки функционального состояния организма взрослого человека и детей, для своевременной диагностики заболеваний и патологических процессов;

	инструментальных исследований; Владеет навыками: Написания медицинской карты амбулаторного больного.	
PO8 – Умеет применить базовые знания в области лечебной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-18 - способен и готов к оказанию медицинской помощи при острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи;
PO9 - Умеет применить базовые знания в области реабилитационной деятельности для решения профессиональных задач		ПК-22 - способен и готов применять реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные и профессиональные) среди населения при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;

Форма занятия: практическая занятия.

Тип занятия:

- работа в малых группах;
- разбор конкретной ситуации;
- дискуссия;
- защита конспекта с мультимедийной презентацией.

Оборудование занятия: Ноутбук, текст лекции, видеоролик, тесты, таблицы и схемы.

Межпредметная связь: топографическая анатомия, физиология, гистология.

Внутрипредметная связь: лекция № 1

Форма занятия: практическое занятие.

Тип занятия:

- работа в малых группах;
- разбор конкретной ситуации;
- дискуссия;
- защита конспекта с мультимедийной презентацией.

Оборудование занятия: Ноутбук, текст лекции, видеоролик, тесты, таблицы и схемы.

Межпредметная связь: Нормальная анатомия, физиология, гистология.

Внутрипредметная связь: лекция № __.

Литература:

1. Онкология: учебник / В.Г. Черенков. – 4-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 512 с.: ил. – ISBN 978 - 5 – 9704 – 4091 – 9
2. Ганцев Ш.Х. Онкология: Учебник для студентов медицинских вузов. – 2-е изд. испр. и доп. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. – 488 с.: ил. – ISBN – 5 – 89481 – 418 – 9

Дополнительная:

1. Клиническая онкология: учебное пособие для системы последиplomного образования врачей / В.Г. Черенков. – 3-е изд. испр. и доп. – М.: МК, 2010. – 434 с.; ил. табл. – ISBN – 978 – 5 – 91894 – 002 – 0
2. Онкология: Справочник практического врача / под ред. чл.-корр. И.В. Поддубной. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 768 с.: ил. – ISBN 5 – 98332 – 247 – 3

Программное обеспечение, электронные источники

1. Учебник Онкология М.И. Давыдов, И.Х. Ганцев «Медицина» г. Москва 2023г. https://vk.com/oncology_osmu
2. Учебник Клиническая онкология «Геотар-Медиа» г. Москва 2020 г. <https://meduniver.com/Medical/Book/3.html>
3. www.booksmad.com › Медицинские книги › Онкология.medulka.ru
4. www.webmedinfo.ru › Медицинские книги › Онкология

Контрольные вопросы:

1. Интерпретировать факторы риска и группы «повышенного риска».
2. Охарактеризовать клинико-анатомо-рентгенологическую классификацию ЗН лёгкого и органов средостения.
1. Интерпретировать клинические и рентгенологические особенности рака лёгкого и органов средостения.
4. Методика сбора анамнеза: осмотр, пальпация, фибробронхоскопия. Современные методы диагностики. Дифференциальная диагностика.
- 5..
6. Описать диагностические методы исследования: медиастиноскопия; прескаленная биопсия.
7. Охарактеризовать принципы ранней диагностики ЗН лёгкого.

8. Принципы и методы лечения (лучевые, хирургические, лекарственные, паллиативные). Принципы и методы реабилитации. Прогноз.
9. Описать послеоперационные осложнения: острая сердечно-сосудистая недостаточность, острая дыхательная недостаточность, отёк лёгкого.
10. Интерпретировать принципы диспансерного наблюдения за излеченными от ЗН лёгкого и опухолей органов средостения. Охарактеризовать профилактику.

1. Устный опрос
2. Курация пациентов
3. Тесты

Основная часть

1. Краткие анатомо-физиологические сведения

Лёгкие — парный орган дыхательной системы, обеспечивающий газообмен.

Средостение — комплекс органов между правым и левым лёгким (сердце, трахея, пищевод, тимус, крупные сосуды).

2. Заболевания лёгких

Основные группы заболеваний:

- Воспалительные
 - Пневмония
 - Туберкулёз
- Обструктивные
 - ХОБЛ
 - Бронхиальная астма
- Опухолевые
 - Рак лёгкого
- Интерстициальные заболевания

- Профессиональные поражения (пневмокониозы)

Основные симптомы:

- Одышка
- Кашель
- Кровохарканье
- Боль в грудной клетке
- Цианоз

Методы диагностики:

- Рентгенография ОГК
 - КТ лёгких
 - Спирометрия
 - Бронхоскопия
-

3. Заболевания средостения

Классификация:

- Воспалительные (медиастинит)
- Опухолевые
 - Тимома
 - Лимфома
- Кисты средостения
- Травматические поражения

Клинические проявления:

- Боль за грудиной

- Одышка
- Нарушение глотания
- Синдром верхней полой вены

Диагностика:

- Рентгенография
 - КТ / МРТ
 - Биопсия
-

Закрепление материала

Примерные вопросы:

1. Какие органы входят в состав средостения?
2. Основные отличия симптомов заболеваний лёгких и средостения
3. Роль КТ в диагностике опухолей лёгких

Онкомаркеры — это биологические вещества (белки, антигены, ферменты), уровень которых повышается в крови, моче или других биологических средах при злокачественных новообразованиях.

Важно: онкомаркеры не используются как единственный метод диагностики, а применяются в комплексе с клиническими, лучевыми и морфологическими исследованиями.

Основные онкомаркеры при заболеваниях лёгких

- **CEA (раково-эмбриональный антиген)**
Повышается при немелкоклеточном раке лёгкого
 - **CYFRA 21-1**
Наиболее характерен для плоскоклеточного рака лёгкого
 - **NSE (нейронспецифическая энолаза)**
Используется при мелкоклеточном раке лёгкого
 - **PgGRP**
Высокая специфичность для мелкоклеточного рака лёгкого
-

Онкомаркеры при опухолях средостения

- **AFP (альфа-фетопротенин)**
Повышается при герминогенных опухолях средостения
- **β -ХГЧ (бета-хорионический гонадотропин)**
Характерен для герминогенных опухолей
- **LDH (лактатдегидрогеназа)**
Может повышаться при лимфомах средостения

Тесты:

1. Укажите для какой атипичной формы рака легкого характерны цианоз и отек лица, шеи и верхне-плечевого пояса:
а) костная форма б) центральный рак легкого в) **медиастинальная** г) опухоль Пенкоста
2. Укажите какая клиническая форма относится к периферическому раку легкого:
а) Перибронхиальный узловой рак б) Миллиарный карциноматоз
в) Перибронхиальный разветвленный рак г) **Круглый рак**
3. Какая гистологическая форма рака легкого относится к недифференцированным?
а) Солидный рак б) Плоскоклеточный рак в) Ацинарная аденокарцинома
г) **Крупноклеточный рак** д) Бронхиоло-альвеолярный рак
4. Какая группа лимфоузлов не является регионарной при раке легкого?

- а) Бронхопульмональные б) Бифуркационные в) Паратрахеальные г) Паракардиальные
5. Укажите для какой атипичной формы рака легкого характерны цианоз и отек лица, шеи и верхне-плечевого пояса:
а) костная форма б) мозговая в) медиастинальная г) опухоль Пенкоста
- 6 Укажите какая клиническая форма относится к периферическому раку легкого:
а) Перибронхиальный узловый рак б) Миллиарный карциноматоз в) Перибронхиальный разветвленный рак г) Круглый рак
7. Укажите какая гистологическая форма рака легкого относится к недифференцированным?
а) Солидный рак б) Плоскоклеточный рак в) Ацинарная аденокарцинома г) Крупноклеточный рак
8. Какая группа лимфоузлов не является регионарной при раке легкого?
а) Бронхопульмональные б) Бифуркационные в) Паратрахеальные г) Паракардиальные
9. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить:
а) С опухолями плевры б) С опухолями диафрагмы в) С опухолями и кистами средостения г) Все ответы верны
10. Укажите ранние симптомы центрального рака легкого:
а) одышка, кровохарканье б) кровохарканье, сухой кашель и кровохарканье в) кровохарканье, одышка г) одышка, сухой кашель

Ситуационная задача №1

Условие:
Пациент 45 лет жалуется на повышение температуры тела до 38,5 °С, кашель с гнойной мокротой, боль в грудной клетке, усиливающаяся при дыхании. При аускультации — влажные хрипы в нижних отделах правого лёгкого.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Основной метод подтверждения диагноза?

Ответ:

1. Острая пневмония.
2. Рентгенография органов грудной клетки.

Ситуационная задача №2

Условие: Мужчина 60 лет, длительный стаж курения. Жалуется на хронический кашель, одышку при физической нагрузке, периодическое кровохарканье, потерю массы тела.

Вопросы:

1. На какое заболевание следует заподозрить?
2. Какие методы диагностики наиболее информативны?

Ответ:

1. Рак лёгкого.
2. КТ органов грудной клетки, бронхоскопия с биопсией.

Ситуационная задача №3

Условие: Пациент 30 лет жалуется на чувство сдавления за грудиной, одышку, нарушение глотания. При осмотре отмечается отёчность лица и шеи, расширение подкожных вен.

Вопросы:

1. Какой синдром развивается у пациента?
2. С патологией каких органов он связан?

Ответ:

1. Синдром верхней полой вены.
 2. Заболевания средостения (опухоли, лимфомы).
-

Ситуационная задача №4

Условие:

Пациент 25 лет после травмы грудной клетки жалуется на резкую боль, нарастающую одышку. При перкуссии — коробочный звук, дыхание на стороне поражения резко ослаблено.

Вопросы:

1. Какое состояние можно предположить?
2. Неотложное диагностическое исследование?

Ответ:

1. Пневмоторакс.
2. Срочная рентгенография органов грудной клетки.

Заключение:

В ходе изучения темы «Заболевания лёгких и средостения» были рассмотрены основные анатомо-физиологические особенности органов грудной клетки, классификация наиболее распространённых патологий, их клинические проявления и современные методы диагностики.

Освоение данной темы имеет важное практическое значение для подготовки медицинских работников среднего звена, так как заболевания лёгких и средостения часто встречаются в клинической практике и могут представлять угрозу для жизни пациента. Своевременное распознавание симптомов и правильная тактика обследования позволяют предупредить развитие тяжёлых осложнений.

Проведение занятия с использованием ситуационных задач и клинических примеров способствует формированию профессиональных компетенций, развитию клинического мышления и умению применять теоретические навыки

. Таким образом, изучение данной темы является необходимым этапом в профессиональной подготовке будущих медицинских специалистов и способствует повышению качества оказания медицинской помощи.

тема "Дисциплина лабораторная диагностика в онкологии. Место и роль онкологии в системе здравоохранения"

Цель лекции:

1. Ознакомить студентов с понятием лабораторной диагностики в онкологии.
2. Рассмотреть роль и значение лабораторных методов в выявлении, мониторинге и прогнозировании опухолевых заболеваний.
3. Понять, как онкология взаимодействует с другими разделами медицины и здравоохранения.

Введение: Роль онкологии в системе здравоохранения

Онкология — это наука о злокачественных опухолях. Она изучает их возникновение, развитие, диагностику, лечение и профилактику. Онкология занимает важное место в системе здравоохранения, так как рак остаётся одной из ведущих причин смертности в мире.

1. Современная статистика:

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), рак является второй по частоте причиной смерти во всём мире, уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям. Каждый год регистрируется около 9,6 миллионов случаев рака и более 4 миллионов смертей от рака в мире. Важно отметить, что с увеличением продолжительности жизни людей количество онкологических заболеваний продолжает расти.

2. Профилактика и диагностика:

Большая часть случаев рака поддается эффективному лечению на ранних стадиях, поэтому ранняя диагностика имеет решающее значение. Важно, чтобы заболевания были выявлены как можно раньше, что напрямую связано с развитием лабораторной диагностики.

1. Лабораторная диагностика в онкологии

Лабораторная диагностика в онкологии включает в себя множество методов, которые помогают выявлять, мониторировать и оценивать эффективность лечения злокачественных заболеваний. Среди них можно выделить несколько ключевых направлений.

-Биохимические и иммунологические исследования

• **Маркерные исследования:**

Онкологические маркеры — это вещества, которые могут присутствовать в крови, моче или других жидкостях организма и указывают на наличие опухоли.

Например, карциноэмбриональный антиген (CEA), антиген рака яичников (CA 125), антиген простаты (PSA). Эти маркеры помогают в ранней диагностике рака и оценке эффективности лечения.

• **Генетические и молекулярные исследования:**

Молекулярно-генетическое тестирование, например, на наличие специфических мутаций (например, в генах BRCA1, BRCA2) может использоваться для диагностики определённых типов рака или для прогнозирования риска их развития.

Гистологические исследования

- **Биопсия и гистопатология:**
Одним из основных методов лабораторной диагностики является биопсия — забор ткани опухоли для последующего исследования под микроскопом. Это позволяет не только подтвердить диагноз, но и точно определить тип опухоли, её степень агрессивности и стадию.

Микробиологические исследования

- **Роль инфекций в развитии рака:**
Некоторые виды инфекций могут способствовать развитию рака. Например, инфекции вирусами папилломы человека (ВПЧ) могут вызвать рак шейки матки. Поэтому анализы на наличие инфекции могут быть важными в диагностике предраковых состояний и на ранних стадиях рака.

Прогнозирование и мониторинг

Лабораторные исследования необходимы для оценки прогноза заболевания и для контроля за результатами лечения. Например, уровень некоторых опухолевых маркеров может снижаться после удаления опухоли или в ответ на химиотерапию, что говорит о положительном исходе. Также используются методы молекулярной диагностики для выявления устойчивости опухоли к определённым препаратам.

2. Роль онкологии в системе здравоохранения

Структура онкологической помощи. Онкологическая помощь включает в себя несколько уровней:

- **Первичная помощь:** На этом этапе диагностику могут проводить терапевты, гинекологи, урологи и другие специалисты, используя стандартные обследования и направляя пациента на специализированные консультации.
- **Онкологические диспансеры:** Эти учреждения специализированы на диагностике и лечении онкологических заболеваний. В их составе работают хирурги, химиотерапевты, радиологи и другие специалисты.
- **Реабилитация и паллиативная помощь:** Обеспечивает лечение и поддержку на поздних стадиях заболевания, когда излечить пациента невозможно.

Проблемы онкологического здравоохранения

Несмотря на успехи в диагностике и лечении, существуют серьёзные проблемы:

- Недостаточная доступность высококачественной диагностики и лечения, особенно в удалённых регионах.
- Высокая стоимость инновационных методов лечения и диагностических исследований, таких как генетические тесты и таргетная терапия.
- Отсутствие профилактических мероприятий, направленных на раннюю диагностику рака и повышение осведомлённости населения.

Роль профилактики

Профилактика рака включает:

- **Образовательные программы:** Направленные на снижение курения, алкоголизма, правильное питание, физическую активность, вакцинацию (например, вакцинация против ВПЧ для предотвращения рака шейки матки).
- **Скрининг:** Регулярные обследования для раннего выявления рака, такие как маммография, ПАП-тесты, колоноскопия, тесты на PSA.

Заключение

Лабораторная диагностика играет ключевую роль в своевременном выявлении рака, что напрямую влияет на эффективность лечения и выживаемость пациентов. Онкология, как отдельная медицинская дисциплина, имеет важное значение в здравоохранении, обеспечивая комплексный подход к диагностике, лечению и профилактике онкологических заболеваний. Эффективная диагностика, включая лабораторные исследования, позволяет врачам принимать более точные решения и адаптировать лечение, что, в свою очередь, способствует улучшению качества жизни пациентов.

Вопросы для обсуждения:

1. Какие основные лабораторные методы используются в онкологии для ранней диагностики рака?
2. Почему так важен мониторинг опухолевых маркеров во время лечения рака?
3. Каковы перспективы использования генетических тестов в практике онкологии?
4. Какие меры профилактики рака считаются наиболее эффективными на уровне здравоохранения?

Организация онкослужбы — это система структур, учреждений и служб, обеспечивающих диагностику, лечение и профилактику онкологических заболеваний на всех этапах: от первичной диагностики до реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями. Онкослужба должна быть доступной для населения и работать на всех уровнях здравоохранения — от первичного звена до высокоспециализированных центров.

Основные задачи онкослужбы:

1. Ранняя диагностика рака.
2. Лечение онкологических заболеваний.
3. Профилактика рака.
4. Реабилитация пациентов после лечения рака.
5. Паллиативная помощь пациентам с терминальными стадиями заболеваний.

Структура онкослужбы

1. Первичное звено (первичная диагностика):

На этом уровне основная цель — выявление пациентов с подозрением на рак. Включает:

- **Терапевтов и специалистов:** семейные врачи, терапевты, педиатры, гинекологи, урологи и другие специалисты.
- **Профилактические осмотры и скрининг:** на этом уровне проводится ранняя диагностика, направленная на выявление онкологических

заболеваний на ранних стадиях (например, скрининг на рак молочной железы, рак шейки матки, рак простаты и т.д.).

- **Диагностические исследования:** общий анализ крови, ультразвуковое исследование (УЗИ), рентген, маммография, ПАП-тесты и другие методы.

2. Региональные онкологические диспансеры:

Это учреждения, специализирующиеся на диагностике и лечении онкологических заболеваний. На данном уровне осуществляется:

- **Диагностика и подтверждение диагноза:** включает более сложные исследования, такие как биопсия, гистология, молекулярные и генетические исследования.
- **Хирургия:** проводится оперативное вмешательство по удалению опухолей, если это возможно.
- **Лучевая терапия и химиотерапия:** методы, направленные на уничтожение раковых клеток или замедление их роста.
- **Междисциплинарные консультации:** специалисты различных областей (онкологи, хирурги, химиотерапевты, радиологи и т.д.) совместно решают вопросы лечения и стратегии терапии.

3. Высокоспециализированные онкологические центры:

Эти учреждения предоставляют самые современные методы диагностики и лечения, которые не всегда доступны в региональных диспансерах.

- **Таргетная терапия и иммунотерапия:** использование высокоэффективных препаратов, направленных на конкретные молекулы или механизмы, способствующие росту опухоли.
- **Генетическое тестирование и молекулярная диагностика:** для выбора персонализированного лечения, а также для диагностики наследственных предрасположенностей.
- **Научные исследования и инновации:** в этих центрах часто разрабатываются новые методы лечения и диагностические технологии.

4. Реабилитационные центры:

Эти учреждения ориентированы на восстановление пациентов после лечения рака, включая физическую и психологическую реабилитацию.

- **Психологическая поддержка:** помощь пациентам в адаптации к жизни после болезни и лечения.
- **Физическая реабилитация:** программы для восстановления двигательной активности, если лечение повлекло утрату функций (например, после операции).
- **Социальная помощь:** помощь в восстановлении социальной активности пациента, включая трудовую реабилитацию и поддержку в адаптации к новым условиям жизни.

5. Паллиативная помощь:

Паллиативная помощь — это поддерживающая терапия для пациентов с неоперабельным или поздним стадиям рака. На этом уровне цель не излечить болезнь, а повысить качество жизни пациента.

- **Обезболивание:** основная задача паллиативной помощи — это облегчение боли и других неприятных симптомов.
- **Психологическая поддержка:** работа с пациентом и его семьёй, чтобы снизить эмоциональное напряжение.
- **Социальная помощь и помощь в уходе:** организация ухода на дому или в условиях специализированных учреждений.

Основные принципы организации онкослужбы

- 1. Доступность и равенство:**
Онкологическая помощь должна быть доступна каждому человеку, независимо от его социального положения, места проживания или финансового состояния. Для этого важно развивать сеть специализированных учреждений на всех уровнях здравоохранения (от амбулаторных до стационарных).
- 2. Комплексный подход к лечению:**
В лечении рака важно использовать мультидисциплинарный подход, когда работают не только онкологи, но и специалисты других направлений (хирурги, радиологи, химиотерапевты, психологи и т.д.). Это позволяет выбрать оптимальное лечение для каждого пациента.
- 3. Модернизация оборудования и технологий:**
Для эффективного лечения рака необходимо постоянное обновление технологической базы, включая внедрение новых методов диагностики и терапии, таких как молекулярно-генетические исследования, высокоточные радиотерапевтические аппараты и таргетные препараты.
- 4. Раннее выявление:**
Эффективность лечения значительно возрастает, если рак выявляется на ранней стадии. Для этого необходимы программы скрининга и профилактические осмотры, а также повышение осведомлённости населения о возможных признаках рака и важности регулярных обследований.
- 5. Обучение и подготовка специалистов:**
Онкология требует высококвалифицированных кадров, поэтому важным аспектом является обучение специалистов на всех уровнях здравоохранения, начиная с терапевтов и заканчивая хирургами и онкологами, работающими в специализированных центрах.
- 6. Научно-исследовательская деятельность:**
Онкология — это быстро развивающаяся наука, поэтому важно активно инвестировать в научные исследования для разработки новых методов диагностики и лечения рака, улучшения существующих методов и создания более эффективных технологий.

Проблемы и вызовы организации онкослужбы:

- 1. Нехватка квалифицированных кадров** в некоторых регионах, что затрудняет доступность качественного лечения.
- 2. Высокая стоимость лечения:** Многие новейшие методы, такие как таргетная терапия и генетические тесты, остаются дорогостоящими и не всегда доступны для широких слоев населения.
- 3. Низкая осведомленность населения о важности ранней диагностики:** Несмотря на программы скрининга, не все пациенты вовремя проходят обследования.
- 4. Нехватка ресурсов на раннюю диагностику и профилактику:** Часто проблемы с доступом к современным методам диагностики, особенно в удалённых регионах.

Заключение: Онкослужба — это комплексная система, которая включает не только диагностику и лечение рака, но и профилактику, реабилитацию и паллиативную помощь. Важно, чтобы она была доступна каждому человеку, и чтобы на всех уровнях здравоохранения существовали высококвалифицированные специалисты, современные методы диагностики и лечения. Развитие и улучшение организации онкослужбы напрямую влияет на улучшение качества жизни пациентов и повышение шансов на успешное лечение рака.

Домашнее задание:

Изучите один из методов лабораторной диагностики в онкологии (например, биопсия, генетические тесты, биохимия) и подготовьте короткий доклад о его применении и актуальности.

Глоссарий по теме "Лабораторная диагностика в онкологии"

1. **Онкология** — раздел медицины, изучающий злокачественные опухоли, их диагностику, лечение, профилактику и развитие. Включает все виды рака и предраковые заболевания.
2. **Злокачественная опухоль** — опухоль, характеризующаяся быстрым ростом, склонностью к метастазированию и возможностью вызвать смерть пациента, если не будет своевременно лечена.
3. **Опухолевые маркеры** — биологические вещества, которые могут быть обнаружены в организме пациента и свидетельствуют о наличии рака. Примеры: СЕА, СА 125, PSA, СА 19-9.
4. **Биопсия** — метод исследования, заключающийся в заборе образца ткани опухоли для гистологического анализа, с целью подтверждения диагноза.
5. **Гистология** — раздел медицины, изучающий строение тканей и клеток организма, используется для диагностики опухолей и других заболеваний.
6. **Генетическое тестирование** — анализ ДНК пациента, направленный на выявление мутаций, предрасположенности к развитию опухолей, а также на выбор наиболее эффективного лечения.
7. **Иммуногистохимия** — метод лабораторного исследования, который позволяет выявить специфические белки в тканях с помощью антител, что важно для диагностики и классификации опухолей.
8. **Молекулярная диагностика** — исследование молекул, таких как ДНК, РНК, белки, для определения генетических изменений в клетках опухоли, диагностики, прогноза и мониторинга заболевания.
9. **Маркер рака простаты (PSA)** — белок, уровень которого повышается при раке простаты. Используется для раннего обнаружения и мониторинга состояния пациента.
10. **Карциноэмбриональный антиген (СЕА)** — опухолевый маркер, который может быть повышен при раке толстой кишки, груди, лёгких и других органов.
11. **СА 125** — опухолевый маркер, который часто используется для диагностики рака яичников.
12. **Прогнозирование** — процесс оценки вероятного исхода заболевания на основе лабораторных исследований, клинических данных и других факторов. В онкологии прогнозирование помогает выбрать наиболее подходящее лечение.
13. **Метастазирование** — процесс распространения злокачественных клеток из первичной опухоли в другие органы и ткани через кровь или лимфу.
14. **Химиотерапия** — метод лечения рака, основанный на использовании цитостатических препаратов, которые подавляют рост раковых клеток.
15. **Радиотерапия (лучевая терапия)** — метод лечения рака, использующий ионизирующее излучение для уничтожения раковых клеток или уменьшения их размера.
16. **Иммунотерапия** — лечение рака с помощью препаратов, активирующих иммунную систему организма для борьбы с опухолью.

