Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Саидов Заурбек Асланбекович
Должность: Ректор
Дата подписания: 16.10.2024 16:49:33
Уникальный программный ключ:
2e8339f3ca5e6a5b4531845a12d1bb5d1821f0ab

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«ЧЕЧЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.А. КАДЫРОВА»

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Кафедра « Госпитальная хирургия»

РАБОЧАЯ УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ОНКОЛОГИЯ»

Базовая часть, дисциплина «Онкология»

Направление подготовки (специальности)	**Онкология**
Код направления подготовки (специальности)	31.08.57
Квалификация выпускника	Врач –онколог
Форма обучения	Очная
Код дисциплины	Б1.Б.01

Грозный, 2024

Исакова Ф.С. Рабочая программа учебной дисциплины «Онкология» [Текст] / Сост. Ф.С. Исакова. – Грозный: ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова», 2024.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры госпитальной хирургии, рекомендована к использованию в учебном процессе (протокол № 1 от 5 сентября 2024 г.), составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по направлению подготовки (специальности) 31.08.57 «Онкология», утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 г. № 1100 и рабочим учебным планом по данному направлению подготовки.

© Исакова Ф.С., 2024.
© ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет имени А.А. Кадырова», 2024

Содержание

1	Цели и задачи освоения дисциплины	**4**
2	Место дисциплины (модуля) в структуре образовательной программы	**4**
3	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине (модулю), соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы	**4**
4	Трудоемкость дисциплины	**7**
5	Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических или астрономических часов и видов учебных занятий	**8**
6	Перечень учебно-методического обеспечения для самостоятельной работы обучающихся по дисциплине	**33**
7	Фонд оценочных средств для промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине	**34**
8	Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины	**178**
9	Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" (далее - сеть "Интернет"), необходимых для освоения дисциплины	**179**
10	Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины	**182**
11	Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине (модулю), включая перечень программного обеспечения и информационных справочных систем	**183**
12	Описание материально-технической базы, необходимой для осуществления образовательного процесса по дисциплине	**183**

1.ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫЫ

Цель - подготовка квалифицированного врача специалиста онколога, способного успешно решать профессиональные задачи в рамках квалификационной характеристики на основе достаточного объема теоретических знаний (общекультурных и профессиональных), умения провести дифференциально-диагностический поиск, владеющего полным объемом навыков профилактического, диагностического, лечебного, организационно-управленческого и реабилитационного плана для сохранения жизни и здоровья пациента.

Задачами подготовки является:

Готовность и способность грамотно использовать знания правовых и законодательных основ деятельности врача в профессиональной деятельности онколога;

Готовность и способность грамотно интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования;

Способность грамотно установить диагноз, провести дифференциальную диагностику на основе полученных теоретических знаний и владения диагностическим алгоритмом;

Обеспечение готовности самостоятельного выполнения навыков по оказанию помощи при неотложных состояниях;

Обеспечение готовности самостоятельного выполнения общеврачебных навыков и манипуляций;

Обеспечение готовности самостоятельного выполнения навыков и манипуляций по онкологии;

Практическая готовность к выполнению типичных операций;

Способность и возможность грамотно использовать современные методы клинических и инструментальных исследований, фармакотерапии, профилактики и реабилитации для лечения пациентов хирургического профиля;

Готовность и способность грамотно применять навыки социальной деятельности во взаимоотношениях с пациентами, их родственниками, медицинскими работниками.

2. Место дисциплины в структуре ОПОП.

Учебная дисциплина «Онкология» Б1.Б.01 в рамках специальности 31.08.57 относится к Базовой (общепрофессиональной) части Блока 1.

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

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы ***универсальные и профессиональные компетенции***

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации (ПК-8);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

По окончании обучения врач-онколог должен знать:

организацию медицинской службы гражданской обороны, основы трудового законодательства;

правила по охране труда и пожарной безопасности;

санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения;

знание и соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии.

основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;

общие вопросы организации в стране хирургической и онкологической помощи взрослому и детскому населению;

нормативные документы, регулирующие деятельность врача- онколога;

эпидемиологию онкологических заболеваний;

клиническую анатомию основных анатомических областей тела, закономерности метастазирования опухолей;

основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов и систем организма, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;

современные представления об этиологии опухолей, морфологических проявлениях предопухолевых процессов, морфологической классификации опухолей, механизмах канцерогенеза на уровне клетки, органа, организма;

общие и специальные методы исследования в онкологии, показания и противопоказания к применению эндоскопических, рентгенологических, радиоизотопных и др. методов, роль и значение биопсии в онкологии;

принципы, приемы и методы обезболивания в онкологии, вопросы интенсивной терапии и реанимации у взрослых и детей;

клиническую симптоматику, макро- и микроскопическую характеристику доброкачественных и злокачественных опухолей основных локализаций, их диагностику и принципы лечения; клиническую симптоматику пограничных состояний в онкологической клинике, диагностику предраковых состояний и заболеваний;

показания и противопоказания к применению лучевой терапии в предоперационном периоде и после операции;

принципы оказания неотложной помощи при всех острых состояниях, заболеваниях, травмах;

принципы рационального питания больных и, в первую очередь, при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде;

принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода;

вопросы временной и стойкой нетрудоспособности в онкологии, организации врачебной экспертизы;

организацию реабилитации онкологических больных в раннем после операционном периоде и при диспансерном наблюдении;

организацию диспансерного наблюдения за больными;

основы первичной и вторичной профилактики заболеваний, метод массового скрининга для выявления рака;

оборудование и оснащение операционных и палат интенсивной терапии; технику безопасности при работе с аппаратурой: хирургический инструментарий, применяемый при различных хирургических операциях;

формы и методы санитарного просвещения.

Врач-онколог должен уметь:

Уметь сформулировать диагноз онкологического заболевания с учетом данных клинико-

инструментального обследования в соответствии с требованиями классификации МКБ и TNM;
получить материал для морфологической верификации диагноза (цитологической, гистологической) из опухоли;
трактовать результатов лабораторных и инструментальных методов исследования:
общие клинические лабораторные и инструментальные методы исследования (общий клинический анализ крови; мочи; биохимический анализ крови; электрокардиография;
уточняющие методы исследования: электрокардиография с проведением функциональных нагрузочных проб (по показаниям); функция внешнего дыхания с проведением билатерального теста по Бергану; экскреторная функция почек;
специальные методы исследования: морфологические методы исследования (цитологический и гистологический); биологические маркеры в диагностике, скрининге и мониторинге опухолевых заболеваний;
инструментальные методы исследования: эндоскопический; рентгенологичский; компьютерная томография; ядерный магнитный резонанс; радионуклидный; ультразвуковой.
Оформить утвержденные формы учетно-отчетной документации.
выбирать наиболее эффективные методы лечения для каждого конкретного больного;
сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;
наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, для уточнения диагноза и получения достоверного результата;
рационально планировать алгоритмы комбинированного и комплексного лечения;
использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины) устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания;
анализировать результаты лечебно-диагностической работы с онкологическими больными;
содействовать организации профилактических осмотров по активному выявлению злокачественных новообразований.
самообучаться современным методам противораковой борьбы.
вести санитарно-просветительную работу среди населения.
изучить особенности организации специализированной помощи больным злокачественными опухолями различных локализаций в РФ.
изучить заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей различных локализаций, их место в структуре онкологических заболеваний, а также состояние диагностики и лечения злокачественных опухолей данных локализаций в РФ; запущенность, причины диагностических ошибок и пути их устранения. Основные ошибки в лечения больных этой группы и пути их устранения.
оптимизировать работу онкологической службы со структурами, занимающимися оказанием медицинской помощи при различных заболеваниях в общей лечебной сети (терапевтами, гастроэнтерологами, проктологами, урологами, педиатрами, отоларингологами, стоматологами, эндокринологами, окулистами, хирургами и др.).
организовать диспансерный учет у данной группы больных.
организовать социально-трудовую экспертизу онкологических больных.
владеть основами биологической, социальной, трудовой и психологической реабилитации онкологических больных.

Врач-онколог должен владеть:

этикой общения с онкологическими больными и их родственниками;
правовыми и законодательными по специальности: организация онкологической помощи; знание структуры онкологической службы и основных принципов здравоохранения, прав, обязанностей, ответственности; владение планированием и анализом своей работы, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами;
алгоритмом постановки диагноза, (первичная и уточняющая диагностика злокачественных опухолей);
анализом комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, позволяющих: диагностировать наличие злокачественной неоплазии; определить степень ее распространенности (клиническую стадию, клиническую группу); на основании полученных данных выработать индивидуальный план лечения больного (радикального, паллиативного, симптоматического); определить основные прогностические перспективы;

современными методами лечения. Сопоставляя строение и распространенность опухолевого процесса и противоопухолевую эффективность, функциональные нарушения, агрессивность предполагаемого лечения и возможности лечебного учреждения, врач онколог, на основании своих знаний вырабатывает адекватный план лечения для конкретного больного или рекомендует соответствующее лечебное учреждение;
основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.

Врач-специалист-онколог должен владеть практическими навыками:

Организация онкологической помощи в РФ
методом статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники);
методом проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания;
методом проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами
летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы;
методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации);
основами медицинской информатики и компьютерной техники;
методами ведения медицинской документации у онкологических пациентов (в стационаре, поликлинике);
Морфология опухолей
техникой пункционной и эксцизионной биопсии, маркировки и доставки биопсийного и операционного материала; оформлением документации для морфологического исследования.
Методы диагностики в клинической онкологии
методами операционной диагностики (биопсии опухоли) основными принципами постановки онкологического диагноза в соответствии с классификацией ВОЗ
Общие принципы лечения злокачественных опухолей.
техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях;
техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов
(включая использование инфузомата);
методами обезболивания у онкологических больных;
Опухоли головы и шеи
Владеть техникой выполнения следующих оперативных
вмешательств:
ларингофиссура;
половинная резекции языка;
удаление подчелюстной слюнной железы;
перевязка наружной сонной артерии;
биопсия опухолей головы и шеи и/или лимфатического узла шеи; резекция щитовидной железы.
Опухоли органов грудной клетки
Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
парастернальнаямедиастинотомия диагностическая торакотомия
биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях органов грудной клетки
Опухоли органов брюшной полости
Владеть техникой выполнения следующих оперативных
вмешательств:
гастростомия
еюностомия, колоностомия резекция тонкой кишки
биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях органов грудной клетки
Опухоли женских половых органов
Владеть техникой выполнения следующих оперативных
вмешательств:
конизация шейки матки;
овариэктомия;
криодеструкция шейки матки и опухолей вульвы; раздельное диагностическое выскабливание;
биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях женских половых органов.

Забрюшинные внеорганные опухоли
Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
- биопсия опухоли (лимфатического узла) при забрюшинных опухолях.
Опухоли мочеполовой системы
Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
орхфуникулэктомия;
трансуретральная резекция (ТУР);
ампутация полового члена;
биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях мочеполовой системы.
Опухоли молочной железы
Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
секторальная резекция молочной железы;
биопсия опухоли (лимфатического узла) при опухолях молочной железы.
Опухоли опорно-двигательного аппарата
Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
удаление доброкачественных и злокачественных опухолей мягких тканей;
ампутация и экзартикуляция пальца, верхней и нижней конечности.
Опухоли кроветворной системы:
техникой выполнения биопсии лимфатического узла; техникой разведения и инфузии (включая использование инфузомата) противоопухолевых лекарственных препаратов; техникой выполнения пункции костного мозга и трепанобиопсии подвздошной кости
техникой выполнения люмбальной пункции;
Опухоли кожи
Владеть техникой выполнения следующих оперативных вмешательств:
иссечение доброкачественных и злокачественных опухолей кожи
кожная пластика (свободным кожным лоскутом).

4. Трудоемкость дисциплины.
Общая трудоемкость дисциплины составляет 28 зачетных единиц (1008 часов).

4.1. Структура дисциплины.

Форма работы обучающихся/Виды учебных занятий	**Трудоемкость, часов**
Контактная аудиторная работа обучающихся с преподавателем:	**1008**
Лекции (Л)	**18**
Практические занятия (ПЗ)	**336**
Самостоятельная работа	**654**
Лабораторная работа (ЛР)	
Курсовой проект (КП), курсовая работа (КР)[1]	
Расчетно-графическое задание (РГЗ)	
Реферат (Р)	
Эссе (Э)	
Виды итогового контроля –сертификационный экзамен	**36**

5. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Ведение больных по представленным в таблице темам для клинических ординаторов является обязательным.

5.1.Содержание разделов дисциплины

Код компетенции	Наименование разделов и тем дисциплины	Краткое содержание разделов и тем.
1	2	3
УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12	Раздел 1.Общие вопросы онкологии	1.Организация онкологической службы. Статистика и эпидемиология. Диспансерный принцип организации онкологической службы РФ, функции и задачи. Организация лечебно-профилактической помощи населению. Онкологические кабинеты ЛПУ, смотровые кабинеты, функции и задачи. Клинические группы. Онкологический диспансер, функции и задачи. Понятие о канцеррегистре. Формы отчетной документации по онкологии. Распространенность злокачественных новообразований. Структура онкологической заболеваемости. Понятие о первичной и вторичной профилактике рака. Основные показатели онкологической службы. 2.Биология опухолевого роста. Патогенез клинических симптомов. Канцерогенез. Современное представление о морфогенезе опухолей. Биологические виды и анатомические формы роста опухолей. Метастазирование. Рецидивирование. 3.Методы диагностики в онкологии. Лабораторные, лучевые, эндоскопические методы диагностики опухолей. Радионуклидная диагностика. Онкомаркеры. 4.Основные принципы лечения злокачественных новообразований. Принципы хирургического, комбинированного и комплексного лечения злокачественных новообразований. Принципы и методы лучевой терапии злокачественных опухолей. Принципы лекарственной терапии онкологических заболеваний. Паллиативная помощь.
УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12	Раздел 2.Опухоли головы и шеи	1.Рак губы и слизистой оболочки полости рта: заболеваемость и смертность, этиология и факторы риска, предраковые заболевания, клиническая и морфологическая классификации, клинические проявления ранних и поздних форм, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 2. Злокачественные опухоли слюнных желез: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и факторы риска, современные классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.

Код компетенции	Наименование разделов и тем дисциплины	Краткое содержание разделов и тем.
1	2	3
		3.Опухоли гортани: современные классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 4. Опухоли глотки: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления в зависимости от локализации и распространения опухолевого процесса, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 5. Злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 6. Опухоли щитовидной железы: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и факторы риска, предраковые заболевания, современные классификации, клинические проявления в зависимости от локализации и распространения опухолевого процесса, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.
УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12	Раздел 3. Опухоли органов грудной клетки	1. Рак легкого: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и факторы риска, доброкачественные опухоли и предраковые заболевания, паранеопластические синдромы, современные классификации, клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения (хирургическое, комбинированное, комплексное лечение), показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 2. Опухоли плевры: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления в

Код компетенции	Наименование разделов и тем дисциплины	Краткое содержание разделов и тем.
1	2	3
		зависимости от морфологической формы опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 3. Опухоли средостения: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации опухолей и кист средостения, клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли, компрессионный синдром, паранеопластические синдромы, методы диагностики и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 4. Рак пищевода: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и факторы риска, фоновые и предраковые заболевания, современные классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.
УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12	Раздел 4. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства	1.Опухоли желудка: - эпителиальные и неэпителиальные доброкачественные опухоли желудка, принципы лечения; - злокачественные опухоли желудка: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и факторы риска, фоновые и предраковые заболевания, современные классификации, клинические проявления в зависимости от клинико-анатомической формы роста опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения, медицинская и социальная реабилитация больных раком желудка, врачебно-трудовая экспертиза. 2. Опухоли ободочной и прямой кишки: - доброкачественные колоректальные опухоли, принципы лечения; - злокачественные опухоли: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и факторы риска, фоновые и предраковые заболевания, современные классификации, клинические проявления в зависимости от клинико-анатомической формы роста опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного

Код компетенции	Наименование разделов и тем дисциплины	Краткое содержание разделов и тем.
1	2	3
		лечения, медицинская и социальная реабилитация больных раком желудка, врачебно-трудовая экспертиза. 3. Опухоли билиарнопанкреатодуоденальной зоны: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления в зависимости от клинико-анатомической формы роста опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 4. Опухоли поджелудочной железы: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления в зависимости от клинико-анатомической формы роста опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 5. Опухоли печени: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 6. Забрюшинные неорганные опухоли: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.
УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12	Раздел 5. Онкогинекология	1.Рак шейки матки: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология, патогенез, фоновые и предраковые заболевания, современные классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 2.Злокачественные опухоли яичников и маточных труб: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология,

Код компетенции	Наименование разделов и тем дисциплины	Краткое содержание разделов и тем.
1	2	3
		патогенез, современные классификации, клинические картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 3.Рак эндометрия и другие формы опухолей матки: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология, патогенез, фоновые и предраковые заболевания, современные классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 4.Рак влагалища и вульвы: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология, патогенез, фоновые и предраковые заболевания, современные классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 5.Трофобластическая болезнь: патогенетические типы, методы диагностики, современные методы лечения (химиотерапевтическое, лучевое, хирургическое лечение), реабилитация больных, состояние детей, рожденных от матерей, излеченных от трофобластической болезни. 6. Злокачественные опухоли и беременность: влияние опухоли на беременность и беременности на течение опухолевого процесса, метастазирование опухоли от матери к плоду, врачебная тактика при сочетании злокачественной опухоли и беременности в зависимости от срока беременности, беременность и роды после излечения злокачественных опухолей.
УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12	Раздел 6. Опухоли мочеполовой системы полового члена	1.Опухоли почек: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, факторы риска, патологическая анатомия, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.

Код компетенции	Наименование разделов и тем дисциплины	Краткое содержание разделов и тем.
1	2	3
		2.Опухоли лоханки и мочеточника: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клинические проявления опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 3.Опухоли мочевого пузыря: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клинические проявления опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 4.Рак предстательной железы: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клинические проявления опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 5.Опухоли яичка: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 6.Опухоли полового члена: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении,

Код компетенции	Наименование разделов и тем дисциплины	Краткое содержание разделов и тем.
1	2	3
		факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.
УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12	Раздел 7. Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата	1.Рак кожи: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 2.Меланома кожи: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 3.Опухоли опорно-двигательного аппарата: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 4.Опухоли мягких тканей: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.
УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12	Раздел 8. Опухоли молочной железы	1.Доброкачественные опухоли и дисгормональные гиперплазии молочных желез: этиология и патогенез, морфологическая классификация, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их

Код компетенции	Наименование разделов и тем дисциплины	Краткое содержание разделов и тем.
1	2	3
		использования, дифференциальная диагностика, методы лечения и диспансеризации. 2.Рак молочной железы: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, формы рака молочной железы, клиническая картина различных форм рака молочной железы, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, прогностические и предсказательные факторы, общие принципы лечения, показания к хирургическому методу (органосохраняющие, радикальные, паллиативные операции), комбинированное и комплексное лечение, принципы гормонотерапии, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.
УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12	Раздел 9. Опухоли кроветворной и лимфоидной системы	1.Лимфогранулематоз: заболеваемость, смертность, биологические особенности, клиническая и морфологическая классификации, клиническая картина и ее особенности в зависимости от морфологического варианта, стадии и наличия симптомов интоксикации, методы диагностики (лабораторные, морфологические, инструментальные, хирургические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, результаты лечения и прогноз, оценка эффективности проведенного лечения. 2.Злокачественные лимфомы: заболеваемость, смертность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина в зависимости от морфологической формы заболевания, методы диагностики (лабораторные, морфологические, инструментальные, хирургические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.
УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12	Раздел 10. Детская онкология	1.Нефробластома, нейробластома, ретинобластома: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина в зависимости от морфологической формы заболевания, методы диагностики и порядок их использования, дифференциальная

Код компетенции	Наименование разделов и тем дисциплины	Краткое содержание разделов и тем.
1	2	3
		диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 2.Болезнь Ходжкина и неходжкинские лимфомы: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина в зависимости от морфологической формы заболевания, методы диагностики и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 3.Острый лейкоз: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина в зависимости от морфологической формы заболевания, методы диагностики и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения. 4.Злокачественные опухоли костей и мягких тканей: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина в зависимости от морфологической формы заболевания, методы диагностики и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.

5.1. Разделы дисциплины, структурированные по темам с указанием количества академических часов и видов учебных занятий.

№ раздела	Наименование разделов	Количество часов				
		Всего	Контактная работа обучающихся			Внеаудиторная работа СР
			Лекции	ПЗ	Семинары работа в	

					отделении	
1	Раздел 1.Общие вопросы онкологии		2	-	32	**60**
2	Раздел 2.Опухоли головы и шеи		2	-	32	**60**
3	Раздел 3. Опухоли органов грудной клетки		2	-	34	**70**
4	Раздел 4. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства		2	-	34	**60**
5	Раздел 5. Онкогинекология		2	-	34	**60**
6	Раздел 6. Опухоли мочеполовой системы полового члена		2	-	34	**64**
7	Раздел 7.Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата		2	-	34	**70**
8	Раздел 8. Опухоли молочной железы		2	-	34	**70**
9	Раздел 9. Опухоли кроветворной и лимфоидной системы		-	-	34	**70**
10	Раздел 10. Детская онкология		2	-	34	**70**
Всего			**18**	**0**	**336**	**654**

Примечания:

1. Работа ординаторов в профильных отделениях осуществляется в соответствии со скользящим графиком по индивидуальному плану.
2. Семинарские занятия проводятся преимущественно в виде клинических разборов больных.
3. Работа в диагностических подразделениях (лабораториях, отделениях функциональной диагностики, эндоскопии и др.) проводится с отрывом и без отрыва от курации больных как регулярное участие ординаторов в обследовании своих больных.

Клинические практические занятия

№ раздела	**Наименование темы, ее краткое содержание**	**Количество часов**	**Форма проведения**
ПЕРВЫЙ ГОД ОБУЧЕНИЯ			
1	Общие вопросы онкологии	2	Лекция
2	Опухоли головы и шеи	2	Лекция
3	Опухоли органов грудной клетки	2	Лекция

№ раздела	Наименование темы, ее краткое содержание	Количество часов	Форма проведения
4	Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства	2	Лекция
5	Онкогинекология	2	Лекция
Итого за 1-ый год обучения		**10**	
ВТОРОЙ ГОД ОБУЧЕНИЯ			
1	Опухоли мочеполовой системы, полового члена	2	Лекция
2	Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата	2	Лекция
3	Опухоли молочной железы	2	Лекция
4	Опухоли кроветворной и лимфоидной системы	2	Лекция
Итого за 2-ой год обучения		**8**	
ВСЕГО		**18**	

№ раздела	Наименование темы, ее краткое содержание	Количество часов	Форма проведения
ПЕРВЫЙ ГОД ОБУЧЕНИЯ			
1	1.Организация онкологической службы. Статистика и эпидемиология. Диспансерный принцип организации онкологической службы РФ, функции и задачи. Организация лечебно-профилактической помощи населению. Онкологические кабинеты ЛПУ, смотровые кабинеты, функции и задачи. Клинические группы.	4	Семинар
2	Онкологический диспансер, функции и задачи. Понятие о канцеррегистре. Формы отчетной документации по онкологии. Распространенность злокачественных новообразований. Структура онкологической заболеваемости. Понятие о первичной и вторичной профилактике рака. Основные показатели онкологической службы.	4	Семинар
3	Биология опухолевого роста. Патогенез клинических симптомов. Канцерогенез. Современное представление о морфогенезе опухолей. Биологические виды и анатомические формы роста опухолей. Метастазирование. Рецидивирование.	4	Семинар
4	Методы диагностики в онкологии. Лабораторные, лучевые, эндоскопические методы диагностики опухолей. Радионуклидная диагностика. Онкомаркеры.	4	Семинар
5	Основные принципы лечения злокачественных новообразований. Принципы хирургического, комбинированного и комплексного лечения злокачественных новообразований.	4	Семинар
6	Принципы и методы лучевой терапии злокачественных опухолей. Принципы лекарственной терапии онкологических заболеваний. Паллиативная помощь.	6	Семинар
7	Рак губы и слизистой оболочки полости рта: заболеваемость и смертность, этиология и факторы риска, предраковые заболевания, клиническая и морфологическая классификации, клинические проявления ранних и поздних форм, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования.	6	Семинар
8	Рак губы. Дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	6	Семинар
9	Злокачественные опухоли слюнных желез: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и факторы риска, современные	6	Семинар

№ раздела	Наименование темы, ее краткое содержание	Количество часов	Форма проведения
	классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования,		
10	Злокачественные опухоли слюнных желез. Дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	6	Семинар
11	Опухоли гортани: современные классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования,	4	Семинар
12	Опухоли гортани: дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	4	Семинар
13	Опухоли глотки: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления в зависимости от локализации и распространения опухолевого процесса, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования,	4	Семинар
14	Опухоли глотки: дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	4	Семинар
15	Злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования.	4	Семинар
16	Злокачественные опухоли полости носа и придаточных пазух: дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	6	Семинар
17	Опухоли щитовидной железы: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и факторы риска, предраковые заболевания, современные классификации, клинические проявления в зависимости от локализации и распространения	6	Семинар

№ раздела	Наименование темы, ее краткое содержание	Количество часов	Форма проведения
	опухолевого процесса, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования.		
18	Опухоли щитовидной железы: дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	6	Семинар
19	Рак легкого: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и факторы риска, доброкачественные опухоли и предраковые заболевания, паранеопластические синдромы, современные классификации, клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования.	6	Семинар
20	Рак легкого: дифференциальная диагностика, современные методы лечения (хирургическое, комбинированное, комплексное лечение), показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	6	Семинар
21	Опухоли плевры: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика.	4	Семинар
22	Опухоли плевры: дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	4	Семинар
23	Опухоли средостения: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации опухолей и кист средостения, клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли, компрессионный синдром, паранеопластические синдромы, методы диагностики и порядок их использования, дифференциальная диагностика.	4	Семинар
24	Опухоли средостения: дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	4	Семинар

№ раздела	Наименование темы, ее краткое содержание	Количество часов	Форма проведения
25	Рак пищевода: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и факторы риска, фоновые и предраковые заболевания, современные классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования.	4	Семинар
26	Рак пищевода: дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного	6	Семинар
27	Опухоли желудка: - эпителиальные и неэпителиальные доброкачественные опухоли желудка, принципы лечения; - злокачественные опухоли желудка: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и факторы риска, фоновые и предраковые заболевания, современные классификации, клинические проявления в зависимости от клинико-анатомической формы роста опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения, медицинская и социальная реабилитация больных раком желудка, врачебно-трудовая экспертиза.	6	Семинар
28	Опухоли ободочной и прямой кишки: - доброкачественные колоректальные опухоли, принципы лечения; - злокачественные опухоли: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и факторы риска, фоновые и предраковые заболевания, современные классификации, клинические проявления в зависимости от клинико-анатомической формы роста опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения, медицинская и социальная реабилитация больных раком желудка, врачебно-трудовая экспертиза.	6	Семинар
29	Опухоли билиарнопанкреатодуоденальной зоны: заболеваемость, смертность, запущенность,	6	Семинар

№ раздела	Наименование темы, ее краткое содержание	Количество часов	Форма проведения
	современные классификации, клинические проявления в зависимости от клинико-анатомической формы роста опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.		
30	4. Опухоли поджелудочной железы: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления в зависимости от клинико-анатомической формы роста опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	6	Семинар
31	Опухоли печени: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	4	Семинар
32	Забрюшинные неорганные опухоли: заболеваемость, смертность, запущенность, современные классификации, клинические проявления опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	4	Семинар
33	1.Рак шейки матки: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология, патогенез, фоновые и предраковые заболевания, современные классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их	4	Семинар

№ раздела	Наименование темы, ее краткое содержание	Количество часов	Форма проведения
	использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.		
34	Злокачественные опухоли яичников и маточных труб: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология, патогенез, современные классификации, клинические картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	4	Семинар
35	Рак эндометрия и другие формы опухолей матки: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология, патогенез, фоновые и предраковые заболевания, современные классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	4	Семинар
36	Рак влагалища и вульвы: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология, патогенез, фоновые и предраковые заболевания, современные классификации, клинические проявления ранних и распространенных форм, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	4	Семинар
37	Трофобластическая болезнь: патогенетические типы, методы диагностики, современные методы лечения (химиотерапевтическое, лучевое, хирургическое лечение), реабилитация больных, состояние детей, рожденных от матерей, излеченных от трофобластической болезни.	4	Семинар
38	Злокачественные опухоли и беременность: влияние опухоли на беременность и беременности на течение опухолевого процесса, метастазирование опухоли от матери к плоду, врачебная тактика при сочетании злокачественной опухоли и беременности в	4	Семинар

№ раздела	Наименование темы, ее краткое содержание	Количество часов	Форма проведения
	зависимости от срока беременности, беременность и роды после излечения злокачественных опухолей.		
Итого за 1-ый год обучения		**180**	
ВТОРОЙ ГОД ОБУЧЕНИЯ			
1	Опухоли почек: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, факторы риска, патологическая анатомия, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	8	Семинар
2	Опухоли лоханки и мочеточника: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клинические проявления опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	8	Семинар
3	Опухоли мочевого пузыря: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клинические проявления опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	8	Семинар
4	Рак предстательной железы: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клинические проявления опухоли, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	8	Семинар
5	Опухоли яичка: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики	8	Семинар

№ раздела	Наименование темы, ее краткое содержание	Количество часов	Форма проведения
	(инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.		
6	Опухоли полового члена: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	8	Семинар
7	Рак кожи: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	8	Семинар
8	Меланома кожи: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	8	Семинар
9	Меланома кожи: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования.	8	Семинар
10	Меланома кожи: дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	8	Семинар

№ раздела	Наименование темы, ее краткое содержание	Количество часов	Форма проведения
11	Опухоли опорно-двигательного аппарата: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования.	8	Семинар
12	Опухоли опорно-двигательного аппарата: дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	8	Семинар
13	Опухоли мягких тканей: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	6	Семинар
14	Доброкачественные опухоли и дисгормональные гиперплазии молочных желез: этиология и патогенез, морфологическая классификация, клиническая картина, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования, дифференциальная диагностика, методы лечения и диспансеризации.	6	Семинар
15	Рак молочной железы: заболеваемость, смертность, запущенность, этиология и патогенез, современные классификации, формы рака молочной железы, клиническая картина различных форм рака молочной железы, методы диагностики (инструментальные, морфологические) и порядок их использования.	8	Семинар
16	Рак молочной железы: дифференциальная диагностика, прогностические и предсказательные факторы, общие принципы лечения, показания к хирургическому методу (органосохраняющие, радикальные, паллиативные операции), комбинированное и комплексное лечение, принципы гормонотерапии, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	8	Семинар
17	Лимфогранулематоз: заболеваемость, смертность, биологические особенности, клиническая и морфологическая классификации, клиническая картина и ее особенности в	8	Семинар

№ раздела	Наименование темы, ее краткое содержание	Количество часов	Форма проведения
	зависимости от морфологического варианта, стадии и наличия симптомов интоксикации, методы диагностики (лабораторные, морфологические, инструментальные, хирургические).		
18	Лимфогранулематоз: дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, результаты лечения и прогноз, оценка эффективности проведенного лечения.	8	Семинар
19	Злокачественные лимфомы: заболеваемость, смертность, этиология и патогенез, современные классификации, клиническая картина в зависимости от морфологической формы заболевания, методы диагностики (лабораторные, морфологические, инструментальные, хирургические) и порядок их использования.	8	Семинар
20	Злокачественные лимфомы: дифференциальная диагностика, современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию, основные ошибки в диагностике и лечении, факторы прогноза, оценка эффективности проведенного лечения.	8	Семинар
Итого за 2-ой год обучения		**156**	
ВСЕГО		**336**	

5.3 Самостоятельная работа ординатора

Наименование темы или раздела	Вид самостоятельной внеаудиторной работы обучающихся, в том числе КСР	Оценочное средство	Кол-во часов	Код компетенции
Раздел 1.Общие вопросы онкологии	Работа с учебной и научной литературой, учебно-методическими пособиями. Работа на ПК в интернете, с электронными версиями учебно-методических пособий, с обучающими компьютерными программами. Решение ситуационных задач. Просмотр учебного кинофильма, видеоматериалов.	Самоконтроль по контрольным вопросам и тестовым заданиям. Собеседование с преподавателем. Разбор ситуационных задач. Зачет – контроль.	56	УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12

Наименование темы или раздела	Вид самостоятельной внеаудиторной работы обучающихся, в том числе КСР	Оценочное средство	Кол-во часов	Код компетенции
Раздел 2.Опухоли головы и шеи	Работа с учебной и научной литературой, учебно-методическими пособиями. Работа на ПК в интернете, с электронными версиями учебно-методических пособий, с обучающими компьютерными программами. Решение ситуационных задач. Просмотр учебного кинофильма, видеоматериалов.	Самоконтроль по контрольным вопросам и тестовым заданиям. Собеседование с преподавателем. Разбор ситуационных задач. Зачет – контроль.	54	УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8, 10,11,12
Раздел 3. Опухоли органов грудной клетки	Работа с учебной и научной литературой, учебно-методическими пособиями. Работа на ПК в интернете, с электронными версиями учебно-методических пособий, с обучающими компьютерными программами. Решение ситуационных задач. Просмотр учебного кинофильма, видеоматериалов.	Самоконтроль по контрольным вопросам и тестовым заданиям. Собеседование с преподавателем. Разбор ситуационных задач. Зачет – контроль.	54	УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,78,10 11,12
Раздел 4. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства	Работа с учебной и научной литературой, учебно-методическими пособиями. Работа на ПК в интернете, с электронными версиями учебно-методических пособий, с обучающими компьютерными программами. Решение ситуационных задач. Просмотр учебного кинофильма, видеоматериалов.	Самоконтроль по контрольным вопросам и тестовым заданиям. Собеседование с преподавателем. Разбор ситуационных задач. Зачет – контроль.	70	УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8, 10,11,12
Раздел 5. Онкогинекология	Работа с учебной и научной литературой, учебно-методическими пособиями.	Самоконтроль по контрольным вопросам и тестовым заданиям.	70	УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8, 10,11,12

Наименование темы или раздела	Вид самостоятельной внеаудиторной работы обучающихся, в том числе КСР	Оценочное средство	Кол-во часов	Код компетенции
	Работа на ПК в интернете, с электронными версиями учебно-методических пособий, с обучающими компьютерными программами. Решение ситуационных задач. Просмотр учебного кинофильма, видеоматериалов.	Собеседование с преподавателем. Разбор ситуационных задач. Зачет – контроль.		
Раздел 6. Опухоли мочеполовой системы полового члена	Работа с учебной и научной литературой, учебно-методическими пособиями. Работа на ПК в интернете, с электронными версиями учебно-методических пособий, с обучающими компьютерными программами. Решение ситуационных задач. Просмотр учебного кинофильма, видеоматериалов.	Самоконтроль по контрольным вопросам и тестовым заданиям. Собеседование с преподавателем. Разбор ситуационных задач. Зачет – контроль.	70	УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8, 10,11,12
Раздел 7. Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата	Работа с учебной и научной литературой, учебно-методическими пособиями. Работа на ПК в интернете, с электронными версиями учебно-методических пособий, с обучающими компьютерными программами. Решение ситуационных задач. Просмотр учебного кинофильма, видеоматериалов.	Самоконтроль по контрольным вопросам и тестовым заданиям. Собеседование с преподавателем. Разбор ситуационных задач. Зачет – контроль.	70	УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8, 10,11,12
Раздел 8. Опухоли молочной железы	Работа с учебной и научной литературой, учебно-методическими пособиями. Работа на ПК в интернете, с электронными версиями учебно-методических пособий, с обучающими	Самоконтроль по контрольным вопросам и тестовым заданиям. Собеседование с преподавателем. Разбор ситуационных задач. Зачет – контроль.	70	УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8, 10,11,12

Наименование темы или раздела	Вид самостоятельной внеаудиторной работы обучающихся, в том числе КСР	Оценочное средство	Кол-во часов	Код компетенции
	компьютерными программами. Решение ситуационных задач. Просмотр учебного кинофильма, видеоматериалов.			
Раздел 9. Опухоли кроветворной и лимфоидной системы	Работа с учебной и научной литературой, учебно-методическими пособиями. Работа на ПК в интернете, с электронными версиями учебно-методических пособий, с обучающими компьютерными программами. Решение ситуационных задач. Просмотр учебного кинофильма, видеоматериалов.	Самоконтроль по контрольным вопросам и тестовым заданиям. Собеседование с преподавателем. Разбор ситуационных задач. Зачет – контроль.	70	УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12
Раздел 10. Детская онкология	Работа с учебной и научной литературой, учебно-методическими пособиями. Работа на ПК в интернете, с электронными версиями учебно-методических пособий, с обучающими компьютерными программами. Решение ситуационных задач. Просмотр учебного кинофильма, видеоматериалов.	Самоконтроль по контрольным вопросам и тестовым заданиям. Собеседование с преподавателем. Разбор ситуационных задач. Зачет – контроль.	70	УК-1,2; ПК-1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12
ИТОГО:			**654**	

Дневник клинического ординатора

Сведения о проведенной работе ординатором регистрируются в своем дневнике, где отмечаются:

- перечень курируемых больных с указанием фамилии, номера истории болезни, основного диагноза, даты курации;
- перечень больных с неотложными состояниями (те же сведения);
- перечень выполненных за день диагностических исследований;
- перечень лечебных и диагностических манипуляций;
- перечень первично осмотренных больных;
- участие в конференциях, заседаниях научных обществ;

- участие в патологоанатомических вскрытиях;
- проработанная специальная литература.

Выполнение всех видов деятельности ординатора заверяется кафедральным куратором ординатора или заведующим отделением.

6.ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

Рекомендуемая литература

Основная литература

1. Онкология: Учебник / Л. З. Вельшер, Е.Г. Матякин, Т. К. Дудицкая, Б. И. Поляков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 512 с.: ил. Библиогр.: С. 511 - 512.

2. Онкология : национальное руководство / под ред. акад. РАМН В.И. Чиссова, акад. РАН и РАМН М.И. Давыдова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1072 с.

3. Онкология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 576 с.

4. Онкоурология: национальное руководство / Под ред. Чиссова В.И., Алексеева Б.Я., Русакова И.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 688 с. : ил.

5. Национальное руководство. Гематология. (Серия "Национальные руководства") Под ред. О. А. Рукавицына,ГЭОТАР,2015.-776с.

6. Национальное руководство. Маммология + CD (Серия "Национальные руководства") Под ред.В.П. Харченко, Н.И. Рожковой,ГЭОТАР,2009.-328с.

10. Атлас онкологических операций / Под ред .В. И. Чиссова. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008. - 632 с.: и 11. Сидоренко Ю. С. Очерки неотложной онкологии / Ю. С. Сидоренко. - СПб.: Изд.дом "Образование", 2006. - 192с.: ил. Библиогр.: с.188-190.

Дополнительная литература:

1. Ганцев Ш. Х. Руководство к практическим занятиям по онкологии: Учебное пособие для мед вузов / Ш. Х. Ганцев. - М.: МИА, 2007. - 416с.: ил. Библиогр.:с.413-414.

2. Препараты, методы и схемы иммунотерапии опухолей: Справочник / В. И. Новиков, А. А. Власов, В. И. Карандашов, И. Г. Сидорович. - М.: Медицина, 2006. - 152с. Библиогр.:с.147-149.

3. Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей / Под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга. - 3 - е изд., исправ. и доп. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 768 с. - (Библиотека врача - специалиста. Онкология).

4. Грушина Т. И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия: Руководство для врачей / Т. И. Грушина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 240с. Библиогр.:с.232-239.

5. TNM Атлас :Иллюстрированное руководство по TNM классификации злокачественных опухолей / К. Виттекинд, Ф. Л. Грин, Р. В. П. Хаттер, М. Климпфингер, Л.Х.Собин; Под ред. Ш. Х. Ганцева. - 5-е изд. - М.: МИА, 2007. - 408с.: ил. Библиогр.:с. V11.

6. Давыдов М. И. Онкология: Учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 920 с.: ил.

7. Новые методы в онкологической практике: материалы Российской научно-практической конференции с международным участием 25 - 26 июня 2013 г / Под ред. А. Ф. Лазарева, РАМН Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина, Алт. фил., Адм. Алтайского края ГУ по здравоохранению и фармацевтической деятельности, Алт. краевой онкологический диспансер, АГМУ. - Барнаул: АЗБУКА, 2013. - 269 с.

8. Профилактика и лечение злокачественных новообразований в современных условиях: Материалы Российской науч.-практ.конференции с междунар. участием 3-4 июля 2007г / Под ред. А. Ф. Лазарева, Рос. онкологический науч.центр им.Н.Н.Блохина, Алтайский филиал, Алтайский краевой онкологический диспансер, Администрация Алт.края, Гл.упр. по здравоохранению и фармац. деяте. - Барнаул: Б.и., 2007. - 400с.

9. Лазарев А. Ф. Региональные особенности распространения первично - множественных злокачественных новообразований / А. Ф. Лазарев, Я. Н. Шойхет, Е. Л. Секержинская. - Барнаул: АЗБУКА, 2011. - 183 с.: ил. Библиогр.: С. 159 - 182.

Средства обеспечения освоенных дисциплин:

пациенты клинических отделений и базовых поликлиник (КИЗ);

комплект муляжей;

кино-видео-компьютерные фильмы;
фотографии и слайды.

Учебные фильмы:

1.Симптомы онкозаболеваний а (диски DVD)
2. Химиотерапия (диски DVD),
3. Лучевая терапия (диски DVD)
4. Анатомия живота и груди. Лекция с видеороликами (диски DVD)
5. Операции на кишечнике (диски DVD)

7.ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

1. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки владений, умений, знаний, характеризующих этапы формирования компетенций процессе освоения образовательной программы с описанием шкал оценивания и методическими материалами, определяющими процедуру оценивания.

№ п/п	Контролируемые разделы дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства	
			вид	кол-во
1.	Общие вопросы онкологии	УК-2,3 ПК-10,11,12	Собеседование; Тест; Ситуационные задачи; Практические навыки; Экзаменационные материалы	38 52 17 9
2.	Опухоли головы и шеи	ПК-1,2,4,9	Собеседование; Тест; Ситуационные задачи; Практические навыки; Экзаменационные материалы	20 25 24 6
3.	Опухоли органов грудной клетки	ПК-1,2,4,9	Собеседование; Тест; Ситуационные задачи; Практические навыки; Экзаменационные материалы	20 31 10 2
4.	Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства	ПК-1,2,4,9	Собеседование; Тест; Ситуационные задачи; Практические навыки; Экзаменационные материалы	30 165 41 3
5.	Раздел 5. Онкогинекология	ПК-1,2,4,9	Собеседование; Тест; Ситуационные задачи; Практические навыки; Экзаменационные материалы	15 75 22 5
6.	Раздел 6. Опухоли мочеполовой системы полового члена	ПК-1,2,4,9	Собеседование; Тест; Ситуационные задачи; Практические навыки; Экзаменационные материалы	20 188 28 4
7.	Раздел 7.	ПК-1,2,4,9	Собеседование; Тест; Ситуационные задачи;	23 83

	Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата		Практические навыки; Экзаменационные материалы	22 4
8.	Раздел 8. Опухоли молочной железы	ПК-1,2,4,9	Собеседование; Тест; Ситуационные задачи; Практические навыки; Экзаменационные материалы	25 61 18 2
9.	Раздел 9. Опухоли кроветворной и лимфоидной системы	ПК-1,2,4,9	Собеседование; Тест; Ситуационные задачи; Практические навыки; Экзаменационные материалы	9 9 12 4
10.	Раздел 10. Детская онкология	ПК-1,2,4,9	Собеседование; Тест; Ситуационные задачи; Практические навыки; Экзаменационные материалы	13 199 13 9

Перечень оценочных средств

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представленность оценочного средства в ФОС
1	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по разделам дисциплины
2	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Комплект тестовых заданий
3	Ситуационные задачи	задания, выполняемые обучающимися по результатам пройденной теории, включающиеся в себя не вопрос - ответ, а описание осмысленного отношения к по лученной теории, либо применении дан ных теоретических знаний на практике	Комплект ситуационных задач
4	Практические навыки	Средство проверки сформированности у обучающихся компетенций в результате освоения дисциплины/практики	Перечень практических навыков
5	Экзаменационные материалы	Итоговое собеседование	Перечень вопросов к итоговому собеседованию

Вопросы для собеседования

по дисциплине «Онкология»

Раздел 1. Общие вопросы онкологии

1. Статистика онкологических заболеваний.
2. Состояние онкологической службы в России.
3. Задачи онкологической службы на современном этапе.
4. Современные представления о механизмах канцерогенеза.
5. Сравнительная оценка факторов, влияющих на заболеваемость раком. Понятие о канцерогенных агентах.
6. Основные критерии оценки диагностического компонента помощи онкологическим больным в учреждениях общей лечебной сети (показатель запущенности и одногодичной летальности).
7. Основные причины запущенности онкологической заболеваний.
8. Что включает в себя понятие «онкологической настороженности»?
9. Первичная и вторичная профилактика злокачественных новообразований.
10. Пути повышения эффективности методов раннего выявления злокачественных опухолей.
11. Критерии формирования групп повышенного онкологического риска. 12. Роль скрининга в ранней диагностике злокачественной патологии.
12. Организация работы врача-онколога в поликлинике.
13. Приказы РФ о работе врача-онколога.
14. Принципы диспансеризации больных со злокачественными новообразованиями, группы диспансерного наблюдения.
15. Онкологическая документация.
16. Порядок организации онкологической помощи в зависимости от типа лечебно-профилактического учреждения.
17. Структура онкологического диспансера. Основные направления работы и задачи онкологического диспансера.
18. Функции онкологического диспансера.
19. Директивные документы, регламентирующие деятельность онкологической службы РФ.
20. Задачи эндоскопической диагностики.
21. Эзофагогастродуоденоскопия. Показания и противопоказания.
22. Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, ретроградная панкреатохолангиоскопия, интестиноскопия. Показания, противопоказания, осложнения.
23. Ректороманоскопия. Фиброколоноскопия. Показания и противопоказания.
24. Фиброэпифарингоскопия. Бронхоскопия.
25. Эндоскопия в онкогинекологии. Кольпоскопия. Гистероскопия. Методики. Показания и противопоказания. Осложнения.
26. Эндоскопия в онкоурологии. Цистоскопия, хромоцистоскопия.
27. Медиастиноскопия. Диагностические возможности метода.
28. Торакоскопия. Показания к выполнению. Методика исследования.
29. Лапароскопия. Показания и противопоказания. Методика. Семиотика опухолевых поражений органов брюшной полости.
30. Роль морфологического метода исследования в онкологии.
31. Преимущества цитологического метода диагностики.
32. Этапы применения цитологического метода.
33. Задачи цитологического исследования.
34. Типы цитологических заключений.
35. Оценка цитологических заключений в клинике.
36. Схема цитологических исследований при комплексном диагностическом обследовании больных.
37. Достоверность цитологических исследований.
38. Гистологическое исследование в диагностике злокачественных новообразований. Современные методы гистологического исследования.

Раздел 2. Опухоли головы и шеи

1. Заболеваемость и смертность от рака нижней губы и полости рта в мире, России.
2. Факторы, влияющие на развитие рака нижней губы и полости рта.
3. Фоновые и предраковые заболевания рака нижней губы и полости рта.
4. Патологическая анатомия рака данной локализации.

5. Клинические формы рака нижней губы и полости рта и особенности метастазирования.
6. Классификация по системе TNM в зависимости от локализации.
7. Этапы и методы диагностики рака нижней губы и полости рта, значение морфологических методов.
8. Дифференциальная диагностика с предопухолевыми заболеваниями.
9. Стандарты лечения рака нижней губы и полости рта, включая комбинированное и комплексное.
10. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных раком нижней губы и полости рта.
11. Статистика рака щитовидной железы.
12. Факторы риска развития рака щитовидной железы.
13. Ранняя диагностика рака щитовидной железы.
14. Гистологической классификации опухолей щитовидной железы.
15. Классификация рак щитовидной железы по системе TNM.
16. Клинические особенности рака щитовидной железы в зависимости от морфологической структуры опухоли.
17. Диагностика и стадирование рака щитовидной железы.
18. Лечение рака щитовидной железы.
19. Осложнения хирургического лечения рака щитовидной железы.
20. Реабилитация и диспансерное наблюдение.

Раздел 3. Опухоли органов грудной клетки
1. Заболеваемость и смертность от рака пищевода в мире, России.
2. Факторы риска, влияющие на развитие рака пищевода.
3. Предопухолевые и фоновые заболевания пищевода.
4. Первичная и вторичная профилактика рака.
5. Классификация рака пищевода по TNM.
6. Клиническая картина рака пищевода в зависимости от локализации.
7. Диагностика (стандарты).
8. Лечебная тактика (стандарты).
9. Факторы прогноза. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных раком пищевода.
10. Заболеваемость и смертность от рака легкого в мире, России.
11. Факторы, влияющие на развитие рака легкого.
12. Активное выявление рака легкого: ежегодное флюорографическое
13. исследование, контроль больных в группах диспансерного наблюдения. 14. Фоновые и предраковые заболевания легких.
15. Патологическая анатомия рака легкого.
16. Классификация рака легкого по системе ТНМ.
17. Клинические проявления рака легкого (клинические формы). Характерные симптомы рака легкого (легочные, внелегочные, паранеопластические). Особенности клинических проявлений в зависимости от локализации и стадии процесса.
18. Особенности течения рака легкого в зависимости от возраста.
19. Диагностика рака легкого.
20. Лечение рака легкого в соответствии со стадией процесса.

Раздел 4. Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства
1. Активное выявление рака желудка: профилактические осмотры, анкетный метод, гастрофлюорография, формирование групп повышенного риска.
2. Фоновые и предраковые заболевания желудка.
3. Клинические проявления рака желудка (симптоматика раннего и поздних стадий рака). Особенности клинических проявлений в зависимости от локализации опухолевого процесса в желудке. Клинические формы рака желудка.
4. Диагностика и дифференциальная диагностика рака желудка.
5. Лечение рака желудка.
6. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных раком желудка.
7. Статистика, эпидемиология рака поджелудочной железы. Факторы риска.
8. Клинические формы рака поджелудочной железы.
9. Диагностика рака поджелудочной железы.
10. Лечение и прогноз рака поджелудочной железы.

11. Статистика, эпидемиология первичного рака печени. Факторы риска.
12. Клинические формы рака печени.
13. Диагностика рака печени.
14. Лечение и прогноз рака печени.
15. Диагностика и лечение вторичного рака печени
16. Статистика, эпидемиология, скрининг и ранняя диагностика колоректального рака.
17. Факторы риска колоректального рака.
18. Клиническая картина рака ободочной кишки.
19. Осложнения рака ободочной кишки.
20. Диагностика и стадирование рака ободочной кишки.
21. Лечение рака поперечно-ободочной кишки.
22. Методы ранней диагностики рака прямой кишки.
23. Классификация рака прямой кишки.
24. Современные принципы хирургического лечения колоректального рака.
25. Критерии выбора объема оперативного вмешательства при раке прямой кишки.
26. Актуальность проблемы первично-множественных злокачественных новообразований. Причины роста заболеваемости.
27. Определение понятия первичной множественности. Синхронные и метахронные опухоли.
28. Классификация первично-множественных злокачественных опухолей.
29. Причины ошибок в диагностике первично-множественных злокачественных новообразований.
30. Распределение первично-множественных злокачественных новообразований по системам.