17. **Скрининг** — методы массового обследования с целью выявления заболевания на ранней стадии у людей без клинических симптомов. Примеры: маммография, ПАП-тест, колоноскопия.
18. **Паллеоативная помощь** — поддерживающее лечение, направленное на улучшение качества жизни пациентов с неоперабельным раком, облегчение симптомов заболевания и уменьшение страданий.
19. **Рецидив** — повторное развитие заболевания после периода ремиссии, когда болезнь была частично или полностью подавлена лечением.
20. **Таргетная терапия** — лечение рака с использованием препаратов, которые направленно воздействуют на молекулярные мишени, характерные для раковых клеток, блокируя их рост.
21. **Превентивная диагностика** — обследования и анализы, направленные на выявление предраковых состояний или ранних стадий рака с целью предотвратить его развитие.
22. **Этапы рака (стадия заболевания)** — классификация рака в зависимости от распространенности опухоли, её размера и наличия метастазов. Обычно используется система TNM (Tumor, Node, Metastasis).
23. **Раннее выявление** — процесс обнаружения заболевания на его начальной стадии, что значительно повышает шансы на успешное лечение.
24. **Молекулярно-генетическое тестирование** — метод диагностики, направленный на выявление мутаций в ДНК, которые могут быть связаны с развитием опухолей или предрасположенностью к ним.
25. **Реабилитация пациентов с раком** — комплекс мероприятий, направленных на восстановление физического, психологического и социального состояния пациента после лечения рака.
26. **Профилактика рака** — мероприятия, направленные на предотвращение возникновения рака, включая изменения в образе жизни, вакцинацию, скрининг и другие методы.
27. **Флуоресцентная диагностика** — метод, основанный на использовании флуоресцентных веществ для визуализации опухолей, часто применяемый в хирургической практике.
28. **Прогноз опухоли** — оценка вероятности развития заболевания в будущем (выздоровление, рецидив, метастазы) на основе клинических и лабораторных данных.
29. **Клиническая стадия заболевания** — стадия рака, определяемая на основе клинического обследования, лабораторных и инструментальных исследований, без учета микроскопической картины.
30. **Микроскопическая стадия** — стадия рака, которая определяется на основе морфологического исследования ткани опухоли (например, на основе биопсии).

Лекция №-2.

Тема: Структура и показатели деятельности онкослужбы. Принципы работы онкослужбы. Эпидемиология злокачественных новообразований.

I. Введение в тему

Онкологическая служба играет ключевую роль в системе здравоохранения. Она направлена на диагностику, лечение и профилактику злокачественных новообразований (ЗНО), которые являются одной из ведущих причин заболеваемости и смертности в мире.

II. Структура онкослужбы

Онкологическая служба представляет собой систему специализированных медицинских учреждений, обеспечивающих диагностику, лечение и реабилитацию пациентов с онкологическими заболеваниями.

1. Важные компоненты структуры онкослужбы:

- **Онкологические диспансеры:** Основное учреждение для наблюдения и лечения пациентов с раковыми заболеваниями. В диспансерах работают специалисты по диагностике, лечению и реабилитации.
- **Онкологические отделения в многопрофильных больницах:** В крупных многопрофильных медицинских учреждениях создаются отделения, где предоставляются специализированные услуги пациентам с онкологическими заболеваниями.
- **Образовательные и научные учреждения:** Важную роль в онкослужбе играют научно-исследовательские институты и медицинские университеты, которые занимаются разработкой новых методов лечения и профилактики рака.
- **Паллиативная помощь:** Специальные отделения и службы, которые обеспечивают лечение пациентов на поздних стадиях рака, направленное на улучшение качества жизни и облегчение симптомов.
- **Диагностические центры:** Включают оборудование для проведения специфических обследований, таких как рентген, КТ, МРТ, ПЭТ, а также лаборатории для молекулярно-генетических исследований.

2. Принципы работы онкослужбы:

- **Комплексный подход:** Онкослужба основывается на комплексном лечении пациентов, которое включает хирургическое вмешательство, лучевую терапию, химиотерапию, иммунотерапию и таргетную терапию. Важно, чтобы лечение назначалось с учетом индивидуальных особенностей пациента.
- **Междисциплинарность:** В процессе лечения онкологических заболеваний участвуют специалисты различных профилей, включая хирургов, онкологов, радиологов, химиотерапевтов, патологоанатомов, а также психологов и социальных работников.
- **Индивидуализация терапии:** Учитывая большое разнообразие злокачественных новообразований, лечение должно быть адаптировано под особенности конкретного пациента, его заболевание, возраст и сопутствующие заболевания.
- **Профилактика и раннее выявление:** Важным аспектом работы онкослужбы является проведение профилактических мероприятий и регулярных осмотров для раннего выявления рака. Сюда входят программы скрининга и диспансеризации.

III. Эпидемиология злокачественных новообразований

Эпидемиология злокачественных новообразований включает изучение распространенности рака, факторов риска, методов профилактики и контроля заболеваемости.

1. Статистика и тенденции:

- В последние десятилетия наблюдается устойчивый рост заболеваемости и смертности от рака во всем мире. Это связано с увеличением продолжительности

жизни населения, а также с изменениями образа жизни и экологическими факторами.

- Наиболее часто встречаемые виды рака: рак легких, рак молочной железы, рак простаты, рак желудка, кишечника и печени.
- По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно в мире диагностируется около 18 миллионов новых случаев рака, а более 9 миллионов человек умирают от рака.

2. Факторы риска рака:

- **Возраст:** Риск развития рака возрастает с возрастом, особенно после 50 лет.
- **Генетическая предрасположенность:** Наличие рака в семье повышает вероятность заболевания.
- **Экологические и химические факторы:** Загрязнение воздуха, воздействие канцерогенов (например, табачный дым, асбест), а также химические вещества на рабочих местах.
- **Питание и образ жизни:** Употребление жирной пищи, недостаток физической активности, ожирение и употребление алкоголя повышают риск развития ряда видов рака.
- **Инфекционные агенты:** Вирусы, такие как вирус папилломы человека (ВПЧ), вирус гепатита В и С, могут быть связаны с развитием рака шейки матки, печени и других органов.

3. Программы раннего выявления и скрининга:

Скрининг – это процесс регулярного обследования для выявления рака на ранних стадиях, когда лечение наиболее эффективно. Наиболее распространенные методы скрининга:

- **Маммография** для выявления рака молочной железы.
- **Пап-тест** для раннего выявления рака шейки матки.
- **Колонноскопия** для диагностики рака кишечника.
- **Простат-специфический антиген (ПСА)** для выявления рака простаты.

4. Профилактика онкологических заболеваний:

- **Отказ от курения:** Одним из наиболее важных факторов для предотвращения рака легких и других органов является отказ от табакокурения.
- **Здоровое питание:** Питание, богатое фруктами, овощами, клетчаткой и с низким содержанием жиров, помогает снизить риск развития рака.
- **Физическая активность:** Регулярные физические нагрузки снижают риск некоторых видов рака, таких как рак кишечника.
- **Вакцинация:** Вакцинация против вирусов, таких как ВПЧ и гепатит В, может помочь в предотвращении рака шейки матки и печени.

IV. Заключение

Онкослужба – это ключевой элемент системы здравоохранения, направленный на диагностику, лечение и профилактику онкологических заболеваний. Успешная борьба с раком требует комплексного подхода, а также профилактики и раннего выявления заболевания. Знание эпидемиологии и факторов риска помогает разрабатывать эффективные стратегии борьбы с этим заболеванием.

Работа онкологической службы основывается на принципах междисциплинарности, индивидуализации лечения и постоянной модернизации методов диагностики и терапии.

Вопросы для обсуждения:

1. Какие виды рака являются наиболее распространенными в вашей стране?
2. Каковы основные факторы риска развития рака?
3. Какие меры профилактики можно применять для снижения заболеваемости раком?
4. Почему важна роль скрининговых программ в раннем выявлении рака?

Международная классификация опухолей (МКТ)

Международная классификация опухолей (МКТ) представляет собой систему, используемую для классификации различных типов опухолей и злокачественных новообразований. Классификация служит важным инструментом для диагностики, прогноза, лечения и научных исследований в области онкологии. Она разработана Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и периодически обновляется с учетом новых данных о заболеваниях и их характеристиках.

I. Общие принципы классификации опухолей

Международная классификация опухолей делится на несколько категорий:

1. **Классификация по морфологическому признаку** (характеристика клеток опухоли): Сюда входят классификации, основанные на типе клеток, из которых опухоль развивается. Это может быть, например, эпителиальная опухоль, соединительнотканевая опухоль, опухоль из кровеносных сосудов и т. д.
2. **Классификация по локализации опухоли** (место возникновения): Она описывает, в каком органе или ткани образуется опухоль. Например, рак легких, рак молочной железы, рак простаты и т. д.
3. **Классификация по злокачественности**: Указывает на степень злокачественности опухоли — от доброкачественных (не дающих метастазов) до высокозлокачественных (с метастазированием и быстрым ростом).
4. **Классификация по гистологической характеристике**: Включает подробное описание клеточной структуры опухоли, определяя, насколько клетки опухоли похожи на нормальные клетки соответствующего органа.

II. Международная классификация опухолей по системе ВОЗ

1. Классификация опухолей по типам клеток:

- **Эпителиальные опухоли**: Эти опухоли происходят из эпителиальных клеток, которые образуют покрытия органов и слизистых оболочек.
Примеры:
 - **Карциномы** — опухоли, возникающие в эпителии (например, рак легких, рак молочной железы, рак толстой кишки).
 - **Сквамозный клеточный рак** (плоскоклеточная карцинома) — злокачественные опухоли, происходящие из плоского эпителия.
 - **Аденокарциномы** — опухоли, происходящие из железистого эпителия.
- **Неэпителиальные опухоли**: Эти опухоли возникают из других типов тканей, таких как соединительная ткань, нервная ткань, сосудистая система и др.
 - **Саркомы** — опухоли, происходящие из соединительных тканей, например, остеосаркома (опухоль из костной ткани), липосаркома (опухоль из жировой ткани).
 - **Лейкозы и лимфомы** — злокачественные опухоли крови и лимфатической системы.

2. Классификация по локализации:

- Рак легких
- Рак молочной железы
- Рак желудка
- Рак печени
- Рак шейки матки
- Рак предстательной железы
- И другие опухоли, классифицируемые по органам.

3. Гистологическая классификация:

В этой классификации опухоли делятся по степени их дифференцировки (насколько опухолевые клетки похожи на нормальные клетки органа, из которого они происходят).

- **Высокодифференцированные опухоли:** Опухолевые клетки сохраняют значительное сходство с нормальными клетками.
- **Умеренно дифференцированные опухоли:** Клетки уже менее похожи на нормальные, но все же сохраняют определенные признаки.
- **Низкодифференцированные опухоли:** Клетки сильно изменены, что делает их трудно отличимыми от нормальных клеток.
- **Недифференцированные опухоли:** Клетки утратили все признаки нормальной ткани, из которой они произошли.

4. Классификация по злокачественности:

- **Доброкачественные опухоли:** Обычно не метастазируют, имеют четкие границы, не угрожают жизни пациента. Примеры: фиброма, аденома.
- **Злокачественные опухоли:** Имеют высокую степень агрессивности, способны к метастазированию, быстро растут. Примеры: карцинома, саркома.

III. Т-М-Н система (TNM)

Система TNM (Tumor - Node - Metastasis) — одна из самых популярных и широко применяемых для оценки стадии рака. Она описывает опухоль по трем основным показателям:

1. **T (Tumor) — Размер и распространение первичной опухоли:**
 - T0: Нет признаков опухоли.
 - T1, T2, T3, T4: Увеличение размера опухоли и/или ее инвазия в близлежащие ткани.
2. **N (Node) — Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах:**
 - N0: Нет метастазов в лимфатических узлах.
 - N1, N2, N3: Прогрессирующее увеличение числа и/или размера метастазов в лимфатических узлах.
3. **M (Metastasis) — Наличие отдаленных метастазов:**
 - M0: Нет отдаленных метастазов.
 - M1: Есть отдаленные метастазы (например, в печени, легких, костях).

Эта система позволяет более точно оценить стадию заболевания и выбрать наиболее подходящий план лечения.

IV. Применение классификации опухолей

1. **Диагностика и лечение:** Классификация опухолей помогает врачам правильно диагностировать болезнь, определить ее тип и выбрать наиболее эффективное лечение (хирургическое, химиотерапевтическое, радиотерапевтическое и другие методы).
 2. **Прогнозирование:** Классификация опухолей позволяет врачам определить вероятность исхода заболевания, вероятность рецидива и метастазирования.
 3. **Научные исследования:** Ученые используют классификацию для изучения новых методов диагностики и лечения, разработки инновационных терапевтических подходов.
 4. **Стандартизация лечения:** Классификация опухолей позволяет стандартизировать подходы к лечению на международном уровне, что важно для клинических исследований и оценки эффективности различных терапевтических методов.
-

V. Заключение

Международная классификация опухолей (МКТ) играет важнейшую роль в онкологии, обеспечивая стандартизацию диагностики, лечения и прогнозирования. Она помогает врачам правильно классифицировать опухоли, выбирать наилучшие методы лечения и прогнозировать исход заболевания. TNM-система является универсальным и эффективным инструментом для оценки стадии заболевания и планирования терапевтического подхода.

Лекция №3

тема: Общие принципы диагностики злокачественных новообразований. Основные методы диагностики злокачественных новообразований

Введение

Диагностика злокачественных новообразований (раков) представляет собой важный аспект медицинской практики, от правильности которой зависит выбор тактики лечения, прогноз заболевания и качество жизни пациента. Основные принципы диагностики включают комплексный подход, основанный на использовании различных методов, чтобы точно и на ранней стадии выявить рак. Современная диагностика рака требует тесного взаимодействия между клиницистом, лабораторными исследованиями и инструментальными методами.

Общие принципы диагностики злокачественных новообразований

1. Ранняя диагностика:

- Чем раньше выявлен рак, тем выше вероятность успешного лечения. Ранняя диагностика основана на регулярных осмотрах, скрининговых тестах, а также на внимательности к симптомам, которые могут быть признаками злокачественного новообразования.

2. Комплексный подход:

- Для диагностики злокачественного новообразования используются различные методы, которые должны дополнять друг друга. Это позволяет повысить точность постановки диагноза и исключить ошибки.

3. Постоянный мониторинг и динамическое наблюдение:

- Важным моментом в диагностике является наблюдение за состоянием пациента на протяжении длительного времени. Изменение симптомов, а также результаты повторных исследований могут дать важную информацию о развитии заболевания.

4. Многоступенчатость диагностики:

- Диагностика обычно проводится в несколько этапов: от первичной оценки клинической картины до специализированных лабораторных и инструментальных исследований.

5. Использование современного оборудования:

- Применение высокотехнологичных методов диагностики (например, ПЭТ-КТ, МРТ, молекулярно-генетические исследования) значительно повышает точность диагностики.
-

Основные методы диагностики злокачественных новообразований

1. Клиническое обследование

- **Сбор анамнеза:** Врач собирает подробную информацию о пациентах, включая их историю болезни, семейный анамнез, факторы риска и симптомы, которые могут указывать на наличие злокачественного процесса (например, необъяснимая потеря массы тела, болевой синдром, кровотечения).
- **Физикальное обследование:** Врач может обнаружить изменения в ткани (пальпация опухолей), а также оценить признаки, такие как увеличение лимфатических узлов или изменения на коже.

2. Лабораторные исследования

- **Общий анализ крови:** Оценка общего состояния пациента и возможных признаков анемии, повышения уровня лейкоцитов или других изменений, которые могут указывать на воспаление или рак.

Лекция №3

тема: Общие принципы диагностики злокачественных новообразований. Основные методы диагностики злокачественных новообразований

Введение

Диагностика злокачественных новообразований (раков) представляет собой важный аспект медицинской практики, от правильности которой зависит выбор тактики лечения, прогноз заболевания и качество жизни пациента. Основные принципы диагностики включают комплексный подход, основанный на использовании различных методов, чтобы точно и на ранней стадии выявить рак. Современная диагностика рака требует тесного взаимодействия между клиницистом, лабораторными исследованиями и инструментальными методами.

Общие принципы диагностики злокачественных новообразований

1. Ранняя диагностика:

- Чем раньше выявлен рак, тем выше вероятность успешного лечения. Ранняя диагностика основана на регулярных осмотрах, скрининговых тестах, а также на внимательности к симптомам, которые могут быть признаками злокачественного новообразования.

2. Комплексный подход:

- Для диагностики злокачественного новообразования используются различные методы, которые должны дополнять друг друга. Это позволяет повысить точность постановки диагноза и исключить ошибки.

3. Постоянный мониторинг и динамическое наблюдение:

- Важным моментом в диагностике является наблюдение за состоянием пациента на протяжении длительного времени. Изменение симптомов, а также результаты повторных исследований могут дать важную информацию о развитии заболевания.

4. Многоступенчатость диагностики:

- Диагностика обычно проводится в несколько этапов: от первичной оценки клинической картины до специализированных лабораторных и инструментальных исследований.

5. Использование современного оборудования:

- Применение высокотехнологичных методов диагностики (например, ПЭТ-КТ, МРТ, молекулярно-генетические исследования) значительно повышает точность диагностики.
-

Основные методы диагностики злокачественных новообразований

1. Клиническое обследование

- **Сбор анамнеза:** Врач собирает подробную информацию о пациентах, включая их историю болезни, семейный анамнез, факторы риска и симптомы, которые могут указывать на наличие злокачественного процесса (например, необъяснимая потеря массы тела, болевой синдром, кровотечения).
- **Физикальное обследование:** Врач может обнаружить изменения в ткани (пальпация опухолей), а также оценить признаки, такие как увеличение лимфатических узлов или изменения на коже.

2. Лабораторные исследования

- **Общий анализ крови:** Оценка общего состояния пациента и возможных признаков анемии, повышения уровня лейкоцитов или других изменений, которые могут указывать на воспаление или рак.

- **Биохимический анализ крови:** Выявление маркеров, таких как повышение уровня определенных ферментов, может указывать на развитие злокачественного новообразования.
 - **Маркеры опухолей:** Это специфические вещества, которые могут быть повышены в крови у пациентов с раковыми заболеваниями. Например, антиген простаты (PSA) для рака простаты, СА-125 для рака яичников, СЕА для различных видов рака.
- 3. Инструментальные методы исследования**
- **Рентгенография:** Один из первых методов, используемых для выявления опухолей в органах, таких как легкие, грудная клетка и костные структуры. Рентген может помочь в диагностике метастазов в легкие или костную ткань.
 - **Ультразвуковое исследование (УЗИ):** Этот метод позволяет визуализировать опухоли в органах (например, печени, почках, щитовидной железе). УЗИ полезен при оценке размеров и локализации опухолей.
 - **Компьютерная томография (КТ):** Позволяет более точно визуализировать органы, ткани и структуры, помогая определить местоположение опухоли, ее размер, а также выявить возможные метастазы.
 - **Магнитно-резонансная томография (МРТ):** Часто используется для диагностики опухолей головного мозга, спинного мозга, а также мягких тканей и суставов. МРТ позволяет получить изображения высокого разрешения, что важно для планирования хирургического вмешательства.
 - **Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ):** Современный метод, который позволяет выявлять рак на ранних стадиях, даже если опухоль еще не видна на других методах исследования. ПЭТ используется для оценки метаболической активности клеток и выявления метастазов.
- 4. Биопсия и гистологическое исследование**
- **Биопсия:** Это ключевой метод подтверждения диагноза рака. Суть биопсии заключается в том, чтобы взять образец ткани опухоли для дальнейшего исследования. Биопсия может быть выполнена различными способами (иглой, хирургически или эндоскопически).
 - **Гистологическое исследование:** Это исследование ткани под микроскопом позволяет не только подтвердить наличие рака, но и определить его тип, степень дифференцировки, а также агрессивность (гистологическая стадия).
- 5. Генетическое и молекулярно-биологическое исследование**
- **Генетический анализ:** Помогает выявить изменения в ДНК клеток, которые могут быть связаны с развитием рака. Это может быть полезно для диагностики некоторых видов рака (например, наследственные формы рака молочной железы).
 - **Молекулярно-генетические исследования:** Позволяют анализировать экспрессию определенных генов, что важно для уточнения диагноза, определения прогноза заболевания и выбора оптимальной терапии.

Заключение

Диагностика злокачественных новообразований — это многоэтапный и комплексный процесс, включающий клинические исследования, лабораторные и инструментальные методы. Важно не только использовать современные технологии и методики, но и подходить к каждому пациенту индивидуально, с учетом его истории болезни, риска и специфики заболевания. Ранняя диагностика, своевременная биопсия и точное определение стадии опухоли — это ключевые элементы успешного лечения и повышения шансов на выздоровление.

Вы сказали:

Основные принципы диагностики злокачественных новообразований

1. Ранняя диагностика:

- Ранняя диагностика повышает вероятность успешного лечения. Важно выявлять рак на самых ранних стадиях, что достигается через регулярные обследования, скрининг и внимательное отношение к изменениям в здоровье.

2. Комплексный подход:

- Диагностика должна быть многоступенчатой и основана на сочетании различных методов исследования, чтобы обеспечить максимальную точность в постановке диагноза. Использование комбинации клинических, лабораторных и инструментальных методов позволяет исключить ошибки и повысить вероятность правильной диагностики.

3. Доступность и достоверность методов:

- Применяемые методы диагностики должны быть доступными, высокоинформативными и достоверными. Это также предполагает своевременность проведения тестов и анализов.

4. Использование новейших технологий:

- Современные диагностические технологии (например, ПЭТ-КТ, МРТ, молекулярно-генетические исследования) позволяют проводить точную диагностику на более высоком уровне, выявляя рак на ранних стадиях и без явных клинических проявлений.

5. Этапность диагностики:

- Диагностика проходит через несколько этапов — от первичного обследования и выявления симптомов до проведения детализированных лабораторных исследований и инструментальных методов для окончательной верификации диагноза.

Контрольные вопросы по теме: "Диагностика злокачественных новообразований"

1. Какие основные принципы диагностики злокачественных новообразований?
2. Почему ранняя диагностика так важна при раке?
3. Что такое комплексный подход в диагностике рака?
4. Какие лабораторные исследования могут быть использованы для диагностики злокачественных опухолей?
5. Что такое маркеры опухолей, и как они используются в диагностике рака?
6. В чем различие между рентгенографией и компьютерной томографией при диагностике рака?
7. Какие особенности применения МРТ в диагностике опухолей?
8. Что такое биопсия и зачем она проводится?
9. Какие методы молекулярно-генетической диагностики используются для определения типа опухоли?
10. Какие методы диагностики позволяют определить стадию злокачественного новообразования?
11. Какие основные задачи стоят перед врачом при постановке диагноза рака?
12. Какое значение имеет использование современных методов диагностики, таких как ПЭТ-КТ?
13. Что такое "гистологическая стадия" опухоли?
14. Что такое скрининг, и как он помогает в ранней диагностике рака?
15. Какие факторы риска могут способствовать развитию злокачественных новообразований?

Литература для изучения

1. **"Онкология: Руководство для врачей"** (ред. И. Я. Дедов)
— Это общее руководство по онкологии, которое охватывает современные методы диагностики и лечения рака.
2. **"Диагностика опухолей"** (Автор: П. А. Лебедев)
— Книга посвящена современным методам диагностики раковых заболеваний, включая лабораторные исследования, инструментальные методы и биопсию.
3. **"Ранняя диагностика рака"** (ред. В. И. Шахнович)
— Книга освещает вопросы скрининга и ранней диагностики рака, включая методы раннего выявления опухолей и диагностики.
4. **"Практическая онкология"** (Автор: Г. М. Червонский)
— Работа посвящена не только диагностике, но и лечению онкологических заболеваний, с акцентом на современные методы диагностики.
5. **"Молекулярная диагностика в онкологии"** (Автор: Е. Ю. Исаева)
— Специализированная литература, описывающая молекулярно-генетические методы диагностики и их использование в выявлении различных видов рака.
6. **Клинические рекомендации по диагностике и лечению злокачественных новообразований**
— Рекомендуются ознакомиться с официальными клиническими рекомендациями по диагностике злокачественных новообразований в различных органах (молочной железе, легких, желудке и др.).
7. **"Основы онкологии"** (Автор: В. И. Качалин)
— Учебник, в котором подробно раскрыты как основные принципы, так и методы диагностики различных видов рака.

1. Символ «M0» в клинической классификации обозначает:
 - а) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
 - б) нет признаков отдаленных метастазов
 - в) имеются отдаленные метастазы
 2. Носитель генетической информации находится:
 - а) в клеточной мембране
 - б) в цитоплазме
 - в) в ядре
 - г) правильно б) и в)
 - д) во всех структурах клетки
 3. Опухоли могут вызваться:
 - а) химическими агентами
 - б) физическими агентами
 - в) биологическими агентами
 - г) все ответы верные
 - д) правильные ответы а) и б)
 4. Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных с опухолями:
 - а) легких
 - б) органов брюшной полости
 - в) молочной железы
 - г) щитовидной железы
 - д) правильные ответы в) и г)
 5. Основным первичным учетным документом онкологического диспансера является:
 - а) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака
 - б) протокол завершенности
 - в) выписка из медицинской карты
 - г) контрольная карта диспансерного наблюдения
 - д) история болезни
 6. К какой клинической группе относится больная с фибroadеномой молочной железы?
 - а) Ia
 - б) I
 - в) II
 - г) III
 7. Контрольной картой диспансерного наблюдения больных является:
 - а) Форма № 90-у
 - б) Форма № 25-
 - в) Форма № 30-у
 - г) Форма № 27-1у
- Ответ: в**
8. Протокол завершенности заполняется в 2-х экземплярах на больных при выявлении:
 - а) II-б стадии
 - б) III-а стадии
 - в) III-б стадии
 - г) IV-стадии, III-б стадии наружных локализаций
 9. При визуально-доступных локализациях рака протокол завершенности (форма № 27-2у) заполняется на больных со злокачественными новообразованиями:
 - а) Внутривисцеральная карцинома
 - б) I стадия
 - в) II -а стадия
 - г) III стадия
 10. Что относится к понятию "ранний рак"?
 - а) Рак в I а стадии распространения
 - б) Рак во II -а стадии
 - в) Рак в III-а стадии
 - г) Предраковые заболевания
 11. Какой из обозначенных символов соответствует раку II-б стадии? :
 - а) T1 N0 M0
 - б) T2 N0 M0
 - в) T2 N1 M0
 - г) T3 N0 M0
 12. Основными структурными подразделениями онкологической службы являются следующие, за исключением:
 - а) Смотровые кабинеты
 - б) Районные онкологические кабинеты
 - в) Центральные районные больницы
 - г) Онкологические диспансеры
 13. Основными задачами районного онколога являются следующие, за исключением:
 - а) Диспансерное наблюдение за онкобольными
 - б) Консультативный прием онкологических больных
 - в) Оздоровление больных "группы риска"

г) Разбор протоколов запущенности

14. Принципам онкологической настороженности врача противоречит:

- а) Тщательное обследование каждого больного
- б) Назначение лекарств в первый день обращения больного по принципу «эксювантибус»
- в) Привычка думать о раке со скрытым течением
- г) Знание симптомов злокачественной опухоли

15. Проводя противораковую пропаганду среди населения, не следует:

- а) Примером утверждать здоровый образ жизни
- б) Полностью раскрывать клинические признаки рака
- в) Убеждать в необходимости прохождения профосмотров
- г) Знакомить только с сигнальными признаками рака

16. Классификация по клиническим группам в отличие от классификации по стадиям отражает:

- а) Распространенность процесса
- б) Морфологическую классификацию опухоли
- в) Лечебно-диагностическую тактику
- г) Общее состояние больных

Ответ: в

17. Первичная диагностика рака на уровне общей лечебной сети предусматривает:

- а) установление наличия злокачественной опухоли
- б) Морфологическую верификацию
- в) оценку стадии заболевания
- г) оценку распространенности процесса по системе TNM

18. К группе повышенного онкологического риска не относятся люди :

- а) имеющие контакт с онкобольными
- б) с предраковыми заболеваниями
- в) с нарушением углеводно-жирового обмена
- г) здоровые с наличием рака у ближайших родственников

Ответ: а

ОПУХОЛИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Определите клетки, продуцирующие кальцитонин полипептидной природы в щитовидной железе:
а) А-клетки; б) В-клетки; в) С-клетки; г) Д-клетки; д) Е-клетки.
2. Выберите ведущий опорный симптомом рака щитовидной железы:
а) болевые ощущения в области шеи; б) нарушение функций соседних органов;
в) «факт наличия опухолевидного образования» в зоне щитовидной железы, ее деформация или увеличение лимфоузлов;
г) изменение голоса; д) гормональные нарушения.
3. Укажите группу высокого риска развития рака щитовидной железы:
а) мужчин, имеющих диффузный зоб; б) лиц, подвергнутых ионизации в зрелом возрасте;
в) лиц с увеличением щитовидной железы и проживающих в эндемичной зоне;
г) все лица, проживающие в эндемичной зоне;
д) многорожавших женщин.
4. Определите более информативным методом дифференциальной диагностики твёрдых узелков и кистозных образований щитовидной железы :
а) пальпация; б) ультрасонография; в) сканирование с ^{131}I ; г) рентгенография шеи; д) верно В, Г.
5. Определите метод диагностики для выявления природы нодулярных образований щитовидной железы и увеличенных лимфоузлов шеи на дооперационном этапе достоверно устанавливается путем:
а) сканирования с ^{131}I ; б) радиоиндикации с ^{32}P ;
в) трепанационной биопсии;
г) определения уровня кальцитонина; д) инцизионной биопсии лимфоузлов.
6. Выявите метод диагностики с учетом кровоснабжения щитовидной железы забор материала на цитологическое исследование:
а) толстой иглой; б) иглой Кассирского;
в) без усиленной аспирации для снижения разбавления пунктата кровью; г) трепанационной иглой;
д) обычной иглой от шприца.
7. Укажите риск развития рака щитовидной железы наиболее высок при наличии:
а) одиночного «холодного» узла (непоглощающего ^{131}I);
б) зоба Риделя; в) фолликулярной аденомы;
г) тиреоидита Хасимото; д) тиреоидита де Кервена.
8. Определите вид рака щитовидной железы при котором можно считать «скрытым»:
а) максимальный размер опухоли 0,5 см; б) максимальный размер 1,0 см; в) максимальный размер 1,5 см;
г) максимальный размер 2,0 см.
д) клинически не определяется, в основном выявляется в связи с наличием регионарных метастазов;
9. Укажите опухолевый маркер медулярного рака:
а) простагландин; б) серотонин; в) кальцитонин;
г) тироксин; д) тиреоидин.
10. Выберите клинические симптомы указывающие на возможность злокачественной трансформации в щитовидной железе:
а) экзофтальм, повышение температуры; б) похудание; в) триада Горнера; г) деформация щитовидной железы;
11. Определите симптом не возникающий при длительном применении L-тироксина (отметьте неправильный ответ):
а) фибрилляцию предсердий; б) опухоли печени;
в) гипертиреоз; г) ускоренную перестройку костной ткани; д) учащённое сердцебиение.
12. Выберите заболевания с которыми проводится дифференциальную диагностику рака щитовидной железы
а) опухолью гортани; б) опухолью глотки;
в) аутоиммунными тиреоидитами; г) опухолью трахеи;
д) опухолью средостения.
13. Определите из каких элементов развивается рак щитовидной железы:
а) плоского эпителия протоков; б) кубического эпителия протоков; в) ресничного эпителия протоков;
г) железистого эпителия протоков; д) эпителия шейки.
14. Укажите наиболее часто отдалённые метастазы при раке щитовидной железы:
а) в печени; б) в костях; в) в лёгких; г) в головном мозге;
д) почках.
15. Выберите группу риска развития злокачественного новообразования щитовидной железы :
а) лиц женского пола; б) лиц мужского пола; в) девочек; г) мальчиков; д) не зависит от пола и возраста.
16. Укажите правильность подбора суточной дозы тиреоидных лекарственных средств:
а) с учётом объёма резекции; б) с учётом возраста; в) с учётом общего состояния больного;
г) по содержанию гормонов в крови; д) по давности оперативного вмешательства.
17. Определите методы диагностики, которые необходимо применить для выявления или исключения рака при узловом образовании в щитовидной железе
а) пальпация; б) сканирование; в) УЗИ; г) пункция под контролем УЗИ; д) срочное гистологическое исследование во время операции.
18. Укажите путь метастазирования высокодифференцированного рака щитовидной железы:
а) лимфогенным путем; б) внутриочно; в) по протяжению;
г) имплантационным путем; д) всеми указанными выше путями.

19. Выберите метод лечения: Больной А, 45 лет, установлен диагноз рака правой доли щитовидной железы II А стадии. Методика послеоперационной дистанционной гамматерапии рака щитовидной железы:

- а) дистанционная гамматерапия с 2-х полей ложа опухоли;
 - б) облучение быстрыми электронами ложа опухоли;
 - в) дистанционная гамматерапия ложа опухоли и лимфоузлов шеи; г) дистанционная гамматерапия ложа опухоли, лимфоузлов шеи и верхнего средостения; д) дистанционная гамматерапия ложа опухоли и всего средостения.
20. Укажите наиболее часто отдалённые метастазы при раке щитовидной железы:
- а) в печени; б) в костях; в) в лёгких; г) в головном мозге;
 - д) почках.

1. При подозрении на рак врач обязан:

- а) обследовать больного в трехдневный срок
- б) поставить на очередь для обследования
- в) не затягивать обследование более 10 дней
- г) направлять в онкодиспансер всех больных

2. К какой клинической группе относится больной, излеченный от злокачественного новообразования?

- а) Ia
- б) Ib
- в) II
- г) III

Ответ: г

3. В структуре онкологической заболеваемости среди женщин 1-е место в РФ занимает рак:

- а) шейки матки
- б) тела матки
- в) яичников
- г) молочной железы

Ответ: г

4. Вторичная (клиническая) профилактика рака предусматривает:

- а) устранение химических канцерогенов
- б) профилактику инфицирования онкогенными вирусами
- в) отказ от курения
- г) выявление и лечение предраковых заболеваний

5. Рак возникает из ткани:

- а) мышечной
- б) сосудистой
- в) эпителиальной
- г) лимфатической

6. Ионизирующие излучения обладают канцерогенным действием

- а) в малых дозах
- б) в больших дозах
- в) не обладают канцерогенным действием
- г) не доказано

7. Под термином «неoadьювантная химиотерапия» понимают:

- а) послеоперационную химиотерапию
- б) профилактическую химиотерапию
- в) оценку эффективности послеоперационной химиотерапии по степени лекарственного патоморфоза для определения дальнейшей тактики лечения
- г) предоперационную химиотерапию

8. Под термином «адьювантная химиотерапия» понимают:

- а) послеоперационную химиотерапию
- б) профилактическую химиотерапию
- в) оценку эффективности послеоперационной химиотерапии по степени лекарственного патоморфоза для определения дальнейшей тактики лечения
- г) предоперационную химиотерапию

9. Наилучший прогноз 5-летней выживаемости имеют больные раком легкого:

- а) с I стадией заболеваний
- б) с II стадией заболеваний
- в) с III стадией заболеваний
- г) с IV стадией заболеваний

10. На отдаленные результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний оказывает наименьшее влияние:

- а) тип роста опухоли
- б) гистологическая структура опухоли
- в) наличие метастазов в регионарных лимфоузлах
- г) наличие отдаленных метастазов
- д) возраст больного

11. Послеоперационная лучевая терапия может быть проведена в случае

- а) нерадикальности операции
- б) неабластичности операции
- в) выявленных во время операции регионарных метастазов
- г) все ответы верные

12. Стадия заболевания во многом определяет:

- а) выбор метода лечения
- б) предполагаемый объем операции
- в) прогноз
- г) все ответы верные
- д) правильные ответы а) и б)

13. Основная цель радикальной лучевой терапии:

- а) подведение максимально возможной дозы излучения
- б) снижение биологической активности опухолевых клеток
- в) вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
- г) достижение частичной регрессии опухоли
- д) достижение полной регрессии опухоли

14. Термин «симптоматическая терапия» обозначает:

- а) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии
- б) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей
- в) терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов
- г) правильного ответа нет

15. При клиническом диагнозе меланомы без морфологической верификации может быть начато:

- а) хирургическое лечение
- б) химиотерапевтическое лечение
- в) лучевое лечение
- г) иммунологическое лечение

Ответ: а

16. К антибластике не имеет отношения:

- а) удаление опухоли единым блоком с регионарными лимфатическими узлами и другими анатомическими структурами в пределах здоровых тканей
- б) предоперационная лучевая терапия
- в) использование электрохирургического метода
- г) применение лекарственных средств (химиопрепараты и другие)

17. Сочетанная лучевая терапия означает:

- а) применение двух способов облучения или двух видов излучения
- б) расщепление курса лучевой терапии
- в) облучение с радиомодификаторами
- г) облучение в сочетании с химиотерапией
- д) правильного ответа нет

18. Антибластика это комплекс мероприятий направленных на:

- а) уничтожение опухолевых клеток, которые могли бы попасть или попали в операционную рану
- б) предотвращение попадания опухолевых клеток в операционную рану
- в) соблюдение асептики
- г) соблюдение антисептики

19. Абластика это комплекс мероприятий направленных на:

- а) уничтожение опухолевых клеток, которые могли бы попасть или попали в операционную рану
- б) предотвращение попадания опухолевых клеток в операционную рану
- в) соблюдение асептики
- г) соблюдение антисептики

Ответ: б

1. Женщина, 30 лет. В верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется опухоль 1,0 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Данные УЗИ, маммографии и МРТ не исключают малигнизацию. Данные цитологического исследования пунктата из опухоли за атипию клеток. Дальнейшая тактика?

- а) Инцизионная биопсия со срочным гистологическим исследованием
- б) Секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием**
- в) Наблюдение и повторно произвести ТАПБ и цитологическое исследование
- г) Необходимо провести термографию молочной железы
- д) Динамическое наблюдение, повторить маммографию.

2. У больной 35 лет, обнаружена опухоль в верхне-наружном квадранте правой молочной железы, размерами 1,5х1х1 см. Лимфоузлы не пальпируются. Произведена трепанбиопсия под контролем УЗИ. Гистологически обнаружен дольковый инфильтрирующий рак, G1. Регионарных и отдаленных метастазов не обнаружены. Выберите правильную тактику лечения на первом этапе.

- а) Лечебные курсы химиотерапии б) Курс лучевой терапии в) Гормонотерапия г) **Хирургическое лечение** д) Химиолучевое лечение

3. Методом морфологической верификации злокачественного новообразования является: а) рентгеноскопия б) биопсия опухоли в) УЗИ

- г) компьютерное обследование д) термография

4. Паренхиму новообразования составляют: а) собственно опухолевые клетки

- б) соединительная ткань в) кровеносные и лимфатические сосуды
- г) нервы и клеточные элементы стромы. д). все ответы правильно

5. Символ «М» применяется для обозначения:

- а) метастазов в отдаленных органах б) метастазов в отдаленные группы лимфатических узлов в) и того, и другого г) ни того, ни другого

6. Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению:

- а) рака кожи б) рака легкого в) рака желудка г) нет правильного ответа

7. Строму новообразования составляют: а) собственно опухолевые клетки б)

- соединительная ткань в) кровеносные и лимфатические сосуды г) нервы и клеточные элементы стромы д) правильно: а, б, в е) правильно: б, в, г

8. Карцинома in situ в классификации TNM соответствует: а) I стадии

- б) II стадии в) III стадии г) IV стадии д) 0 стадии (стадии 0)

9. Злокачественные опухоли могут быть вызваны воздействием:

- а) полициклических ароматических углеводородов: б) ионизирующего излучения
- в) ретровирусов г) правильно а) и б) д) все ответы правильные

10. В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток:

- а) не нарушена б) нарушена умеренно в) нарушена выраженно г) возможны все варианты

11. Наиболее угрожающей для развития рака является:

- а) диффузная неравномерная гиперплазия б) очаговые пролифераты
- в) нодозные (узловые) пролифераты г) правильно б) и в) д) все ответы верные

12. Символ «Mx» в клинической классификации TNM обозначает:

- а) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
- б) нет признаков отдаленных метастазов в) имеются отдаленные метастазы. г. Все правильно

13. К химическим канцерогенным веществам относятся следующие классы соединений:

- а) полициклические ароматические углеводороды и гетероциклические соединения

- б) ароматические азотосоединения и аминосоединения
- в) нитрозосоединения
- г) металлы, металлоиды, неорганические соли
- д) все перечисленное

14. Наиболее объективные сведения о местной распространенности опухолевого процесса (стадии заболевания) могут быть получены:

- а) при клиническом осмотре больного
- б) при рентгенологическом исследовании
- в) при использовании эндоскопических методов
- г) при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарными лимфатическим аппаратом

15. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей:

- а) поджелудочной железы б) желудка в) щитовидной железы г) все ответы правильные д) правильного ответа нет

16. Сочетание «No» обозначает:

- а) недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
- б) нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
- в) одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

17. Эпидемиология злокачественных новообразований изучает:

- а) причины возникновения и закономерности массового распространения опухолевых заболеваний
- б) возможности профилактики онкологических заболеваний и пути борьбы с ним
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

18. Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта обладают преимущественно:

- а) инфильтративным ростом
- б) экзофитным ростом
- в) смешанным ростом
- г) все перечисленные типы встречаются с одинаковой частотой

19. Международная классификация новообразований по системе TNM применяется для характеристики:

- а) предопухолевых состояний б) доброкачественных опухолей
- в) злокачественных опухолей г) нет правильного ответа

1. Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является а) язык б) дно полости рта в) слизистая щеки г) слизистая мягкого неба д) слизистая альвеолярного отростка челюсти
2. Наиболее радиочувствительной среди опухолей носоглотки является а) плоскоклеточный ороговевающий рак б) плоскоклеточный рак с высокой степенью лимфатической инфильтрации в) лимфосаркома г) аденокарцинома д) саркомы
3. Для лечения рака носоглотки наиболее целесообразен а) хирургический метод б) лучевой метод в) химиотерапия г) комбинированный (хирургический + лучевая терапия) д) химиолучевое лечение
4. Какой преимущественный путь метастазирования гортани: а) гематогенный б) лимфогенный в) имплантационный г) контактный
5. Какой из ЛОР – органов наиболее часто поражается злокачественными опухолями а) полость носа б) придаточные пазухи носа в) носоглотка г) гортань
6. К опухолям носоглотки неэпителиальной природы относятся а) аденома б) ангиома в) краниофарингома г) невринома
7. Укажите наиболее характерные жалобы при раке гортани а) нарушение голоса б) нарушение дыхания в) боли при глотании г) кровохарканье
8. Укажите фактор способствующий фактор рака гортани а) папиллома б) фиброма в) киста г) ларингит
9. Укажите клинический симптом при раке голосовых связок: а) боль в горле б) чувство инородного тела в горле в) изменение тембра голоса г) кашель
10. Укажите для какой атипичной формы рака легкого характерны цианоз и отек лица, шеи и верхне-плечевого пояса: а) костная форма б) центральный рак легкого в) медиастинальная г) опухоль Пенкоста
11. Укажите какая клиническая форма относится к периферическому раку легкого: а) Перибронхиальный узловой рак б) Миллиарный карциноматоз в) Перибронхиальный разветвленный рак г) Круглый рак
12. Какая гистологическая форма рака легкого относится к недифференцированным? а) Солидный рак б) Плоскоклеточный рак в) Ацинарная аденокарцинома г) Крупноклеточный рак д) Бронхиоло-альвеолярный рак
13. Какая группа лимфоузлов не является регионарной при раке легкого? а) Бронхопульмональные б) Бифуркационные в) Паратрахеальные г) Паракардиальные
14. Укажите для какой атипичной формы рака легкого характерны цианоз и отек лица, шеи и верхне-плечевого пояса: а) костная форма б) мозговая в) медиастинальная г) опухоль Пенкоста
15. Укажите какая клиническая форма относится к периферическому раку легкого: а) Перибронхиальный узловой рак б) Миллиарный карциноматоз в) Перибронхиальный разветвленный рак г) Круглый рак
16. Укажите какая гистологическая форма рака легкого относится к недифференцированным? а) Солидный рак б) Плоскоклеточный рак в) Ацинарная аденокарцинома г) Крупноклеточный рак
17. Какая группа лимфоузлов не является регионарной при раке легкого? а) Бронхопульмональные б) Бифуркационные в) Паратрахеальные г) Паракардиальные
18. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить: а) С опухолями плевры б) С опухолями диафрагмы в) С опухолями и кистами средостения г) Все ответы верны
19. Укажите ранние симптомы центрального рака легкого: а) одышка, кровохарканье б) кровохарканье, сухой кашель и кровохарканье в) кровохарканье, одышка г) одышка, сухой кашель

20. У больной 40 лет отмечается отёчность и инфильтрация правой молочной железы. Положительный симптом «лимонной корки». Данные цитологического исследования за карциному. Указать форму рака молочной железы.

а) Узловая б) Псориазоподобная в) **Диффузная** г) Смешанная д) Экземоподобная

21. У больной распадающаяся опухоль молочной железы без прорастания в стенку грудной клетки, состояние больной относительно удовлетворительное. Какому методу лечения вы отдадите предпочтение на первом этапе?