Раздел 5. Онкогинекология

1. Статистика, эпидемиология первичного рака шейки матки. Факторы риска. 2. Клинические формы рака шейки матки.
3. Диагностика рака шейки матки.
4. Стадии процесса по отечественной классификации и в системе TNM.
5. Лечение и прогноз рака шейки матки.
6. Статистика, эпидемиология первичного рака эндометрия. Факторы риска. 7. Клинические формы рака эндометрия.
8. Диагностика рака эндометрия.
9. Стадии процесса по отечественной классификации и в системе TNM.
10. Лечение и прогноз рака эндометрия.
11. Статистика, эпидемиология первичного рака яичников. Факторы риска.
12. Клинические формы рака яичников.
13. Диагностика рака яичников.
14. Стадии процесса по отечественной классификации и в системе TNM.
15. Лечение и прогноз рака яичников.

Раздел 6. Опухоли мочеполовой системы полового члена

1. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей предстательной железы.
2. Возможность озлокачествления доброкачественной гиперплазии предстательной железы.
3. Международная классификация опухолей предстательной железы.
4. Гистологическая классификация опухолей предстательной железы.
5. Клиническая картина в зависимости от локализации, стадии и морфологической структуры.
6. Методы и этапы диагностики опухолей предстательной железы. Основные принципы комбинированного и комплексного лечения опухолей.
7. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных опухолями предстательной железы после лечения.
8. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей почек.
9. Возможность озлокачествления доброкачественных опухолей почек.
10. Международная классификация опухолей почек.
11. Гистологическая классификация опухолей почек.
12. Клиническая классификация и зависимость клинического течения от локализации, стадии и морфологической структуры.
13. Методы и этапы диагностики опухолей паренхимы и лоханки почки.
14. Основные принципы комбинированного и комплексного лечения опухолей почки.

15. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных опухолями почек после лечения.
16. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей мочевого пузыря.
17. Возможность озлокачествления доброкачественных опухолей мочевого пузыря (фиброэпителиомы, папилломы).
18. Международная классификация опухолей мочевого пузыря.
19. Гистологическая классификация опухолей мочевого пузыря.
20. Клиническая картина в зависимости от локализации, стадии и морфологической структуры.

Раздел 7. Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата

1. Статистика, эпидемиология первичного рака кожи. Факторы риска.
2. Клинические формы рака кожи.
3. Диагностика рака кожи.
4. Стадии процесса по отечественной классификации и в системе TNM.
5. Лечение и прогноз рака кожи.
6. Статистика, эпидемиология меланомы. Факторы риска.
7. Клинические формы меланомы.
8. Диагностика меланомы.
9. Стадии процесса по отечественной классификации и в системе TNM.
10. Лечение и прогноз меланомы. Заболеваемость и смертность от первичных злокачественных опухолей костей.
11. Возможность озлокачествления доброкачественных опухолей костей.
12. Международная классификация первичных злокачественных опухолей костей.
13. Гистологическая классификация первичных злокачественных опухолей костей.
14. Клиническая классификация и зависимость клинического течения от стадии и морфологической структуры.
15. Методы и этапы диагностики первичных злокачественных опухолей костей.
16. Основные принципы комбинированного и комплексного лечения первичных злокачественных опухолей костей.
17. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных первичными злокачественными опухолями костей после лечения.
18. Заболеваемость саркомами мягких тканей и возрастные особенности. 10. Факторы, способствующие возникновению сарком мягких тканей.
19. Патологоанатомическая характеристика сарком.
20. Особенности роста мягкотканых сарком, метастазирования и рецидивирования.
21. Диагностика мягкотканых сарком.
22. Дифференциальная диагностика мягкотканых сарком.
23. Выбор метода лечения в зависимости от локализации, гистоструктуры и степени дифференцировки.

Раздел 8. Опухоли молочной железы

1. Статистические данные по распространенности мастопатии среди женского населения.
2. Анатомия и физиология молочных желез.
3. Факторы, определяющие развитие дисгормональных гиперплазий молочной железы.
4. Клинико-морфологическая классификация дисгормональных гиперплазий.
5. Симптоматология узловых форм мастопатии.
6. Симптоматология диффузных форм мастопатии.
7. Диагностика дисгормональных гиперплазий.
8. Дифференциальная диагностика мастопатий.
9. Лечение дисгормональных гиперплазий молочной железы.
10. Диспансерное наблюдение больных с дисгормональными гиперплазиями молочных желез.
11. Заболеваемость и смертность от рака молочной железы в мире, России.
12. Факторы, влияющие на развитие рака молочной железы.
13. Патогенетические формы рака молочной железы
14. Активное выявление рака молочной железы: самообследование, профилактические осмотры в организованный коллективах, обследование больных в смотровых кабинетах поликлиник, контроль больных в группах диспансерного наблюдения.
15. Фоновые и предраковые заболевания молочной железы.
16. Патологическая анатомия рака молочной железы.

17. Пути распространения рака молочной железы
18. Классификация рака молочной железы по системе ТНМ
19. Клинические проявления рака молочной железы (клинические формы). Характерные кожные симптомы рака молочной железы. Особенности клинических проявлений в зависимости от локализации и стадии процесса.
20. Особенности течения рака молочной железы в зависимости от возраста.
21. Диагностика рака молочной железы
22. Дифференциальная диагностика рака молочной железы.
23. Осложнения рака молочной железы.
24. Лечение рака молочной железы:
25. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных раком молочной железы.

Раздел 9. Опухоли кроветворной и лимфоидной системы

1. Заболеваемость и смертность от лимфомы Ходжкина.
2. Факторы, влияющие на развитие лимфомы Ходжкина.
3. Патологическая анатомия лимфомы Ходжкина.
4. Классификация болезни Ходжкина в системе TNM.
5. Клинические проявления лимфомы Ходжкина. Особенности клинических проявлений в зависимости от локализации и стадии процесса.
6. Диагностика лимфомы Ходжкина.
7. Дифференциальная диагностика лимфомы Ходжкина.
8. Критерии определения прогностической группы больных.
9. Лечение лимфомы Ходжкина: объем лечебных мероприятий в зависимости от прогностической группы;
10. Диспансерное наблюдение и реабилитация больных лимфомой Ходжкина.

Раздел 10. Детская онкология

1. Определение понятий «опухоль» и «рак». Основные свойства опухолей (беспредельность роста, относительная автономность, клеточная атипия, метастазирование).
2. Этиология опухолей у детей. Внешние и генетические факторы. Причины возникновения индуцированных опухолей.
3. Пути метастазирования опухолей, этапы.
4. Организация онкопедиатрической службы. Группы диспансерного учета. 5. Учетные документы на онкобольных, сроки их оформления.
6. Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований в детском. Структура заболеваемости.
7. Группы повышенного риска по онкопатологии у детей.
8. Принципы деонтологии в онкопедиатрии.
9. Диагностический алгоритм в онкологии. Основная цель диагностических этапов. Виды биопсий.
10. Особенности диагностики опухолей у детей. Принципы онкологической настороженности педиатров.
11.Структура диагноза онкологического заболевания. Классификация TNM. Стадии.
12.Лечение злокачественных новообразований. Особенности лечения опухолей у детей.
13.Общие принципы хирургического лечения онкологических больных: абластика, антибластика, футлярность. Виды оперативных вмешательств. Особенности оперативных вмешательств у детей при опухолевой патологии.

Методические рекомендации по проведению собеседования:

Для подготовки к собеседованию, обучающемуся необходимо уделять больше внимание изучению не только лекционного материала, но и дополнительной,
в том числе и специальной, литературы и публикациями в специальных периодических изданиях. Для более эффективной работы с источниками обучающемуся предлагается осуществлять конспектирование рекомендованной литературы. В ходе собеседования преподавателем могут задаваться дополнительные и уточняющие вопросы.

Шкалы и критерии оценивания:

Оценка	**Критерии оценки**

«отлично»	выставляется обучающемуся, обнаружившему всестороннее, систематическое и глубокое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять задания, предусмотренные программой, усвоивший основную и знакомый с дополнительной литературой, рекомендованной программой; как правило, оценка «отлично» выставляется усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины и их значение для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.
«хорошо»	выставляется обучающемуся, обнаружившему полное знание учебно-программного материала, успешно выполняющему предусмотренные в программе задания, усвоившему основную литературу, рекомендованную в программе. Как правило, оценка «хорошо» выставляется обучающимся, показавшим систематический характер знаний по дисциплине и способным к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.
«удовлетворительно»	выставляется обучающемуся, обнаружившему знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учебы и предстоящей работы по профессии, справляющемуся с выполнением заданий, предусмотренных программой, знакомому с основной литературой, рекомендованной программой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется обучающимся, допустившим погрешности в ответе на зачете и при выполнении экзаменационных заданий, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.
«неудовлетворительно»	выставляется обучающемуся, обнаружившему пробелы в знаниях основного учебно-программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится обучающимся, которые не могут продолжить обучение или приступить к профессиональной деятельности по окончании вуза без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Комплект тестовых заданий
по дисциплине «Онкология»

Раздел (тема) дисциплины:	**Код формируемой компетенции:**
Раздел 1.Общие вопросы онкологии	**УК-2, 3; ПК-10, 11, 12**
1.Является ли морфологическое исследование обязательным при возникновении подозрения на опухоль: а) да б) нет **Эталон ответа а**	
2.В каких ситуациях можно выполнить пункционно-аспирационную биопсию а) при наличии опухолевого очага в молочной железе более 7мм в диаметре б) при наличии опухолевого очага в щитовидной железе 3мм в диаметре в) при наличии эрозии на поверхности кожи **Эталон ответа а**	
3.В каких ситуациях можно выполнить соскоб а) при наличии опухолевого очага в молочной железе более 10 мм в диаметре б) при наличии опухоли на поверхности кожи	

Эталон ответа б	
4.С целью дифференцировки доброкачественного и злокачественного процессов, при наличии выделений из соска молочной железы, сколько раз берется мазок и выполняется цитологическое исследование: а) достаточно одного раза б) двухкратно в) трехкратно **Эталон ответа в**	
5.Является ли диспансеризация больных предраком необходимым мероприятием: а) да б) нет **Эталон ответа а**	
6.Может ли ранний рак давать регионарные метастазы: а) да б) нет **Эталон ответа а**	
7.Могут ли злокачественные опухоли возникать у детей раннего возраста: а) да б) нет **Эталон ответа а**	
8.Является ли увеличенный лимфатический узел признаком неоперабельности рака: а) да б) нет **Эталон ответа б**	
9.Является ли обязательным обследование больного на предмет отдаленного метастазирования до проведения оперативного лечения а) да б) нет **Эталон ответа а**	
10.Является ли хирургическое вмешательство единственным методом лечения рака: а) да б) нет **Эталон ответа б**	
11.Должны ли онкологические больные состоять на диспансерном учете после операции: а) да б) нет **Эталон ответа а**	
12.Служит ли изъязвление опухоли свидетельством неоперабельности: а) да б) нет **Эталон ответа б**	
13.Обязательно ли пальцевое ректальное исследование при наружном онкоосмотре: а) да б) нет **Эталон ответа а**	
14.О чем свидетельствует показатель одногодичной летальности при раке: а) об эффективности лечения рака б) о частоте запущенности рака в) об уровне смертности населения г) о частоте летальных исходов после операции **Эталон ответа б**	
15.Что такое скрининг:	

а) активные массовые профилактические осмотры б) комплексное лечение онкологических больных в) учет лиц, прошедших профилактический осмотр г) биохимическая реакция **Эталон ответа а**	
16.Что такое мониторинг: а) динамическое наблюдение б) система диагностики опухолей в) эндоскопический аппарат г) инструмент одноразового использования **Эталон ответа а**	
17.Что вызывает повреждение хромосомного аппарата клеток: а) повышенная температура тела б) радиоактивное излучение в) избыток влаги г) недостаток тепла **Эталон ответа б**	
18.Что такое малигнизация: а) воспаление б) озлокачествление в) выздоравливание г) осложнение **Эталон ответа б**	
19.Что такое первичная профилактика рака: а) предупреждение воздействия канцерогенов на организм человека б) лечение предопухолевых заболеваний в) активный поиск онкологических больных г) пропаганда онкологических знаний среди населения **Эталон ответа а**	
20.Что такое первичная профилактика рака: а) предупреждение воздействия канцерогенов на организм человека б) лечение предопухолевых заболеваний в) активный поиск онкологических больных г) пропаганда онкологических знаний среди населения **Эталон ответа б**	
21.Что должен делать участковый врач при выявлении онкологического больного: а) провести химиотерапию б) направить в онкодиспансер в) направить в хирургический стационар г) направить в терапевтическое отделение **Эталон ответа б**	
22.Что такое стеноз: а) перегиб б) сужение в) растяжение г) смещение **Эталон ответа б**	
23.При каких исследованиях можно определить тень опухоли: а) рентгенологическом б) эндоскопическом в) УЗИ г) пальпации д аускультации **Эталон ответа а**	
24.Для чего нужен активный поиск рака: а) для улучшения результатов лечения опухолей б) для ранней диагностики метастазов	

в) для выявления осложнений рака г) для определения стадии процесса **Эталон ответа а**	
25.Какие методы диагностики позволяют верифицировать опухолевое заболевание: а) сбор анамнеза б) термография в) морфологическое исследование г) общий анализ крови **Эталон ответа в**	
26.Дисплазия (морфологическая характеристика): а) пролиферация эпителия б) атипия эпителия в гиперплазия эпителия **Эталон ответа б**	
27.Рак in situ: а) участок атипичных клеток без нарушения базальной мембраны б) опухоль, не выходящая за пределы органа в) малая опухоль г) опухоль в пределах сектора или отдела органа **Эталон ответа а**	
28.Факультативный предрак: а) заболевание, на фоне которого рак развивается относительно редко, но чаще, чем в популяции б) заболевание, на фоне которого рак развивается относительно часто или всегда **Эталон ответа а**	
29.Рак – это опухоль, исходящая из: а) соединительной ткани б) эпителиальной ткани в) мезенхимальной ткани г) ретикуло – эндотелиальной ткани д) эмбриональной ткани **Эталон ответа б**	
30.Саркома – это опухоль, исходящая из: а) соединительной ткани б) эпителиальной ткани в) мезенхимальной ткани г) ретикуло – эндотелиальной ткани д) эмбриональной ткани **Эталон ответа а**	
31.Ранний рак – это: а) опухоль малых размеров б) неметастатическая опухоль в) опухоль в пределах слизисто – подслизистого слоя **Эталон ответа в**	
32.Символ T: а) размеры опухоли или степень прорастания стенки полого органа б) метастазирование в регионарные лимфоузлы в) метастазирование в отдаленные органы и ткани **Эталон ответа а**	
33.Символ N: а) размеры опухоли или степень прорастания стенки полого органа б) метастазирование в регионарные лимфоузлы в) метастазирование в отдаленные органы и ткани **Эталон ответа б**	
34.Символ M: а) размеры опухоли или степень прорастания стенки полого органа	

б) метастазирование в регионарные лимфоузлы в) метастазирование в отдаленные органы и ткани **Эталон ответа в**	
35.Комбинированное лечение – это сочетание методов лечения: а) лучевого и хирургического б) хирургического и химиотерапевтического в) лучевого и лекарственного г) хирургического и гормонального **Эталон ответа а**	
36.Комплексное лечение – это сочетание методов лечения: а) хирургического и лучевого б) лучевого, хирургического, химиотерапевтического в) химиогормонального и лучевого **Эталон ответа б**	
37.Показания к комбинированному лечению: а) местно – распространенный процесс б) диссеминация опухолевого процесса **Эталон ответа а**	
38.Показания к комплексному лечению: а) местно – распространенный процесс б) диссеминация опухолевого процесса **Эталон ответа б**	
39.Местно-распространенный процесс- это состояние при котором, а) имеется опухоль в органе и выявляются метастазы в регионарные лимфоузлы б) имеется опухоль в органе и выявляются метастазы в другие органы в) имеется только опухолевый очаг в органе **Эталон ответа а**	
40.Радикальность операции – это: а) удаление всех опухолевых структур (первичных и вторичных) б) удаление опухолевого очага в широких пределах здоровых тканей **Эталон ответа а**	
41.Абластичность операции – это: а) методы предупреждения попадания опухолевых клеток в рану б) удаление опухоли и метастазов в пределах здоровых тканей **Эталон ответа б**	
42.Принцип зональности – это: а) удаление опухоли с регионарной лимфаденэктомией б) удаление опухоли с частью органа или всего органа **Эталон ответа а**	
43.Принцип антибластичности – это: а) совокупность мероприятий, направленных на удаление и уничтожение опухолевых клеток в ране после удаления опухоли б) удаление первичных и вторичных опухолевых структур в) унесение опухоли в футляре из здоровых тканей **Эталон ответа а**	
44.Принцип деления больных на клинические онкологические группы: а) стадия заболевания б) тактика ведения в) объем и вид лечебных мероприятий **Эталон ответа б**	
45.I клиническая группа – это больные: а) с подозрением на рак, с предопухолевыми заболеваниями б) с начальной стадией рака **Эталон ответа а**	
46.II клиническая группа – это больные: а) с опухолью, подлежащей специфическому противоопухолевому лечению	

б) находящиеся в клинической ремиссии (практически здоровые) **Эталон ответа а**	
47.III клиническая группа – это больные: а) с III стадией заболевания б) находящиеся в клинической ремиссии (практически здоровые) **Эталон ответа б**	
48.IV клиническая группа – это больные: а) с IV стадией заболевания б) инкурабельные, иноперабельные в) с запущенной стадией заболевания, подлежащие только симптоматической терапии **Эталон ответа в**	
49.На каких больных составляется протокол запущенности: а) на больных с IV стадией б) на иноперабельных больных **Эталон ответа а**	
50.Как часто производится объективное и инструментальное обследование больного после проведенного лечения по поводу злокачественного процесса в первый год наблюдения? а) 1 раз в 3-4 месяца б) 1 раз в 6 мес в) 1 раз в год **Эталон ответа а**	
51.Как часто производится объективное и инструментальное обследование больного после проведенного лечения по поводу злокачественного процесса с третьего по пятый год наблюдения? а) 1 раз в 3-4 месяца б) 1 раз в 6 мес в) 1 раз в год **Эталон ответа б**	
52.Как часто производится объективное и инструментальное обследование больного после проведенного лечения по поводу злокачественного процесса с пятого года наблюдения? а) 1 раз в 3-4 месяца б) 1 раз в 6 мес в) 1 раз в год **Эталон ответа в**	
Раздел 2.Опухоли головы и шеи	**ПК-1, 2, 4, 9**
1.Увеличивается ли заболеваемость раком щитовидной железы а) нет б) да **Эталон ответа б**	
2.В каком возрасте отмечается пик заболеваемости раком щитовидной железы а) 10-20 лет и 45-65 лет б) старше 35 лет в) старше 55 лет г) 20-30 лет и 65-75 лет **Эталон ответа а**	
3.Перечислите фоновые заболевания для рака щитовидной железы а) аутоиммунный тиреоидит б) узловой зоб г) аденома щитовидной железы д) все выше перечисленные **Эталон ответа д**	
4. Входит ли щитовидная железа в перечень органов, подлежащих наружному онкоосмотру: а) да	

б) нет **Эталон ответа а**	
5. Какие методы используются для скрининга рака щитовидной железы а) пальпация в сочетании с УЗИ б) пункционно-аспирационная биопсия в) цитологическое исследование г) УЗИ с биопсией **Эталон ответа а**	
6. Соответствие между стадиями при папиллярном раке щитовидной железы старше 45 лет: 1) I, 2) II, 3) III, 4) IVB и их классификацией по TNM а) T1N1aM0 б) T1N0M0 в) T2N0M0 г) T4bN1aM0 **Эталон ответа 3 а) 1 б) 2 в) 4 г)**	
7. Соответствие между стадиями при анапластическом раке щитовидной железы: 1) IVA, 2) IVB, 3) IVC и их классификацией по TNM а) T2N1bM1 б) T4bN0M0 в) T4aN1aM0 **Эталон ответа 3 а) 2 б) 1 в)**	
8. Соответствие между 1) фолликулярным и 2) папиллярным раком щитовидной железы и их клиническими особенностями а) составляет 25% от всех форм рака б) встречается в регионах, эндемичных по зобу в) составляет 70-80% от всех форм рака г) растет медленно, редко метастазирует в л/узлы д) растет медленно, распространяется по лимфатической системе е) наиболее частая локализация метастазов в легких и костях **Эталон ответа 1 а) 1 б) 2 в) 1 г) 2 д) 1 е)**	
9. Первые клинические проявления при папиллярном раке в виде метастатических узлов на шеи _____ **Эталон ответа Скрытый рак щитовидной железы**	
10.Соответствие между 1) медуллярным и 2) анапластическим раком щитовидной железы и их клиническими особенностями а) встречается в виде наследственных разновидностей б) встречается в регионах, эндемичных по зобу в) маркером опухоли служит кальцитонин г) наличие диареи у 25-32% больных д) опухоль состоит из нескольких слившихся между собой узлов без четких границ е) большинство больных в 40-50-летнем возрасте ж) чаще встречается у пожилых (65-70 лет) **Эталон ответа 1 а) 2 б) 1 в) 1 г) 2 д) 1 е) 2 ж)**	
11. Укажите 1) ранние и 2) поздние симптомы рака щитовидной железы а) визуально заметное увеличение размера щитовидной железы б) пальпируемое узловое образование в области щитовидной железы	

в) дисфагия г) осиплость голоса д) одышка е) обнаруженный при УЗИ узел в щитовидной железе **Эталон ответа 2 а) 2 б) 2 в) 2 г) 2 д) 1 е)**	
12. Укажите методы диагностики 1) первичного очага и 2) стадирования при раке щитовидной железы а) УЗИ щитовидной железы б) рентгенография пищевода в) томография средостения г) фаринголарингоскопия д) рентгенография органов грудной клетки е) УЗИ лимфатических узлов шеи ж) пункционно-аспирационная биопсия узла щитовидной железы **Эталон ответа 1 а) 2 б) 2 в) 2 г) 2 д) 2 е) 1 ж)**	
13. Какое исследование позволяет окончательно поставить диагноз рак щитовидное железы: а) пункционная биопсия б) интраоперационное гистологическое исследование в) плановое гистологическое исследование **Эталон ответа в**	
14. Какие клетки являются признаками хронического воспаления щитовидной железы: а) макрофаги, лейкоциты б) эритроциты в) атипичные клетки г) рак in situ **Эталон ответа а**	
15. Какие клетки должны настораживать онкологически грамотного врача: а) лейкоциты б) пролифирирующие в) эритроциты г) клетки инородных тел **Эталон ответа б**	
16. Последовательность этапов морфологической диагностики рака щитовидной железы: а) послеоперационный, б) предоперационный, в) интраоперационный, г) диспансеризации **Эталон ответа 3 а) 1 б) 2 в) 4 г)**	
17. Основная задача морфологической диагностики на этапе диспансеризации _____ **Эталон ответа Выявление рецидивов**	
18. Отличие оперативного вмешательства при злокачественном новообразовании щитовидной железы от оперативного вмешательства при узловом зобе а) экстрафасциальная методика оперирования, б) интрафасциальная методика оперирования, в) щадящая методика оперирования. **Эталон ответа а**	
19. Укажите соответствие 1) прогностически неблагоприятных факторов и 2) благоприятных факторов при раке щитовидной железы а) возраст детский и старше 45 лет, б) возраст 40 лет, в) мужской пол,	

г) женский пол, д) малодифференцированный рак, е) высокодифференцированный рак, ж) распространение опухоли за пределы щитовидной железы, з) локализация опухоли в пределах щитовидной железы. **Эталон ответа 1 а) 2 б) 1 в) 2 г) 1 д) 2 е) 1 ж) 2 з)**	
20. Укажите соответствие 1) оперативных вмешательств на щитовидной железе и 2) оперативных вмешательств на зонах регионарного метастазирования при раке щитовидной железы а) «щитовидный» вариант операции Крайля, б) гемитиреоидэктомия с истмусэктомией, в) субтотальная резекция щитовидной железы, г) фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи, д) тиреоидэктомия **Эталон ответа 2 а) 1 б) 1 в) 2 г) 1 д)**	
21. Укажите соответствие между схемами лечения 1) анаплазированного рака щитовидной железы и 2) фолликулярного а) лучевая терапия+тиреоидэктомия+операция Крайля+химиотерапия, б) тиреоидэктомия, в) лучевая терапия+тиреоидэктомия, г) химиотерапия+тиреоидэктомия+лучевая терапия **Эталон ответа 1 а) 2 б)**	
22. Можно ли женщине, оперированной по поводу рака щитовидной железы I стадии, забеременеть через год после лечения при отсутствии признаков прогрессирования опухолевого процесса: а) да б) нет **Эталон ответа а**	
23. Ситуационное тестовое задание. Больная М., 42 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами: на наличие узла на передней поверхности шеи, быстро увеличивающегося в размерах. Задание №1. Какие методы исследования необходимо назначить больной? а) медиастиноскопия, б) УЗИ щитовидной железы и шейных лимфатических узлов, в) эзофагоскопия. При цитологическом исследовании пунктата щитовидной железы получено подозрение на фолликулярный рак. Задание №2. Ваша дальнейшая тактика? а) оперативное лечение со срочным интраоперационным морфологическим исследованием, б) повторное цитологическое исследование, в) оперативное лечение. Диагноз рака подтвержден, диаметр узла до 1 см с локализацией в верхнем полюсе левой доли щитовидной железы. Данных за регионарное метастазирование не выявлено. Задание №3. Выберите объем оперативного вмешательства а) гемитиреоидэктомия с истмусэктомией, б) тиреоидэктомия, в) субтотальная резекция щитовидной железы. Задание №4. Уточните стадию рака щитовидной железы по системе TNM а) T4N0M0 б) T3N0M0	