а) **Радикальная мастэктомия** б) Простая ампутация в) Химио- и гормонотерапия г) Лучевая терапия д) Симптоматическое лечение

Вар-10

1. Выберите ведущий опорный симптомом рака щитовидной железы:
 - а) болевые ощущения в области шеи; б) нарушение функций соседних органов;
 - в) «факт наличия опухолевидного образования» в зоне щитовидной железы, ее деформация или увеличение лимфоузлов;**
 - г) изменение голоса;
2. Укажите группу высокого риска развития рака щитовидной железы:
 - а) мужчин, имеющих диффузный зоб; б) лиц, подвергнутых ионизации в зрелом возрасте;
 - в) лиц, с увеличением щитовидной железы и проживающих в эндемичной зоне;
 - г) все лица, проживающие в эндемичной зоне;
3. Определите более информативным методом дифференциальной диагностики твёрдых узелков и кистозных образований щитовидной железы : а) пальпация; б) **ультрасонография;** в) сканирование с ^{131}I ; г) рентгенография шеи;.
4. Определите метод диагностики для выявления природы нодулярных образований щитовидной железы и увеличенных лимфоузлов шеи на дооперационном этапе достоверно устанавливается путем:
 - а) сканирования с ^{131}I ; б) радиоиндикации с ^{32}P ; **в) трепанационной биопсии;** г) определения уровня кальцитонина
5. Выявите метод диагностики с учетом кровоснабжения щитовидной железы забор материала на цитологическое исследование:
 - а) толстой иглой; б) иглой Кассирского; **в) без усиленной аспирации для снижения разбавления пунктата кровью;** г) трепанационной иглой; д) обычной иглой от шприца.
6. Укажите риск развития рака щитовидной железы наиболее высок при наличии:
 - а) одиночного «холодного» узла (непоглощающего ^{131}I);** б) зоба Риделя; в) фолликулярной аденомы; г) тиреоидита Хашимото;
7. Укажите наиболее часто встречающиеся гистологические формы рака нижней губы:
 - а) недифференцированный б) аденокарцинома **в) плоскоклеточный рак** г) низкодифференцированный рак д) базальноклеточный рак
8. Назовите характерные клинические признаки рака нижней губы: а) боль б) опухоль либо **язва, гиперсаливация** в) похудание и общая слабость г) гиперкератоз
9. Назовите клинические признаки малигнизации папилломы языка
 - а) инфильтрация изъязвление кровоточивость быстрый рост** б) наличие ареолы в) гиперемия слизистой вокруг папилломы
10. Укажите наиболее часто встречающуюся гистологическую форму рака щитовидной железы из А клеток (вырабатывает тироксин)
 - а) недифференцированный рак б) фолликулярная аденокарцинома **в) папиллярная аденокарцинома** г) медуллярный рак д) мелкоклеточный рак
11. У больной 40 лет отмечается отёчность и инфильтрация правой молочной железы. Положительный симптом «лимонной корки». Данные цитологического исследования за карциному. Указать форму рака молочной железы.
 - а) Узловая б) Псориазоподобная **в) Диффузная** г) Смешанная д) Экземоподобная
12. У больной распадающаяся опухоль молочной железы без прорастания в стенку грудной клетки, состояние больной относительно удовлетворительное. Какому методу лечения вы отдадите предпочтение на первом этапе?
 - а) Радикальная мастэктомия** б) Простая ампутация в) Химио- и гормонотерапия г) Лучевая терапия д) Симптоматическое лечение

13. Женщина, 30 лет. В верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется опухоль 1,0 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Данные УЗИ, маммографии и МРТ не исключают малигнизацию. Данные цитологического исследования пунктата из опухоли за атипичию клеток. Дальнейшая тактика?

- а) Инцизионная биопсия со срочным гистологическим исследованием
- б) Секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием**
- в) Наблюдение и повторно произвести ТАПБ и цитологическое исследование
- г) Необходимо провести термографию молочной железы
- д) Динамическое наблюдение, повторить маммографию

14. У больной 35 лет, обнаружена опухоль в верхне-наружном квадранте правой молочной железы, размерами 1,5x1x1 см. Лимфоузлы не пальпируются. Произведена трепанбиопсия под контролем УЗИ. Гистологически обнаружен дольковый инфильтрирующий рак, G1. Регионарных и отдаленных метастазов не обнаружены. Выберите правильную тактику лечения на первом этапе.

- а) Лечебные курсы химиотерапии
- б) Курс лучевой терапии
- в) Гормонотерапия
- г) Хирургическое лечение
- д) Химиолучевое лечение

15. Больная 50 лет обнаружила опухоль в правой молочной железе, врачом рекомендовано маммография. Укажите цель применения маммографии:

- а) вспомогательный метод ранней диагностики;
- б) основной метод ранней диагностики**
- в) вспомогательный метод диагностики распространения;
- г) метод своевременной диагностики опухоли

16. Больной 35 лет, обратился к хирургу в районную поликлинику с жалобами на наличие боли и опухоли в области правого плеча. История болезни: 2 года назад была травма плеча при автомобильной аварии. Обращался в поликлинику, однако никакого обследования не проводилось. Поставлен диагноз – Посттравматическая гематома. Приблизительно 6 месяцев назад обнаружил небольшое опухолевидное образование в этой зоне. На фоне проводимого самостоятельного лечения антибиотиками, мазями опухоль увеличилась примерно в 3 раза, появились боли ноющего характера. Обычные анальгетики стали давать все менее значительный эффект, что и послужило поводом для обращения к хирургу. Объективное исследование. В области правого плеча определяется плотное, безболезненное образование размером 12x7 см. Кожные покровы над ней были несколько гиперемированы. Ваш диагноз?

- а) абдоиосаркома правого плеча
- б) Хондросаркома правого плеча
- в) Ангиосаркома правого плеча
- г) Саркома мягких тканей правого плеча
- д) Лимфангиосаркома правого плеча

17. Больной 22 лет. Заболевание началось остро, 6 месяцев назад с озноба, повышения температуры тела до 39°C, слабости, умеренных болей и отека по передней поверхности верхней трети правой голени. Боли усиливались в ночное время. При осмотре в поликлинике установлен диагноз «грипп» и, учитывая анамнез и умеренный лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом лейкоцитарной формулы влево, назначена противовоспалительная терапия. Через 10 дней температура тела нормализовалась, но сохранялись боли и отечность правой голени. Месяц назад больной стал отмечать уплотнение мягких тканей верхней трети правой голени, усиление болей в этой области и он обратился к хирургу районной поликлиники. Какой диагноз можно предположительно поставить больному?

- а) фибросаркома**
- б) саркома Юинга
- в) ангиосаркома
- г) остеогенная саркома
- д) липосаркома

18. Больная 54 года, поступила в клинику в связи с жалобами на боли в средней трети правого бедра, резко усиливающиеся при малейшем движении. Больная доставлена на носилках. Анамнез заболевания: больна в течение 1-го года, когда впервые появились тупые, неинтенсивные боли в правом бедре. К врачу не обращалась, боли постепенно усиливались. С марта 2023 года начала хромать и в связи с этим обратилась к врачу в поликлинику по месту жительства. Были рекомендованы тепловые процедуры, которые не дали эффекта. В мае 2018 года подвернула ногу, упала и не смогла встать. Госпитализирована в одну из городских больниц, где диагностирован патологический перелом правого бедра в области диафиза, в связи с чем было наложено скелетное вытяжение. Сопоставление клинических (длительный анамнез, отсутствие первичного очага опухоли) и рентгенологических данных позволило высказаться за доброкачественную хрящевую опухоль. После биопсии опухоли обнаружена злокачественная опухоль. Ваш предполагаемый диагноз?

- а) хондросаркома с патологическим переломом б) остеохондрома с патологическим переломом
в) рабдомиосаркома с патологическим переломом г) синовиальная саркома с патологическим переломом д) саркома Юинга с патологическим переломом

19. Женщина, 41 лет. Жалобы на опухоль в правой голени. Анамнез. В течение трех лет прощупывала опухоль в правой голени, которая медленно увеличивалась. Объективно: в верхней трети правой большеберцовой кости по внутренней поверхности пальпируется опухоль неподвижная, плотная, безболезненная, размерами 7x5 см. На рентгенограммах правой голени в двух проекциях: в верхней трети диафиза большеберцовой кости у внутренней поверхности узел неправильной формы 2x4 см с неровными четкими частично обызвествленными контурами, содержащий массу кальцинатов и оссификатов и соединяющийся с корковым слоем костной ножкой. Ваш диагноз?

- а) Хондросаркома правой большеберцовой кости б) Костно-хрящевой экзостоз (остеохондрома) в) Оссифицирующий миозит
г) Паростальная остеогенная саркома д) Фибросаркома

ОПУХОЛИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

(четвёртый вариант)

- 1. На уровень заболеваемости раком толстого кишечника оказывает влияние ...**
 - а) уровень экономического развития государства; б) особенности питания;
 - в) наличие доброкачественных опухолей кишечника; г) наличие рака толстого кишечника в анамнезе;
 - д) все перечисленное.
- 2. На развитие рака толстого кишечника оказывает влияние количество потребляемых с пищей ...**
 - а) жиров; б) животных белков; в) растительных продуктов; г) витаминов; д) всего перечисленного.
- 3. К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих ...**
 - а) неспецифическим язвенным колитом; б) полипами кишечника;
 - в) грануломатозным колитом (болезнь Крона); г) семейным диффузным полипозом;
 - д) всем перечисленным.
- 4. Риск развития рака толстого кишечника при неспецифическом язвенном колите возрастает при ...**
 - а) тотальном поражении толстого кишечника; б) развитии колита в молодом возрасте;
 - в) длительности заболевания свыше 10 лет; г) хроническом непрерывном течении заболевания;
 - д) всех перечисленных обстоятельствах.
- 5. К облигатному предраку толстого кишечника следует относить ...**
 - а) неспецифический язвенный колит; б) болезнь Крона; в) семейный диффузный полипоз;
 - г) одиночные полипы толстого кишечника; д) все перечисленное.
- 6. Рак толстого кишечника, развивающийся на фоне болезни Крона, чаще локализуется в ...**
 - а) правых отделах ободочной кишки; б) поперечно-ободочной кишке;
 - в) левых отделах ободочной кишки; г) прямой кишке;
 - д) с одинаковой частотой локализуется во всех перечисленных отделах толстого кишечника.
- 7. Обследование больного, обратившегося к врачу с жалобами на нарушение функции кишечника, следует начинать с ...**
 - а) рентгенологического исследования толстого кишечника (ирригоскопия); б) УЗИ;
 - в) колонофиброскопии; г) ректального пальцевого исследования; д) ректороманоскопии.
- 8. После предварительно выполненной ирригоскопии к колонофиброскопии целесообразно прибегать в случае ...**
 - а) если имеются признаки кишечного кровотечения, а при ирригоскопии патологических изменений в толстом кишечнике не выявлено;
 - б) для уточнения сомнительных данных, полученных с помощью ирригоскопии;
 - в) для подтверждения патологического процесса, выявленного при ирригоскопии;
 - г) для выявления синхронно протекающих патологических процессов;
 - д) всего перечисленного.
- 9. К методу скрининга рака толстого кишечника в настоящее время можно отнести регулярно проводимые ...**
 - а) исследования кала на скрытую кровь, в том числе гемокульттест и криптогем (1 раз в год);
 - б) пальцевое исследование прямой кишки (1 раз в год);
 - в) ректороманоскопию (1 раз в 3-5 лет); г) все перечисленное; д) правильного ответа нет.
- 10. При раке толстого кишечника кишечная непроходимость может наблюдаться по типу ...**
 - а) динамической; б) физиологической; в) заворота; г) калового завала; д) всех перечисленных типов.
- 11. Какое из заболеваний не относится к облигатным предракам толстого кишечника?**
 - а) синдром Пейтца-Еггерса; б) синдром Гарднера; в) синдром Тюрко; г) синдром Лайела;
 - д) синдром Кронкайта-Канада.
- 12. Какое из перечисленных заболеваний не относится к факультативным предракам толстого кишечника?**
 - а) полипы; б) ворсинчатая опухоль; в) неспецифический язвенный колит; г) болезнь Крона;
 - д) синдром Гарднера.
- 13. Какая из перечисленных опухолей толстого кишечника относится к эпителиальным?**
 - а) лейомиома; б) фиброма; в) ворсинчатая опухоль; г) гемангиома; д) липома.
- 14. Какая из перечисленных опухолей не принадлежит к эпителиальным?**
 - а) аденоматозный полип; б) ворсинчатая опухоль; в) фиброзный полип; г) лейомиома;

д) ювенильный полип.

15. Какой основной клинический симптом ювенильных полипов?

- а) приступообразная боль в животе; б) понос; в) вздутие живота; г) выделение крови с калом; д) ощущение инородного тела.

16. Какой основной клинический симптом ворсинчатой опухоли?

- а) выделение слизи из кишки; б) приступообразная боль в животе; в) понос; г) вздутие живота; д) выделение крови с калом.

17. Какой метод лечения ворсинчатой опухоли?

- а) хирургический; б) лучевой; в) цитостатический; г) гормональная терапия; д) комбинированный (лучевая терапия + операция).

18. Какой метод лечения полипов толстого кишечника?

- а) хирургический; б) лучевой; в) цитостатический; г) гормональная терапия; д) комбинированный (лучевая терапия + операция).

19. Какой фактор риска не присущ колоректальному раку?

- а) «западный» тип диеты; б) употребление алкоголя, курение; в) употребление холодной или горячей пищи; г) уменьшение физической активности; д) операции по поводу рака толстого кишечника в анамнезе.

20. Какая из перечисленных форм роста опухолей толстого кишечника относится к экзофитным?

- а) инфильтративная; б) полиповидная; в) язвенная; г) блюдцевидная; д) язвенно-инфильтративная.

21. Какая из перечисленных форм роста опухолей толстого кишечника относится к мезофитным?

- а) грибовидная; б) полиповидная; в) инфильтративная; г) блюдцеобразная; д) язвенная.

22. Кишечная непроходимость при раке толстого кишечника может наблюдаться по типу ...

- а) динамической; б) инвагинационной; в) отворота; г) калового завала; д) физиологической.

23. При раке прямой кишки первые клинические симптомы проявляются в виде:

- а) непроходимости кишечника; б) диареи; в) примеси крови и гноя в кале; г) метеоризма; д) чувства неполного опорожнения кишечника.

24. Абсцессы и флегмоны при раке толстого кишечника чаще наблюдаются при локализации опухоли в ...

- а) слепом и восходящем отделе; б) поперечно-ободочной кишке; в) прямой кишке; г) сигмовидной кишке; д) все ответы правильные.

25. Кишечная непроходимость наблюдаемая при раке толстого кишечника протекает по типу:

- а) обтурационной; б) физиологической; в) переворота; г) калового завала; д) динамической.

26. Обязательным предраком толстого кишечника является ...

- а) хронический колит; б) одиночный полип; в) болезнь Крона; г) диффузный семейный полипоз; д) неспецифический язвенный колит;

27. Особенности рака толстого кишечника, развивающегося на фоне диффузного семейного полипоза является ...

- а) молодой возраст; б) пожилой возраст; в) мультицентрическое развитие; г) периферическое развитие; д) развитие у детей.

28. При раке верхне-ампулярного отдела прямой кишки наиболее ранними клиническими симптомами являются:

- а) болевые ощущения; б) патологические примеси в кале; в) кровотечение; г) перемежающийся стул; д) частый водянистый стул.

29. К обязательному предраку толстого кишечника относится ...

- а) хронический колит; б) одиночный полип; в) болезнь Крона; г) синдром Пейтц-Еггерса; д) неспецифический язвенный колит;

30. К обязательному предраку толстой кишки относят ... полипы

- а) гиперпластические; б) аденоматозные; в) адено-папилломатозные; г) ювенильные; д) все ответы правильные.

31. Рак анального канала нередко развивается на фоне ...

- а) полипов; б) проктита; в) геморроя; г) трещины заднего прохода; д) все ответы правильные.

32. Первым признаком рака прямой кишки является ...

- а) боли в нижних отделах живота; б) появление крови и слизи в кале;
- в) чувство неудовлетворенности после акта дефекации;
- г) чувство неполного опорожнения кишечника; д) боли в крестце.

33. Основным способом диагностики рака прямой кишки является ...

- а) компьютерная рентгеномография; б) ультразвуковое исследование;
- в) радиоизотопный метод; г) ангиография; д) пальцевое исследование прямой кишки.

ОПУХОЛИ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ МУЖЧИН

(второй вариант)

1. К регионарным лимфоузлам при раке полового члена относят:
а) поверхностные подвздошные; б) глубокие паховые; в) тазовые; г) паракавалыные; д) забрюшинные.
2. Какие наиболее весомые признаки рака предстательной железы при пальцевом прямокишечном исследовании?
а) болезненность при пальпации; б) сглаженность междолевой борозды; в) наличие размягчений; г) неровные контуры простаты; д) плотные участки хрящевой консистенции без чётких границ.
3. Какой опухоль-ассоциированный антиген наиболее специфичный для рака простаты?
а) СА-125; б) СА-19-9; в) АФП; г) РЭА; д) ПСА.
4. При раке предстательной железы в сыворотке крови может быть повышенная концентрация:
а) кислой фосфатазы; б) щелочной фосфатазы; в) аланинаминотрансферазы; г) амилазы; д) нейроспецифической эстеразы.
5. Какой фактор чаще всего способствует возникновению опухолей яичка?
а) гипоплазия яичка; б) воспаление; в) крипторхизм; г) травма; д) нарушение гормонального обмена.
6. Гематурия не характерна для:
а) опухолей яичек; б) уrolитиаза; в) туберкулёза мочевых путей; г) опухолей мочевых путей; д) синдрома Гудпасчера.
7. Укажите маркер эмбрионального рака яичка.
а) СА-125; б) СА-19-9; в) Лактатдегидрогеназа; г) Щелочная фосфатаза; д) Хорионический гонадотропин.
8. Для решения нижеследующих задач проводят трансректальное УЗИ:
а) повышения точности трансректальной биопсии предстательной железы;
б) определения объёма предстоящей операции на предстательной железе;
в) выявления физиологических размеров предстательной железы;
г) повышения точности объёма предстоящей химиолучевой терапии;
д) повышения эффективности химиотерапии.
9. Для полового члена регионарными лимфоузлами являются:
а) поверхностные паховые; б) глубокие подвздошные; в) тазовые; г) паракавалыные; д) забрюшинные.
10. Рак полового члена ассоциирован с наличием...
а) хроническим уретритом трихомонадной этиологии; б) папиллома-вирусом;
в) применением противовоспалительных средств;
г) хроническими воспалениями типа баланит, баланопостит, фимоз;
д) применением препаратов повышающих мужское либидо.
11. Скрининг и раннюю диагностику рака предстательной железы основаны на нижеследующих методах:
а) исследование простат-специфического антигена; б) трансректальное пальцевое исследование простаты;
в) рентгенографическое исследование костей скелета мужчин старше 50 лет;
г) ультразвуковое исследование простаты с биопсией; д) верно б) и в).
12. Предраковыми заболеваниями полового члена следует считать:
а) невирусные папилломы; б) лейкоплакию; в) кожный рог; г) эритроплакию Кейра; д) все ответы правильные.
13. Возникновение рака полового члена ассоциировано с:
а) хроническим уретритом трихомонадной этиологии; б) острым уретритом;
в) применением противозачаточных средств; г) хроническими воспалениями типа баланит, баланопостит, фимоз;
д) применением препаратов повышающих мужское либидо.
14. К раку полового члена относят следующие гистологические формы:
а) ангиосаркома; б) плоскоклеточный неороговевающий рак; в) плоскоклеточный ороговевающий рак;
г) гонадбластома; д) фибросаркома.
15. При раке полового члена зоной регионарного метастазирования являются лимфоузлы:
а) забрюшинные; б) паховые; в) тазовые; г) медиастинальные; д) подмышечные.
16. Онкогенный вирус, ассоциированный с раком полового члена:
а) ретровирус HTLV-1; б) гепатита «В» (HBV); в) папиллома-вирус (HPV); г) вирус Эпштейна-Барра;
д) гепатита «С» (HCV).
17. К факторам риска развития рака предстательной железы не относят:
а) этническую принадлежность; б) курение; в) количество потребляемого жира; г) профессиональные вредности; д) сексуальное поведение.
18. Чаще всего рак предстательной железы при трансректальном УЗИ выглядит как:
а) гиперэхогенные очаговые зоны; б) зоны переменной эхогенности; в) анэхогенные очаговые зоны;
г) гипозоногенные очаговые зоны; д) зоны постоянной эхогенности.

к предстательной железы возникает из элементов ... предстательной железы:
а) цилиндрического эпителия протоков; б) покровного эпителия протоков; в) железистого эпителия;
г) бического эпителия; д) ресничного эпителия

Ведущим опорным симптомом злокачественной опухоли яичка является:
а) факт пальпируемого увеличенного яичка; б) болевой синдром; в) нарушение мочеиспускания;
г) патологические выделения; д) общая интоксикация.

21. Самая высокая заболеваемость раком предстательной железы наблюдается в/во:

а) США; б) Франции; в) Китае; г) России; д) Японии;

22. Методом скрининга и ранней диагностики рака предстательной железы является:

а) исследование простат-специфического антигена; б) трансректальное пальцевое исследование простаты;
в) рентгенографическое исследование костей скелета мужчин старше 50 лет;
г) ультразвуковое исследование мочевого пузыря; д) верно б) и в).

23. Раковая опухоль предстательной железы (ПЖ) обычно локализуется:

а) в краниальной части ПЖ; б) в каудальной части ПЖ; в) по периферии ПЖ под капсулой;
г) вблизи семенного бугорка; д) в центральной зоне, прилежащей к уретре;

24. Чаще всего метастазы при раке предстательной железы обнаруживаются в:

а) печени; б) легких; в) брюшине; г) костях; д) яичках.

25. Развитию опухолей яичка способствуют:

а) крипторхизм; б) половые излишества, воздержание или онанизм; в) травма органов мошонки; г) верно б) и в);
д) эпидидимит на почве перенесенных инфекций.

26. Трансскротальную пункционную биопсию следует выполнять:

а) после перевязки сосудов семенного канатика; б) после перевязки семявыносящего протока;
в) после перевязки семенного канатика; г) после взятия семенного канатика на турникет;
д) абластические мероприятия не нужны.

27. К герминогенным опухолям яичка относят все перечисленное, кроме:

а) аденокарциномы; б) хориокарциномы; в) семиномы; г) эмбрионального рака; д) тератобластомы.

28. К негерминогенной опухоли яичка относится:

а) семинома; б) тератобластома; в) железистый рак; г) хориокарцинома; д) ни одно из перечисленного.

29. Наиболее характерным симптомом опухоли яичка является:

а) опухоль в мошонке, определяемая при скользящей пальпации; б) гемоспермия;
в) расширение вен семенного канатика; г) увеличение паховых лимфоузлов;
д) увеличение забрюшинных лимфоузлов;

30. Необходимыми методами уточняющей диагностики опухоли яичка является всё перечисленное, кроме

а) R-графии органов грудной клетки; б) УЗИ; в) тазовой артериографии; г) экскреторной урографии (ЭкУ);
д) выявления человеческого хорионического гонадотропина (ЧХГ).

31. Рак полового члена среди других локализаций рака у мужчин наблюдается примерно в:

а) 0,2% случаев; б) 0,5-1,5%; в) 5%; г) 10%; д) 20%.