в) T1N0M0 г) T2N0M0 **Эталон ответа** **Задание № 1 – б** **Задание № 2 – а** **Задание № 3 – а** **Задание № 4 – в**	
24. Ситуационное тестовое задание. Больная Н., 38 лет, поступила в отделение с жалобами: на наличие узловых образований на передней поверхности шеи. При ультразвуковом исследовании щитовидной железы и регионарных лимфатических узлов обнаружен узел в левой доле железы до 3,2 см в диаметре, лимфоузлы шеи слева увеличены от 1,5 см до 1,9 см. При пункционно-аспирационной биопсии с последующим цитологическим исследованием обнаружены клетки папиллярного рака в железе и лимфатических узлах. Задание № 1. Ваш диагноз_____ Задание № 2. Уточните стадию рака щитовидной железы по системе TNM а) T3N1M0 б) T2N1M0 в) T4N1M0 г) T1N1M0 Задание № 3. Выберите объем оперативного вмешательства а) гемитиреоидэктомия с истмусэктомией, б) гемитиреоидэктомия с истмусэктомией + фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи, в) субтотальная резекция щитовидной железы + фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи, г) тиреоидэктомия + фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи. **Эталон ответа** **Задание № 1 - Рак щитовидной железы с метастазами в л/узлы шеи** **Задание № 2 – б** **Задание № 3 – в**	
25. Ситуационное тестовое задание. Больной И., 42 лет, поступил в отделение с жалобами: на наличие узла на передней поверхности шеи. При УЗИ щитовидной железы в правой доле обнаружен узел до 1,2 см в диаметре. При цитологическом исследовании пунктата данных за злокачественный процесс не получено. Больному выполнено хирургическое вмешательство в объеме резекции правой доли. В послеоперационном периоде при плановом гистологическом исследовании установлен фолликулярный рак щитовидной железы. Задание № 1. Укажите стадию рака щитовидной железы по системе TNM а) T2N0M0 б) T1N1M0 в) T3N0M0 г) N4N0M0 Задание № 2. Выберите дальнейшую тактику а) диспансерное наблюдение у онколога по месту жительства, б) повторное оперативное вмешательство в объеме субтотальной резекции щитовидной железы, в) радиойодтерапия **Эталон ответа** **Задание № 1 – б** **Задание № 2 - б**	

Раздел 3. Опухоли органов грудной клетки	**ПК-1, 2, 4, 9**
Рак легкого 1. Этиологические факторы рака легкого: а) частые простуды б) химические канцерогены в воспаление легких **Эталон ответа б**	
2. Активный поиск рака легкого проводится с целью…… **Эталон ответа ранней диагностики**	
3. Клинико – рентгенологические формы рака легкого: 1)- рак Пенкоста, 2) - перибронхиальный 1-периферический 2- центральный **Эталон ответа 1-1 2-2**	
4. Центральный рак легкого: а) рак исходящий из эпителия крупных бронхов б) рак исходящий из эпителия трахеи в) рак органов средостения **Эталон ответа а**	
5. Периферический рак легкого: а) разветвленный рак б) рак из эпителия мелких бронхов в) рак с метастазами в плевру **Эталон ответа б**	
6. Активный поиск рака легкого: а) самообследование б) профилактические осмотры населения в) регулярная флюорография г) анкетирование здоровых **Эталон ответа в**	
7. Факторы риска рака легкого: а) регулярное моржевание б) проживание в теплом климате в) снижение иммунитета г) загрязненность воздуха **Эталон ответа г**	
8.Основным методом скрининга рака легкого является…флюорографическое исследование **Эталон ответа флюорографическое исследование**	
9. Общим рентгенологическим симптом при раке, эхинококке, туберкулеме, невриноме, гамартоме, абсцессе легкого является …… **Эталон ответа округлая тень**	
10. Основной метод диагностики рака легкого: а) рентгенологический б) радиоизотопный в) УЗИ г) иммунологический **Эталон ответа а**	
11. Исследование мокроты при подозрении на рак легкого: а) бактериологическое б) биохимическое в) цитологическое	

Эталон ответа в	
12. Основной метод лечения рака легкого: а) лучевой б) иммунобиологический в) физиотерапевтический г) хирургический **Эталон ответа г**	
13. Наиболее неблагоприятный гистотип рака легкого: а) мелкоклеточный б) крупноклеточный в) железистый г) плоскоклеточный **Эталон ответа а**	
14. Кашель при раке легкого обусловлен: а) прорастанием нервов бронхов б) раздражением слизистой бронхов в) сужением бронха г) блокадой лимфооттока **Эталон ответа б**	
15. Боль при раке легкого обусловлена: а) смещением средостения б) развитием ателектаза в) сдавлением и прорастанием нервов **Эталон ответа в**	
16. Кровохаркание при раке легкого обусловлено: а) обтурацией бронха б) обширным метастазированием в) неоперабельной ситуацией г) распадом опухоли **Эталон ответа г**	
17. Одышка при раке легкого может быть обусловлена: а) обширным ателектазом б) сердечно – легочной недостаточностью в) прорастанием плевры **Эталон ответа а**	
18. Характерные симптомы рака Панкоста: а) надсадный кашель б) триада Горнера г) боли при дыхании **Эталон ответа б**	
19. Особенности мелкоклеточного рака легкого: а) медленный рост б) позднее метастазирование в) единичное метастазирование г) обширное и раннее метастазирование **Эталон ответа г**	
20. Основной способ лечения мелкоклеточного рака легкого а) химиолучевой б) хирургический в) иммунобиологический **Эталон ответа а**	
21. Монохирургическое лечение рака легкого возможно при: а) мелкоклеточном гистотипе б) опухоли до 2-3 см в) наличии единичных метастазов **Эталон ответа б**	

22. Лечение рака легкого следует проводить в стационарах а) общехирургическом б) торакальном в) онкодиспансере **Эталон ответа в**	
23. Основные пути метастазирования при раке легкого в лимфоузлы а) надключичные б) смежных сегментов легкого в) средостения **Эталон ответа в**	
24. Предраковые заболевания легких: а) хроническая пневмония б) пневмосклероз в) гамартома г) абсцесс **Эталон ответа а**	
25. Стадия рака легкого – 1)-0; 2)-IA; 3)-IIA; 4)-IIIA 1- T3N1 2- T1N1 3- T1N0 4- TisN0 **Эталон ответа 1-4 2-3 3-2 4-1**	
26. Торакоскопия это исследование…….. **Эталон ответа плевральной полости**	
27. Характерные признаки пневмониеподобного рака легкого: а) крупноочаговая тень в периферическом отделе легкого б) отсутствие эффекта антибиотикотерапии в) клиника воспаления легкого **Эталон ответа в**	
28. Рентгенологические признаки рака легкого: 1) – округлая тень, 2) – зона гиповентиляции – характерны для локализации 1 – центральной 2 – периферической **Эталон ответа 1-2 2-1**	
29. Выполнение чрезкожной пункционной биопсии возможно при наличии а) периферической опухоли б) центральной в) смещении средостения **Эталон ответа а**	
30. Эколого – географические факторы риска рака легкого: а) перемена климатических зон б) неблагоприятная экологическая ситуация (загрязнение воздуха, воды, почвы) в) смена часовых поясов г) наличие геопатогенных зон **Эталон ответа б**	
31. Бытовые факторы риска рака легкого: а) физические (простудные) б) химические (бытовая химия) в) курение	

г) физическое перенапряжение **Эталон ответа в**	
32.Такие меры, как : 1)-борьба с курением, 2)-предупреждение хронических заболеваний легких и бронхов, 3)- нормализация экологической обстановки - относятся к методам профилактики рака легкого 1)личной 2)первичной 3) вторичной **Эталон ответа 1-1 2-3 3-2**	
33. Факторы риска рака легкого у хронического курильщика: а) гипоксия б) снижение иммунитета в) гиповентиляция г) хронические заболевания легких **Эталон ответа г**	
34. Особенности течения мелкоклеточного рака легкого: а) первично- генерализованное б) позднее метастазирование в) торпидное **Эталон ответа б**	
35. Главной целью формирования групп риска по раку легкого является …….. **Эталон ответа ранняя диагностика**	
36. Объем радикального оперативного лечения при раке легкого: а) лобэктомия с регионарной лимфодиссекцией б) билобэктомия в) пульмонэктомия **Эталон ответа а**	
Рак пищевода 1. Заболеваемость раком пищевода в России в последние годы: а) повышается б) снижается в) остается на прежнем уровне **Эталон ответа б**	
2.Рак пищевода чаще встречается в возрасте: а) до 40 лет б) 40-49 лет в) 50-59 лет г) старше 60 лет **Эталон ответа г**	
3 Распределение по частоте локализации опухолей пищевода: 1)шейный отдел, 2) средний грудной, 3) нижний грудной а) б) в) **Эталон ответа 2 а) 3 б) 1 в)**	
4. Для нижней трети пищевода регионарными являются лимфоузлы: а) средостения б) надключичные в) бифуркационные г) чревные **Эталон ответа г**	
5. Какое из данных заболеваний относится к предраку пищевода? а) ахалазия пищевода	

б) гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь в) аденоматозные полипы г) рубцовые стриктуры пищевода **Эталон ответа в**	
6. Для синдрома Пламмера-Винсона характера триада:_____ **Эталон ответа анемия,ахлоргидрия атрофия слизистых**	
7.Дисфагия при раке пищевода чаще бывает при а) I стадии б) II стадии в) III стадии г) IV стадии **Эталон ответа в**	
8. Наиболее частой злокачественной опухолью пищевода является: а) лейомиосаркома б) аденокарцинома в) плоскоклеточный рак **Эталон ответа в**	
9. Наиболее характерные отдаленные метастазы при раке пищевода: а) головной мозг б) яичники в) печень г) кости **Эталон ответа в**	
10.При 1 стадии рака пищевода опухоль распространяется : а) только на слизистую б) на слизистую и подслизистый слой в) на слизистый и подслизистый слои г) включая адвентицию **Эталон ответа б**	
11. Показатель заболеваемости раком пищевода у мужчин : а) выше чем у женщин в 2 раза б) выше чем у женщин в 5 раз в) ниже чем у женщин г) одинаково часто **Эталон ответа б**	
12. Соответствие между стадиями рака пищевода 1) I, 2) II, 3) III, 4) IV и их классификацией по TNM а) T3N1M1 б) T1N0M0 в) T3N1V0 г) T2N0M0 **Эталон ответа** 4 а)	
13. Регионарные лимфоузлы при 1 стадии рака пищевода а) имеются единичные в ближайшие узлы б) отсутствуют в) множественные **Эталон ответа а**	
14. Лимфогенное метастазирование при раке пищевода происходит в различных направлениях в сязи с: а) близостью грудного лимфатического протока б) наличия портокавальных связей в) наличия продольных лимфатических сосудов	

Эталон ответа в	
15. Клинически быстрее проявляется следующая форма рака пищевода: а) эндофитная б) экзофитная в) язвенная **Эталон ответа б**	
16. Укажите методы диагностики 1) первичного опухолевого очага и 2)стадирования при раке пищевода а) КТ средостения б) эзофагогастроскопия с биопсией в) рентгеноскопия пищевода г) лапароскопия д) УЗИ печени **Эталон ответа 2 а) 1 б) 1 в) 2 г) 2 д)**	
17. Последовательность морфологической диагностики при раке пищевода а) диспансерный этап б) предоперационный в) плановый г) интраоперационный **Эталон ответа б , в , г , а**	
18.Наиболее информативным методом диагностики рака пищевода является: а)термография б) рентгенологическое исследование в) эзофагоскопия с биопсией г) цитологическое исследование промывных вод **Эталон ответа в**	
19. Какой рентгенологический признак характерен для эндофитной формы рака пищевода? а) дополнительная тень в средостении б) дефект наполнения в) циркулярное сужение пищевода **Эталон ответа в**	
20. Компъютерная томография при раке пищевода используется: а) как метод активного поиска б) для установления локализации опухоли в) для определения поражения окружающих тканей и органов **Эталон ответа в**	
21. При вовлечении в процесс возвратного нерва при раке пищевода возникает симптом _____- **Эталон ответа осиплость голоса**	
22. При сдавлении симпатической цепочки при раке пищевода возникает синдром Горнера, он характеризуется _____ **Эталон ответа птоз, миоз , энофтальм**	
23. При лечении доброкачественных опухолей пищевода применяются: а) лучевое лечение б) хирургический метод в) химиотерапия г) комбинированное лечение **Эталон ответа б**	
24. Выбор метода лечения при раке пищевода осуществляет _____ **Эталон ответа онконсилиум**	
25. Показания к хирургическому лечению рака пищевода: а)IV стадия б) I стадия в) III стадия **Эталон ответа б**	

26. От каких факторов зависти выбор метода лечения при раке пищевода? _____ **Эталон ответа локализация, стадия**	
27. Какой метод лечения предпочтителен при раке шейного отдела пищевода? а) химиогормонотерапия б) лучевая терапия в) хирургическое лечение **Эталон ответа б**	
28. Химиотерапия при раке пищевода: а) обладает высокой эффективностью б) дает паллиативный эффект в) не используется **Эталон ответа б**	
29.В среднем после комбинированного лечения на все стадии процесса выживают а) 10-15% б) 25- 30% в) более 50% **Эталон ответа б**	
30. Периодичность наблюдения за больными после комлексного лечения рака пищевода состовляет _____ **Эталон ответа 3 мес**	
31. Ситуационное тестовое задание. Больная .65 лет поступила в клинику с жалобами на усиленное слюноотделение, периодическое затруднение при проглатывании пищи, чувство тяжести за грудиной. Задание №1 Какой диагноз можно предположить? а) гастроэзофагальный рефкс б) эзофагит в) опухоль пищевода Задание № 2 Какие методы исследования необходимо провести в первую очередь? а) рентгеноскопию легких б) УЗИ печени в) эзофагогастроскопию с биопсией. При цитологическом исследовании биоптата получены клетки плоскоклеточного рака пищевода. Задание №3 Какие методы исследования необходимо произвести для установления стадии заболевания ? _____ При эндоскопическом УЗИ = опухоль средней трети грудного отдела в слизистой и подслизистом слое, данных за регионарные и отдаленные метастазы не обнаружены. Задание№4 Уточните стадию заболевания по системе TNM а) T3N1M1 б) T1N0M0 в) T2N2M0 **Эталон ответа** **Задание№1 - в** **Задание №2 – в** **Задание№3 – эндоскопическое УЗИ ,КТ легких, УЗИ печени** **Задание №4 -в**	
Раздел 4. **Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства**	**ПК-1, 2, 4, 9**

Рак печени первичный и вторичный 1. Среди первичных злокачественных опухолей печени наиболее часто встречаются: а) карциносаркома б) меланома в) гемангиоэндотелиома г) гепатоцеллюлярный рак **Эталон ответа г**	
2. Гепатоцеллюлярный рак чаще встречается: а) у женщин б) у мужчин в у детей **Эталон ответа б**	
3. Какой вид злокачественного поражения печени наиболее часто встречается: а) первичное б) вторичное **Эталон ответа б**	
4. В этиологии гепатоцеллюлярного рака ведущая роль принадлежит: а) ожирению б) вирусам гепатита А в) сахарный диабет г) афлотоксинам пищи **Эталон ответа г**	
5. Что является фактором риска развития первичного рака печени а) наличие у пациента гепатита В или С б) ожирение в) артериальная гипертензия **Эталон ответа а**	
6. В какой доле печени чаще локализуется первичный рак: а) правой б) левой в) в обеих **Эталон ответа а**	
7. Гепатоцеллюлярный рак наиболее часто проявляется: а) уницентричным очагом в ткани печени б) мультицентричными очагами в) диффузными изменениями **Эталон ответа б**	
8. Можно макроскопически поставить диагноз “рак – цирроз” печени: а) нет б) да **Эталон ответа а**	
9. В детском возрасте чаще встречаются опухоли печени: а) первичный рак б) гемангиома в) саркома г) все перечисленное **Эталон ответа б**	
10. Чаще первичный рак печени развивается: а) из гепатоцитов б) из лимфоидной ткани	

в) из протокового эпителия желчных протоков **Эталон ответа а**	
11. Для первичного рака печени характерно: а) внутрипеченочное метастазирование б) лимфогенное метастазирование в) метастазы в легкие г) все вышеперечисленное **Эталон ответа г**	
12. Для скрининга рака печени используется: а) формирование групп риска б) ультразвуковое исследование печени в) сканирование печени г) компьютерной томографии **Эталон ответа а**	
13. Какой онкомаркер увеличивается у 70-85% больных первичным раком печени при II, III стадии заболевания а) ПСА б) СА15-3 в) СА125 г) альфа-фетопротеин **Эталон ответа г**	
14. Клинические формы первичного рак печени: а) гепатомегалическая б) желтушная в) острая абдоминальная г) все перечисленное **Эталон ответа г**	
15. Свидетельствует ли высокое стояние правого купола диафрагмы о раке печени: а) да б) нет в) является косвенным признаком **Эталон ответа в**	
16. Можно ли при УЗИ отдифференцировать первичный и вторичный рак печени? а) да б) нет **Эталон ответа б**	
17. Какое злокачественное поражение печени встречается чаще а) первичный рак печени б) вторичный рак печени **Эталон ответа б**	
18. Какие опухоли чаще метастазируют в печень а) опухоли желудочно-кишечного тракта б) опухоли молочной железы в) опухоли кожи **Эталон ответа а**	
19. Решающее значение в постановке диагноза первичного рака печени имеет: а) сканирование печени б) лапароскопия с прицельной биопсией в) компьютерная томография печени г) термография	

Эталон ответа б	
20. При первичном раке печени IIIC стадии соответствует: а) T2N0M0 б) T3N0M1 в) T3N1M0 г) T1N0M0 **Эталон ответа в**	
21. Солитарная опухоль печени до 2 см в диаметре без инвазии сосудов: а) T0 б) T1 в) T2 г) T3 **Эталон ответа б**	
22. При первичном раке печени II стадии соответствует: а) T4N0M0 б) T3N0M1 в) T2N0M0 г) T1N0M0 **Эталон ответа в**	
23. Солитарная опухоль печени 3см в диаметре с инвазией в ветви портальной или печеночной вены: а) T1 б) T2 в) T4 г) T3 **Эталон ответа г**	
24. M1 в системе TNM свидетельствует: а) о наличии отдаленных метастазов рака печени б) о наличии метастазов в регионарные лимфоузлы в) о отсутствии отдаленных метастазов **Эталон ответа а**	
25. Механическая желтуха обязательный признак первичного рака печени: а) да б) нет **Эталон ответа б**	
26. Эффективна ли химиотерапия при первичном раке печени: а) да б) нет в) паллиативный эффект **Эталон ответа в**	
27. При I стадии рака печени эффективным методом лечения является: а) хирургический б) химиотерапетический в) лучевой г) комбинированный **Эталон ответа а**	
28.В каких случаях выполняют химиоэмболизацию сосуда, кровоснабжающего опухоль: а) при первично нерезектабильной опухоли б) при опухолевом очаге менее 2см в) при множественном мелком поражении печени **Эталон ответа а**	
29. При единичном краевом метастазе правой доли печени при резектабельном раке желудка первым этапом лечения показано: а) проведение полихимиотерапии б) проведение лучевой терапии в) резекция желудка с краевой резекцией печени	

Эталон ответа в	
30. Эффективна ли лучевая терапия при первичном раке печени: а) да б) нет **Эталон ответа б**	
Рак желудка 1. Заболеваемость раком желудка увеличивается: а) да б) нет **Эталон ответа б**	
2. Виды активного выявления рака желудка а) рентгенологическое исследование б) анкетирование в) тестирование г) эндоскопическое исследование **Эталон ответа б**	
3. Факторы риска по раку желудка а) атрофический гастрит б) профессиональные вредности в) перенесенная в прошлом операция на желудке г) все перечисленные **Эталон ответа г**	
4. Выбрать 1) фоновые и 2) предраковые заболевания желудка из указанного списка: а) полипоз, б) кишечная метаплазия эпителия, в) дисплазия эпителия, г) атрофический гастрит **Эталон ответа 1 - а) 2 - б) 2 - в) 1 - г)**	
5. Факторы питания, неувеличивающие риск возникновения рака желудка а) прием горячей пищи б) употребление продуктов моря в) потребление овощей г) соленая пища **Эталон ответа в**	
6. Болезнь Менетрие относится к фоновому заболеванию желудка а) да б) нет **Эталон ответа а**	
7. Является ли эпителизация язвы желудка под влиянием консервативной терапии явным признаком ее доброкачественности а) да б) нет **Эталон ответа б**	
8. Изменение симптомов язвы желудка при ее злокачественном перерождении а) усиление боли в эпигастральной области	

б) уменьшение интенсивности боли в) появление рвоты г) возникновение гиперсаливации **Эталон ответа б**	
9. Патологоанатомические (макроскопические) формы роста рака желудка а) плоская б) возвышающаяся в) инфильтративно-язвенная форма г) язвенная **Эталон ответа в**	
10. Гистологические формы рака желудка а) аденокарцинома б) лимфосаркома в) базалиома г) светлоклеточный рак **Эталон ответа а**	
11. Поражение эпителия слизистой желудка без инвазии lamina muscularis mucosae называется _____ **Эталон ответа карцинома in situ**	
12. При раннем раке желудка поражается а) слизистая оболочка б) мышечный слой в) субсерозный слой г) серозная оболочка **Эталон ответа а**	
13. Макроскопические формы раннего рака желудка а) возвышающийся б) поверхностный в) изъязвленный г) все перечисленные **Эталон ответа г**	
14. Соответствие между стадиями рака желудка: 1) IA, 2) IB, 3) II, 4) III и их классификацией по TNM а) T2a N0 M0 б) T3 N1 M0 в) T1 N0 M0 г) T1 N2 M0 д) T2 N3 M0 **Эталон ответа 2 а) 4 б) 1 в) 3 г) д)**	
15. Последовательность по частоте локализации отдаленных метастазов при раке желудка а) легкие б) поджелудочная железа в) головной мозг г) печень **Эталон ответа 2 а) 3 б) 4 в) 1 г)**	
16. Симптомы раннего рака желудка а) симптомы заболевания, на фоне которого развился рак б) боль в эпигастральной области с иррадиацией в поясницу в) большая потеря массы тела г) плохой аппетит **Эталон ответа а**	

17. Ведущий симптом при раке дистальной трети желудка а) рвота б) затруднение при глотании пищи в) гиперсаливация г) боль за грудиной **Эталон ответа а**	
18. Ведущий симптом при раке кардиального отдела желудка а) отрыжка тухлым б) тяжесть в эпигастральной области в) нарастающая дисфагия г) рвота, приносящая облегчение **Эталон ответа в**	
19. Клинические признаки запущенного рака желудка а) неподвижная опухоль в эпигастральной области б) тошнота в) слабость г) потеря массы тела **Эталон ответа а**	
20. Особенности течения рака желудка у лиц молодого возраста а) преобладание экзофитных опухолей б) преобладание инфильтративных опухолей с изъязвлением в) склонность к стенозу г) позднее метастазирование **Эталон ответа б**	
21. Наличие увеличенного лимфатического узла в левой надключичной области _____ **Эталон ответа метастаз Вирхова**	
22. Метастазы в малом тазу, определяемые при ректальном исследовании _____ **Эталон ответа метастазы Шницлера**	
23. Название по автору метастазов в яичники _____ **Эталон ответа метастазы Крукенберга**	
24. Пути улучшения диагностики рака желудка а) применение лапароскопии б) ультразвуковое исследование в) рентгенологический метод г) формирование групп повышенного риска **Эталон ответа г**	
25. Методы диагностики, позволяющие установить глубину инвазии рака желудка а) гистологический б) эндоскопический в) рентгенологический г) лапароскопия **Эталон ответа а**	
26. Рентгенологические признаки рака желудка а) симптом «указывающего перста» б) уровень жидкости в) конвергенция складок слизистой г) симптом обрыва складок **Эталон ответа г**	
27. Метод диагностики, позволяющий оценить состояние регионарных лимфоузлов а) эндоскопия б) ультразвуковая эндоскопия в) париетография г) флуоресцентный анализ	

Эталон ответа б	
28. Методы диагностики, позволяющие установить степень распространенности рака желудка в пределах брюшной полости а) лапароскопия б) ректороманоскопия в) ирригоскопия г) электрогастрография **Эталон ответа а**	
29. Каковы преимущества лапароскопии перед другими методами исследования в определении степени распространенности опухолевого процесса в брюшной полости а) диагностируются метастазы в печень б) диагностируются метастатические высыпания по брюшине в) диагностируются метастазы Шницлера **Эталон ответа** б	
30. Выбрать методы исследования при раке желудка 1) для первичной диагностики и 2) уточняющей а) компьютерная томография в) рентгенологическое исследование в) лапароскопия г) гастроскопия д) ультразвуковое исследование органов брюшной полости **Эталон ответа 2 а) 1 б) 2 в) 1 г) 2 д)**	
31. Последовательность обследования при раке желудка а) лапароскопия б) компьютерная томография в) гастроскопия г) лапаротомия д) рентгенологическое исследование **Эталон ответа 4 а) 3 б) 1 в) 5 г) 2 д)**	
32. Какие опухолевые маркеры применяются для диагностики рака желудка а) интерлейкин б) Са 19-9 в) - фетопротеин г) ПСА **Эталон ответа б**	
33. С какими заболеваниями нужно дифференцировать рак желудка а) болезнь Менетрие б) хронический простатит в) хронический холецистит г) рак толстой кишки **Эталон ответа а**	
34. Осложнения рака желудка а) кровотечение б) тромбэмболия в) абсцесс г) флегмона забрюшинной клетчатки **Эталон ответа а**	
35. Какой метод лечения является ведущим при раке желудка а) химиотерапия б) лучевая терапия в) хирургический метод г) иммунотерапия **Эталон ответа в**	
36. Показания к эндоскопической резекции при раке желудка а) прорастание опухолью слизистой оболочки б) прорастание опухолью слизистой и мышечной оболочек	

в) рак in situ г) кардиальный рак **Эталон ответа в**	
37. Какую роль выполняет эндоскопическая резекция при прорастании опухолью слизистой оболочки желудка а) радикальное лечение б) паллиативное лечение в) биопсия г) органосохраняющая операция **Эталон ответа в**	
38. При отсутствии резидуальной опухоли с высокой вероятностью полного излечения выполненное оперативное вмешательство считается _____ **Эталон ответа радикальным**	
39. При отсутствии резидуальной опухоли, но с вероятным наличием субклинических опухолевых очагов, оперативное вмешательство считается _____ **Эталон ответа условно-радикальным**	
40. При наличии резидуальной опухоли оперативное вмешательство считается _____ **Эталон ответа паллиативным**	
41. Указать 1) радикальные оперативные вмешательства и 2) паллиативные а) стандартная гастрэктомия б) гастростомия в) субтотальная дистальная резекция желудка г) гастроэнтероанастомоз с анастомозом Брауна д) субтотальная проксимальная резекция желудка е) еюностомия **Эталон ответа 1 а) 2 б) 1 в) 2 г) 1 д) 2 е)**	
42. Показания к выполнению расширенной радикальной гастрэктомии а) инвазия мышечной оболочки б) инвазия серозной оболочки в) прорастание в соседние органы г) прорастание слизистой оболочки **Эталон ответа б**	
43. Назовите стандартное вмешательство на лимфатических путях при хирургическом лечении рака желудка а) лимфодиссекция в объеме D3 б) лимфодиссекция в объеме D4 в) лимфодиссекция в объеме D2 г) лимфодиссекция в объеме D1 **Эталон ответа в**	
44.Радикальная операция при экзофитном раке антрального отдела желудка а) дистальная субтотальная резекция желудка б) гастростомия в) проксимальная субтотальная резекция желудка г) гастроэнтероанастомоз **Эталон ответа а**	
45. Виды радикальных операций при раке кардиального отдела желудка а) проксимальная субтотальная резекция желудка б) гастроэнтеростомия в) дистальная субтотальная резекция желудка г) реканализация опухоли **Эталон ответа а**	
46.Укажите, при каких объемах поражения 1) имеются или 2) не имеются показания к адъювантной химиотерапии при раке желудка а) прорастание опухолью серозной оболочки стенки желудка	

б) прорастание опухолью мышечной оболочки стенки желудка в) метастазы в 5 регионарных лимфатических узлах г) прорастание опухолью мышечной оболочки с наличием метастазов в 1 лимфоузле **Эталон ответа 1 а) 2 б) 1 в) 1 г)**	
47. Определите основной препарат, применяемый для химиотерапии при раке желудка а) топотекан б) гемцитабин в) карбоплатин г) 5-фторурацил **Эталон ответа г**	
48.Ситуационное тестовое задание. Больной А., 45 лет, поступил в онкологическое отделение с жалобами: на боль в эпигастральной области, усиливающуюся в ночное время, плохой аппетит, слабость, похудание. В анамнезе: отец умер от рака желудка. Объективно: кожа и видимые слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, где нечетко определяется плотное образование. Печень и селезенка не пальпируются. Задание № 1 Ваш диагноз: _____ Задание № 2. Укажите последовательность обследования: а) УЗИ органов брюшной полости б) рентгенография в) биопсия с последующим цитологическим исследованием г) гастроскопия д) лапароскопия **Эталон ответа** **Задание № 1 - рак желудка** **Задание № 2 - 4 а) 3 б) 2 в) 1 г) 5 д)**	
49. Ситуационное тестовое задание. Больной В., 53 лет, поступил в онкологическое отделение с жалобами: на боль в эпигастрии с иррадиацией в поясничную область, периодически тошноту, плохой аппетит, слабость, недомогание, похудание. В анамнезе: хронический гастрит десятилетней давности. Объективно: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Язык влажный, обложен серым налѐтом. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. При гастроскопии: в теле желудка на малой кривизне определяется чашеобразная опухоль, диаметром до 7 см. Слизистая вокруг гиперемированная, отечная. Взята биопсия. При цитологическом исследовании: умеренно дифференцированная аденокарцинома. При рентгенологическом исследовании: в области тела желудка на малой кривизне имеется дефект наполнения с неровными подрытыми краями до 8 см в диаметре. При дополнительных методах исследования данных за отдаленное метастазирование не обнаружено. Задание № 1. Впишите недостающее слово. Для определения дальнейшей тактики необходимо больного представить на _____ Задание № 2. Определите объем оперативного вмешательства: а) субтотальная дистальная резекция желудка б) субтотальная проксимальная резекция желудка в) гастрэктомия г) гастроэнтеростомия	

Эталон ответа **Задание № 1 – онкоконсилиум** **Задание № 2 – в)**	
50. Ситуационное тестовое задание. Больной Г., 67 л, поступил в онкологическое отделение с жалобами на тошноту, периодически рвоту, боль в эпигастрии, слабость, похудание. Объективно: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Язык влажный, обложен белым налѐтом. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются. При инструментальном исследовании обнаружен экзофитный рак антрального отдела желудка. При гистологическом исследовании: низкодифференцированная аденокарцинома с прорастанием серозной оболочки. Задание № 1. Установите стадию заболевания по системе TNM: а) T1N0M0 б) T2AN0M0 в) T3N0M0 г) T4N0M0 Задание № 2. Определите дальнейшую тактику: а) наблюдение онколога по месту жительства б) адъювантная химиотерапия в) симптоматическое лечение г) лучевая терапия **Эталон ответа** **Задание № 1 – в)** **Задание № 2 – б)**	
Рак прямой кишки 1. Укажите факторы риска по раку прямой кишки а) возраст старше 40 лет б) отягощенная наследственность в) профессиональные вредности г) все перечисленные **Эталон ответа г**	
2. Кто чаще болеет раком прямой кишки а) жители сельской местности б) женщины в) возраст до 50 лет г) мужчины **Эталон ответа г**	
3. Какие полипы чаще малигнизируются а) диаметром до 1 см б) с ворсинчатой структурой в) диаметром до 0,5 см г) на тонкой «ножке» **Эталон ответа б**	
4. В каком отделе чаще локализуется опухоль а) в верхнеампулярном б) в среднеампулярном в) в нижнеампулярном г) в анальном **Эталон ответа б**	
5. Как макроскопически выглядит экзофитная опухоль прямой кишки а) чашеобразная опухоль б) инфильтрирующая опухоль в) язвенная форма опухоли	

Эталон ответа а	
6. Как макроскопически выглядит эндофитная опухоль прямой кишки а) чашеобразная опухоль б) полиповидная опухоль в) инфильтрирующая опухоль **Эталон ответа в**	
7. Какая макроскопическая форма рака прямой кишки быстрее проявляется клинически а) экзофитная б) эндофитная в) смешанная **Эталон ответа а**	
8. Является ли выделение крови симптомом раннего рака прямой кишки а) да б) нет **Эталон ответа б**	
9. Какие симптомы характерны для ранней стадии рака прямой кишки а) вздутие живота б) боли в) отсутствие симптомов г) похудание **Эталон ответа в**	
10. Укажите наиболее характерный симптом рака прямой кишки а) боль б) выделение крови в) плохой аппетит г) похудание **Эталон ответа б**	
11. Укажите методы исследования, применяющиеся 1) для характеристики первичного очага (рака прямой кишки) и 2) для уточнения стадии опухолевого процесса а) компьютерная томография б) ректороманоскопия в) ирригоскопия г) УЗИ органов брюшной полости д) ультразвуковая колоноскопия е) лапароскопия ж) пальцевое исследование прямой кишки **Эталон ответа 2 а) 1 б) 1 в) 2 г) 1 д) 2 е) 1 ж)**	
12. Какую информацию можно получить при эндоскопическом исследовании прямой кишки в отличии от рентгенологического метода исследования а) уточнить локализацию опухоли б) подтвердить диагноз морфологически в) определить факт метастазирования в региональные лимфатические узлы г) исключить метастазы в отдаленные органы д) определить форму роста **Эталон ответа б**	
13. Какой метод диагностики рака прямой кишки наиболее информативен а) пальцевое исследование прямой кишки б) термография в) ректороманоскопия с биопсией г) ирригоскопия **Эталон ответа в**	
14. Какую информацию можно получить при рентгенологическом исследовании прямой кишки а) уточнить локализацию опухоли б) подтвердить диагноз морфологически	

в) определить факт метастазирования в региональные лимфатические узлы г) исключить метастазы в отдаленные органы **Эталон ответа а**	
15. Какую информацию можно получить при лапароскопии у больны раком прямой кишки а) определить локализацию опухоли б) уточнить форму роста в) диагностировать метастатическое поражение печени г) диагностировать метастазы в регионарные лимфатические узлы **Эталон ответа в**	
16. Укажите последовательность органов в зависимости от частоты метастазирования при раке прямой кишки а) легкие б) кости в) головной мозг г) печень **Эталон ответа 2 а) 3 б) 4 в) 1 г)**	
17. При какой локализации опухоли прямой кишки бывают метастазы в паховых лимфатических узлах а) в верхнеампулярном отделе б) в среднеампулярном отделе в) в нижнеампулярном отделе **Эталон ответа в**	
18. Соответствие между стадиями рака анального канала: 1) I, 2) II, 3) IIIA, 4) IV и их классификацией по TNM а) T1N2M1 б) T1N0M0 в) T2N1M0 г) T3N0M0 **Эталон ответа 4 а) 1 б) 3 в) 2 г)**	
19. Наиболее часто встречающаяся гистологическая форма рака прямой кишки а) слизистый рак б) аденокарцинома в) солидный рак г) скирр **Эталон ответа б**	
20. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при раке прямой кишки а) с геморроем б) хроническим холециститом в) парапроктитом г) ректоцеле **Эталон ответа а**	
21. Укажите 1) радикальные и 2) паллиативные операции при раке прямой кишки а) гемиколонэктомия б) брюшно-промежностная экстирпация в) передняя резекция г) колостомия д) операция Гартмана е) илеотрансверзостомия **Эталон ответа а) 1 б) 1 в) 2 г) 1 д) е)**	

22. Через какой промежуток времени после операции Гартмана (при раке прямой кишки) возможно выполнение реконструктивной операции по восстановлению непрерывности толстой кишки а) через 1 месяц б) через 2 месяца в) через 4 месяц г) через 6 месяцев **Эталон ответа г**	
23. Удаление прямой кишки с окружающей клетчаткой, сосудисто-нервными структурами и лимфатическими узлами, ограниченными висцеральной фасцией называется _____ **Эталон ответа тотальная мезоректумэктомия**	
24. Объем лимфодиссекции при раке 1) средне- и нижнеампулярного, 2) верхнеампулярного отделов прямой кишки а) резекция мезоректум на протяжении 5 см дистальнее опухоли б) тотальная мезоректумэктомия в) резекция мезоректум на протяжении 5 см проксимальнее опухоли г) резекция мезоректум на протяжении 2 см дистальнее опухоли **Эталон ответа 2 а) 1 б) в) г)**	
25. При какой локализации опухоли в прямой кишке 1) необходима предоперационная лучевая терапия, а когда 2) возможно оперативное лечение без неѐ а) верхнеампулярный отдел б) среднеампулярный отдел в) нижнеампулярный отдел **Эталон ответа 2 а) 1 б) 1 в)**	
26. Противопоказания к выполнению циторедуктивных операций при раке прямой кишки а) тяжелое общее состояние больного, б) наличие множественных метастазов сразу в нескольких органов, в) наличие канцероматоза брюшины и асцита, г) все перечисленные. **Эталон ответа г**	
27. Укажите современный способ подготовки толстой кишки к оперативному лечению: а) бесшлаковая диета и очистительные клизмы накануне операции, б) подготовка фортрансом, в) ортоградное промывание кишечника. **Эталон ответа б**	
28. Ситуационное тестовое задание. Больной П., 67 лет, поступил в онкологическое отделение с жалобами: на выделение крови из прямой кишки, запоры, большую потерю массы тела, слабость, недомогание. Задание № 1. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз? а) хроническим парапроктитом, б) хроническим геморроем, в) хроническим колитом. Задание № 2. Уточните порядок применения диагностических методов: а) ректороманоскопия с биопсией, б) ирригоскопия, в) пальцевое исследование прямой кишки, г) колоноскопия	

При ректороманоскопии: на расстоянии 2 см от зубчатой линии на левой боковой стенке обнаружена чашеобразная опухоль протяженностью 5 см. Аппарат за опухоль не заводится. Биопсия. При цитологическом исследовании: аденокарцинома средней степени дифференцировки. При уточняющей диагностике данных за отдаленное метастазирование не выявлено. Задание № 3. Ваш диагноз _____Задание № 4. Определите дальнейшую тактику: а) оперативное лечение, б) предоперационная лучевая терапия, в) неоадъювантная химиотерапия, г) иммунотерапия. Задание № 5. Определите вид оперативного вмешательства: а) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, б) передняя резекция прямой кишки, в) колостомия, г) операция Гартмана **Эталон ответа** **Задание №1 – б** **Задание №2 - 2 а) 4 б) 1 в) 3 г)** **Задание №3 - Рак прямой кишки** **Задание №4 – б** **Задание №5 – а**	
29. Ситуационное тестовое задание. Больная О., 54 лет, поступила с жалобами: на кровянистые выделения из прямой кишки, запоры, слабость, недомогание. При ректороманоскопии: на расстоянии 12 см от зубчатой линии обнаружена циркулярная опухоль протяженностью 6 см. Биопсия. При цитологическом исследовании: аденокарцинома высокой степени дифференцировки. При колоноскопии и ирригоскопии диагноз подтвержден. При УЗИ печени выявлены метастатические узлы в левой доле диаметром от 2,0 до 3,5 см. Задание № 1. Ваш диагноз _____ Задание № 2. Определите объем оперативного вмешательства: а) передняя резекция прямой кишки, б) колостомия, в) передняя резекция прямой кишки с гемигепатэктомией, г) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной. Задание № 3. Какова дальнейшая тактика? а) наблюдение у онколога по месту жительства, б) химиотерапия, в) лучевая терапия, г) иммунотерапия. **Эталон ответа** **Задание №1 - Рак ректосигмоидного отдела толстой кишки.** **Задание №2 – в** **Задание №3 – б**	
30. Ситуационное тестовое задание. Больной И., 67 лет, поступил в онкологическое отделение с жалобами: на частый жидкий стул с примесью крови, слабость, недомогание. При ректороманоскопии, колоноскопии и ирригоскопии на расстоянии 7 см от зубчатой линии обнаружена циркулярная раковая опухоль протяженностью 8	

см. При цитологическом исследовании: аденокарцинома низкой степени дифференцировки. Данных за отдаленное метастазирование не выявлено. Задание № 1. Ваш диагноз:_____ Задание № 2. Определите объем оперативного вмешательства: а) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, б) сигмостомия, в) предоперационная лучевая терапия, г) передняя резекция. При гистологическом исследовании удаленного препарата обнаружено: низкодифференцированная аденокарцинома, прорастающая в параректальную клетчатку. Из 5 удаленных лимфоузлов в 2-х обнаружены метастазы аденокарциномы. Задание № 3. Определите стадию опухолевого процесса по TNM а) T2N2M0, б) T3N1M0, в) T4N1M0, г) T2N1M0. Задание № 4. Определите дальнейшую тактику а) наблюдение у онколога по месту жительства, б) химиотерапия, в) лучевая терапия, г) химиолучевое лечение. **Эталон ответа** **Задание №1 - Рак среднеампулярного отдела прямой кишки.** **Задание №2 – а** **Задание №3 – в** **Задание №4 - г**	
Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков 1. Динамика заболеваемости раком поджелудочной железы: а) снижение б) стабильность в) повышение **Эталон ответа в**	
2. К группе повышенного риска по раку поджелудочной железы относят все кроме: а) женщины б) мужчины в) лица с хроническим панкреатитом г) любители жирной пищи **Эталон ответа а**	
3. Опухоль поджелудочной железы чаще локализуется: а) в головке железы б) в теле в) в хвосте г) во всех отделах **Эталон ответа а**	
4. Наиболее часто опухоль поджелудочной железы возникает из: а) экзокринной части ткани поджелудочной железы б) эндокринной части ткани поджелудочной железы **Эталон ответа а**	
5. Наиболее часто встречаемая гистологическая форма рака поджелудочной железы: а) плоскоклеточная	

б) цистоаденокарцинома в) ацинозная г) аденокарцинома **Эталон ответа г**	
6. Опухоль более 2 см, ограниченная тканью поджелудочной железы: а) Т0 б) Т1 в) Т2 г) Т3 д) Т4 **Эталон ответа в**	
7. Опухоль поджелудочной железы прорастает желудок, метастазы в печень - это: а) I стадия б) II стадия в) III стадия г) IV стадия **Эталон ответа г**	
8. М1 в системе TNM свидетельствует: а) о наличии отдаленных метастазов рака поджелудочной железы б) о наличии метастазов в регионарные лимфоузлы в) о отсутствии отдаленных метастазов **Эталон ответа а**	
9. Какие симптомы характерны для раннего рака поджелудочной железы? а) потеря массы тела б) боли в) желтуха г) отсутствие симптомов **Эталон ответа г**	
10. Для рака поджелудочной железы не характерно: а) боль б) похудание в) желтуха г) гипергликемия **Эталон ответа г**	
11. Желтуха при раке головки поджелудочной железы обусловлена: а) сдавливанием общего печеночного протока б) сдавливанием общего желчного протока в) сдавливанием пузырного протока г) гемолизом эритроцитов **Эталон ответа б**	
12. Симптом Курвуазье характерен для: а) опухоли поджелудочной железы б) острого холецистита в) опухоли головки железы г) сдавливания пузырного протока **Эталон ответа в**	
13. У 10-15% больных первыми симптомами рака поджелудочной железы является а) тромбофлебиты мигрирующего характера б) диффузное увеличение поджелудочной железы **Эталон ответа а**	
14. Эффективность внутривенной холангиографии при механической желтухе: а) высокая б) не эффективна **Эталон ответа б**	

15. Методы используемые для диагностики рака поджелудочной железы: а) дуоденоскопия с гипотонией б) эндоскопическая ретроградная холангиография в) томография поджелудочной железы г) все перечисленное **Эталон ответа г**	
16. Можно ли при УЗИ отдифференцировать доброкачественный и злокачественный процессы в поджелудочной железе? а) да б) нет **Эталон ответа б**	
17. Метод исследования, как «Золотой стандарт» для уточнения локализации и прорастания окружающих тканей опухолью: а) дуоденоскопия с гипотонией б) эндоскопическая ретроградная холангиография в) томография поджелудочной железы **Эталон ответа в**	
18. Какой онкомаркер увеличивается у 70-85% больных раке поджелудочной железы при III - IV стадии заболевания а) ПСА б) СА15-3 в) СА125 г) СА19-9 **Эталон ответа г**	
19.При опухолях хвоста поджелудочной железы наличие механической желтухи обязательно? а) да б) нет **Эталон ответа б**	
20. Лапароскопия при раке поджелудочной железы не позволяет: а) диагностировать метастазы в печень б) обнаружить опухолевые клетки в асцитической жидкости в) констатировать поражение забрюшинных лимфоузлов **Эталон ответа в**	
21. Как называется радикальная операция при раке поджелудочной железы? а) панкреатодуоденальная резекция б) дистальная резекция поджелудочной железы в) наложение холецистоеюноанастамоза г) резекция головки железы **Эталон ответа а**	
22. К паллиативным операциям при раке поджелудочной железы относятся: а) наложение гастроэнтероанастомоза б) панкреотодуоденальная резекция в) холецистэктомия г) наложение билиодигестивных анастомозов **Эталон ответа г**	
23. Операция Уиппла это- а) панкреатодуоденальная резекция б) дистальная резекция поджелудочной железы в) наложение холецистоеюноанастамоза г) резекция головки железы **Эталон ответа а**	
24. Эффективность лучевой терапии при раке поджелудочной железы: а) эффективна как самостоятельный метод б) малоэффективна **Эталон ответа б**	

25. Эффективность химиотерапии при раке поджелудочной железы: а) эффективна в 85-90% б) малоэффективна **Эталон ответа б**	
Рак ободочной кишки 1. Укажите государства с низким уровнем заболеваемости раком ободочной кишки а) Япония б) Канада в) Германия г) США **Эталон ответа а**	
2. Высококалорийная пища способствует а) усилению перистальтики б) поносам в) запорам г) снижению концентрации экзогенных канцерогенов в просвете кишечника **Эталон ответа в**	
3. Первичная профилактика рака ободочной кишки а) диспансеризация лиц с патологией толстой кишки б) высококалорийное питание в) прием овощей и фруктов г) снижение количества потребляемого сахара **Эталон ответа в**	
4. Укажите факторы риска для рака ободочной кишки а) мужской пол б) дефицит клетчатки в рационе питания в) аппендэктомия в анамнезе г) избыток клетчатки в рационе питания **Эталон ответа б**	
5. Какие из предопухолевых заболеваний толстой кишки являются облигатным предраком а) неспецифический язвенный колит б) диффузный семейный полипоз в) болезнь Крона **Эталон ответа б**	
6. Укажите предопухолевые заболевания толстой кишки а) заворот кишки б) ворсинчатая опухоль в) геморрой г) дивертикулы толстой кишки **Эталон ответа б**	
7. В каких отделах толстой кишки чаще локализуются полипы а) слепая кишка б) сигмовидная кишка в) поперечно-ободочная кишка г) восходящая кишка **Эталон ответа б**	
8. В каких отделах ободочной кишки чаще локализуется опухоль а) поперечно-ободочная кишка б) сигмовидная кишка в) восходящая кишка г) нисходящая кишка **Эталон ответа** б	
9. Укажите клинические симптомы раннего рака правой половины ободочной кишки а) анемия б) отсутствие симптомов	

в) вздутие живота г) нарушение общего самочувствия **Эталон ответа б**	
10. Клинические симптомы рака ободочной кишки обусловлены а) стадией заболевания б) осложнениями опухолевого роста в) локализацией новообразования г) всеми перечисленными **Эталон ответа г**	
11. Для какой локализации характерна опухолевая форма рака толстой кишки а) сигмовидная кишка б) нисходящая кишка в) поперечно-ободочная кишка г) восходящая кишка **Эталон ответа г**	
12. Для какой локализации опухоли характерна токсико-анемическая форма рака толстой кишки а) сигмовидная кишка б) нисходящая кишка в) поперечно-ободочная кишка г) восходящая кишка **Эталон ответа г**	
13. Для какой локализации опухоли характерна обтурационная форма рака толстой кишки а) слепая кишка б) сигмовидная кишка в) поперечно-ободочная кишка г) восходящая кишка **Эталон ответа б**	
14. Для какой локализации опухоли характерна псевдовоспалительная форма рака толстой кишки а) сигмовидная кишка б) слепая кишка в) поперечно-ободочная кишка г) нисходящая кишка **Эталон ответа б**	
15. Для какой локализации характерна энтероколитическая форма рака толстой кишки а) слепая кишка б) поперечно-ободочная кишка в) нисходящая кишка г) восходящая кишка **Эталон ответа в**	
16. Укажите наиболее характерный симптом рака правой половины ободочной кишки а) запоры б) анемия в) чередование поносов и запоров г) мелена **Эталон ответа б**	
17. Укажите наиболее характерный симптом рака левой половины ободочной кишки а) анемия б) нарушение кишечной проходимости в) повышение температуры г) слабость **Эталон ответа б**	

18. Методы скрининга рака ободочной кишки а) пальцевое исследование прямой кишки б) ректороманоскопия 1 раз в 3 года в) гемокульт-тест г) альфа-фетопротеин **Эталон ответа в**	
19. Чем отличается опухоль правой половины ободочной кишки от аппендикулярного инфильтрата а) бугристая поверхность б) отсутствие выраженной болезненности в) плотная консистенция г) всеми перечисленными **Эталон ответа г**	
20. Какие методы исследования применяются для диагностики рака поперечно-ободочной кишки а) пальцевое исследование прямой кишки б) колоноскопия в) лимфография г) дуоденография **Эталон ответа б**	
21. Какие методы исследования применяются для уточнения стадии рака ободочной кишки а) ирригоскопия б) УЗИ в) пальцевое исследование **Эталон ответа б**	
22. Какую информацию можно получить при колоноскопии у больных раком ободочной кишки а) определить локализацию опухоли б) определить форму роста в) верифицировать процесс г) все перечисленные параметры **Эталон ответа г**	
23. Какую информацию можно получить при лапароскопии у больных раком ободочной кишки а) уточнить форму роста опухоли б) диагностировать метастатическое поражение поджелудочной железы в) определить метастазы по париетальной брюшине г) диагностировать метастатическое поражение забрюшинных лимфоузлов **Эталон ответа в**	
24. Соответствие между стадиями рака ободочной кишки: 1) I, 2) II, 3) III, 4) IV и их классификацией по TNM а) T2 N0 M0 б) T3 N0 M0 в) T1 N0 M0 г) T4 N1 M0 д) T2 N2 M1 **Эталон ответа 1 а) 2 б) 1 в) 3 г) 4 д)**	
25. Последовательность по частоте локализации отдаленных метастазов при раке ободочной кишки а) легкие б) кости скелета в) головной мозг	