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

1. К группам риска развития первичного рака печени относятся (укажите неправильный ответ)
а) носители вируса гепатита «С»; б) имеющие цирроз печени; в) гепатит «А»;
г) пораженные описторхозом; д) потребление в пищу продуктов, пораженных афлатоксином.
2. Для первичного рака печени из биохимических тестов наиболее характерным является (укажите неправильный ответ) ...
а) щелочной фосфатазы; б) γ -глутаминтранспептидазы;
в) диастазы; г) аланиновой и аспарагиновой трансаминаз;
д) лактатдегидрогеназы.
3. Эхографическая картина очаговых поражений печени, выявляемая при УЗИ ... опухоли
а) зависит от морфологического строения; б) не зависит от морфологического строения;
в) зависит от локализации; г) не зависит от степени васкуляризации; д) зависит от распространения.
4. Метастатическое поражение печени чаще всего происходит ...
а) лимфогенно ортоградно; б) лимфогенно ретроградно;
в) гематогенно по системе воротной вены;
г) гематогенно по системе печёночной артерии;
д) гематогенно по протяжению.
5. Наиболее часто встречающиеся формы (гистологические) первичного рака печени ...
а) гепатоцеллюлярная; б) саркома; в) злокачественная гепатома; г) злокачественная аденома;
д) холангиоцеллюлярная.
6. Уробилиноген образуется в ...
а) желчных протоках и тощей кишке; б) толстой кишке; в) печени; г) кровеносном русле;
д) селезенке.
7. Стеркобилиноген образуется из ...
а) гемоглобина; б) прямого билирубина;
в) непрямого билирубина; г) стеркобилина;
д) уробилиногена.
8. Экзогенным канцерогенным фактором развития первичного рака печени является ...
а) 3,4-бензо(а)пирен; б) нитраты; в) афлатоксин;
г) полоний; д) стронций.
9. В диагностике гепатоцеллюлярного рака печени наибольшее значение имеет реакция:
а) Таката-Ара; б) сулемовая; в) Катцонни;
г) Абелева-Татарина; д) определения уровня трансаминаз.
10. К достижению последних десятилетий в диагностике гепатоцеллюлярного рака печени относится:
а) лапароскопия; б) гепатосканирование; в) УЗИ;
г) реакция Абелева-Татарина; д) компьютерная томография.
11. Для первичного рака печени из перечисленных биохимических тестов наиболее характерно повышение активности, кроме ...
а) щелочной фосфатазы; б) аланиновой и аспарагиновой трансаминаз; в) лактатдегидрогеназы;
г) γ -глутаминтранспептидазы; д) кислотной фосфатазы.
12. Мерами профилактики гепатоцеллюлярного рака печени служат ...
а) вакцинация против вируса гепатита «А»;
б) излечение описторхоза; в) борьба с алкоголизмом;
г) борьба с курением; д) ликвидация бактериальной инфекции во внутрипеченочных желчных протоках.
13. Мерами профилактики холангиоцеллюлярного рака печени служат ...
а) вакцинация против вируса гепатита «В»;
б) излечение эхинококкоза; в) борьба с алкоголизмом;
г) борьба с курением;
д) ликвидация бактериальной инфекции во внутрипеченочных желчных протоках.
14. Информативными методами, позволяющими диагностировать опухолевые поражения печени, являются
нижеследующие, кроме ...
а) ультразвукового исследования; б) компьютерной томографии; в) ангиографии; г) лапароскопии;
д) биохимического тестирования.
15. Метастатический рак печени часто наблюдают при локализации первичной опухоли в/во ...
а) органах ЖКТ; б) лёгком; в) молочной железе; г) женских половых органах; д) мужских половых органах.
16. Наиболее эффективным методом лечения первичного рака печени служит ...
а) хирургический; б) системная химиотерапия;
в) регионарная химиотерапия; г) лучевое лечение;
д) иммунотерапия.
17. Наиболее частая жалоба больных первичным раком печени:
а) похудание; б) общая слабость; в) боль в правом подреберье; г) желтуха; д) повышение t° тела.
18. Важнейшими факторами риска развития гепатоцеллюлярного рака печени являются:
а) злоупотребление алкоголем; б) курение; в) гепатиты «С» и «В»; г) хронические заболевания ЖКТ;

д) описторхоз.

19. Регионарными лимфоузлами для внепеченочных жёлчных протоков являются ...

а) селезёночные; б) у ворот селезёнки; в) у хвоста поджелудочной железы; г) чревные; д) расположенные около пузырного и общего желчного протоков, ворот печени, головки поджелудочной железы, 12-перстной кишки, воротной, чревной и верхней мезентериальной артерий.

20. Наиболее достоверным методом, позволяющим диагностировать опухоли печени, является ...

а) УЗИ; б) компьютерная томография; в) ангиография;

г) лапароскопия; д) все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью.

21. Опухоли печени небольших размеров чаще диагностируют при ...

а) УЗИ; б) рентгеновской компьютерной томографии;

в) ангиографическом исследовании;

г) радиоизотопном исследовании; д) размеры опухоли не влияют на точность перечисленных методов.

22. Какой морфологический вариант первичного рака печени обычно развивается на фоне описторхоза?

а) холангиоцеллюлярный; б) гепатоцеллюлярный;

в) метастатический;

г) описторхоз не оказывает влияния на развитие первичного рака печени;

д) формы первичного рака печени при описторхозе встречаются с одинаковой частотой.

23. Какой из перечисленных симптомов не встречаются при первичном раке печени?

а) лихорадку; б) желтушность кожных покровов;

в) симптомы портальной гипертензии;

г) гепатомегалию; д) симптом Курвуазье.

ОПУХОЛИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

(четвёртый вариант)

- 1. На уровень заболеваемости раком толстого кишечника оказывает влияние ...**
 - а) уровень экономического развития государства; б) особенности питания;
 - в) наличие доброкачественных опухолей кишечника; г) наличие рака толстого кишечника в анамнезе;
 - д) все перечисленное.
- 2. На развитие рака толстого кишечника оказывает влияние количество потребляемых с пищей ...**
 - а) жиров; б) животных белков; в) растительных продуктов; г) витаминов; д) всего перечисленного.
- 3. К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих ...**
 - а) неспецифическим язвенным колитом; б) полипами кишечника;
 - в) грануломатозным колитом (болезнь Крона); г) семейным диффузным полипозом;
 - д) всем перечисленным.
- 4. Риск развития рака толстого кишечника при неспецифическом язвенном колите возрастает при ...**
 - а) тотальном поражении толстого кишечника; б) развитии колита в молодом возрасте;
 - в) длительности заболевания свыше 10 лет; г) хроническом непрерывном течении заболевания;
 - д) всех перечисленных обстоятельствах.
- 5. К облигатному предраку толстого кишечника следует относить ...**
 - а) неспецифический язвенный колит; б) болезнь Крона; в) семейный диффузный полипоз;
 - г) одиночные полипы толстого кишечника; д) все перечисленное.
- 6. Рак толстого кишечника, развивающийся на фоне болезни Крона, чаще локализуется в ...**
 - а) правых отделах ободочной кишки; б) поперечно-ободочной кишке;
 - в) левых отделах ободочной кишки; г) прямой кишке;
 - д) с одинаковой частотой локализуется во всех перечисленных отделах толстого кишечника.
- 7. Обследование больного, обратившегося к врачу с жалобами на нарушение функции кишечника, следует начинать с ...**
 - а) рентгенологического исследования толстого кишечника (ирригоскопия); б) УЗИ;
 - в) колонофиброскопии; г) ректального пальцевого исследования; д) ректороманоскопии.
- 8. После предварительно выполненной ирригоскопии к колонофиброскопии целесообразно прибегать в случае ...**
 - а) если имеются признаки кишечного кровотечения, а при ирригоскопии патологических изменений в толстом кишечнике не выявлено;
 - б) для уточнения сомнительных данных, полученных с помощью ирригоскопии;
 - в) для подтверждения патологического процесса, выявленного при ирригоскопии;
 - г) для выявления синхронно протекающих патологических процессов;
 - д) всего перечисленного.
- 9. К методу скрининга рака толстого кишечника в настоящее время можно отнести регулярно проводимые ...**
 - а) исследования кала на скрытую кровь, в том числе гемокульттест и криптогем (1 раз в год);
 - б) пальцевое исследование прямой кишки (1 раз в год);
 - в) ректороманоскопию (1 раз в 3-5 лет); г) все перечисленное; д) правильного ответа нет.
- 10. При раке толстого кишечника кишечная непроходимость может наблюдаться по типу ...**
 - а) динамической; б) физиологической; в) заворота; г) калового завала; д) всех перечисленных типов.
- 11. Какое из заболеваний не относится к облигатным предракам толстого кишечника?**
 - а) синдром Пейтца-Еггерса; б) синдром Гарднера; в) синдром Тюрко; г) синдром Лайела;
 - д) синдром Кронкайта-Канада.
- 12. Какое из перечисленных заболеваний не относится к факультативным предракам толстого кишечника?**
 - а) полипы; б) ворсинчатая опухоль; в) неспецифический язвенный колит; г) болезнь Крона;
 - д) синдром Гарднера.
- 13. Какая из перечисленных опухолей толстого кишечника относится к эпителиальным?**
 - а) лейомиома; б) фиброма; в) ворсинчатая опухоль; г) гемангиома; д) липома.
- 14. Какая из перечисленных опухолей не принадлежит к эпителиальным?**
 - а) аденоматозный полип; б) ворсинчатая опухоль; в) фиброзный полип; г) лейомиома;

д) ювенильный полип.

15. Какой основной клинический симптом ювенильных полипов?

- а) приступообразная боль в животе; б) понос; в) вздутие живота; г) выделение крови с калом;
- д) ощущение инородного тела.

16. Какой основной клинический симптом ворсинчатой опухоли?

- а) выделение слизи из кишки; б) приступообразная боль в животе; в) понос; г) вздутие живота;
- д) выделение крови с калом.

17. Какой метод лечения ворсинчатой опухоли?

- а) хирургический; б) лучевой; в) цитостатический; г) гормональная терапия;
- д) комбинированный (лучевая терапия + операция).

18. Какой метод лечения полипов толстого кишечника?

- а) хирургический; б) лучевой; в) цитостатический; г) гормональная терапия;
- д) комбинированный (лучевая терапия + операция).

19. Какой фактор риска не присущ колоректальному раку?

- а) «западный» тип диеты; б) употребление алкоголя, курение;
- в) употребление холодной или горячей пищи; г) уменьшение физической активности;
- д) операции по поводу рака толстого кишечника в анамнезе.

20. Какая из перечисленных форм роста опухолей толстого кишечника относится к экзофитным?

- а) инфильтративная; б) полиповидная; в) язвенная; г) блюдцевидная; д) язвенно-инфильтративная.

21. Какая из перечисленных форм роста опухолей толстого кишечника относится к мезофитным?

- а) грибовидная; б) полиповидная; в) инфильтративная; г) блюдцеобразная; д) язвенная.

22. Кишечная непроходимость при раке толстого кишечника может наблюдаться по типу ...

- а) динамической; б) инвагинационной; в) отворота; г) калового завала; д) физиологической.

23. При раке прямой кишки первые клинические симптомы проявляются в виде:

- а) непроходимости кишечника; б) диареи; в) примеси крови и гноя в кале; г) метеоризма;
- д) чувства неполного опорожнения кишечника.

24. Абсцессы и флегмоны при раке толстого кишечника чаще наблюдаются при локализации опухоли в ...

- а) слепом и восходящем отделе; б) поперечно-ободочной кишке; в) прямой кишке;
- г) сигмовидной кишке; д) все ответы правильные.

25. Кишечная непроходимость наблюдаемая при раке толстого кишечника протекает по типу:

- а) обтурационной; б) физиологической; в) переворота; г) калового завала; д) динамической.

26. Обязательным предраком толстого кишечника является ...

- а) хронический колит; б) одиночный полип; в) болезнь Крона; г) диффузный семейный полипоз;
- д) неспецифический язвенный колит;

27. Особенности рака толстого кишечника, развивающегося на фоне диффузного семейного полипоза является ...

- а) молодой возраст; б) пожилой возраст; в) мультицентрическое развитие; г) периферическое развитие
- д) развитие у детей.

28. При раке верхне-ампулярного отдела прямой кишки наиболее ранними клиническими симптомами являются:

- а) болевые ощущения; б) патологические примеси в кале; в) кровотечение; г) перемежающийся стул;
- д) частый водянистый стул.

29. К обязательному предраку толстого кишечника относится ...

- а) хронический колит; б) одиночный полип; в) болезнь Крона; г) синдром Пейтц-Егерса;
- д) неспецифический язвенный колит;

30. К обязательному предраку толстой кишки относят ... полипы

- а) гиперпластические; б) аденоматозные; в) адено-папилломатозные; г) ювенильные;
- д) все ответы правильные.

31. Рак анального канала нередко развивается на фоне ...

- а) полипов; б) проктита; в) геморроя; г) трещины заднего прохода; д) все ответы правильные.

32. Первым признаком рака прямой кишки является ...

- а) боли в нижних отделах живота; б) появление крови и слизи в кале;
- в) чувство неудовлетворенности после акта дефекации;
- г) чувство неполного опорожнения кишечника; д) боли в крестце.

33. Основным способом диагностики рака прямой кишки является ...

- а) компьютерная рентгеномография; б) ультразвуковое исследование;
- в) радиоизотопный метод; г) ангиография; д) пальцевое исследование прямой кишки.

а) ректосигмовидный отдел; б) надампулярный отдел; в) анальный канал; г) ампулярный отдел;
д) кожа перианальной области.

15. При раке надампулярного отдела прямой кишки преобладают симптомы ...

а) болевых ощущений; б) интоксикации; в) паранеоплазии; г) патологических выделений;
д) нарушения функций (запоры, поносы).

16. Меньшую склонность к малигнизации имеют ... полипы толстого кишечника

а) гиперпластические; б) ворсинчатые; в) аденоматозные; г) множественные аденоматозные;
д) индекс малигнизации одинаков во всех случаях.

17. Наиболее частыми осложнениями рака ободочной кишки являются все нижеперечисленные,

кроме ...

а) перфорация; б) периколит; в) острый панкреатит; г) кровотечение;
д) острая кишечная непроходимость.

18. Проведение пальцевого исследования прямой кишки эффективно в положении больного ...

а) на спине с согнутыми ногами; б) на боку с согнутыми ногами; в) в коленно-локтевом положении;
г) на корточках; д) в коленно-локтевом положении с переводом на корточки.

19. Паранеопластическая слизисто-кожная гиперпигментация или пигментно-сосочковая

дистрофия кожи в сочетании с полипозом кишечника известна под названием - синдром ...
а) Пейтц-Еггерса; б) акрокератоз Базекса; в) Иценко-Кушинга-Гарднера; г) Бенс-Джонса;
д) Бамберга-Мари.

20. Наиболее часто отдалённые метастазы рака прямой кишки поражают ...

а) кости; б) печень; в) лёгкие; г) почки; д) головной мозг.

21. Укажите наиболее характерный опорный симптом для ампулярного отдела прямой кишки:

а) болевые ощущения; б) нарушение функций; в) патологические выделения; г) интоксикация;
д) паранеоплазии.

22. Симптомом, характерным для рака правой половины ободочной кишки является ...

а) анемия; б) лейкопения; в) нейтрофилёз; г) лимфопения; д) тромбоцитопения.

23. Повышение риска развития толстого кишечника связано с потреблением пищи, богатой ...

а) грубой волокнистой клетчаткой; б) овощами и фруктами; в) растительным маслом;
г) животными жирами; д) витамином «С».

24. Общим опорным симптомом для рака правой половины ободочной кишки является ...

а) факт наличия пальпируемого образования; б) патологические выделения;
в) общая интоксикация; г) паранеоплазии; д) нарушение функции органа.

25. Первым и обязательным методом диагностики при раке прямой кишки является ...

а) ирригоскопия; б) компьютерная томография; в) ректоскопия с биопсией;
г) пальцевое исследование прямой кишки; д) фиброколоноскопия.

26. Первые клинические проявления рака прямой кишки - ...

а) непроходимость кишечника; б) примесь слизи в кале; в) диарея;
г) чувство неполного опорожнения кишечника; д) метеоризм.

27. Ранние симптомы рака восходящего отдела ободочной кишки ...

а) кишечная непроходимость; б) наличие патологических примесей в кале; в) анемия; г) метеоризм;
д) все перечисленное.

28. Кишечная непроходимость как осложнение рака ободочной кишки чаще наблюдается при

локализации опухоли в ...

а) восходящем отделе; б) поперечно-ободочной кишке; в) нисходящем отделе; г) сигмовидной кишке;
д) частота развития кишечной непроходимости не зависит от локализации опухоли.

29. Сравнительно более частое развитие кишечной непроходимости при опухолях левой половины

ободочной кишки обусловлено ...

а) преобладанием опухолей с инфильтративным типом роста; б) более плотным содержимым кишки;
в) нарушением моторной функции кишки вследствие прорастания ее стенки опухолью;
г) воспалительным отеком кишечной стенки; д) всеми перечисленными факторами.

30. Наиболее частым осложнением рака толстого кишечника является ...

а) кишечная непроходимость; б) перфорация опухоли; в) массивное кишечное кровотечение;
г) присоединение воспаления с развитием абсцессов, флегмон;

ОПУХОЛИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

(первый вариант)

1. Анемия, лихорадка, слабость являются характерными для рака ...
а) печёночного угла толстого кишечника; б) селезеночного угла толстого кишечника;
в) восходящего отдела ободочной кишки; г) поперечно-ободочной кишки;
д) нисходящего отдела ободочной кишки.
2. Симптомокомплекс кишечной непроходимости является ведущим при раке ...
а) печёночного угла толстого кишечника; б) селезеночного угла толстого кишечника;
в) восходящего отдела ободочной кишки; г) поперечно-ободочной кишки;
д) нисходящего отдела ободочной кишки.
3. Какие из перечисленных признаков являются ранними симптомами рака прямой кишки:
а) похудание; б) анемия; в) запоры; г) боли в прямой кишке;
д) выделение крови и слизи с каловыми массами.
4. Укажите облигатный предрак толстого кишечника ...
а) хронический колит; б) одиночный полип; в) болезнь Крона; г) синдром Гарднера;
д) неспецифический язвенный колит.
5. Укажите симптомокомплекс объединённый под названием синдрома Пейтц-Егерса:
а) полипоз ЖКТ + доброкачественные опухоли костей и мягких тканей;
б) полипоз ЖКТ + гиперпигментация слизистой оболочки губы и щеки;
в) анемия, ахлоргидрия, атрофия слизистой оболочки; г) анемия, ахлоргидрия, полипоз ЖКТ;
д) анемия, ахлоргидрия, доброкачественные опухоли костей.
6. Укажите симптомокомплекс объединённый под названием синдрома Гарднера:
а) полипоз ЖКТ + доброкачественные опухоли костей и мягких тканей;
б) полипоз ЖКТ + гиперпигментация слизистой оболочки губы и щеки;
в) анемия, ахлоргидрия, атрофия слизистой оболочки; г) анемия, ахлоргидрия, полипоз ЖКТ;
д) анемия, ахлоргидрия, доброкачественные опухоли костей.
7. Какие симптомы характерны для псевдовоспалительной формы рака ободочной кишки (укажите неправильный ответ):
а) пальпируемое образование в брюшной полости; б) интоксикация;
в) лейкоцитоз, ускоренная СОЭ; г) повышение температуры тела;
д) местное раздражение передней стенки брюшной полости.
8. Какие симптомы характерны для токсико-анемической формы рака ободочной кишки (укажите неправильный ответ)?
а) анемия; б) наличие опухоли в брюшной полости; в) лейкоцитоз, ускоренная СОЭ;
г) схваткообразные боли в животе; д) повышение температуры тела.
9. Какой симптом характерен для атипичной формы рака ободочной кишки:
а) пальпируемое образование в брюшной полости; б) похудание; в) анемия;
г) схваткообразные боли в животе; д) неустойчивый стул.
10. Рак ободочной кишки наиболее часто локализуется в ...
а) слепой кишке; б) восходящем отделе; в) нисходящем отделе; г) поперечно-ободочном отделе;
д) сигмовидной кишке.
11. К особенностям рака толстого кишечника, развивающегося на фоне диффузного семейного полипоза, относится ...
а) средний возраст; б) пожилой возраст; в) мультицентрическое развитие; г) периферическое развитие;
д) развитие у детей.
12. Наиболее часто малигнизируются в толстом кишечнике ... полипы
а) железистые; б) железисто-ворсинчатые; в) ювенильные; г) бахромчатые; д) гиперпластические.
13. Наиболее ранними клиническими симптомами при раке верхне-ампулярного отдела прямой кишки являются ...
а) болевые ощущения; б) патологические примеси в кале; в) кровохарканье;
г) перемежающийся стул; д) частый водянистый стул.
14. С наибольшей частотой поражается злокачественной опухолью ...

д) все перечисленные осложнения встречаются примерно с одинаковой частотой.

31. Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке ...

- а) слепой и восходящего отдела ободочной кишки; б) нисходящего отдела;
- в) поперечно-ободочной кишки; г) сигмовидной кишки;

д) определенной зависимости типа роста опухоли от ее локализации не выявлено.

32. Перфорации кишечной стенки при раке толстой кишки способствует ...

- а) распад опухоли; б) повышенное давление в просвете кишки;
- в) трофические нарушения стенки кишки вследствие её перерастяжения;
- г) травматизация стенки кишки при прохождении твердых каловых масс через суженный участок;
- д) все перечисленные факторы.

33. Осложнения воспалительного характера (абсцессы, флегмоны) чаще наблюдаются при локализации опухоли в ...

- а) прямой кишке; б) поперечно-ободочной кишке; в) нисходящем отделе толстого кишечника;
- г) сигмовидной кишке; д) все ответы правильные.

34. Рак ободочной кишки наиболее часто локализуется в ...

- а) слепой кишке; б) восходящем отделе; в) поперечно-ободочной кишке; г) нисходящем отделе;
- д) сигмовидной кишке.

Александров *Иванов*

5-курс *Кербер Ф.И.* *5.18.25*

AK

1. Самый частый гистологический тип рака яичников у взрослых женщин:

- A. Дистрматозная
- B. Светлоклеточная карцинома
- C. Высокодифференцированная серозная карцинома
- D. Низкодифференцированная серозная карцинома

2. Какой маркер наиболее специфичен для эпителиального рака яичников?

- A. AFP
- B. CA-125
- C. HCG
- D. LDH

3. Какой герминогенный рак чаще встречается у детей и подростков?

- A. Эмбриональная опухоль
- B. Дистрматозная
- C. Тератома
- D. Бреннер

4. Какой признак считается характерным для поздних стадий рака яичников?

- A. Меторраги
- B. Асцит
- C. Демарсули
- D. Лекорек

5. Наиболее частый путь метастазирования рака яичников:

- A. Лимфогенный
- B. Гематогенный
- C. Имплантационный по брюшине
- D. Нервный

6. Для опухоли Крукенберга характерны метастазы:

- A. Из желудка
- B. Из шейки матки

C. Из яичника

D. Из надпочечника

7. Стадия FIGO III характерна для:

- A. Метастазы в пределах таза
- B. Макрометастазы вне таза > 2 см
- C. Дисперсионный выпоток с положительной цитологией
- D. Микроскопически верифицированные метастазы

8. Какой метод диагностики наиболее информативен при подозрении на рак яичников?

- A. УЗИ ТА + ТВ
- B. ПЭТ-КТ
- C. Рентгенография таза
- D. Гинекологический осмотр

9. Какой опухолевый маркер характерен для опухоли желточного мешка?

- A. CA-125
- B. AFP
- C. HCG
- D. CEA

10. Основной метод лечения эпителиального рака яичников:

- A. Химиотерапия
- B. Хирургия + химиотерапия
- C. Лучевая терапия
- D. Гормонотерапия

11. Что включает оптимальная инторедакция?

- A. Удаление матки
- B. Удаление яичников
- C. Остатке остаточной опухоли > 1 см
- D. ТОЛЬКО удаление большого связника

12. Какой препарат входит в стандартную химиотерапию?

- A. Винкристин
- B. Паклитаксел + карбоплатин
- C. Ифосфамид
- D. Метотрексат

✓

13. Для светлоклеточного рака яичников часто характерно:

- A. Высокая чувствительность к химиотерапии
- B. Ассоциация с эпителиомом
- C. Высокая чувствительность к гормонам
- D. Часто возникает у детей

14. Для гранулезоклеточной опухоли характерно:

- A. Гиперандрогения
- B. Высокий уровень ингибина B
- C. Высокий уровень АФР
- D. Высокий уровень ЛДН

—

15. Какой симптом чаще присутствует при дисгерминоме?

- A. Асцит
- B. Быстро растущая опухоль
- C. Метрорраги
- D. Гиперандрогения

✓

16. Какой маркер повышается при дисгерминоме?

- A. СА-125
- B. ЛДН
- C. АФР
- D. СЕА

✓

17. Какие органы чаще поражаются при имплантационном метастазировании?

- A. Печень (паренхимал)
- B. Плевра

E. Фолликулярный сарма

D. Легкие

✓

18. В каком возрасте пик эпителиального рака яичников?

- A. 10-20 лет
- B. 20-30 лет
- C. 40-50 лет
- D. 60-70 лет

✓

19. Какой рак яичников чаще всего гормонопродуцирующий?

- A. Светлоклеточный
- B. Дисгерминома
- C. Гранулезоклеточный
- D. Мужинский

✓

20. Основной метод раннего выявления рака яичников в популяции:

- A. Скрининг СА-125
- B. Скрининг УЗИ
- C. Нет эффективных скрининговых методов
- D. Ежегодная КТ брюшной полости

✓

17/20

Рауниев К Жусуповий. 5-курс №6-1-21.

1. Самый частый гистологический тип рака эндометрия:

- A. Плоскоклеточный
- B. Эндометриальная аденокарцинома
- C. Саркома
- D. Сетлоклеточная хориомиома

✓

2. Основной фактор риска рака эндометрия:

- A. Малородство
- B. Курение
- C. Гиперэстрогения
- D. Ранняя менопауза

✓

3. Какой тип рака чувствителен к гормонам (тип D):

- A. Серозный
- B. Сетлоклеточный
- C. Эндометриальный
- D. Карцинома

✓

4. Какой симптом — самый ранний и частый при раке матки?

- A. Боль внизу живота
- B. Кровянистые выделения после менопаузы
- C. Ацидоз
- D. Лейкоциты

✓

5. Какой маркер иногда повышен при раке эндометрия?

- A. AFP
- B. CA-125
- C. HCG
- D. LDH

✓

6. Какое исследование является "золотым стандартом" диагностики?

- A. УЗИ
- B. ПЭТ-КТ
- C. Гистеро-биопсия эндометрия
- D. Онкомаркеры

✓

7. Какая толщина эндометрия у постменопаузальной женщины подозрительна на рак?

- A. > 3 мм
- B. > 4 мм
- C. > 5 мм
- D. > 7 мм

✓

8. Основная стандартная система рака эндометрия:

- A. TNM
- B. FIGO
- C. WHO
- D. Bethesda

✓

9. Стадия FIGO II — это:

- A. Поражение только эндометрия
- B. Инвазия в миометрий < 50%
- C. Инвазия в миометрий > 50%
- D. Поражение шейки матки (строма)

✓

10. Что характерно для серозного рака эндометрия?

- A. Чаше у молодых
- B. Связан с ожирением
- C. Высокая агрессивность
- D. Высокая чувствительность к прогестерону

✓

11. Основной метод лечения рака эндометрия I стадии:

- A. Химиотерапия
- B. Гормонотерапия
- C. Хирургия
- D. Лучевая терапия

✓

12. Что включает стандартная операция?

- А. ТЛГ + лучевая терапия аднексальной
В. ТЛГ без придатков
С. Трубная стерилизация
Д. Радикальная гистерэктомия

✓

13. Какие лимфоузлы поражаются первыми?

- А. Подмышечные
 Б. Парааортальные
С. Паховые
Д. Шейные

✓

14. Для саркомы матки характерно:

- А. Возраст 20–30 лет
В. Очень медленный рост
 С. Быстрый рост опухоли
Д. Высокая гормональная зависимость

✓

15. Какой фактор ухудшает прогноз при эндометриальном раке?

- А. Низкая степень дифференцировки (G3)
В. Ожирение
С. Ранний возраст
 Д. Гипертония

✓

16. Тип II рака эндометрия включает:

- А. Эндометриальный
 Б. Серозный и светлоклеточный
С. Муцинозный
Д. Метастатический

✓

17. Какой метод используется для оценки глубины инвазии перед операцией?

- А. Рентген
 Б. МРТ малого таза
С. КТ брюшной полости
Д. Гистеросальпингография

✓

18. Основной симптом саркомы матки:

- А. Асцит
 Б. Увеличение матки в постменопаузе
С. Галакторея
Д. Резкая боль в момент "перекрута"

✓

19. Гормон, играющий ключевую роль в патогенезе типа I рака:

- А. Прогестерон
 Б. Эстроген
С. Тестостерон
Д. Кортизол

✓

20. Какой режим лечения применяется при неоперабельном раке матки?

- А. Только химиотерапия
В. Только гормоны
 С. Комбинация — лучевая + химиотерапия
Д. Физическое

✓

19 / 20

Ваша работа Задача №1
19.8.1.21,

1. Самый частый гистологический тип рака яичников у взрослых женщины:

- A. Листеринома
- B. Саркоматоидная карцинома
- C. Высокодифференцированная серозная карцинома
- D. Низкодифференцированная серозная карцинома

✓

2. Какой маркер наиболее специфичен для эпителиального рака яичников?

- A. AFP
- B. CA-125
- C. HCG
- D. LDH

✓

3. Какой герминогенный рак чаще встречается у детей и подростков?

- A. Эмбриональный опухоль
- B. Дистерматома
- C. Текома
- D. Бреннер

✓

4. Какой признак считается характерным для поздних стадий рака яичников?

- A. Метрорраги
- B. Асцит
- C. Диспаруния
- D. Дрейкорс

✓

5. Наиболее частый путь метастазирования рака яичников:

- A. Лимфогенный
- B. Гематогенный
- C. Имплантационный по брюшине
- D. Нервный

✓

6. Для опухоли Крукенберга характерны метастазы:

- A. Из желудка
- B. Из шейки матки

✓

C. Из яичников
D. Из надпочечников

7. Стадия FIGO IIIС характеризуется:

- A. Метастазами в пренеплах тазу
- B. Макрметастазами вне таза > 2 см
- C. Плевральным выпотом с положительной цитологией
- D. Микроскопическими перитонеальными метастазами

✓

8. Какой метод диагностики наиболее информативен при подозрении на рак яичников?

- A. УЗИ ТА + ТВ
- B. ПЭТ-КТ
- C. Рентгенография таза
- D. Гинекологический осмотр

✓

9. Какой опухолевый маркер характерен для опухоли желточного мешка?

- A. CA-125
- B. AFP
- C. HCG
- D. СEA

✓

10. Основной метод лечения эпителиального рака яичников:

- A. Химиотерапия
- B. Хирургия + химиотерапия
- C. Лучевая терапия
- D. Гормонотерапия

✓

11. Что включает оптимальная циторедукция?

- A. Удаление матки
- B. Удаление яичников
- C. Отсутствие остаточной опухоли > 1 см
- D. ТОЛЬКО удаление большого сальника

12. Какой препарат входит в стандартную химиотерапию?

- A. Винкристин
- B. Паклитаксел + карбоплатин
- C. Ифосфамид
- D. Метотрексат

✓

13. Для светлоклеточного рака яичников часто характерно:

- A. Высокая чувствительность к химиотерапии
- B. Ассоциация с эндометриозом
- C. Высокая чувствительность к гормонам
- D. Часто возникает у детей

—

14. Для гранулезоклеточной опухоли характерно:

- A. Гиперандрогения
- B. Высокий уровень ингибина В
- C. Высокий уровень АФР
- D. Высокий уровень ЛДН

✓

15. Какой симптом чаще присутствует при дисгерминеоме?

- A. Асцит
- B. Быстро растущая опухоль
- C. Метрораги
- D. Гиперстроения

✓

16. Какой маркер повышается при дисгерминеоме?

- A. СА-125
- B. ЛДН
- C. АФР
- D. СЕА

✓

17. Какие органы чаще поражаются при имплантационном метастазировании?

- A. Печень (паренхима)
- B. Плевра

C. Большой сальник

✓

18. В каком возрасте пик эпителиального рака яичников?

- A. 10-20 лет
- B. 20-30 лет
- C. 40-50 лет
- D. 60-70 лет

19. Какой рак яичников чаще всего гормонопродуцирующий?

- A. Светлоклеточный
- B. Дисгерминеома
- C. Гранулезоклеточный
- D. Муцинозный

✓

20. Основной метод раннего выявления рака яичников в популяции

- A. Скрининг СА-125
- B. Скрининг УЗИ
- C. Нет эффективных скрининговых методов
- D. Ежегодная КТ брюшной полости

✓

17/20

АБЯДУАЖОМБОР. D

1. Самый частый гистологический тип рака яичников у взрослых женщин:

- A. Липомиома
- B. Светлоклеточная карцинома
- C. Высокодифференцированная серозная карцинома
- D. Низкодифференцированная серозная карцинома

✓

2. Какой маркер наиболее специфичен для эпителиального рака яичников?

- A. AFP
- B. CA-125
- C. HCG
- D. LDH

✓

3. Какой герминогенный рак чаще встречается у детей и подростков?

- A. Эндометриозная опухоль
- B. Дистермиома
- C. Текома
- D. Бреннер

✓

4. Какой признак считается характерным для поздних стадий рака яичников?

- A. Метрорагия
- B. Асцит
- C. Диспарегурия
- D. Джекорея

✓

5. Наиболее частый путь метастазирования рака яичников:

- A. Лимфогенный
- B. Гематогенный
- C. Имплантационный по брюшине
- D. Нервный

✓

6. Для опухоли Крукенберга характерны метастазы:

- A. Из желудка
- B. Из шейки матки

✓

С. Из яичника
D. Из подпочечников

7. Стадия FIGO III характеризуется:

- A. Метастазами в пределах таза
- B. Макрметастазами вне таза > 2 см
- C. Пилеарными выпотом с положительной цитологией
- D. Микроскопическими перитонеальными метастазами

✓

8. Какой метод диагностики наиболее информативен при подозрении на рак яичников?

- A. УЗИ ТА + ТВ
- B. ПЭТ-КТ
- C. Рентгенография таза
- D. Гинекологический осмотр

✓

9. Какой опухолевый маркер характерен для опухоли желточного мешка?

- A. CA-125
- B. AFP
- C. HCG
- D. CEA

✓

10. Основной метод лечения эпителиального рака яичников:

- A. Химиотерапия
- B. Хирургия + химиотерапия
- C. Лучевая терапия
- D. Гормонотерапия

✓

11. Что включает оптимальная циторедукция?

- A. Удаление матки
- B. Удаление яичников
- C. Отсутствие остаточной опухоли > 1 см
- D. ТОЛЬКО удаление большого сальника

✓

12. Какой препарат входит в стандартную химиотерапию?

- A. Винкристин
- B. Паклитаксел + карбоплатин
- C. Ифосфамид
- D. Метотрексат

✓

13. Для светлоклеточного рака яичников часто характерно:

- A. Высокая чувствительность к химиотерапии
- B. Ассоциация с эндометриозом
- C. Высокая чувствительность к гормонам
- D. Часто возникает у детей

✓

14. Для гранулезноклеточной опухоли характерно:

- A. Гиперандрогения
- B. Высокий уровень ингибина B
- C. Высокий уровень АФР
- D. Высокий уровень ЛДН

—

15. Какой симптом чаще присутствует при дисгерминоме?

- A. Асцит
- B. Базально растущая опухоль
- C. Метастазы
- D. Гиперэстрогения

✓

16. Какой маркер повышается при дисгерминоме?

- A. CA-125
- B. ЛДН
- C. АФР
- D. СЕА

✓

17. Какие органы чаще поражаются при метастатическим метастазированием?

- A. Печень (паренхима)
- B. Плевра

—

C. Большая сальник
D. Легкие

18. В каком возрасте пик эпигенетического рака яичников?

- A. 10-20 лет
- B. 20-30 лет
- C. 40-50 лет
- D. 60-70 лет

→

19. Какой рак яичников чаще всего гормональнопродуцирующий?

- A. Светлоклеточный
- B. Дисгерминома
- C. Гранулезноклеточный
- D. Муцинозный

✓

20. Основной метод раннего выявления рака яичников в популяции:

- A. Скрининг СА-125
- B. Скрининг УЗН
- C. Нет эффективных скрининговых методов
- D. Ежегодная КТ брюшной полости

✓

18 / 20

Ирина Яковлевна Савушкина

in 68 - 21.

1. Самый частый гистологический тип рака эндометрия:

- A. Плоскоклеточный
- B. Эндометриоидная аденокарцинома
- C. Саркома
- D. Светлоклеточная карцинома

2. Основной фактор риска рака эндометрия:

- A. Многоплодность
- B. Курение
- C. Гиперэстрогения
- D. Ранняя менопауза

3. Какой тип рака чувствителен к гормонам (тип I):

- A. Серозный
- B. Светлоклеточный
- C. Эндометриоидный
- D. Карциносаркома

4. Какой симптом — самый ранний и частый при раке матки?

- A. Боли внизу живота
- B. Кровавые выделения после менопаузы
- C. Асцит
- D. Лейкоциты

5. Какой маркер иногда повышен при раке эндометрия?

- A. AFP
- B. CA-125
- C. HCG
- D. LDH

6. Какое исследование является "золотым стандартом" диагностики?

- A. УЗИ
- B. ПЭТ-КТ
- C. Лайнел-биопсия эндометрия
- D. Онкомаркеры

7. Какая толщина эндометрия у постменопаузальной женщины подозрительна на рак?

- A. > 3 мм
- B. > 4 мм
- C. > 5 мм
- D. > 7 мм

8. Основная стандартизованная система рака эндометрия:

- A. TNM
- B. FIGO
- C. WHO
- D. Bethesda

9. Стадия FIGO II — это:

- A. Поражение только эндометрия
- B. Инвазия в миометрий < 50%
- C. Инвазия в миометрий > 50%
- D. Поражение шейки матки (строма)

10. Что характерно для серозного рака эндометрия?

- A. Чаще у молодых
- B. Связан с ожирением
- C. Высокая агрессивность
- D. Высокая чувствительность к прогестерону

11. Основной метод лечения рака эндометрия I стадии:

- A. Химиотерапия
- B. Гормонотерапия
- C. Хирургия
- D. Лучевая терапия

12. Что включает стандартная операция?

- А. ТЛГЭ + двусторонняя аднексэктомия
В. ТЭГЭ без придатков
С. Трубная стерилизация
Д. Радиальная гистерэктомия

13. Какие лимфоузлы поражаются первыми?

- А. Подмышечные
 В. Парааортальные
С. Паховые
Д. Шейные

14. Для саркомы матки характерно:

- А. Возраст 20-30 лет
В. Очень медленный рост
 С. Быстрый рост опухоли
Д. Высокая гормонозависимость

15. Какой фактор ухудшает прогноз при эндометриальном раке?

- А. Низкая степень дифференцировки (G3)
В. Ожирение
С. Ранний возраст
Д. Гипертония

16. Тип II рака эндометрия включает:

- А. Эндометриальный
 В. Серозный и светлоклеточный
С. Муцинозный
Д. Метастатический

17. Какой метод используется для оценки глубины инвазии перед операцией?

- А. Рентген
 В. МРТ малого таза
С. КТ брюшной полости
Д. Гистеросальпингография

18. Основной симптом саркомы матки:

- А. Асцит
 В. Увеличение матки в постменопаузе
С. Гематома
Д. Резкая боль в момент "перескрута"

19. Гормон, играющий ключевую роль в патогенезе типа I рака:

- А. Прогестерон
 В. Эстроген
С. Тестостерон
Д. Кортизол

20. Какой режим лечения применяется при неоперабельном раке матки

- А. Только химиотерапия
В. Только гормоны
 С. Комбинация — лучевая + химиотерапия
Д. Функционирование

20 / 18

1. Самый частый гистологический тип рака эндометрия:

- A. Плоскоклеточный
- B. Эндометриоидный аденокарцинома ✓
- C. Саркома
- D. Светлоклеточная карцинома ✓

2. Основной фактор риска рака эндометрия:

- A. Многоорожательность
- B. Курение
- C. Гиперэстрогения ✓
- D. Ранняя менопауза ✓

3. Какой тип рака чувствителен к гормонам (тип I):

- A. Серозный
- B. Светлоклеточный ✓
- C. Эндометриоидный
- D. Карциносаркома

4. Какой симптом — самый ранний и частый при раке матки?

- A. Боли внизу живота
- B. Кровянистые выделения после менопаузы ✓
- C. Асцит
- D. Лейкоз

5. Какой маркер иногда повышен при раке эндометрия?

- A. AFP
- B. CA-125 ✓
- C. HCG
- D. LDH

6. Какое исследование является "золотым стандартом" диагностики?

- A. УЗИ ✓
- B. ПЭТ-КТ
- C. Иммуно-биопсия эндометрия
- D. Онкомаркеры

7. Какая толщина эндометрия у постменопаузальной женщины подозрительна на рак?

- A. > 3 мм
- B. > 4 мм ✓
- C. > 5 мм
- D. > 7 мм

8. Основная стандартная система рака эндометрия:

- A. TNM
- B. FIGO ✓
- C. WHO
- D. Bethesda

9. Стадия FIGO II — это:

- A. Поражение только эндометрия
- B. Невозра в миометрий < 50% ✓
- C. Невозра в миометрий > 50%
- D. Поражение шейки матки (строма) ✓

10. Что характерно для серозного рака эндометрия?

- A. Чаше у молодых
- B. Связан с ожирением
- C. Высокая агрессивность ✓
- D. Высокая чувствительность к прогестерону

11. Основной метод лечения рака эндометрия I стадии:

- A. Химиотерапия
- B. Гормонотерапия ✓
- C. Хирургия
- D. Лучевая терапия

12. Что включает стандартная операция?

- А. ТЛГЭ + двусторонняя аднексэктомия
В. ТЛГЭ без придатков
С. Трубная стерилизация
Д. Радикальная гистерэктомия

13. Какие лимфоузлы поражаются первыми?

- А. Подмышечные
В. Парааортальные
 С. Паховые
Д. Шейные

14. Для саркомы матки характерно:

- А. Возраст 20-30 лет
В. Очень медленный рост
 С. Быстрый рост опухоли
Д. Высокая гормонозависимость

15. Какой фактор ухудшает прогноз при эндометриальном раке?

- А. Низкая степень дифференцировки (G3)
В. Ожирение
С. Ранний возраст
Д. Гемертопия

16. Тип II рака эндометрия включает:

- А. Эндометриальный
В. Серозный и светлоклеточный
С. Мужской
Д. Метастатический

17. Какой метод используется для оценки глубины инвазии перса операций?

- А. Рентген
В. МРТ малого таза
С. КТ брюшной полости
 Д. Гистеросальпингография

18. Основной симптом саркомы матки:

- А. Ацикл
В. Увеличение матки в постменопаузе
С. Гематорси
Д. Резкая боль в момент "пересуток"

19. Гормон, играющий ключевую роль в патогенезе типа I рака:

- А. Прогестерон
 В. Эстроген
С. Тестостерон
Д. Кортизол

20. Какой режим лечения применяется при неоперабельном раке матки?

- А. Только химиотерапия
В. Только гормоны
 С. Комбинация — лучевая + химиотерапия
Д. Физикальное

15/20

1. Самый частый гистологический тип рака яичников у взрослых женщин:

- A. Лигериннома
- B. Светлоклеточная карцинома
- C. Высокодифференцированная серозная карцинома
- D. Низкодифференцированная серозная карцинома

2. Какой маркер наиболее специфичен для эпителиального рака яичников?

- A. AFP
- B. CA-125
- C. HCG
- D. LDH

3. Какой герминогенный рак чаще встречается у детей и подростков?

- A. Эндокриноидная опухоль
- B. Дистериннома
- C. Тератома
- D. Бреннер

4. Какой признак считается характерным для поздних стадий рака яичников?

- A. Метастазы
- B. Асцит
- C. Диспаруния
- D. Лейкоцитоз

5. Наиболее частый путь метастазирования рака яичников:

- A. Лимфогенный
- B. Гематогенный
- C. Имплантационный по брюшине
- D. Нервный

6. Для опухоли Крукенберга характерны метастазы:

- A. Из желудка
- B. Из шейки матки

C. Из яичника
 D. Из подпочечников

7. Стадия FIGO III характерна для:

- A. Метастазов в пределах таза
- B. Метастазами вне таза > 2 см
- C. Перитонеальными выпотами с положительной цитологией
- D. Микрококцидными перитонеальными метастазами

8. Какой метод диагностики наиболее информативен при подозрении на рак яичников?

- A. УЗИ ТА + ТВ
- B. ПЭТ-КТ
- C. Рентгенография таза
- D. Гинекологический осмотр

9. Какой опухолевый маркер характерен для опухоли желточного мешка?

- A. CA-125
- B. AFP
- C. HCG
- D. CEA

10. Основной метод лечения эпителиального рака яичников:

- A. Химиотерапия
- B. Хирургия + химиотерапия
- C. Лучевая терапия
- D. Гормонотерапия

11. Что включает оптимальная циторедукция?

- A. Удаление матки
- B. Удаление яичников
- C. Отсутствие остаточной опухоли > 1 см
- D. ТОЛЬКО удаление большого сальника

12. Какой препарат входит в стандартную химиотерапию?

- A. Винорелстин
- B. Палипатасел + карбоплатин
- C. Ифосфамид
- D. Метотрексат

✓

13. Для светлоклеточного рака яичников часто характерно:

- A. Высокая чувствительность к химиотерапии
- B. Ассоциация с эндометриозом
- C. Высокая чувствительность к гормонам
- D. Часто возникает у детей

—

14. Для гридулцелоклеточной опухоли характерно:

- A. Гиперандрогения
- B. Высокий уровень ЛДН
- C. Высокий уровень АФР
- D. Высокий уровень ЛДН

✓

15. Какой симптом чаще присутствует при дисгерминоме?

- A. Асцит
- B. Быстро растущая опухоль
- C. Метрорагия
- D. Гиперстрегения

✓

16. Какой маркер повышается при дисгерминоме?

- A. СА-125
- B. ЛДН
- C. АФР
- D. СЕА

✓

17. Какие органы чаще поражаются при имплантационном метастазировании?

- A. Печень (паренхима)
- B. Плевра

- B. Большой сальник
- D. Легкое

✓

18. В каком возрасте пик эпигенетического рака яичников?

- A. 10-20 лет
- B. 20-30 лет
- C. 40-50 лет
- D. 60-70 лет

✓

19. Какой рак яичников чаще всего гормональнопродукующий?