г) печень **Эталон ответа 2 а) 3 б) 4 в) 1 г)**	
26. Название паллиативной операция при раке слепой кишки _____ **Эталон ответа илеотрансверзостомия**	
27. Название операции при резектабельном раке сигмовидной кишки, осложненном кишечной непроходимостью _____ **Эталон ответа Гартмана**	
28. Ситуационное тестовое задание. Больной В., 65 лет, поступил в онкологическое отделение с жалобами: на периодическую боль в правой половине живота, бледность кожных покровов, субфебрильную температуру, слабость, недомогание. При объективном исследовании в правой подвздошной области определяется подвижное опухолевидное образование до 8 см в диаметре. При колоноскопии: кишка осмотрена на протяжении 50 см. Дальнейший осмотр невозможен из-за беспокойного поведения больного. Патологии в осмотренном участке толстой кишки не обнаружено. При ирригографии: в слепой кишке определяется дефект наполнения с неровными краями протяженностью до 7 см. Задание № 1. Ваш диагноз: _____ Задание № 2. Определите дальнейшую тактику: а) химиотерапия, б) оперативное лечение, в) обследование для стадирования опухолевого процесса, г) паллиативная операция. **Эталон ответа** **Задание №1 – Рак слепой кишки** **Задание №2 – в)**	
29. Ситуационное тестовое задание. Больной Н., 72 лет, поступил в онкологическое отделение с жалобами: на периодические схваткообразные боли в нижних отделах живота, запоры, большую потерю массы тела (до 10 кг). При физикальном исследовании в левой подвздошной области определяется плотное бугристое опухолевидное образование. Печень и селезенка не пальпируются. Задание № 1. Ваш диагноз: _____ Задание № 2. Определите последовательность обследования. а) ректороманоскопия, б) пальцевое исследование прямой кишки, в) ирригоскопия, г) колоноскопия, д) УЗИ органов брюшной полости. При колоноскопии: на расстоянии 35 см от ануса определяется циркулярная бугристая опухоль, стенозирующая просвет кишки до 1 см. Аппарат за опухоль не заводится. Задание № 3. Определите объем оперативного вмешательства а) колостомия, б) резекция сигмовидной кишки, в) обстуктивная резекция сигмовидной кишки, г) левосторонняя гемиколэктомия. **Эталон ответа** **Задание №1 – Рак сигмовидной кишки** **Задание №2 – 2 а) 1 б) 4 в) 3 г) 5 д)** **Задание №3 – в).**	

30. Ситуационное тестовое задание. Больной И., 48 лет, поступил в онкологическое отделение с жалобами: на чувство тяжести в верхней половине живота, отрыжку воздухом, неприятный привкус во рту, склонность к запорам, слабость, недомогание, большую потерю массы тела. При физикальном исследовании живота опухолевидных образований не обнаружено. Задание № 1. Проведите дифференциальный диагноз между 1)раком поперечно-ободочной кишки и 2)хроническим холециститом. Укажите соответствующие симптомы. а) боль в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, б) периодические схваткообразные боли в верхней половине живота, в) запоры, сменяющиеся поносами, г) слабость, недомогание, д) тошнота, рвота желчью, е) большая потеря массы тела. При колоноскопии в поперечно-ободочной кишке обнаружена бугристая опухоль диаметром 5 см. При цитологическом исследовании биоптата: аденокарцинома средней степени дифференцировки. При УЗИ органов брюшной полости: в левой доле печени обнаружен единичный краевой метастаз диаметром 1,9 см. Задание № 2. Определите объем оперативного вмешательства а) резекция поперечно-ободочной кишки, б) резекция поперечно-ободочной кишки с резекцией левой доли печени, в) илеотрансверзостомия, г) колостомия. При гистологическом исследовании удаленного препарата обнаружена аденокарцинома средней степени дифференцировки, прорастающая серозную оболочку. В регионарных лимфоузлах – гиперплазия лимфоидной ткани. Задание № 3. Определите стадию опухолевого процесса по TNM а) T4N0M0 б) T3N0M0 в) T2N0M0 г) T3N1M0 Задание № 4. Определите дальнейшую тактику а) симптоматическое лечение, б) наблюдение онколога по месту жительства, в) химиотерапия, г) лучевая терапия, д) иммунотерапия. **Эталон ответа** **Задание №1 – 2 а) 1 б) 1 в) 1 г) 2 д) 1 е)** **Задание №2 – б)** **Задание №3 – а)** **Задание №4 – в)**	
Раздел 5. Онкогинекология	**ПК-1, 2, 4, 9**
1. На какой возраст приходится «пик» онкологической заболеваемости у женщин: а) 60 - 69 лет б) 50-59 лет в) 40-49 лет **Эталон ответа а**	

2. Растет ли заболеваемость злокачественными новообразованиями репродуктивной системы: а) да б) нет **Эталон ответа а**	
3. Какое место в структуре смертности у женщин занимают злокачественные новообразования репродуктивной системы: а) 1-е место б) 2-е место в) 3-е место **Эталон ответа б**	
4. Какой локализации злокачественная опухоль является ведущей онкологической патологией у женщин: а) рак тела матки б) рак щитовидной железы в) рак молочной железы **Эталон ответа в**	
5. Основные признаки первично-множественных злокачественных новообразований: а) разная гистологическая структура опухолей б) каждая из опухолей не должна быть метастазом по отношению к другой в) разная плоидность ДНК г) наличие очагов in situ в структуре опухоли д) все перечисленные признаки **Эталон ответа д**	
6. Основные признаки вторичного (метастатического) поражения злокачественными новообразованиями: а) одинаковая морфологическая структура опухолей б) отсутствие очагов in situ в структуре опухоли в) признаки генерализации опухолевого процесса г) одинаковая плоидность ДНК при множественном злокачественном поражении д) все перечисленные признаки **Эталон ответа д**	
7. Какую часть от первично-множественных злокачественных новообразований составляют синхронные опухоли: а)1/3 б)2/3 в) ½ **Эталон ответа а**	
8. Какие первично-множественные опухоли считаются синхронными: а) диагностированные с промежутком времени не более 1 года б) диагностированные с промежутком времени не более 6 месяцев в) диагностированные с промежутком времени не более 2 лет **Эталон ответа б**	
9. Какое число злокачественных новообразований наиболее часто встречается при первично-множественном синхронном поражении: а) 2 опухоли б) 3 опухоли в) более 3-х опухолей **Эталон ответа а**	
10. Наиболее частое сочетание злокачественных полинеоплазий репродуктивной системы: а) рак тела матки - рак яичников б) рак молочной железы - рак тела матки в) рак тела матки - рак шейки матки **Эталон ответа а**	

11. Наиболее частая локализация второй опухоли при полинеоплазиях репродуктивной системы (вне ее): а) кожа б) желудок в) поперечная ободочная кишка **Эталон ответа в**	
12. Какая локализация второй опухоли (вне репродуктивной системы) наиболее характерна для рака молочной железы: а) желудок б) кожа в) прямая кишка **Эталон ответа а**	
13. Какая локализация второй опухоли (вне репродуктивной системы) наиболее характерна для рака тела матки: а) кожа б) желудок в) прямая кишка **Эталон ответа а**	
14. С какими опухолями чаще всего сочетаются опухоли яичников: а) сигмовидной кишки б) кожи в) почки **Эталон ответа а**	
15. Почему при синхронных полинеоплазиях во время обследования вторая опухоль пропускается: а) обнаружив одну опухоль, врач не допускает мысли о наличии второй опухоли б) бессимптомное течение второй опухоли в) трудность диагностики **Эталон ответа а**	
16. Причины поздней диагностики рака молочной железы: а) отсутствие скрининговой программы б) скрытое течение болезни в) низкая медицинская грамотность населения **Эталон ответа в**	
17. Пути активного поиска рака молочной железы: а) самообследование б) ежегодная маммография в) все перечисленные **Эталон ответа в**	
18. Факторы риска рака молочной железы: а) возраст старше 60 б) хроническая гинекологическая патология в) профессиональные вредности **Эталон ответа б**	
19. Основные методы диагностики локо-регионарного рака молочной железы: а) компьютерная томография б) термография в) маммография **Эталон ответа в**	
20. Диагностика распространенного рака молочной железы: а) маммография б) рентгенография легких в) аксиллография **Эталон ответа б**	
21. Методы цитологической диагностики рака молочной железы: а) соскоб	

б) отпечаток в) пункционная аспирационная биопсия **Эталон ответа в**	
22. Клинические симптомы узлового рака молочной железы: а) симптомы прыжка б) положительный симптом "площадки" в) симптом "лимонной корки" **Эталон ответа б**	
23. Клинические симптомы отечно - инфильтративного рака молочной железы: а) узел без четких контуров б) билатеральное поражение в) лимфедема молочной железы **Эталон ответа в**	
24. Клинические симптомы рака Педжета молочной железы: а) симптом Прибрама б) выделения из соска в) изъязвления соска **Эталон ответа в**	
25. Симптом Краузе при раке молочной железы: а) инфильтрация соска и ареолы б) девиация соска в) ограничение подвижности опухоли **Эталон ответа а**	
26. Симптом Прибрама при раке молочной железы: а) уплотнение кожи над опухолью б) девиация соска в) ригидность соска **Эталон ответа б**	
27. Рентгенологическая симптоматика рака молочной железы: а) макрокальцинаты б) ободок просветления в) дорожка к соску **Эталон ответа в**	
28. Радикальные операции при раке молочной железы: а) туморэктомия б) операция Маддена в) секторальная резекция **Эталон ответа б**	
29. Решение о плане лечения онкологического больного принимает: а) лечащий врач б) профессор в) консилиум **Эталон ответа в**	
30. В состав онкоконсилиума входят: а) лечащий врач, гинеколог, радиолог, химиотерапевт б) хирург, эндокринолог, химиотерапевт в) хирург - онколог, радиолог, химиотерапевт, иммунолог **Эталон ответа в**	
31. Какое место занимает рак яичников среди злокачественных опухолей женской половой сферы: а)первое б) второе в) третье **Эталон ответа в**	
32. Средний возраст больных раком яичников составляет: а) 40 лет	

б) 50 лет в) 60 лет **Эталон ответа в**	
33. Наибольшая роль в развитии рака яичников отводиться следующим факторам: а) гормональные и генетические б) возраст более 30 лет в) фиброаденоматоз молочных желез **Эталон ответа а**	
34. Рак яичников - это опухоль: а) эпителиальная б) стромальноклеточная в) герминогенная **Эталон ответа а**	
35. Согласно международной классификации TNM рак яичниковТ!: а) первичная опухоль не определяется б) опухоль ограничена яичниками в) поражение одного яичника с mts в паховых лимфатических узлах **Эталон ответа б**	
36. Что означает в классификации рака яичников по системе TNM — Т2: а) первичная опухоль не определяется б) поражение одного/двух яичников с вовлечением органов и стенок таза в) поражение одного/двух яичников с mts в брюшной полости **Эталон ответа б**	
37. Что означает в классификации рака яичников по системе TNM - Т3: а) поражение одного/двух яичников с mts в брюшной полости б) отдаленные mts, исключая внутрибрюшные метастазы , в) опухолевые клетки в асцитической жидкости **Эталон ответа а**	
38. При раке яичников метастазы в капсулу печени классифицируются как: а) Т2\стадия III б) М1\стадия IV в) Т3\стадия III **Эталон ответа в**	
39. При раке яичников метастазы в паренхиме печени классифицируются: а) Т3\стадия III б) М1\стадия IV в) М1\стадия Ш **Эталон ответа б**	
40. При раке яичников позитивные цитологические находки в плевральной жидкости классифицируются как: а) Т3\стадия III б) М1 \стадия IV в) Т3\стадия IV **Эталон ответа б**	
41. Основным опухолевым маркером при раке яичников является: а)СА- 125 б)ТТГ в) ПСА **Эталон ответа а**	
42. Окончательный диагноз рака яичников может быть установлен только при: а) морфологическом исследовании б) УЗП органов малого таза в) магнитно - резонансной томографии **Эталон ответа а**	
43. Основная роль в терапии рака яичников IA - стадии принадлежит: а) лекарственному лечению	

б) лучевому в) хирургическому **Эталон ответа в**	
44. Радикальная операция при IA - стадии, IIB - стадии рака яичников: а) надвлагалищная ампутация матки с придатками б) экстирпация матки с придатками в) экстирпация матки с придатками, экстирпация большого сальника **Эталон ответа в**	
45. Критерий оценки высокого риска рецидивирования у больных раком яичников: а) высокая степень дифференцировки опухоли б) высокая и средняя степень дифференцировки опухоли в) низкая степень дифференцировки опухоли **Эталон ответа в**	
46. Какое место занимает рак тела матки среди злокачественных опухолей женской половой сферы: а) первое б)второе в) третье **Эталон ответа а**	
47. Заболеваемость раком эндометрия резко увеличивается в возрастном периоде от 40-44 лет до 50-54 лет: а) да б) нет **Эталон ответа а**	
48. К фоновым заболеваниям тела матки относятся: а) эндометриальные полипы б) атипическая гиперплазия в) дисгормональная мастопатия **Эталон ответа а**	
49. К предраковым заболеваниям тела матки относятся: а) железистая гиперплазия б) атипическая гиперплазия в) эндометриальные полипы **Эталон ответа б**	
50. Среди злокачественных опухолей эндометрия чаще встречаются: а) аденокарцинома б) железисто-плоскоклеточный рак в) недифференцированный рак **Эталон ответа а**	
51. Наиболее часто встречающаяся форма роста опухоли при раке эндометрия: а) эндофитная б) экзофитная в) блюдцеобразная **Эталон ответа б**	
52. Какая степень дифференцировки опухоли при раке эндометрия относится к наиболее благоприятному патогенетическому варианту: а) высокая б) низкая в) недифференцированная опухоль **Эталон ответа а**	
53. Что означает в классификации рака эндометрия по системе TNM - T1: а) преинвазивная карцинома б) опухоль ограничена телом матки в) опухоль распространяется на шейку, но не за пределы матки **Эталон ответа б**	

54. Что означает в классификации рака эндометрия по системе TNM – а) опухоль ограничена телом матки б) инвазия стромы шейки в) опухоль распространяется на влагалище **Эталон ответа б**	
55. Что означает в классификации рака эндометрия по системе TNM - T4: а) опухоль распространяется на влагалище б) опухоль распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря в) раковые клетки в асците **Эталон ответа б**	
56. Отдаленные метастазы при раке эндометрия наиболее часто выявляются: а) в легких б) в яичниках в) в костях скелета **Эталон ответа а**	
57. Наиболее частым симптомом при раке эндометрия является: а) маточное кровотечение б) боли в) увеличение паховых лимфатических узлов **Эталон ответа а**	
58. Для постановки диагноза рака эндометрия необходимо: а)УЗИ б) микроскопическое исследование тканей эндометрия в) магнитно-резонансная томография **Эталон ответа а**	
59. Существуют какие-либо специфические опухолевые маркеры для уточнения диагноза рака эндометрия: а) да б) нет **Эталон ответа б**	
60. Радикальной операцией при раке эндометрия I стадии, Gl,2 является: а) простая экстирпация матки с придатками б) расширенная экстирпация матки с придатками в) операция Вертгейма **Эталон ответа а**	
61. Какое место занимает рак шейки матки среди злокачественных опухолей женской половой сферы: а) первое б) второе в) третье **Эталон ответа б**	
62. Максимальный уровень заболеваемости раком шейки матки наблюдается в группе: а) 50-54 лет б) 60-64 лет в) 70-74 лет **Эталон ответа в**	
63. Основное число больных раком шейки матки выявляется в стадии: а) I-II б) III в) IV **Эталон ответа а**	
64. К факторам риска рака шейки матки относятся: а) несоблюдение половой гигиены, венерические заболевания, вирусные инфекции б) прием антиэстрогенов в) дисгормональные нарушения молочных желез	

Эталон ответа а	
65. К фоновым заболеваниям рака шейки матки относятся: а) умеренная дисплазия б) эпидермоидная папиллома в) эрозия **Эталон ответа б**	
66. К предраковым заболеваниям шейки матки относятся: а) лейкоплакия б) дисплазия тяжелой степени в) Ca in situ **Эталон ответа б**	
67. Наиболее часто встречающийся гистотип опухоли при раке шейки матки: а) плоскоклеточный рак б) аденокарцинома в) низкодифференцированный рак **Эталон ответа а**	
68. Внутренняя оболочка канала шейки матки - это: а) экзоцервикс б) эндоцервикс в) эндометрий **Эталон ответа б**	
69. Согласно международной классификации TNM рака шейки матки T1: а) преинвазивная карцинома б) инвазивная карцинома, диагностируется только микроскопически в) опухоль шейки с распространением на матку, но без прорастаниястенки таза **Эталон ответа б**	
70. Согласно международной классификации TNM рака шейки матки T4: а) опухоль распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря б) отдаленные метастазы в) опухоль распространяется на стенку таза **Эталон ответа а**	
71. Наиболее часто встречающиеся симптомы при раке шейки матки: а) боли, бели, кровотечения б) боли, асцит в) асцит, плеврит **Эталон ответа а**	
72. Основной метод диагностики рака шейки матки: а) осмотр в зеркалах б) ректально - брюшностеночное исследование в) биопсия **Эталон ответа в**	
73. Радикальной операцией при раке шейки матки, стадия Tis, Tlal является: а) высокая ножевая ампутация шейки матки б) экстирпация матки с придатками и лимфодиссекция в) экстирпация матки с придатками **Эталон ответа а**	
74. Радикальной операцией при раке шейки матки, стадия T2a является: а) экстирпация матки с придатками б) экстирпация матки с придатками, лимфодиссекция в) высокая ножевая ампутация шейки матки **Эталон ответа б**	
75. К факторам неблагоприятного прогноза при раке шейки матки относятся: а) метастазы в регионарных лимфатических узлах б) экзофитная форма роста опухоли в) глубина инвазии опухоли менее 1 мм. **Эталон ответа а**	

Раздел 6. Опухоли мочеполовой системы полового члена	**ПК-1, 2, 4, 9**
1. К доброкачественным опухолям почечной паренхимы эпителиального происхождения относится а) фиброма б) миксома в) аденома г) лейомиома д) ангиома **Эталон ответа в**	
2. Правильное название злокачественной опухоли почечной паренхимы эпителиального происхождения а) аденома почки б) гипернефрома в) гипернефроидный рак г) рак почки д) мелкоклеточный рак **Эталон ответа г**	
3. У больных раком почки наибольшая 5-летняя выживаемость после нефрэктомии наблюдается, если первым клиническим проявлением опухоли было а) температура б) гематурия в) пальпируемая опухоль г) нефункционирующая почка д) случайно выявлена на УЗИ **Эталон ответа д**	
4. Опухоли почечной паренхимы встречаются а) у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин б) у мужчин в 2 раза чаще, чем у женщин в) у женщин в 5 раз чаще, чем у мужчин г) у мужчин в 5 раз чаще, чем у женщин д) частота заболеваний одинакова **Эталон ответа б**	
5. Наиболее распространенной классификацией опухолей почечной паренхимы является классификация а) С.П.Федорова (1923) б) Н.А.Лопаткина и сотр. (1972) в) TNM Международного противоракового союза (1993) г) С.Петковича (1956) д) Флокса и Кадецкого (1959) **Эталон ответа в**	
6. Наибольшее значение в возникновении опухолей почек придается а) порокам развития почек и мочевых путей б) хроническому воспалительному процессу в почечной паренхиме в) гормональному дисбалансу г) травме почки д) гломерулонефриту **Эталон ответа в**	
7. При раке почки чаще поражены а) верхний сегмент б) нижний сегмент в) центральный сегмент г) все сегменты одинаково часто д) частота не установлена	

Эталон ответа г	
8. Среди опухолей почек наиболее часто выявляются а) эпителиальные б) соединительнотканные в) имеющие строение ткани надпочечника г) гемангиомы д) гемартомы **Эталон ответа а**	
9. При раке почки метастазы чаще всего наблюдаются а) в печени б) в легких в) в контралатеральной почке г) в головном мозгу д) в надпочечнике **Эталон ответа б**	
10. Лимфогенные метастазы чаще всего встречаются а) в средостении б) в парааортальных и паракавальных лимфоузлах в) в подвздошных лимфоузлах г) в шейных лимфоузлах д) в надключичных лимфоузлах **Эталон ответа б**	
11. Опухолевые тромбы при раке почки чаще всего наблюдаются а) в почечной артерии б) в почечной и нижней полой вене в) в яичковой вене г) в паравертебральных венах д) в тазовых венах **Эталон ответа б**	
12. При раке почки отсутствует а) полицитемия б) артериальная гипертензия в) гиперпирексия г) анемия д) эозинофилия **Эталон ответа д**	
13. Чаще всего первым проявлением опухоли паренхимы почки является а) боль в пояснице б) прощупываемая увеличенная почка в) гематурия г) анемия д) субфебрильная температура **Эталон ответа в**	
14. При опухолях почки гематурия чаще наблюдается а) инициальная (начальная) б) тотальная в) терминальная (конечная) г) микрогематурия д) гемоглобинурия **Эталон ответа б**	
15. Гематурия при опухоли паренхимы почки наблюдается а) у 20% больных б) у 40% больных в) у 60% больных г) у 90% больных г) у 100% больных **Эталон ответа в**	

16. По современной классификации опухолей почек к стадии Т3а относятся а) большая опухоль, деформирующая почку б) опухоль в центральном сегменте почки размером 2¦2 см в) опухоль, инфильтрирующая околопочечную клетчатку г) большая опухоль, деформирующая чашечки и лоханку д) небольшая опухоль с поражением регионарных лимфоузлов **Эталон ответа в**	
17. Гиперпирексия у больных раком почки наблюдается примерно а) у 10-20% больных б) у 30% больных в) у 50% больных г) у 80% больных д) у всех больных **Эталон ответа а**	
18. Анемия у больных раком наблюдается примерно а) у 10% больных б) у 20% больных в) у 40% больных г) у 60% больных д) у всех больных **Эталон ответа б**	
19. Похудание у больных раком почки наблюдается примерно а) у 15-20% больных б) у 20% больных в) у 30% больных г) у 50% больных д) у всех больных **Эталон ответа а**	
20. Полицитемия у больных опухолью почки наблюдается приблизительно а) у 2-3% больных б) у 8-10% больных в) у 20-30% больных г) у 40-50% больных д) у 50-60% больных **Эталон ответа а**	
21. Цистоскопия в диагностике опухоли паренхимы почки помогает установить а) сторону поражения б) функцию пораженной почки в) функцию здоровой почки г) строение опухоли д) наличие метастаза **Эталон ответа а**	
22. При подозрении на опухоль почки обследование больного целесообразно начинать а) с аортографии б) с экскреторной урографии в) с радиоизотопной ренографии г) с ультрасонографии д) с ретроградной уретеропиелографии **Эталон ответа г**	
23. Ретроградная уретеропиелография в диагностике опухоли почек является а) общепринятой б) опасной в) надежной г) безопасной д) ненадежной	

Эталон ответа б	
24. На аортограммах при раке почки отсутствуют а) малососудистые зоны в почечной паренхиме б) лакуны и озерца в отдельных частях почки в) широкая почечная артерия г) отклонение и деформация внутриорганных сосудов д) истончение магистральных сосудов почки **Эталон ответа д**	
25. При удалении почки по поводу рака недопустима в первую очередь перевязка а) почечной артерии б) почечной вены в) всей почечной ножки г) надпочечниковой артерии д) яичковой вен **Эталон ответа б**	
26. При локализации злокачественной опухоли в одном из полюсов единственной почки следует предпринять а) нефрэктомию б) резекцию почки в) наблюдение за больным г) иссечение опухоли д) эмболизацию сегментарной артерии **Эталон ответа б**	
27. Если нет возможности остановить гематурию консервативным путем при неоперабельном раке почки, то следует а) продолжить консервативное и симптоматическое лечение б) производить частые переливания свежей крови в) произвести эмболизацию почечной артерии г) произвести нефрэктомию д) наложить нефростому **Эталон ответа в**	
28. После радикальных операций по поводу опухоли паренхимы почки в стадии Т1 3 года живут а) более половины больных б) 45% больных в) 40% больных г) 30% больных д) 20% больных **Эталон ответа а**	
29. Длительная выживаемость (10 и более лет) после нефрэктомии при злокачественной опухоли почки а) является критерием полного выздоровления, если нет метастазов б) не является критерием полного выздоровления в) не является критерием при выявленных метастазах г) возможна только у молодых больных д) возможна у пожилых больных **Эталон ответа б**	
30. Наиболее частой опухолью почек у детей в возрасте от 6 месяцев до 5 лет является а) светлоклеточный рак б) тератома в) опухоль Вильмса г) плоскоклеточный рак д) саркома **Эталон ответа в**	

31. Гистологически опухоль Вильмса состоит из а) эпителиальных клеток б) соединительнотканных клеток в) недифференцированной эмбриональной опухолевой ткани г) хрящевой и мышечной ткани д) из всех вышеперечисленных **Эталон ответа в**	
32. При эмбриональной опухоли почки у детей применяются а) хирургический метод лечения б) лучевая терапия в) лекарственная терапия г) комплексное хирургическое и лучевое лечение д) комплексное лечение с использованием всех перечисленных методов **Эталон ответа д**	
33. При опухоли почки у детей наиболее удобен а) поясничный доступ б) трансторакальный доступ в) трансперитонеальный доступ г) торакоабдоминальный доступ д) доступ по Нагомацу **Эталон ответа в**	
34. ВТЭК в отношении больного, перенесшего нефрэктомию по поводу рака почки в стадии Т2, должен принять следующее решение а) признать временно нетрудоспособным и продлить больничный лист свыше 4-х месяцев б) I группа инвалидности в) II группа инвалидности г) III группа инвалидности д) трудоспособен (требует перевода на работу без вредных факторов) **Эталон ответа в**	
35. Первичные опухоли почечной лоханки от общего количества опухолей почек составляют около а) 1% б) 7-10% в) 30% г) 50% д) 70% **Эталон ответа б**	
36. Наиболее часто опухоли почечной лоханки встречаются а) в Китае б) в России в) в Греции г) в США д) примерно одинаково **Эталон ответа д**	
37. Опухоли почечной лоханки чаще всего наблюдаются в возрасте а) 10-20 лет б) 21-30 лет в) 31-50 лет г) 51-70 лет д) 71 и старше **Эталон ответа г**	
38. Папиллярные опухоли мочеточника чаще всего встречаются а) в верхней трети б) в нижней трети в) в средней трети	

г) одинаково часто в любых отделах мочеточника д) в лоханочно-мочеточниковом сегменте **Эталон ответа б**	
39. У мужчин опухоли лоханки и мочеточника наблюдаются чаще, чем у женщин. Это соотношение частоты заболеваемости составляет а) 2:1 б) 3:1 в) 5:1 г) 10:1 д) 1:2 **Эталон ответа а**	
40. При опухоли почечной лоханки чаще всего наблюдается а) боль б) прощупываемая почка в) гематурия г) протеинурия д) субфебрильная температура **Эталон ответа в**	
41. Рак почечной лоханки позволяет диагностировать а) обзорная рентгенография почек и мочевых путей б) инфузионная урография в) ретроградная уретеропиелография г) сканирование почек д) правильно б) и в) **Эталон ответа д**	
42. Лучевую терапию при раке почки применяют а) при лимфогенных метастазах б) при опухолевых тромбах в почечной вене в) всем больным после нефрэктомии г) не применяют д) правильно а) и б) **Эталон ответа д**	
43. После нефроуретерэктомии с резекцией мочевого пузыря при папиллярном раке нижней трети мочеточника показаны а) лучевая терапия б) химиотерапия в) гормонотерапия г) все вышеперечисленное д) диспансерное наблюдение **Эталон ответа д**	
44. Камни почки чаще встречаются а) при плоскоклеточном раке почечной лоханки б) при папиллярном раке почечной лоханки в) не встречаются г) в обоих случаях одинаково д) при папилломах **Эталон ответа а**	
45. Нефрэктомия при раке левой почки и единичном метастазе в верхнем сегменте правого легкого а) показана б) не показана в) показана только у молодых г) показана только у больных пожилого возраста д) не показана больным пожилого возраста **Эталон ответа а**	
46. Больная К. 44 года, продавщица универмага. Направлена на ВТЭК в X-1985 г через 2 мес после нефрэктомии по поводу рака правой почки T3NoMo.	