- A. Светлоклеточный
- B. Дисгерминома
- C. Грдулцелоклеточный
- D. Муцинозный

✓

20. Основной метод раннего выявления рака яичников в популяции:

- A. Скрининг СА-125
- B. Скрининг УЗИ
- C. Нет эффективных скрининговых методов
- D. Ежегодная КТ брюшной полости

✓

18/20

ОПУХОЛИ ПИЩЕВОДА

1. Укажите местные симптомы рака пищевода:
а) боли за грудиной, похудание; б) дисфагия, боли за грудиной; в) дисфагия и гиперсаливация;
г) похудание, икота, дисфагия; д) осиплость голоса, общая слабость; е) дисфагия, икота, общая слабость.
2. Определите какую стенку не имеет пищевод:
а) слизистого; б) подслизистого; в) мышечного;
г) серозного; д) адвентициального.
3. Укажите проблему раннего распространения на средостение и несостоятельности анастомозов с пищеводом связаны с (со) ...
а) тонким слоем слизистой оболочки; б) отсутствием подслизистого слоя;
в) слабой васкуляризацией; г) отсутствием слизистого слоя; д) тонким мышечным слоем.
4. Укажите когда не развивается рака пищевода:
а) женщины болеют чаще, чем мужчины; б) частота рака выше в возрастной группе 50-60 лет;
в) частота рака выше среди коренных жителей Средней Азии; г) частота рака выше среди коренных жителей Севера; д) частота плоскоклеточного рака выше, чем железистого.
5. Укажите метод R-логически для выявления «малых форм» рака пищевода:
а) рентгенологического исследования с «густым» раствором бария; б) бронхоскопии;
в) рентгенологического исследования с жидким раствором бария; г) эзофагоскопии с браш-биопсией;
д) дыхательной полирентгенографии пищевода;
е) эксфолиативной цитодиагностики – щеточкой.
6. Укажите метод выявления при стенозе пищевода распространенность ракового процесса рентгенологически лучше оценить путем ...
а) рентгенологического исследования с «густым» раствором бария; б) бронхоскопии;
в) рентгенологического исследования с жидким раствором бария; г) эзофагоскопии с браш-биопсией;
д) дыхательной полирентгенографии пищевода;
е) эксфолиативной цитодиагностики – щеточкой.
7. Дайте определение термина «одинофагия»?
а) затрудненное глотание; б) болезненное глотание;
в) свободное глотание; г) безболезненное глотание;
д) задержка пищевого комка.
8. Определите каким путем можно исключить трахеозофагеальный свищ:
а) рентгенологического исследования с «густым» раствором бария; б) орофарингоскопии;
в) рентгенологического исследования с жидким раствором бария; г) эзофагоскопии с браш-биопсией;
д) дыхательной полирентгенографии пищевода;
е) эксфолиативной цитодиагностики - щеточкой.
9. Рак пищевода возникает чаще:
а) у мужчин; б) у женщин; в) у мальчиков; г) у девочек;
д) не связан с половыми признаками.
10. Найдите характерные клинические проявления начальных форм рака пищевода:
а) чувство «царапанья» за грудиной или прилипания пищи при проглатывании; б) осиплость голоса;
в) гиперсаливация; г) дисфагия II-III степени;
д) мучительный кашель, сопровождающийся кровохарканьем.
11. Дайте определение термина «дисфагия»?
а) затрудненное глотание; б) болезненное глотание;
в) свободное глотание; г) безболезненное глотание;
д) задержка пищевого комка в пищеводе.
12. Укажите метод R-логически о подвижности пищевода можно судить путем проведения ...
а) рентгенологического исследования с «густым» раствором бария; б) бронхоскопии;
в) рентгенологического исследования с жидким раствором бария; г) эзофагоскопии с браш-биопсией;
д) дыхательной полирентгенографии пищевода;
е) эксфолиативной цитодиагностики - щеточкой.
13. Определите участок слизистой оболочки пищевода белесоватого цвета:
а) эритроплакия; б) лейкокератоз; в) лейкоплакия;
г) хейлит; д) цервицит.
14. Наибольшую опасность рост опухоли за пределы стенки пищевода представляет поражение в области ...
а) средне-грудного отдела; б) ниже-грудного отдела;
в) выше-грудного отдела; г) начального отдела;
д) «розетки» кардии.
15. Отдалённые гематогенные метастазы при поражении верхних отделов пищевода чаще возникают в ...
(отметьте неправильный ответ)
а) лёгких; б) печени; в) костях; г) почках; д) головном мозге.
16. Рак пищевода следует подозревать у больного с ...
а) диспепсией; б) дисфагией; в) болями при глотании;
г) дисфонией; д) атрезией.
17. Повышение времени влияния содержимого желудка на пищевод приводит к ...
а) химическому раздражению слизистой оболочки пищевода; б) появлению рвоты;
в) мутагенному действию соляной кислоты;

увеличению длительности тошноты;

увеличению длительности воздействия канцерогенов на стенку пищевода.

Ведущим методом дифференциальной диагностики рака пищевода служат:

рентгеноконтрастное исследование; б) компьютерная томография; в) морфологическое исследование; г) МРТ; д) ЯМРТ; е) итронно-эмиссионная КТ.

Рак пищевода возникает из ... эпителия слизистой оболочки:

кубического; б) плоского; в) покровного; г) ресничного; д) железистого.

Найдите метод для гистологической верификация состояния слизистой оболочки пищевода

рентгенологического исследования с «густым» раствором бария; б) бронхоскопии;

дыхательной полирентгенографии пищевода;

орофарингоскопической цитодиагностики - щеточкой.

• Метод первичной диагностики рака пищевода:

компьютерная томография; б) рентгенография пищевода; в) орофарингоскопия с биопсией;

колоноскопия;

) подробный анамнез болезни и жизни больного.

2. Наиболее часто встречающимся симптомом доброкачественных опухолей пищевода являются ...

а) дисфагия; б) боль в глотке и полости рта;

в) респираторные нарушения; г) правильных ответов нет;

д) все ответы правильные.

23. Наиболее часто доброкачественные неэпителиальные новообразования пищевода встречаются в ... органа

а) нижней трети; б) средне-грудном отделе; в) верхней трети; г) начальном отделе;

д) встречаются одинаково часто во всех отделах.

24. Большинство внутрипросветных доброкачественных опухолей локализуется в ... пищевода

а) верхней половине; б) средней трети; в) нижней половине; г) абдоминальном сегменте;

д) встречаются с одинаковой частотой во всех отделах.

25. Основным методом диагностики доброкачественных опухолей пищевода является ...

а) рентгенологический; б) орофарингоскопический;

в) радиоизотопный; г) трахеобронхоскопия;

д) все ответы верны

1. Наиболее информативный метод для диагностики рака большого дуоденального соска:
 - а) гастродуоденоскопия; б) ангиография;
 - в) ультразвуковая томография;
 - г) ретроградная холецистопанкреатография;
 - д) чрескожно-чрезпечёночная холангиография.
2. При раке большого дуоденального соска II - III стадии возможны ...
 - а) непроходимость 12-перстной кишки; б) малые кровотечения; в) профузные кровотечения;
 - г) ранняя стойкая механическая желтуха; д) деформация антрального отдела желудка.
3. Желтуха при раке большого дуоденального соска возникает на фоне ...
 - а) сильных болей в правом подреберье; б) быстрого похудения; в) гастродуоденита;
 - г) увеличенной плотной печени; д) положительного симптома Курвуазье с умеренными болями.
4. Ретроградная панкреатохолангиография наиболее информативна при локализации опухоли в ...
 - а) теле; б) головке; в) хвосте; г) одинакова при всех локализациях; д) нет научно обоснованной информативности.
5. К опухолям АПУД-системы (рассеянная эндокринная система), не относится ...
 - а) гастринома; б) инсулинома; в) хемодектома и карциноид; г) мелкоклеточный рак лёгкого;
 - д) рак поджелудочной железы.
6. Рак поджелудочной железы встречается чаще у ...
 - а) мужчин; б) женщин; в) мальчиков; г) девочек; д) обоих полов одинаково.
7. Клинический минимум обследования при подозрении на рак поджелудочной железы при наличии желтухи включает ...
 - а) рентгеноскопию органов грудной клетки;
 - б) ирригографию; в) УЗИ органов грудной полости;
 - г) компьютерную томографию брюшной полости;
 - д) исследование мочи и кала на жёлчные пигменты.
8. Рак поджелудочной железы чаще поражает ...
 - а) головку; б) тело; в) хвост; г) с одинаковой частотой поражает все отделы; д) нет достоверных данных.
9. Нарастающая желтуха характерна для опухоли ... поджелудочной железы
 - а) фатерова соска; б) головки; в) тела; г) хвоста; д) все ответы правильные.
10. Каловые массы при желтухе на почве рака поджелудочной железы ...
 - а) обычного цвета; б) тёмно-коричневого цвета;
 - в) обесцвечены; г) светло-коричневого цвета;
 - д) закономерности не существует.
11. При поражении поджелудочной железы чаще всего встречаются:
 - а) солидные опухоли; б) малодифференцированные опухоли; в) плоскоклеточные формы рака;
 - г) аденокарцинома; д) саркома.
12. Возникновению рака поджелудочной железы способствует:
 - а) злоупотребление дистами; б) повышенное потребление белков; в) повышенное потребление жиров;
 - г) повышенное потребление углеводов; д) все перечисленное.
13. Для рака головки поджелудочной железы наиболее характерно:
 - а) желтуха; б) боль в эпигастальной области;
 - в) опоясывающие боли; г) повышение t° тела;
 - д) тромбозы периферических сосудов.
14. Цвет мочи при желтухе на почве рака поджелудочной железы ...
 - а) светло-жёлтый; б) тёмно-коричневый; в) соломенно-жёлтого; г) моча обесцвечена;
 - д) закономерности не существует.
15. Минимальный объём исследований при подозрении на опухоль поджелудочной железы ...
 - а) гастродуоденоскопия; б) МРТ; в) компьютерная томография;
 - г) рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки;
 - д) ультразвуковое исследование печени, поджелудочной железы и внепечёночных жёлчных путей.
16. Наиболее интенсивную боль наблюдают при раке ... поджелудочной железы
 - а) головки; б) тела; в) хвоста; г) всех отделов; д) болевой синдром не характерен;
17. Повышен риск развития рака поджелудочной железы при ...
 - а) язвенной болезни желудка; б) хроническом панкреатите;
 - в) язвенной болезни 12-перстной кишки; г) остром холецистите; д) кистозных образованиях железы.
18. Симптом Курвуазье при раке поджелудочной железы проявляется ...
 - а) резкой болезненностью увеличенного желчного пузыря;
 - б) увеличением желчного пузыря на фоне механической желтухи практически без болевого симптома;
 - в) увеличением печени на фоне механической желтухи;
 - г) механической желтухой;
 - д) болями при пальпации в области желчного пузыря на фоне желтухи.
19. Паранеопластический синдром, характерный для рака тела поджелудочной железы, проявляется ...
 - а) нейродермитами; б) гиперпигментацией кожи;
 - в) гемолитической анемией;
 - г) тромбозами периферических сосудов; д) васкулитами.

20. Симптом Курвуазье не возникает при ...

а) стенозе общего желчного протока; б) раке печеночного протока; в) холедохолитиазе; г) раке фатерова соска;

а) раке головки поджелудочной железы.

21. Для интраоперационного подтверждения рака поджелудочной железы необходимо ...

а) интраоперационная холангиография; б) дуоденотомия;

в) биопсия лимфоузла большого сальника; г) пункционная биопсия поджелудочной железы; д) вскрытие капсулы поджелудочной железы.

22. Во время операции по поводу опухоли поджелудочной железы её необходимо дифференцировать его с ...

а) острым холециститом; б) забрюшинной внеорганной опухолью; в) панкреонекрозом; г) хроническим индуративным панкреатитом; д) опухолью внепечёчных желчных протоков.

23. Выберите правильное местоположение большого дуоденального соска, через который обычно в 12-перстную кишку

открывается желчный и вирсунгов протоки:

а) в верхнем колене двенадцатиперстной кишки; б) на задней стенке; в) на медиальной стенке нисходящего отдела; г) на нижнем колене, д) на латеральной стенке нисходящего отдела.

ОПУХОЛИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

1. Анемия, лихорадка, слабость являются характерными для рака ...
 - а) печёночного угла толстого кишечника;
 - б) селезеночного угла толстого кишечника;
 - в) восходящего отдела ободочной кишки; г) поперечно-ободочной кишки; д) нисходящего отдела ободочной кишки.
2. Симптомокомплекс кишечной непроходимости является ведущим при раке ...
 - а) печёночного угла толстого кишечника;
 - б) селезеночного угла толстого кишечника;
 - в) восходящего отдела ободочной кишки; г) поперечно-ободочной кишки; д) нисходящего отдела ободочной кишки.
3. Какие из перечисленных признаков являются ранними симптомами рака прямой кишки:
 - а) похудание; б) анемия; в) запоры; г) боли в прямой кишке; д) выделение крови и слизи с каловыми массами.
4. Какие симптомы характерны для псевдовоспалительной формы рака ободочной кишки (укажите неправильный ответ):
 - а) пальпируемое образование в брюшной полости;
 - б) интоксикация; в) лейкоцитоз, ускоренная СОЭ;
 - г) повышение температуры тела; д) местное раздражение передней стенки брюшной полости.
5. Какие симптомы характерны для токсико-анемической формы рака ободочной кишки (укажите неправильный ответ)?
 - а) анемия; б) наличие опухоли в брюшной полости;
 - в) лейкоцитоз, ускоренная СОЭ; г) схваткообразные боли в животе; д) повышение температуры тела.
6. Какой симптом характерен для атипичной формы рака ободочной кишки:
 - а) пальпируемое образование в брюшной полости;
 - б) похудание; в) анемия;
 - г) схваткообразные боли в животе; д) неустойчивый стул.
7. Наиболее часто рак ободочной кишки локализуется в ...
 - а) слепой кишке; б) восходящем отделе; в) нисходящем отделе; г) поперечно-ободочном отделе;
 - д) сигмовидной кишке.
8. Наиболее ранними клиническими симптомами при раке верхне-ампулярного отдела прямой кишки являются ...
 - а) болевые ощущения; б) патологические примеси в кале; в) кровохарканье; г) перемежающийся стул;
 - д) частый водянистый стул.
9. С наибольшей частотой поражается злокачественной опухолью ...
 - а) ректосигмовидный отдел; б) надампулярный отдел;
 - в) анальный канал; г) ампулярный отдел;
 - д) кожа перианальной области.
10. При раке надампулярного отдела прямой кишки преобладают симптомы ...
 - а) болевых ощущений; б) интоксикации;
 - в) паранеоплазии; г) патологических выделений;
 - д) нарушения функций (запоры, поносы).
11. Наиболее частыми осложнениями рака ободочной кишки являются все нижеперечисленные, кроме ...
 - а) перфорация; б) периколит; в) острый панкреатит;
 - г) кровотечение; д) острая кишечная непроходимость.
12. Проведение пальцевого исследования прямой кишки эффективно в положении больного ...
 - а) на спине с согнутыми ногами; б) на боку с согнутыми ногами; в) в коленно-локтевом положении;
 - г) на корточках; д) в коленно-локтевом положении с переводом на корточки.
13. Наиболее часто отдалённые метастазы рака прямой кишки поражают ...
 - а) кости; б) печень; в) лёгкие; г) почки; д) головной мозг.
14. Укажите наиболее характерный опорный симптом для ампулярного отдела прямой кишки:
 - а) болевые ощущения; б) нарушение функций;
 - в) патологические выделения; г) интоксикация;
 - д) паранеоплазии.
15. Симптомом, характерным для рака правой половины ободочной кишки является ...
 - а) анемия; б) лейкопения; в) нейтрофилёз; г) лимфопения; д) тромбоцитопения.
16. Повышение риска развития толстого кишечника связано с потреблением пищи, богатой ...
 - а) грубой волокнистой клетчаткой; б) овощами и фруктами; в) растительным маслом; г) животными жирами; д) витамином «С».
17. Общим опорным симптомом для рака правой половины ободочной кишки является ...
 - а) факт наличия пальпируемого образования;
 - б) патологические выделения; в) общая интоксикация;
 - г) паранеоплазии; д) нарушение функции органа.
18. Первым и обязательным методом диагностики при раке прямой кишки является ...
 - а) ирригоскопия; б) компьютерная томография;
 - в) ректоскопия с биопсией; г) пальцевое исследование прямой кишки; д) фиброколоноскопия.
19. Первые клинические проявления рака прямой кишки - ...
 - а) непроходимость кишечника; б) примесь слизи в кале;
 - в) диарея; г) чувство неполного опорожнения кишечника; д) метеоризм.

20. Ранние симптомы рака восходящего отдела ободочной кишки ...

- а) кишечная непроходимость; б) наличие патологических примесей в кале; в) анемия; г) метеоризм;
- д) все перечисленное.

21. Кишечная непроходимость как осложнение рака ободочной кишки чаще наблюдается при локализации опухоли в ...

- а) восходящем отделе; б) поперечно-ободочной кишке;
- в) нисходящем отделе; г) сигмовидной кишке;
- д) частота развития кишечной непроходимости не зависит от локализации опухоли.

22. Сравнительно более частое развитие кишечной непроходимости при опухолях левой половины ободочной кишки обусловлено ...

- а) преобладанием опухолей с инфильтративным типом роста; б) более плотным содержимым кишки;
- в) нарушением моторной функции кишки вследствие прорастания ее стенки опухолью;
- г) воспалительным отеком кишечной стенки; д) всеми перечисленными факторами.

ОПУХОЛИ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА

1. Анемия, лихорадка, слабость являются характерными для рака ...
 - а) печёночного угла толстого кишечника;
 - б) селезеночного угла толстого кишечника;
 - в) восходящего отдела ободочной кишки; г) поперечно-ободочной кишки; д) нисходящего отдела ободочной кишки.
2. Симптомокомплекс кишечной непроходимости является ведущим при раке ...
 - а) печёночного угла толстого кишечника;
 - б) селезеночного угла толстого кишечника;
 - в) восходящего отдела ободочной кишки; г) поперечно-ободочной кишки; д) нисходящего отдела ободочной кишки.
3. Какие из перечисленных признаков являются ранними симптомами рака прямой кишки:
 - а) похудание; б) анемия; в) запоры; г) боли в прямой кишке; д) выделение крови и слизи с каловыми массами.
4. Какие симптомы характерны для псевдовоспалительной формы рака ободочной кишки (укажите неправильный ответ):
 - а) пальпируемое образование в брюшной полости;
 - б) интоксикация; в) лейкоцитоз, ускоренная СОЭ;
 - г) повышение температуры тела; д) местное раздражение передней стенки брюшной полости.
5. Какие симптомы характерны для токсико-анемической формы рака ободочной кишки (укажите неправильный ответ)?
 - а) анемия; б) наличие опухоли в брюшной полости;
 - в) лейкоцитоз, ускоренная СОЭ; г) схваткообразные боли в животе; д) повышение температуры тела.
6. Какой симптом характерен для атипичной формы рака ободочной кишки:
 - а) пальпируемое образование в брюшной полости;
 - б) похудание; в) анемия;
 - г) схваткообразные боли в животе; д) неустойчивый стул.
7. Наиболее часто рак ободочной кишки локализуется в ...
 - а) слепой кишке; б) восходящем отделе; в) нисходящем отделе; г) поперечно-ободочном отделе;
 - д) сигмовидной кишке.
8. Наиболее ранними клиническими симптомами при раке верхне-ампулярного отдела прямой кишки являются ...
 - а) болевые ощущения; б) патологические примеси в кале; в) кровохарканье; г) перемежающийся стул;
 - д) частый водянистый стул.
9. С наибольшей частотой поражается злокачественной опухолью ...
 - а) ректосигмовидный отдел; б) надампулярный отдел;
 - в) анальный канал; г) ампулярный отдел;
 - д) кожа перianальной области.
10. При раке надампулярного отдела прямой кишки преобладают симптомы ...
 - а) болевых ощущений; б) интоксикации;
 - в) паранеоплазии; г) патологических выделений;
 - д) нарушения функций (запоры, поносы).
11. Наиболее частыми осложнениями рака ободочной кишки являются все нижеперечисленные, кроме ...
 - а) перфорация; б) периколит; в) острый панкреатит;
 - г) кровотечение; д) острая кишечная непроходимость.
12. Проведение пальцевого исследования прямой кишки эффективно в положении больного ...
 - а) на спине с согнутыми ногами; б) на боку с согнутыми ногами; в) в коленно-локтевом положении;
 - г) на корточках; д) в коленно-локтевом положении с переводом на корточки.
13. Наиболее часто отдалённые метастазы рака прямой кишки поражают ...
 - а) кости; б) печень; в) лёгкие; г) почки; д) головной мозг.
14. Укажите наиболее характерный опорный симптом для ампулярного отдела прямой кишки:
 - а) болевые ощущения; б) нарушение функций;
 - в) патологические выделения; г) интоксикация;
 - д) паранеоплазии.
15. Симптомом, характерным для рака правой половины ободочной кишки является ...
 - а) анемия; б) лейкопения; в) нейтрофилёз; г) лимфопения; д) тромбоцитопения.
16. Повышение риска развития толстого кишечника связано с потреблением пищи, богатой ...
 - а) грубой волокнистой клетчаткой; б) овощами и фруктами; в) растительным маслом; г) животными жирами; д) витамином «С».
17. Общим опорным симптомом для рака правой половины ободочной кишки является ...
 - а) факт наличия пальпируемого образования;
 - б) патологические выделения; в) общая интоксикация;
 - г) паранеоплазии; д) нарушение функции органа.
18. Первым и обязательным методом диагностики при раке прямой кишки является ...
 - а) ирригоскопия; б) компьютерная томография;
 - в) ректоскопия с биопсией; г) пальцевое исследование прямой кишки; д) фиброколоноскопия.
19. Первые клинические проявления рака прямой кишки - ...
 - а) непроходимость кишечника; б) примесь слизи в кале;
 - в) диарея; г) чувство неполного опорожнения кишечника; д) метеоризм.
20. Ранние симптомы рака восходящего отдела ободочной кишки ...
 - а) кишечная непроходимость; б) наличие патологических примесей в кале; в) анемия; г) метеоризм;

д) все перечисленное.

21. Кишечная непроходимость как осложнение рака ободочной кишки чаще наблюдается при локализации опухоли в ...

- а) восходящем отделе; б) поперечно-ободочной кишке;
- в) нисходящем отделе; г) сигмовидной кишке;
- д) частота развития кишечной непроходимости не зависит от локализации опухоли.

22. Сравнительно более частое развитие кишечной непроходимости при опухолях левой половины ободочной кишки обусловлено ...

- а) преобладанием опухолей с инфильтративным типом роста; б) более плотным содержимым кишки;
- в) нарушением моторной функции кишки вследствие прорастания ее стенки опухолью;
- г) воспалительным отеком кишечной стенки; д) всеми перечисленными факторами.

ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА

1. Заподозрить малигнизацию язвы желудка позволяет следующий признак - ...
 - а) размеры язвенной ниши более 2-х см в диаметре;
 - б) снижение кислотности желудочного сока;
 - в) длительное существование язвенной ниши или её увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей;
 - г) глубина язвы до мышечного слоя; д) все ответы правильные.
2. Метастаз Вирхова следует расценивать как ...
 - а) гематогенный; б) имплантационный; в) ортоградный лимфогенный; г) ретроградный лимфогенный; д) метастазирование по протяжению.
3. Наибольшей информативностью в диагностике метастазов рака желудка в печень обладает ...
 - а) лапароскопия; б) ангиографическое исследование;
 - в) сканирование печени; г) ультразвуковая томография; д) рентгеновская компьютерная томография.
4. На уровень заболеваемости раком желудка влияют следующие факторы, кроме ...
 - а) пищевой фактор и режим питания; б) почвенно-климатические особенности;
 - в) местные изменения слизистой оболочки желудка;
 - г) фоновые заболевания, наследственный фактор;
 - д) семейное положение.
5. С наименьшей долей вероятности рак желудка возникает у больных с ...
 - а) ранее перенесенной резекцией желудка; б) анацидным гастритом; в) язвенной болезнью желудка;
 - г) хроническим смешанным гастритом; д) антральным ригидным гастритом.
6. Наиболее труден для диагностики рак ... желудка
 - а) кардиального отдела; б) дна; в) тела; г) выходного отдела; д) большой и малой кривизны.
7. Укажите эндоскопические признаки малигнизации полипа желудка:
 - а) умеренный рост полипа; б) гладкая поверхность полипа; в) кровоточивость;
 - г) гиперемия слизистой оболочки вокруг полипа; д) фиброзный налёт на поверхности полипа.
8. Для рака желудка антрального отдела нетипичным является:
 - а) изжога; б) тухлая отрыжка; в) рвота съеденной пищей; г) чувство дискомфорта после приема пищи;
 - д) облегчение после вызванной рвоты.
9. Для рака желудка кардиального отдела не характерен:
 - а) дисфагия; б) шум «плеска» натошак; в) срыгивание;
 - г) гиперсаливация; д) загрудинные боли.
10. Перечисленные ниже функции присущи для желудка, кроме ...
 - а) секреторная; б) экскреторная; в) моторно-эвакуаторная; г) всасывательная; д) кроветворная; е) резервуарная;
 - ж) бактерицидная; з) гормональная.
11. Фактор Кацла вырабатывается в железах, преимущественно расположенных в области:
 - а) тела желудка; б) свода желудка; в) большой кривизны; г) малой кривизны; д) пилорического отдела.
12. Жалобы на изжогу, отрыжку принятой пищей наблюдаются при ...
 - а) лейкоплакиях пищевода; б) недостаточности кардии;
 - в) раке пищевода; г) дивертикуле пищевода;
 - д) кардиоспазме.
13. При развитии рака желудка наблюдается повышенное содержание:
 - а) пепсиногена; б) соляной кислоты; в) молочной кислоты; г) фактора Кацла; д) амилазы.
14. Ниша при язвенной болезни желудка при рентгеноскопии отличается от ниши язвенно-инфильтративной формы рака желудка:
 - а) величиной более 2 см; б) приподнятым валиком вокруг ниши; в) сглаженностью складок вокруг;
 - г) выходом контуров ниши за пределы контура желудка;
 - д) отсутствием перистальтики в зоне, прилегающей к нише.

15. Опорный клинический симптом рака дна желудка связан с нарушением ... функции

- а) резервуарной; б) бактерицидной; в) защитной;
- г) кроветворной; д) моторно-эвакуаторной.

16. При опухолевом поражении тела желудка в первую очередь нарушается ... функция

- а) моторно-эвакуаторная; б) резервуарная; в) секреторная; г) кроветворная; д) бактерицидная (барьерная).

17. В перечисленной информации о раке желудка неверным является утверждение:

- а) частота рака желудка уменьшается в большинстве стран;
- б) частота рака желудка в Кыргызской Республике одна из самых высоких;
- в) во всех регионах мужчины заболевают чаще женщин;
- г) риск рака желудка выше у лиц с пониженным уровнем соляной кислоты;
- д) риск рака желудка повышен у лиц, имеющих А (II) группу крови.

18. Основные рекомендации по первичной профилактике рака желудка следующие, кроме ...

- а) принятие пищи не спеша; б) снижение потребления соленых и копченых продуктов;
- в) увеличение потребления зеленых овощей и фруктов;
- г) принятие пищи только в домашних условиях;
- д) отказ от крепких спиртных напитков или хотя бы сопровождать их принятия «содовой» или минеральной водой;

19. При опухолевом поражении дна или свода желудка в первую очередь нарушается ... функция.

- а) моторно-эвакуаторная; б) резервуарная; в) секреторная; г) кроветворная; д) бактерицидная (барьерная).

20. При опухолевом поражении пилоро-антрального отдела желудка в первую очередь нарушается ... функция

- а) моторно-эвакуаторная; б) резервуарная; в) секреторная; г) кроветворная; д) бактерицидная (барьерная).

21. При опухолевом поражении любого отдела желудка в первую очередь нарушается ... функция

- а) моторно-эвакуаторная; б) резервуарная; в) секреторная; г) кроветворная; д) бактерицидная (барьерная).

22. Немотивированная анемия встречается с большей частотой при поражении ... желудка

- а) кардиального отдела; б) дна и тела; в) малой кривизны; г) выходного отдела; д) большой кривизны.

23. Дисфагия встречается с большей частотой при поражении ... желудка

- а) кардиального отдела; б) дна и тела; в) малой кривизны; г) выходного отдела; д) большой кривизны.

ОПУХОЛИ КОЖИ. МЕЛАНОМА.

1. Укажите наиболее частую локализацию рака кожи:
а) лицо; б) шея; в) нижние конечности; г) туловище;
д) волосистая часть головы; е) верхние конечности;
2. Укажите наиболее характерные признаки перерождения пигментного невуса в меланому:
а) гиперемия кожи вокруг него; б) местная гипертермия; в) гладкая поверхность безизменения цвета;
г) боль в этой области; д) покалывающий зуд в этой области.
3. Укажите к какой группе повышенного риска в отношении рака кожи не относят лиц:
а) с темной кожей и карими глазами; б) с болезнью Педжета; в) с белой кожей и голубыми глазами;
г) с болезнью Боуэна; д) имеющих пигментную ксеродерму.
4. Определите наиболее опасный пигментный невус для развития меланомы:
а) пограничный; б) смешанный; в) внутридермальный;
д) голубой; д) юношеская меланома.
5. Укажите преимущественную локализацию рака кожи:
а) лицо; б) кисти рук; в) стопы; г) туловище;
д) конечности
6. Укажите причину развития рака кожи
а) продуктами переработки нефти; б) солнечной инсоляцией; в) красителями;
г) продуктами переработки каменного угля; д) папиллома-вирусом.
7. Перечислите признак нехарактерный для рака кожи:
а) постепенного прогрессирования; б) возвышающегося валика вокруг язвы;
в) появления углубления в центре бляшковидного образования;
г) отсутствия эффекта от лечения язвы кожи более 3 недель; д) сферической папулы, появившейся неделю назад.
8. Выберите доброкачественную опухоль кожи без риска малигнизации:
а) лентигомеланома; б) меланоз Дюбрейля;
в) пограничный невус; г) невус внутридермальный;
д) лентигинозная дисплазия.
9. Укажите функцию меланина защищающую подлежащие структуры кожи от воздействия:
а) ионизирующей радиации; б) теплового излучения;
в) УФ-излучения; г) γ -излучения; д) α -излучения.
10. Отметьте наиболее опасный тип невуса:
а) интрадермальный; б) приобретенный; в) врожденный; г) голубой; д) внутридермальный.
11. Определите факультативный предрак кожи:
а) дерматофибром; б) кератом; в) гемангиом; г) болезнь Боуэна; д) системная красная волчанка.
12. Укажите факультативный предрак кожи:
а) псориаз; б) глубокие микозы кожи; в) красный плоский лишай; г) атеромы; д) верно всё перечисленное.
13. Укажите всегда возникающий симптом на фоне меланоза Дюбрейля: а) базальноклеточный рак; б) плоскоклеточный рак; в) меланома кожи; г) саркома; д) дерматофиброматоз.
14. Выберите возраст в котором часто развивается плоскоклеточный рак кожи:
а) у детей и младенцев; б) в зрелом возрасте; в) в среднем возрасте; г) в пожилом возрасте;
д) в старческом возрасте.
15. Выберите возраст в котором редко развивается плоскоклеточный рак кожи:
а) молодом; б) среднем; в) пожилом; г) детородном;
д) старческом.
16. Укажите облигатные предраки кожи:
а) болезнь Толумушева; б) болезнь Педжета;
в) кератоакантому; г) экзема; д) псориаз.
17. Укажите факультативные предраки кожи:
а) кожный рог; б) витилиго; в) старческую кератому;
г) экзема; д) псориаз.
18. Определите вещества обладающие канцерогенным действием на кожу:
а) лучистые энергии; б) вещества, содержащие мышьяк;
в) производные каменноугольного дегтя и нефти;
г) все перечисленное; д) нет правильных ответов.
19. Укажите частую локализацию базальноклеточного рака кожи:
а) волосистой части головы; б) лица; в) верхних конечностей; г) туловища; д) нижних конечностей.
20. Выберите метод лечения: Больной Р, 59 лет, установлен диагноз рака кожи теменной области II A стадия.
а) короткодистанционная рентгенотерапия с энергией 60 Кэв;
б) короткодистанционная рентгенотерапия с энергией 100 Кэв; в) аппликационная гамматерапия

ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Укажите форму рака молочной железы, когда наблюдается симптом «лимонной корки»:
 - а) при всех формах; б) при рожистоподобной; в) при маститоподобной; г) при раке Педжета; д) при отечно-инфильтративной.
2. Определите форму рак молочной железы для которой характерна атрофия ткани.
 - а) всех; б) узловой; в) рожистоподобной; г) маститоподобной; д) панцирной.
3. Выберите основной метод первичной диагностики рака молочной железы:
 - а) пальпация; б) маммография; в) УЗИ; г) цитология; д) гистология.
4. Укажите продукт повышенного риска развития рака молочной железы:
 - а) грубой волокнистой клетчаткой; б) овощами и фруктами; в) растительным маслом; г) животными жирами; д) витамином «С».
5. Укажите метод диагностики не используемый при увеличении подмышечных лимфоузлов при раке молочной железы:
 - а) УЗИ; б) маммография; в) цитологическое исследование биоптата лимфоузлов; г) тонкоигольная аспирационная биопсия подмышечных лимфоузлов под контролем УЗИ; д) регионарная лучевая терапия без подробного обследования.
6. Определите в каком положении проводится пальпация молочной железы:
 - а) стоя; б) лёжа; в) стоя и лёжа; г) под душем; д) сидя.
7. Укажите цель применения маммографии:
 - а) вспомогательный метод ранней диагностики; б) основной метод ранней диагностики; в) вспомогательный метод диагностики распространения; г) метод своевременной диагностики опухоли; д) основной метод диагностики распространения опухоли.
8. Выберите тактику лечения при отсутствии первичной опухоли в молочной железе и увеличении подмышечных лимфоузлов показано:
 - а) биопсия лимфоузлов для проведения гистологического и гистохимического исследования; б) регионарная лучевая терапия без подробного обследования; в) динамическая маммография; г) динамическое наблюдение 1 раз в 3 месяца; д) системная противоопухолевая полихимиотерапия.
9. Дайте определение скрытого рака молочной железы:
 - а) наличие отдалённых метастазов без определяемой клинически опухоли в железе; б) увеличение подмышечных лимфоузлов без определяемой клинически опухоли в железе; в) наличие отдалённых и регионарных метастазов рака; г) опухоль до 10 мм; д) опухоль до 15 мм.
10. Определите какое место занимает рак молочной железы:
 - а) первое место среди всех онкологических заболеваний у женщин; б) второе место среди всех онкологических заболеваний у женщин после рака шейки матки; в) второе место среди всех онкологических заболеваний у женщин после рака яичника; г) третье место среди всех онкологических заболеваний у женщин; д) первое место среди всех онкологических заболеваний.
11. Выберите основной метод первичной диагностики рака молочной железы:
 - а) пальпаторное определение опухоли; б) маммография; в) УЗИ молочных желёз; г) цитологическое исследование; д) самообследование молочных желёз.
12. Укажите пути метастаза рака молочной железы в яичники
 - а) лимфогенным; б) ретроградно-лимфогенным; в) гематогенным; г) имплантационным; д) внутрикожным.
13. Укажите пути метастазирования рака молочной железы:
 - а) лимфогенно; б) гематогенно; в) имплантационно; г) смешанно (лимфогенно + гематогенно); д) все ответы правильные.
14. Выявите регионарные лимфоузлы при локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах,
 - а) подмышечные лимфоузлы; б) парастернальные лимфоузлы; в) паховые лимфоузлы; г) подлопаточные лимфоузлы; д) подключичные лимфоузлы.
15. Укажите доброкачественную опухоль молочной железы:
 - а) узловатая фиброзно-кистозная мастопатия; б) диффузная мастопатия; в) фибroadенома; г) мастодиния; д) масталгия.
16. Укажите вследствие какого заболевания развивается диффузная фиброзно-кистозная мастопатия:
 - а) хронического аднексита; б) хронического гепатита; в) заболевания щитовидной железы; г) заболевания яичника; д) все ответы правильные.
17. Укажите результат развития плазмноклеточного мастита:
 - а) воспалительного процесса; б) возрастной инволюции молочных желёз; в) эктазии протоков; г) кисты молочных желёз; д) фиброза ткани молочной железы.
18. Укажите для проведения какого метода лечения определяется: рецептор стероидных гормонов:

а) лучевой терапии; б) гормонотерапии; в) химиотерапии; г) хирургического лечения молочной железы;
д) иммунотерапии.

19. Укажите доброкачественную опухоль молочной железы:

а) узловая фиброзно-кистозная мастопатия; б) диффузная мастопатия; в) фиброаденома; г) мастодиния;
д) масталгия.

20. Укажите форму рака молочной железы, когда наблюдается симптом «лимонной корки»:

а) при всех формах; б) при рожистоподобной; в) при маститоподобной; г) при раке Педжета;
д) при отечно-инфильтративной.

ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. Укажите форму рака молочной железы, когда наблюдается симптом «лимонной корки»:
а) при всех формах; б) при рожистоподобной; в) при маститоподобной; г) при раке Педжета;
д) при отечно-инфильтративной.
2. Определите форму рак молочной железы для которой характерна атрофия ткани.
а) всех; б) узловой; в) рожистоподобной;
г) маститоподобной; д) панцирной.
3. Выберите основной метод первичной диагностики рака молочной железы:
а) пальпация; б) маммография; в) УЗИ; г) цитология;
д) гистология.
4. Укажите продукт повышенного риска развития рака молочной железы:
а) грубой волокнистой клетчаткой; б) овощами и фруктами; в) растительным маслом; г) животными жирами;
д) витамином «С».
5. Укажите метод диагностики неиспользуемый при увеличении подмышечных лимфоузлов при раке молочной железы:
а) УЗИ; б) маммография; в) цитологическое исследование биоптата лимфоузлов;
г) тонкоигольная аспирационная биопсия подмышечных лимфоузлов под контролем УЗИ;
д) регионарная лучевая терапия без подробного обследования.
6. Определите в каком положении проводится пальпация молочной железы:
а) стоя; б) лёжа; в) стоя и лёжа; г) под душем; д) сидя.
7. Укажите цель применения маммографии:
а) вспомогательный метод ранней диагностики;
б) основной метод ранней диагностики;
в) вспомогательный метод диагностики распространения; г) метод своевременной диагностики опухоли;
д) основной метод диагностики распространения опухоли.
8. Выберите тактику лечения при отсутствии первичной опухоли в молочной железе и увеличении подмышечных лимфоузлов показано:
а) биопсия лимфоузлов для проведения гистологического и гистохимического исследования;
б) регионарная лучевая терапия без подробного обследования; в) динамическая маммография;
г) динамическое наблюдение 1 раз в 3 месяца;
д) системная противоопухолевая полихимиотерапия.
9. Дайте определение скрытого рака молочной железы:
а) наличие отдалённых метастазов без определяемой клинически опухоли в железе;
б) увеличение подмышечных лимфоузлов без определяемой клинически опухоли в железе;
в) наличие отдалённых и регионарных метастазов рака;
г) опухоль до 10 мм; д) опухоль до 15 мм.
10. Определите какое место занимает рак молочной железы:
а) первое место среди всех онкологических заболеваний у женщин; б) второе место среди всех онкологических заболеваний у женщин после рака шейки матки;
в) второе место среди всех онкологических заболеваний у женщин после рака яичника; г) третье место среди всех онкологических заболеваний у женщин;
д) первое место среди всех онкологических заболеваний.
11. Выберите основной метод первичной диагностики рака молочной железы:
а) пальпаторное определение опухоли; б) маммография;
в) УЗИ молочных желёз;
г) цитологическое исследование; д) самообследование молочных желёз.
12. Укажите пути метастаза рака молочной железы в яичники
а) лимфогенным; б) ретроградно-лимфогенным;
в) гематогенным; г) имплантационным; д) внутрикожным.
13. Укажите пути метастазирования рака молочной железы:
а) лимфогенно; б) гематогенно; в) имплантационно;
г) смешанно (лимфогенно + гематогенно);
д) все ответы правильные.
14. Выявите регионарные лимфоузлы при локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах,
а) подмышечные лимфоузлы; б) парастернальные лимфоузлы; в) паховые лимфоузлы;
г) подлопаточные лимфоузлы; д) подключичные лимфоузлы.
15. Укажите доброкачественную опухоль молочной железы:
а) узловатая фиброзно-кистозная мастопатия; б) диффузная мастопатия; в) фиброаденома; г) мастодиния;
д) масталгия.
16. Укажите вследствие какого заболевания развивается диффузная фиброзно-кистозная мастопатия:
а) хронического аднексита; б) хронического гепатита;
в) заболевания щитовидной железы;
г) заболевания яичника; д) все ответы правильные.
17. Укажите результат развития плазмноклеточного мастита:
а) воспалительного процесса; б) возрастной инволюции молочных желёз; в) эктазии протоков;
г) кисты молочных желёз; д) фиброза ткани молочной железы.
18. Укажите для проведения какого метода лечения определяется: рецептор стероидных гормонов:

в) лучевой терапии; б) гормонотерапии; в) химиотерапии; г) хирургического лечения молочной железы; д) иммунотерапии.

19. Укажите доброкачественную опухоль молочной железы:

- а) узловатая фиброзно-кистозная мастопатия; б) диффузная мастопатия; в) фибroadенома; г) мастодиния; д) масталгия.

20. Укажите форму рака молочной железы, когда наблюдается симптом «лимонной корки»:

- а) при всех формах; б) при рожистоподобной; в) при маститоподобной; г) при раке Педжета; д) при отечно-инfiltrативной.

ОПУХОЛИ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

- 1. Наиболее информативный метод для диагностики рака большого дуоденального соска:**
 - а) гастродуоденоскопия; б) ангиография;
 - в) ультразвуковая томография;
 - г) ретроградная холецистопанкреатография;
 - д) чрескожно-чрезпечёночная холангиография.
- 2. При раке большого дуоденального соска II - III стадии возможны ...**
 - а) непроходимость 12-перстной кишки; б) малые кровотечения; в) профузные кровотечения;
 - г) ранняя стойкая механическая желтуха; д) деформация антрального отдела желудка.
- 3. Желтуха при раке большого дуоденального соска возникает на фоне ...**
 - а) сильных болей в правом подреберье; б) быстрого похудения; в) гастродуоденита;
 - г) увеличенной плотной печени; д) положительного симптома Курвуазье с умеренными болями.
- 4. Ретроградная панкреатохолангиография наиболее информативна при локализации опухоли в ...**

поджелудочной железы:

 - а) теле; б) головке; в) хвосте; г) одинакова при всех локализациях; д) нет научно обоснованной информативности.
- 5. К опухолям АПУД-системы (рассеянная эндокринная система), не относится ...**
 - а) гастринома; б) инсулинома; в) хомодектома и карциноид; г) мелкоклеточный рак лёгкого;
 - д) рак поджелудочной железы.
- 6. Рак поджелудочной железы встречается чаще у ...**
 - а) мужчин; б) женщин; в) мальчиков; г) девочек; д) обоих полов одинаково.
- 7. Клинический минимум обследования при подозрении на рак поджелудочной железы при наличии желтухи включает ...**
 - а) рентгеноскопию органов грудной клетки;
 - б) ирригографию; в) УЗИ органов грудной полости;
 - г) компьютерную томографию брюшной полости;
 - д) исследование мочи и кала на жёлчные пигменты.
- 8. Рак поджелудочной железы чаще поражает ...**
 - а) головку; б) тело; в) хвост; г) с одинаковой частотой поражает все отделы; д) нет достоверных данных.
- 9. Нарастающая желтуха характерна для опухоли ... поджелудочной железы**
 - а) фатерова соска; б) головки; в) тела; г) хвоста; д) все ответы правильные.
- 10. Каловые массы при желтухе на почве рака поджелудочной железы ...**
 - а) обычного цвета; б) тёмно-коричневого цвета;
 - в) обесцвечены; г) светло-коричневого цвета;
 - д) закономерности не существует.
- 11. При поражении поджелудочной железы чаще всего встречаются:**
 - а) солидные опухоли; б) малодифференцированные опухоли; в) плоскоклеточные формы рака;
 - г) аденокарцинома; д) саркома.
- 12. Возникновению рака поджелудочной железы способствует:**
 - а) злоупотребление диетами; б) повышенное потребление белков; в) повышенное потребление жиров;
 - г) повышенное потребление углеводов; д) все перечисленное.
- 13. Для рака головки поджелудочной железы наиболее характерно:**
 - а) желтуха; б) боль в эпигастриальной области;
 - в) опоясывающие боли; г) повышение t° тела;
 - д) тромбозы периферических сосудов.
- 14. Цвет мочи при желтухе на почве рака поджелудочной железы ...**
 - а) светло-жёлтый; б) тёмно-коричневый; в) соломенно-жёлтого; г) моча обесцвечена;
 - д) закономерности не существует.
- 15. Минимальный объём исследований при подозрении на опухоль поджелудочной железы ...**
 - а) гастродуоденоскопия; б) МРТ; в) компьютерная томография;
 - г) рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки;
 - д) ультразвуковое исследование печени, поджелудочной железы и внепечёночных жёлчных путей.
- 16. Наиболее интенсивную боль наблюдают при раке ... поджелудочной железы**
 - а) головки; б) тела; в) хвоста; г) всех отделов; д) болевой синдром не характерен;
- 17. Повышен риск развития рака поджелудочной железы при ...**
 - а) язвенной болезни желудка; б) хроническом панкреатите;
 - в) язвенной болезни 12-перстной кишки; г) остром холецистите; д) кистозных образованиях железы.
- 18. Симптом Курвуазье при раке поджелудочной железы проявляется ...**
 - а) резкой болезненностью увеличенного желчного пузыря;
 - б) увеличением желчного пузыря на фоне механической желтухи практически без болевого симптома;
 - в) увеличением печени на фоне механической желтухи;
 - г) механической желтухой;
 - д) болями при пальпации в области желчного пузыря на фоне желтухи.
- 19. Паранеопластический синдром, характерный для рака тела поджелудочной железы, проявляется ...**
 - а) нейродермитами; б) гиперпигментацией кожи;
 - в) гемолитической анемией;
 - г) тромбозами периферических сосудов; д) васкулитами.

Симптом Курвуазье не возникает при ...

а) стенозе общего желчного протока; б) раке печеночного протока; в) холедохолитиазе; г) раке фатерова соска; д) раке головки поджелудочной железы.

21. Для интраоперационного подтверждения рака поджелудочной железы необходимо ...

а) интраоперационная холангиография; б) дуоденотомия; в) биопсия лимфоузла большого сальника; г) пункционная биопсия поджелудочной железы; д) вскрытие капсулы поджелудочной железы.

22. Во время операции по поводу опухоли поджелудочной железы её необходимо дифференцировать его с ...

а) острым холециститом; б) забрюшинной внеорганной опухолью; в) панкреонекрозом; г) хроническим индуративным панкреатитом; д) опухолью внепечёночных желчных протоков.

23. Выберите правильное местоположение большого дуоденального соска, через который обычно в 12-перстную кишку открывается желчный и вирсунгов протоки:

а) в верхнем колене двенадцатиперстной кишки; б) на задней стенке; в) на медиальной стенке нисходящего отдела; г) на нижнем колене, д) на латеральной стенке нисходящего отдела.