Левая почка здорова. В послеоперационном периоде больной проведена дистанционная лучевая терапия в дозе 5 Гр. В момент освидетельствования больная предъявила жалобы на слабость. ВТЭК определил а) I группу инвалидности б) II группу инвалидности в) III группу инвалидности г) признал временно нетрудоспособной д) признал трудоспособной **Эталон ответа б**	
47. Больной мужчина 56 лет обратился к урологу поликлиники с жалобами на внезапное появление крови в моче. Сегодня утром в моче были червеобразные сгустки крови. Гематурия продолжается. Других жалоб нет. Наиболее вероятный диагноз а) геморрагический цистит б) опухоль мочевого пузыря в) опухоль мочеточника г) мочекаменная болезнь д) опухоль почки **Эталон ответа д**	
48. При диссеминированных формах плоскоклеточного рака препараты группы прогестерона эффективны а) в 0.5% случаев б) в 2% случаев в) в 6% случаев г) в 10% случаев д) в 20% случаев **Эталон ответа б**	
49. Продолжительность жизни большинства неоперированных больных раком почки обычно составляет примерно а) 4-6 месяцев б) 1-3 года в) 4-6 лет г) 6-10 лет д) более 10 лет **Эталон ответа б**	
50. При генерализованном раке почки можно рекомендовать следующие препараты а) тестостерон б) оксипрогестерон капронат в) депо-провера г) провера д) все перечисленное **Эталон ответа д**	
51. Критерием выздоровления при злокачественной опухоли почки после нефрэктомии является выживаемость а) 3 года б) 5 лет в) 10 лет г) 15 лет д) ни один из перечисленных выше **Эталон ответа д**	
52. К факторам, способствующим возникновению опухоли мочевого пузыря, относятся а) курение б) нарушение иммунной реакции организма в) хронические воспалительные заболевания	

г) аналиновые красители д) все перечисленное **Эталон ответа д**	
53. Удельный вес опухолей мочевого пузыря среди других опухолей человека составляет около а) 1-1.5% б) 3-4% в) 5-6% г) 7-8% д) 9-10% **Эталон ответа б**	
54. Среди опухолей мочевого пузыря наиболее часто встречаются а) саркома б) фиброма в) гематома г) папиллома и рак д) миома **Эталон ответа г**	
55. По классификации TNM Международного противоракового союза символ Т2 при раке мочевого пузыря означает а) имеется поверхностная инвазия эпителия б) опухоль инфильтрирует поверхностный мышечный слой в) опухоль инфильтрирует глубокий мышечный слой г) опухоль инфильтрирует подэпителиальную соединительную ткань, не распространяясь на мышечную оболочку д) опухоль инфильтрирует все слои пузырной стенки **Эталон ответа б**	
56. Классификация TNM дополняется символом Р, характеризующим степень прорастания опухолью стенки мочевого пузыря по данным гистологического исследования операционного материала. Символ РТо означает а) преинвазивный рак (carcinoma in situ) б) опухоль инфильтрирует подэпителиальную соединительную ткань в) отсутствуют метастазы в лимфатических узлах г) опухолевых клеток не обнаружено д) оценить степень распространения опухоли не удается **Эталон ответа г**	
57. Первый по частоте среди симптомов опухоли мочевого пузыря - это а) гиперпирексия б) дизурия в) боли г) гематурия д) затрудненное мочеиспускание **Эталон ответа г**	
58. Для уточнения источника гематурии необходимо начинать исследование а) с цистоскопии б) с экскреторной урографии в) с ультразвукового исследования г) с общего анализа мочи д) с радиоизотопного сканирования **Эталон ответа а**	
59. При подозрении на опухоль мочевого пузыря исследования следует начинать а) с обзорной рентгенографии мочевых путей б) с компьютерной томографии в) с ультразвукового исследования г) с экскреторной урографии д) с цистоскопии	

Эталон ответа д	
60. Глубину опухолевой инфильтрации стенки мочевого пузыря определяют с помощью ультразвукового исследования а) поперечным сканированием б) линейным сканированием в) с помощью ректального датчика г) с помощью пузырного датчика д) комбинацией наружного ультразвукового и рентгенографического исследований **Эталон ответа г**	
61. Трансуретральная электрорезекция показана при следующих стадиях рака мочевого пузыря а) Т1 б) Т2 в) Т3 г) Т4 д) правильно Т1 и Т2 **Эталон ответа д**	
62. Канцерогенными метаболитами триптофана являются все перечисленные, кроме а) никотиновой кислоты б) 3-оксиантраниловой кислоты в) 3-оксикинуренина г) 3-оксиацетофенола **Эталон ответа а**	
63. Курящие страдают раком мочевого пузыря чаще некурящих а) в 2 раза б) в 3 раза в) в 5 раз г) в 6 раз д) в 7 раз **Эталон ответа д**	
64. Рак мочевого пузыря чаще локализуется а) на левой боковой стенке б) на правой боковой стенке в) на верхушке г) в области шейки д) в зоне треугольника Льето **Эталон ответа д**	
Для клиники опухоли пузыря характерны а) боли б) гематурия в) дизурия г) гиперпирексия д) правильно б) и в) **Эталон ответа д**	
Метастазы при раке мочевого пузыря чаще всего наблюдаются а) в печени б) в паховых лимфоузлах в) в легких г) в костях д) в регионарных лимфоузлах **Эталон ответа д**	
67. Глубину опухолевой инфильтрации стенки мочевого пузыря выявляют с помощью а) нисходящей цистографии б) ретроградной цистографии	

в) трансвезикального ультразвукового сканирования г) тазовой артериографии д) правильно в) и г) **Эталон ответа д**	
68. Оперативное лечение рака мочевого пузыря в стадии T3NoMo а) трансуретральная электрорезекция б) электрокоагуляция в) резекция мочевого пузыря г) демукузация д) цистэктомия **Эталон ответа в**	
69. Трансуретральная электрорезекция при раке мочевого пузыря нерадикальна а) в стадии Т1 б) в стадии Т2 в) в стадии Т3 г) в стадии Т4 д) в стадии Т3 и Т4 **Эталон ответа д**	
70. При раке мочевого пузыря в стадии Т4 применяются а) трансуретральная электрорезекция б) электрокоагуляция в) резекция мочевого пузыря г) цистэктомия д) консервативное лечение **Эталон ответа д**	
71. После радикальной операции по поводу рака мочевого пузыря диспансерное динамическое наблюдение в первые два года жизни проводят а) 1 раз в 2 года б) 1 раз в 1 год в) 1 раз в 6 месяцев г) 1 раз в 3 месяца д) ежемесячно **Эталон ответа г**	
72. Диспансерное наблюдение через 2 года после радикальной операции по поводу рака мочевого пузыря осуществляют а) 1 раз в месяц б) 1 раз в 3 месяца в) 1 раз в 6 месяцев г) 1 раз в год д) 1 раз в 2 года **Эталон ответа в**	
73. После цистэктомии и уретерокутанеостомии больные признаются инвалидами а) I группы б) II группы в) III группы г) временно нетрудоспособными д) переводятся на другую работу **Эталон ответа а**	
74. После резекции мочевого пузыря с уретероцистонеостомией и лучевой терапии больные признаются инвалидами а) I группы б) II группы в) III группы г) временно нетрудоспособными д) переводятся на другую работу	

Эталон ответа б	
75. При раке мочевого пузыря в стадии Т4 с отдаленными метастазами определяется инвалидность а) I группа пожизненно б) II группа пожизненно в) III группа пожизненно г) I группа с переосвидетельствованием через год д) II группа с переосвидетельствованием через год **Эталон ответа а**	
76. Предрасполагающими факторами для развития опухолей женской уретры являются все перечисленные, кроме а) гормональных нарушений б) гнойного уретрита в) белей г) нарушения кровообращения в уретре (роды, запоры) **Эталон ответа а**	
77. Из доброкачественных опухолей уретры у мужчин чаще встречаются а) фиброма б) остроконечная кондилома в) карбункулы г) полипы д) папилломы **Эталон ответа б**	
78. Дифференцировать доброкачественную опухоль женской уретры от злокачественной можно путем а) пальпации б) уретроскопии в) биопсии г) цитологического исследования отпечатков д) правильно в) и г) **Эталон ответа д**	
79. Морфологически рак уретры чаще а) железистый б) папиллярный в) плоскоклеточный г) переходноклеточный д) полиморфноклеточный **Эталон ответа в**	
80. При доброкачественных опухолях уретры применяют а) консервативное лечение б) электрокоагуляцию в) резекцию уретры г) лучевую терапию д) динамическое наблюдение **Эталон ответа в**	
81. Пятилетняя выживаемость при раке уретры достигается примерно а) у 15% больных б) у 25% больных в) у 35% больных г) у 45% больных д) у 50% больных **Эталон ответа б**	
82. У мужчин в возрасте старше 50 лет при профилактическом осмотре обнаруживают аденому предстательной железы в среднем а) в 10-15% случаев б) в 26-30% случаев в) в 31-40% случаев	

г) в 41-50% случаев д) более чем в 50% случаев **Эталон ответа а**	
83. Развитию аденомы предстательной железы способствуют а) хронический воспалительный процесс в предстательной железе б) гормональные нарушения в организме в) наследственность г) вирусная инфекция д) половые излишества **Эталон ответа б**	
84. Для функции почек и верхних мочевых путей неблагоприятен рост аденоматозных узлов а) субвезикальный б) интравезикальный в) диффузный г) субтригональный д) смешанный **Эталон ответа г**	
85. Острая задержка мочеиспускания при аденоме предстательной железы наблюдается а) только в I стадии б) только во II стадии в) только в III стадии г) в I и II стадиях д) во всех стадиях **Эталон ответа г**	
86. Острую задержку мочеиспускания при аденоме предстательной железы вызывают все перечисленные факторы, кроме а) венозного застоя (конгестия) в малом тазу б) спазма сфинктера мочевого пузыря и нарушения иннервации в) деформации и сдавления уретры аденомой простаты г) отека слизистой уретры и простаты д) внезапного снижения тонуса детрузора (передержка мочи) **Эталон ответа б**	
87. Стадию аденомы простаты определяют а) по величине аденомы предстательной железы б) по степени нарушения функции почек в) по степени утраты сократительной способности детрузора и количеству остаточной мочи г) по имеющимся осложнениям (камни мочевого пузыря, хронический пиелонефрит и др.) д) по длительности заболевания **Эталон ответа в**	
88. Перед аденомэктомией при неосложненном течении болезни показаны все следующие объективные исследования, кроме а) пальцевого ректального исследования простаты б) перкуссии и пальпации области мочевого пузыря в) хромоцистостоскопии г) ультразвукового сканирования почек, мочевого пузыря и простаты **Эталон ответа в**	
89. Перед аденомэктомией показаны все следующие исследования сердечно-сосудистой системы, кроме а) ЭКГ б) плетизмографии в) рентгеноскопии органов грудной клетки г) определения величины артериального давления и частоты пульса **Эталон ответа б**	

90. Перед аденомэктомией необходимо сделать следующие лабораторные исследования крови а) клинический анализ крови б) протромбиновый индекс в) определение группы крови и резус-фактора г) определение времени свертывания крови и кровотечения д) все перечисленные **Эталон ответа д**	
91. Перед аденомэктомией необходимо выполнить следующие лабораторные исследования мочи а) клинический анализ мочи б) цитологическое исследование осадка мочи в) диастазу мочи г) посев мочи на ВК д) исследование уробилина **Эталон ответа а**	
92. Перед аденомэктомией необходимы следующие рентгенологические исследования а) обзорная урография б) экскреторная урография в) лакунарная цистография г) нисходящая цистография д) все перечисленные **Эталон ответа д**	
93. При выборе типа операции при лечении аденомы предстательной железы необходимо произвести а) ультразвуковое исследование почек и мочевых путей б) сканирование почек в) динамическую сцинтиграфию почек г) сканирование костей таза и позвоночника д) сканирование предстательной железы **Эталон ответа а**	
94. Для I стадии аденомы предстательной железы характерны а) затрудненное мочеиспускание б) азотемия в) остаточной мочи 100 мл г) предстательная железа увеличена, напряжена, болезненна д) боли в промежности **Эталон ответа а**	
95. Для II стадии аденомы предстательной железы характерно все перечисленное, кроме а) недержания мочи б) частого мочеиспускания ночью в) остаточной мочи 100 мл г) острой задержки мочи д) остаточной мочи 1000 мл **Эталон ответа а**	
96. Для III стадии аденомы предстательной железы характерны а) затрудненное мочеиспускание б) парадоксальная ишурия в) остаточной мочи 300 мл г) боли в промежности д) предстательная железа каменистой плотности, безболезненная **Эталон ответа б**	
97. Абсолютными показаниями к срочной одномоментной аденомэктомии у больных аденомой простаты, осложненной острым пиелонефритом, являются	

а) аденома предстательной железы I стадии б) аденома предстательной железы II стадии в) аденома предстательной железы III стадии г) эндовезикальная локализация аденоматозных узлов д) субтригональная локализация аденомы, гидроуретер с 2-х сторон **Эталон ответа д**	
98. Показаниями к цистостомии (I этап) при аденоме предстательной железы являются а) аденома II стадии б) аденома и острый пиелонефрит в) субтригональная локализация аденомы г) пожилой возраст больного д) аденома и подозрение на рак предстательной железы **Эталон ответа б**	
99. Показаниями к трансуретральной электрорезекции при аденоме предстательной железы являются а) субтригональная ее локализация б) аденома и хроническая почечная недостаточность в) фиброзная форма аденомы г) аденома больших размеров д) аденома II стадии **Эталон ответа в**	
100. Вазорезекция у больных, подлежащих аденомэктомии, производится а) во всех случаях б) перед аденомэктомией при наличии воспалительного процесса (эпидидимит, простатит, уретрит) в) при одномоментной аденомэктомии г) при двухмоментной операции д) при отсутствии воспалительных изменений в органах мочевой системы **Эталон ответа а**	
101. Тампонаду ложа простаты марлевым тампоном с целью гемостаза при аденомэктомии осуществляют а) на 12 часов б) на 24 часа в) на 48 часов г) на 72 часа д) более 3-х суток **Эталон ответа в**	
102. Для лечения аденомы предстательной железы применяются а) трианол б) флутомид в) флюцинон г) синестрол д) хонван **Эталон ответа а**	
103. Летальность после аденомэктомии в настоящее время составляет в основном а) 2-5% б) 8-10% в) 11-15% г) 16-20% д) 21-30% **Эталон ответа а**	
104. Больной Н, 60 лет. Поступил с острой задержкой мочеиспускания, возникшей впервые. После 2-х кратной катетеризации мочеиспускание восстановилось, однако остаточной мочи 300 мл. При ультразвуковом исследовании выявлены признаки двустороннего гидроуретеронефроза и	

увеличение размеров предстательной железы до 6¦5¦4.5 см, расположенной субтригонально. Содержание мочевины в сыворотке крови 21 ммоль/л, жажда, сухость во рту. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких возрастные изменения. Клинический анализ крови: гемоглобин - 120 г/л, СОЭ - 20 мм в/час. Относительная плотность мочи 1.006. Остальные показатели в пределах нормы. Больному показана а) цистостомия б) трансуретральная электрорезекция в) аденомэктомия г) перкутанная нефростомия д) установка постоянного катетера **Эталон ответа г**	
105. Больной А. 77 лет. Поступил с жалобами на никтурию. Болен 1 год. При пальцевом ректальном исследовании простата незначительно увеличена, уплотнена, особенно по периферии левой доли. Границы железы четкие, пальпация ее безболезненна. При ультразвуковом сканировании предстательная железа неоднородной эхоструктуры с гипоэхогенным участком в левой доле. Размер железы 2.8¦3.5¦3.4. Остаточной мочи - 150 мл. Содержание мочевины в сыворотке крови 7.8 ммоль/л. Общий анализ крови и мочи - в норме. На экскреторных урограммах анатомо-функциональных изменений со стороны почек и верхних мочевых путей нет. Наиболее вероятный диагноз а) аденома простаты II стадии б) болезнь Мариона в) рак предстательной железы г) хронический простатит д) туберкулез предстательной железы **Эталон ответа в**	
106. Частота рака предстательной железы среди всех злокачественных опухолей человека составляет примерно а) 1% б) 2% в) 5% г) 10% д) 20% **Эталон ответа в**	
107. В предстательной железе чаще встречаются а) рак б) аденома в) фиброма г) лейомиома д) саркома **Эталон ответа б**	
108. Рак в предстательной железе возникает вследствие а) вирусного заболевания б) гормональных нарушений в) хронического воспаления г) аденомы д) экзогенных канцерогенных веществ **Эталон ответа б**	
109. Рак предстательной железы наблюдается в возрасте после а) 10 лет б) 20 лет в) 30 лет г) 40 лет д) 50 лет **Эталон ответа д**	

110. При пальцевом ректальном исследовании для рака предстательной железы характерны следующие изменения - предстательная железа а) увеличена за счет одной доли, резко напряжена и болезненна б) увеличена, поверхность ее гладкая, консистенция эластичная, междолевая бороздка сглажена, границы железы четкие, пальпация безболезненная в) плотная, безболезненная, поверхность бугристая г) плотно-эластической консистенции, в одной из ее долей, очаг размягчения д) увеличена, междолевая бороздка сохранена, поверхность неровная, участки размягчения чередуются с участками относительно плотной ткани **Эталон ответа в**	
111. Из перечисленных исследований достоверный диагноз рака предстательной железы позволяют поставить а) осмотр и пальпация наружных половых органов б) пальпация предстательной железы в) цистоскопия г) биопсия предстательной железы д) биопсия костного мозга **Эталон ответа г**	
112. Для определения распространенности рака предстательной железы необходимы следующие рентгенологические исследования а) лакунарная цистография б) осадочная цистография в) лимфография г) рентгенография костей таза и легких д) правильно в) и г) **Эталон ответа д**	
113. Для определения стадии рака предстательной железы необходимы все следующие радиологические исследования, кроме а) радиоизотопной ренографии б) сканирования костей таза и позвоночника в) динамической сцинтиграфии почек г) сканирования почек **Эталон ответа г**	
114. Для рака предстательной железы в стадии T1NoMo характерны а) гематурия б) задержка мочи в) предстательная железа каменистой плотности, без четких границ г) предстательная железа тугоэластической консистенции, безболезненная, не увеличена, в одной из долей одиночный плотный узел по периферии д) боли в промежности **Эталон ответа г**	
115. Основным признаком рака предстательной железы стадии T2NoMo является а) задержка мочи б) предстательная железа каменистой плотности без четких границ в) недержание мочи г) предстательная железа увеличена, безболезненна, тугоэластической консистенции, одна из долей очень плотная, бугристая, границы железы четкие д) боли в области крестца **Эталон ответа г**	
116. Основными симптомами рака предстательной железы в стадии T2NoM1 являются а) парадоксальная ишурия б) боли в области крестца в) предстательная железы увеличена за счет правой доли, безболезненная, левая доля туго эластической консистенции, правая очень плотная, бугристая,	

границы железы четкие г) уретрорагия д) правильно б) и в) **Эталон ответа в**	
117. Симптомами неосложненного рака предстательной железы в стадии T4NxM2 являются а) гематурия б) анурия в) боли в промежности г) боли в крестце д) все перечисленное **Эталон ответа д**	
118. Частота обнаружения очагов атипии эпителия в предстательной железе зависит от а) морфологического строения опухоли б) локализации опухоли в) возраста больного г) гормональной активности яичек д) наследственности **Эталон ответа в**	
119. Максимальные размеры очагов атипии эпителия при микроскопическом исследовании достигают а) 0.1 мм б) 0.2 мм в) 0.3 мм г) 0.5 мм д) 0.7 мм **Эталон ответа в**	
120. Минимальнае размеры очагов "латентного рака" предстательной железы составляют а) 0.3 см б) 0.4 см в) 0.5 см г) 1.0 см д) 1.5 см **Эталон ответа б**	
121. "Латентный рак" предстательной железы обнаруживается у мужчин старше 50 лет а) в 1-2% случаев б) в 3-5% случаев в) в 5-7% случаев г) в 10-30% случаев д) в 40-50% случаев **Эталон ответа г**	
122. Длительность скрытого течения "латентного рака" составляет а) 2 года б) 5 лет в) 10 лет г) 20 лет д) более 20 лет **Эталон ответа д**	
123. Самая высокая заболеваемость раком предстательной железы наблюдается а) в США б) во Франции в) в Китае	

г) в Англии д) в Японии **Эталон ответа а**	
124. Ранними клиническими признаками рака предстательной железы являются а) задержка мочи б) гематурия в) боли в промежности г) дизурия д) ранние признаки не существуют **Эталон ответа д**	
125. Основной метод ранней диагностики рака предстательной железы а) исследование гормонального баланса б) пальцевое ректальное исследование предстательной железы в) рентгенографическое исследование костей скелета мужчин старше 50 лет г) ультразвуковое исследование простаты с биопсией д) правильно б) и г) **Эталон ответа д**	
126. Основные жалобы больных при раке предстательной железы в стадии T1NoMo включают а) частое мочеиспускание б) боли в промежности в) боли в крестце г) субфебрильную температуру д) жалобы отсутствуют **Эталон ответа д**	
127. Частота нарушения акта мочеиспускания у больных раком предстательной железы в поздних стадиях составляет примерно а) 41-50% б) 51-60% в) 61-70% г) 80-90% д) 100% **Эталон ответа г**	
128. Частота макрогематурии у больных раком предстательной железы составляет в среднем а) 1% б) 5% в) 10% г) 20% д) 30% **Эталон ответа в**	
129. Чаще всего метастазы при раке предстательной железы обнаруживаются а) в печени б) в легких в) в брюшине г) в костях д) в яичках **Эталон ответа г**	
130. Пальцевое ректальное исследование позволяет заподозрить рак предстательной железы примерно а) у 21-40% больных б) у 41-60% больных в) у 61-70% больных г) у 81-90% больных д) у 100% больных **Эталон ответа г**	

131. Повышение содержания кислой фосфатазы в сыворотке крови при ранней стадии рака предстательной железы наблюдается в среднем а) у 10% больных б) у 20% больных в) у 30% больных г) у 40% больных д) не наблюдается **Эталон ответа д**	
132. Костные метастазы при раке предстательной железы носят только остеобластический характер в среднем а) в 20% случаев б) в 40% случаев в) в 50% случаев г) в 60% случаев д) в 70% случаев **Эталон ответа г**	
133. Материал для цитологического исследования при раке предстательной железы получают всеми перечисленными путями, кроме а) массажа предстательной железы б) пункции предстательной железы и аспирации тканевого секрета в) исследования осадка мочи и спермы г) пункции предстательной железы под ультразвуковым наведением д) во всех случаях **Эталон ответа в**	
134. Для гистологической диагностики рака предстательной железы у больных с острой задержкой мочи наиболее целесообразна а) биопсия промежностным доступом б) биопсия трансректальным доступом в) трансуретральная электрорезекция г) операционная чрезпузырная биопсия д) биопсия залобковым доступом **Эталон ответа г**	
135. Для лечения рака простаты из приведенных препаратов антиандрогенами являются а) диэтилстилбестрол б) флютамид в) эстрадурин г) флуцинол д) правильно б) и г) **Эталон ответа д**	
136. Радикальная простатэктомия при раке предстательной железы показана в стадии а) T1NoMo б) T2NxMo в) T3NoM1 г) T4N1M2 д) правильно а) и б) **Эталон ответа д**	
137. К паллиативным операциям, применяемым в поздних стадиях рака предстательной железы, относятся а) троакарная цистостомия б) высокое сечение мочевого пузыря в) трансуретральная электрорезекция г) нефростомия д) все перечисленные **Эталон ответа д**	

138. Причинами хронической почечной недостаточности при раке предстательной железы являются а) перенесенный гломерулонефрит б) острый пиелонефрит в) хронический пиелонефрит г) гидроуретеронефроз д) метастазы **Эталон ответа г**	
139. При хронической почечной недостаточности и гидроуретеронефрозе у больных раком предстательной железы в стадии T4N2M1 показаны а) гемодиализ б) перитониальный диализ в) нефростомия г) цистостомия д) простатэктомия **Эталон ответа в**	
140. При возникновении анурии и гидроуретеронефроза у больного раком предстательной железы показаны а) цистостомия б) нефростомия в) трансуретральная электрорезекция г) уретероцистонеостомия д) гемодиализ **Эталон ответа б**	
141. Для выяснения причины хронической почечной недостаточности при раке предстательной железы проводятся а) экскреторная урография б) хромоцистоскопия в) ультразвуковое исследование г) радиоизотопная ренография д) правильно в) и г) **Эталон ответа в**	
142. При раке предстательной железы лучевая терапия по радикальной программе применяется в стадии а) T4NoMo б) T3MoMo в) T2NoMo г) T1NoMo д) правильно б) и в) **Эталон ответа д**	
143. При подозрении на рак предстательной железы в случае острой задержки мочи показана а) трансуретральная электрорезекция б) цистостомия и чрезпузырная биопсия простаты в) промежностная биопсия простаты г) залобковая биопсия предстательной железы д) правильно а) и б) **Эталон ответа д**	
144. Злокачественная раковая опухоль обычно локализуется а) в краниальной части предстательной железы б) в каудальной части предстательной железы в) вблизи семенного бугорка г) по периферии предстательной железы под капсулой д) в центральной зоне, прилежащей к уретре **Эталон ответа г**	

145. При раке предстательной железы в стадии Т4, осложненном хронической почечной недостаточностью и гидроуретронефрозом, лечение следует начинать а) с трансуретральной электрорезекции б) с цистостомии в) с нефростомии г) с эстрогенотерапии д) с применения антиандрогенов **Эталон ответа в**	
146. Трехлетняя выживаемость больных раком простаты при современной гормональной терапии составляет в среднем а) 10% б) 30% в) 50% г) 70% д) 80% **Эталон ответа в**	
147. Пятилетняя выживаемость больных раком простаты при современной гормонотерапии составляет в среднем а) 5% б) 15% в) 25% г) 35% д) 50% **Эталон ответа в**	
148. Удельный вес опухолей яичка среди других онкологических заболеваний составляет около а) 40% б) 20% в) 10% г) 5% д) 2% **Эталон ответа д**	
149. К факторам, способствующим возникновению опухолей яичка, относятся а) половое воздержание или половые излишества, онанизм б) травма органов мошонки в) эпидидимит на почве вирусной инфекции г) крипторхизм д) правильно б) и г) **Эталон ответа д**	
150. К герминогенным опухолям яичка относятся все перечисленные, кроме а) железистого рака и аденокарциномы б) семиномы в) эмбрионального рака г) тератобластомы **Эталон ответа а**	
151. К герминогенным опухолям яичка относятся а) злокачественная лейдигома и сертолиома б) хорионэпителиома в) фиброаденома г) ретикулосаркома и рабдомиосаркома **Эталон ответа б**	
152. К негерминогенным опухолям яичка относятся а) железистый рак и аденокарцинома б) семинома в) эмбриональный рак	

г) хорионэпителиома и тератобластома д) ни одна из перечисленных **Эталон ответа д**	
153. К негерминогенным опухолям яичка относятся все перечисленные, исключая а) злокачественную лейдигому б) фиброаденому в) злокачественную сертолиому г) рабдомиосаркому д) ретикулосаркому **Эталон ответа б**	
154. Для опухоли яичка характерны следующие симптомы а) пальпируемая опухоль в мошонке б) увеличенные паховые лимфоузлы в) увеличенные забрюшинные лимфоузлы г) гемоспермия д) хронический приапизм **Эталон ответа а**	
155. Для диагностики опухоли яичка необходимы все следующие исследования, кроме а) тазовой артериографии б) ультразвукового исследования в) экскреторной урографии г) рентгенографии органов грудной клетки **Эталон ответа а**	
156. С целью диагностики опухоли яичка необходимы а) определение а-фетопротеина б) радиоизотопная ренография в) определение кислой фосфазы в сыворотке крови г) все перечисленное д) ничего из перечисленного **Эталон ответа а**	
157. При опухоли яичка применяют следующие операции а) удаление паховых лимфоузлов, перевязку семенного канатика б) удаление забрюшинных лимфоузлов в) эмаскуляцию (удаление мошонки и яичек) г) орхифуникулоэпидидимэктомию д) правильно б) и г) **Эталон ответа д**	
158. Удаление забрюшинных лимфоузлов показано при следующих гистологических формах опухолей яичка а) при семиноме б) при тератоме в) при эмбриональной карциноме и тератобластоме г) при хорионэпителиоме д) во всех случаях **Эталон ответа в**	
159. К химио- и лучевой терапии наиболее чувствительны следующие гистологические формы опухолей яичек а) семинома б) хорионэпителиома в) тератома г) тератобластома д) эмбриональная карцинома **Эталон ответа а**	
160. При семиноме в стадии T1-2NoMo показана	

а) операция Дюкена б) химиотерапия до операции в) орхиэктомия с химиотерапией после операции г) лучевая терапия до операции д) операция Шевассю **Эталон ответа в**	
161. При семиноме в стадии T3NxMo показаны следующие виды лечения а) дооперационная химио- и лучевая терапия б) послеоперационная лучевая терапия в) орхиэктомия г) операция Шевассю д) орхиэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия **Эталон ответа д**	
162. При семиноме в стадии T2NxMo показаны следующие виды лечения а) дооперационная химио- и лучевая терапия б) послеоперационная лучевая терапия в) орхиэктомия г) операция Шевассю д) орхиэктомия, полихимиотерапия и лучевая терапия **Эталон ответа д**	
163. При эмбриональном раке яичка в стадии T2NxMo показаны следующие виды лечения а) дооперационная полихимиотерапия б) орхиэктомия в) орхиэктомия, забрюшинная лимфаденэктомия г) орхиэктомия, операция Шевассю и полихимиотерапия д) симптоматическое лечение **Эталон ответа г**	
164. При тератоме яичка размером 6 см в диаметре показаны следующие виды лечения а) лучевая терапия б) химиотерапия в) орхиэктомия г) комбинированное лечение орхиэктомия, полихимио- и лучевая терапия **Эталон ответа в**	
165. При тератобластоме яичка в стадии T2-3NxMo показаны следующие виды лечения а) дооперационная полихимиотерапия б) дооперационная лучевая терапия в) орхифуникулэктомия г) забрюшинная лимфаденэктомия д) ни одно из перечисленных **Эталон ответа д**	
166. При тератобластоме яичка в стадии T2-3NxMo показаны а) послеоперационная полихимиотерапия б) орхиэктомия + послеоперационная лучевая терапия в) орхиэктомия + операция Шевассю + полихимиотерапия г) орхиэктомия + полихимиотерапия **Эталон ответа г**	
167. У мальчика 5 месяцев диагностирован паховый односторонний крипторхизм. Ему рекомендуется а) ревизия пахового канала б) орхиэктомия в) низведение яичка в мошонку г) консервативное лечение д) наблюдение без лечения **Эталон ответа д**	

168. У мальчика 6 лет обнаружен односторонний паховый крипторхизм. Ему рекомендуется а) хориогонадотропин, поливитамины б) лечебная физкультура в) низведение яичка или орхиэктомия г) динамическое наблюдение д) оперативное лечение в возрасте 14-16 лет **Эталон ответа в**	
169. У юноши 16 лет выявлено отсутствие яичек в мошонке и паховых каналах. Физическое развитие нормальное. Ему рекомендуется а) динамическое наблюдение б) гормональная терапия (хориогонадотропин, метилтестостерон) в) операция - ревизия брюшной полости с низведением яичка в мошонку г) двусторонняя орхиэктомия **Эталон ответа в**	
170. Рак полового члена среди других локализаций рака у мужчин в России наблюдается примерно а) в 0.2% случаев б) в 0.5-1.5% случаев в) в 5% случаев г) в 10% случаев д) в 20% случаев **Эталон ответа б**	
171. Наиболее часто рак полового члена встречается в следующих странах а) Цейлон, Вьетнам б) США, Канада в) Россия г) Франция, Италия **Эталон ответа а**	
172. Предраковыми заболеваниями полового члена следует считать а) невирусные папилломы б) лейкоплакию в) кожный рог г) эритроплазию Кейра д) все перечисленное **Эталон ответа д**	
173. Уретроскопия при остроконечных кондиломах и папилломах полового члена а) совершенно необходима б) не показана в) показана при вирусных кондиломах г) показана при невирусных кондиломах д) показана лишь в случаях дизурии **Эталон ответа а**	
174. При невирусных папилломах применяют а) антибиотики б) электрокоагуляцию в) антибиотики в комбинации с лучевой терапией г) резекцию уретры д) динамическое наблюдение **Эталон ответа б**	
175. Трудности дифференциальной диагностики рака полового члена с сифилисом, хронической язвой, экземой приводят к неправильному диагнозу примерно а) у 70% больных б) у 50% больных в) у 30% больных	

г) у 10% больных д) у 5% больных **Эталон ответа д**	
176. Возникновению рака полового члена способствуют следующие факторы а) хронический уретрит, в том числе трихомонадной этиологии б) применение противозачаточных средств в) хронические воспаления (баланит, баланопостит), фимоз и др. г) вирусная кондилома и лейкоплакия д) правильно в) и г) **Эталон ответа д**	
177. Выделяют следующие формы рака полового члена а) узловую б) папиллярную и язвенную в) инвазивную г) аденоматозную д) правильно а) и б) **Эталон ответа б**	
178. К раку полового члена относятся следующие гистологические формы а) мезотелиома б) плоскоклеточный неороговевающий рак в) плоскоклеточный ороговевающий рак г) гонадобластома д) правильно б) и в) **Эталон ответа д**	
179. При раке полового члена поражаются метастазами регионарные лимфоузлы а) забрюшинные б) паховые в) тазовые г) медиастинальные д) подмышечные **Эталон ответа б**	
180. Для решения вопроса об ампутации полового члена по поводу рака необходимо все перечисленное, кроме а) дооперационной биопсии б) цитологического исследования в) биопсии на операционном столе г) внешнего вида типичного рака в виде язвы полового члена и пальпируемых паховых лимфоузлов **Эталон ответа г**	
181. При раке полового члена в зависимости от стадии и локализации применяют а) обрезание крайней плоти б) ампутацию полового члена + операцию Дюкена (паховая лимфаденоэктомия) в) эмаскуляцию (ампутацию мошонки и полового члена) г) операцию Шевассю (забрюшинная лимфаденэктомия) д) все правильно **Эталон ответа д**	
182. При раке полового члена в стадии T1NoMo можно применять а) химиотерапию б) лучевую терапию в) обрезание крайней плоти г) ампутацию полового члена и эмаскуляцию д) верно а), б) и в) **Эталон ответа д**	

183. При раке полового члена T2-3N1Mo применяют а) химиотерапию + ампутацию полового члена б) лучевую терапию + операцию Шевассю в) ампутацию полового члена + операцию Дюкена г) операцию Дюкена д) операцию Шевассю **Эталон ответа в**	
184. При раке полового члена T4 (мошонка) NxMo применяют а) динамическое наблюдение б) лучевую и химиотерапию в) эмаскуляцию (удаление мошонки и полового члена) г) операцию Дюкена + химиотерапию д) операцию Шевассю, ампутацию полового члена, химиотерапию **Эталон ответа в**	
185. При раке головки полового члена T3NoM1 (легкие) рекомендуется а) динамическое наблюдение б) химиотерапия в) лучевая терапия г) ампутация полового члена + химиотерапия д) цистостомия + ампутация полового члена **Эталон ответа г**	
186. Стойкое излечение при раке полового члена в стадии T1NoMo наблюдается в среднем а) в 10% случаев б) в 30% случаев в) в 50% случаев г) в 80% случаев д) в 100% случаев **Эталон ответа д**	
187. 5-летняя выживаемость у больных раком полового члена в стадиях T2-3 наблюдается примерно а) в 2% случаев б) в 40% случаев в) в 50% случаев г) в 60% случаев д) в 90% случаев **Эталон ответа г**	
188. Нелеченные больные раком полового члена в среднем живут а) около года б) около 2-х лет в) около 3-х лет г) около 7-ми лет д) около 15-ти лет **Эталон ответа в**	
Раздел 7. Опухоли кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата	**ПК-1, 2, 4, 9**
Злокачественные опухоли кожи 1. Злокачественные опухоли кожи в структуре онкологических заболеваний занимают место: а) 1-ое б) 2-ое в) 3-е г) 4-ое **Эталон ответа в**	

2. Злокачественные опухоли кожи должны лечиться: а) дерматологом б) онкологом в) хирургом г) терапевтом **Эталон ответа б**	
3. Одним из методов активного поиска злокачественных опухолей является: а) онкоосмотр в смотровых кабинетах б) термография в) сканирование г) цитологическое исследование **Эталон ответа а**	
4. К злокачественным опухолям кожи относятся: а) гиперкератоз б) дерматофиброз в) лимфогранулематоз г) меланома **Эталон ответа г**	
5. Злокачественные опухоли кожи являются запущенными в стадии: а) I б) II в) III г) IV **Эталон ответа в**	
6. Среди злокачественных опухолей кожи чаще встречается: а) плоскоклеточный рак б) базальноклеточный рак в) меланома г) пигментные пятна и невусы **Эталон ответа б**	
7. Базальноклеточный рак кожи характеризуется: а) бурным метастазированием б) частым рецидивированием **Эталон ответа б**	
8. Основной характеристикой базальноклеточного рака является: а) частое метастазирование в регионарные лимфатические узлы б) рост с инфильтрацией и деструкцией подлежащих тканей **Эталон ответа б**	
9. Базальноклеточный рак развивается из: а) многослойного плоского эпителия б) эпидермиса в) потовых желез **Эталон ответа б**	
10. Базальноклеточный рак чаще всего развивается на: а) на фоне заболеваний кожи б) из пигментных пятен в) из пигментных невусов **Эталон ответа а**	
11. Базальноклеточный рак развивается: а) быстро, в течении года б) медленно **Эталон ответа б**	
12. Наиболее часто базальноклеточный рак локализуется на коже: а) лица б) туловища в) конечностей **Эталон ответа а**	

13. По периферии базальноклеточного рака часто бывает: а) ободок красного цвета б) валик с “жемчужным” блеском **Эталон ответа б**	
14. Первичный очаг базальноклеточного рака кожи щеки в наибольшим измерении до 3 см с прорастанием в мышцу – это: а) Т1 б) Т2 в) Т3 г) Т4 **Эталон ответа г**	
15. Основным методом диагностики базальноклеточного рака является: а) термографический б) морфологический в) сканирование кожи г) рентгенография кожи **Эталон ответа б**	
16. Вариантом лечения базальноклеточного рака является: а) адъювантная полихимиотерапия б) телегаммотерапия в) близкофокусная рентгенотерапия г) иммунотерапия **Эталон ответа в**	
17. Принципами онкохирургии при лечении базальноклеточного рака служат: а) удаление опухоли под наркозом б) удаление опухоли, отступя от визуальных границ очага на 4 см в) удаление, отступя от визуальных границ очага не менее, чем на 0,5 см г) удаление, отступя от визуальных границ очага не менее, чем на 2 см **Эталон ответа в**	
18. Прогноз при базальноклеточном раке: а) неблагоприятный за счет бурного метастазирования б) благоприятный **Эталон ответа б**	
19. В структуре злокачественных опухолей кожи плоскоклеточный рак занимает: а) 1-ое место б) 2-ое место в) 3-е место г) 4-ое место **Эталон ответа в**	
20. Плоскоклеточный рак обладает: а) бурным ростом б) бурным метастазированием в) длительным течением процесса г) частым рецидивированим **Эталон ответа в**	
21. Плоскоклеточный рак развивается из: а) волосяных фолликулов б) многослойного плоского эпителия в) потовых желез **Эталон ответа б**	
22. Плоскоклеточный рак кожи часто развивается: а) на неизмененной коже б) на фоне пигментного пятна в) на фоне пигментных невусов г) на фоне хронических заболеваний кожи **Эталон ответа г**	

23. К облигатному предраку относят: а) пигментные невусы б) болезнь Боуэна в) ожоговые рубцы г) остроконечные кондиломы **Эталон ответа б**	
24. По гистологическому строению плоскоклеточный рак бывает: а) тубулярным б) ороговевающем в) криброзным г) солидным **Эталон ответа б**	
25. Ороговевающий плоскоклеточный рак протекает: а) медленно б) быстро, с метастазированием в) отдаленные органы **Эталон ответа а**	
26. Неороговевающий плоскоклеточный рак протекает: а) медленно б) быстро, с метастазированием в) регионарные лимфатические узлы **Эталон ответа б**	
27. Плоскоклеточный рак кожи часто метастазирует: а) в регионарные лимфатические узлы б) в печень в) в кости г) в надпочечники **Эталон ответа а**	
28. Основным методом диагностики плоскоклеточного рака кожи является: а) термографический б) гистологический в) рентгенография кожи **Эталон ответа б**	
29. Расшифруйте стадию плоскоклеточного рака кожи: опухоль до 1,5 см, метастазы в регионарные лимфатические узлы и отдаленные органы отсутствуют: а) Tin situN0M0 б) T1N0M0 в) T2N0M0 г) T3N0M0 **Эталон ответа б**	
30. Первичный очаг плоскоклеточного рака кожи в наибольшим измерении до 5 см – это: а) Tin situ б) T1 в) T2 г) T3 **Эталон ответа в**	
31. Первичный очаг плоскоклеточного рака кожи в наибольшем измерении более 5 см – это: а) Tin situ б) T1 в) T2 г) T3 **Эталон ответа г**	
32. Принципом онкохирургии при лечении плоскоклеточного рака кожи является:	

а) удаление очага, отступя от визуальных границ на 4-5 см б) удаление очага, отступя от визуальных границ на 1,5-2 см **Эталон ответа б**	
33. Прогноз при плоскоклеточном раке кожи: а) благоприятный б) неблагоприятный за счет бурного метастазирования **Эталон ответа а**	
34. Заболеваемость меланомой кожи в последние годы: а) стабильна б) увеличивается в) уменьшается **Эталон ответа а**	
35. Из пигментных пятен предмеланомными являются: а) веснушки б) пигментная ксеродерма в) меланоз Дюбрея г) лентиго **Эталон ответа в**	
36. При наличии какого числа симптомов активизации надо проводить оперативное лечение: а) одного б) двух в) более двух **Эталон ответа а**	
37. Врач-дерматолог при выявлении симптомов активизации пигментного образования должен: а) наблюдать больного б) направить к онкологу **Эталон ответа б**	
38. Меланома кожи чаще встречается: а) у мужчин б) у женщин **Эталон ответа б**	
39. Меланома кожи чаще бывает в возрасте: а) до 30 лет б) до 40 лет в) старше 40 лет **Эталон ответа в**	
40. Хроническая травма доброкачественных пигментных образований является факором риска меланомы кожи: а) да б) нет **Эталон ответа а**	
41. Клинические симптомы меланомы проявляются на: а) I стадии б) II стадии в) III стадии **Эталон ответа в**	
42. Меланома кожи часто метастазирует: а) лимфогенно, гематогенно, внутрикожно б) не метастазирует **Эталон ответа а**	
43. I уровень инвазии по Кларку соответствует: а) pTin situ б) pT1 в) pT2 г) pT3	

Эталон ответа а	
44. Принцип хирургического лечения меланомы кожи: а) линия разреза проходит на расстоянии до 2 см от визуального края очага б) линия разреза проходит на расстоянии более 3 см от очага **Эталон ответа б**	
45. Основной метод лечения меланомы кожи: а) близкофокусная рентгенотерапия б) хирургический в) химиотерапия г) гормонотерапия **Эталон ответа б**	
46. Выполняется ли профилактическая лимфаденэктомия регионарных лимфоузлов при меланоме коже конечностей без наличия убедительных данных, о их метастатическом поражении а) да б) нет **Эталон ответа б**	
47.Эффективна ли химиотерапия при первичном раке печени: а) да б) нет в) паллиативный эффект **Эталон ответа в**	
48. При меланоме кожи T2N0M0 в адъювантном режиме следует применить: а) полихимиотерапию б) неспецифическую иммунотерапию в) лучевую терапию **Эталон ответа б**	
49. Как часто производится объективное и инструментальное обследование больного после проведенного хирургического лечения по поводу меланомы кожи T2N0M0 правого бедра в первый год наблюдения? а) 1 раз в 3-4 месяца б) 1 раз в 6 мес в) 1 раз в год **Эталон ответа а**	
50. Основным критерием прогноза при меланоме кожи является: а) пол больного б) возраст в) толщина опухоли (инвазия в глубь лежащие ткани) г) форма роста опухоли **Эталон ответа в**	
Первичные злокачественные опухоли костей 1.Из опорной ткани кости развивается опухоль а) фибросаркома б) остеогенная саркома в) хондросаркома г) ретикулосаркома **Эталон ответа б**	
2. Из элементов костно-мозгового канала развивается а) остеогенная саркома б) хондросаркома в) саркома Юинга **Эталон ответа в**	
3. Преимущественная локализация остеогенных сарком а) диафиз трубчатой кости б) плоская кость в) эпиметафиз трубчатой кости **Эталон ответа в**	

4. Преимущественная локализация отдаленных метастазов при остеогенной саркоме а) печень б) легкие в) лимфоузлы г) кости **Эталон ответа б**	
5. Вторичные метастазы в кости при ПЗОК называются _____ **Эталон ответа «прыгающие»**	
6. Наиболее частый симптом при остеогенной саркоме а) патологический перелом б) ограничение подвижности сустава в) боли, усиливающиеся по ночам **Эталон ответа в**	
7. Саркома Юинга чаще встречается у а) пожилых людей б) женщин в) подростков **Эталон ответа в**	
8. Распределение ПЗОК 1) хондросаркома 2) остеогенная саркома 3) фибросаркома 4) саркома Юинга по частоте а) б) в) г) **Эталон ответа 2 а 1 б 4 в 3 г**	
9 . Для диагностики 1) первичного очага и 2) стадийности процесса при ПЗОК используются: а)стандартная рентгенография б) сцинциграфияскелета в) УЗИ органов брюшной полости г) трепанобиопсия д) селективная артериография е) КТ легких **Эталон ответа 1 а 2 б 2 в 1 г 1 д 2 е**	
10. Патогномоничным рентгенологическим симптомом ОС является _____ **Эталон ответа «козырек» Кодмена**	
11. Спикулы- тонкие игольчатые обызвествления, перпендикулярные к кости свидетельствуют о _____ **Эталон ответа выход опухоли за пределы кости**	
12. Соответствие стадий ПЗОК 1) I 2) IIв 3) III 4) IV и классификацией по системе TNM а) T3 NX M0 б) T1 N0 M0 в) T любая N1 M1 г) T 2 Nx M0 **Эталон ответа 3 а**	
13. При какой разновидности сарком не используется хирургическое лечение а) остеогенная саркома б) хондросаркома в) саркома Юинга **Эталон ответа б**	

14. Активное лечение метастазов в легкие при остеогенной саркоме _____ **Эталон ответа резекция легкого**	
15. Оптимальным вариантом полихимиотерапии при ПЗОК является _____ **Эталон ответа внутриартериальная регионарная**	
16. Клинический прогноз более благоприятен при а) остеогенной саркоме б) хондросаркоме в)Фибросаркоме г) саркоме Юинга **Эталон ответа в**	
17. Ситуационное тестовое задание. Больная А, 15 лет поступила в стационар с жалобами на наличие опухолевидного образования в средней трети левого плеча, периодические боли в данной зоне, субфебрильную терапию. На рентгенограммах обнаружены множественные нечеткие очаги деструкции и «луковичный» периостит. Задание № 1 О каком заболевании необходимо думать? а) гематогенный остеомиэлит б) саркома Юинга в) ретикулосаркома При трепанобиопсии кости обнаружены клетки характерные для саркомы Юинга.. Задание №2 Какие исследования необходимы для установления стадии заболевания _____ В процессе обследования наличия метастазов в регионарные лимфатические узлы и отдаленные органы не обнаружены . Задание № 3 Какой метод лечения предпочтителен в данной ситуации а) хирургический б) рассасывающая физиотератия в) химиолучевое лечение **Эталон ответа** **Задание 1 б** **Задание 2 Рентгенография легких КТ органов брюшной полости, сцинциграфия** **Задание 3 в**	
Саркомы мягких тканей – СМТ 1. Динамика заболеваемости при саркомах мягких тканей а) понижается б) остается на прежнем уровне в) повышается **Эталон ответа в**	
2.Удельный вес СМТ у детей и подростков составляет а) 1-3% б) 7-15% в) более 30% **Эталон ответа б**	
3. Одна из основных особенностей мягкотканых сарком _____ **Эталон ответа склонность к рецидивированию**	
4. Наиболее частый путь гематогенного метастазирования при СМТ а) печень б) кости в) легкие	

г) надпочечник **Эталон ответа в**	
5. Лимфогенные метастазы при СМТ отмечаются у а) менее 5% б) более 40% в) не т г) 5-10% **Эталон ответа г**	
6. Наиболее 1) благоприятные и 2) неблагоприятные морфологические формы СМТ а) синовиальная саркома б)липосаркома в) ангиосаркома г)фибросаркома **Эталон ответа 2 а) 1 б) 2 в) 1 г)**	
7. Последовательность первичной диагностики СМТ 1) морфологическая верификация, 2) осмотр и пальпация, 3) УЗИ,. 4) рентгенография а) б) в) г) **Эталон ответа 2 а) 4 б) 3 в) 4 г)**	
8.Какое морфологическое исследование позволяется поставить окончательный диагноз СМТ а) пункционная аспирационная биопсия б) плановое гистологическое исследование в) интраоперационное экстренное г) диспансерный этап **Эталон ответа б**	
9.Методы диагностики 1) первичного очага и2) рапространенности опухолевого процесса а)рентгенография легких б) пункционная аспирационная биопсия лимфоузлов в) УЗИ печени г) осмотр пальпация д) бесконтрастная рентгенография **Эталон ответа 2 а) 1 б) 2 в) 1 г) 1 д)**	
10. Соответствие между стадиями СМТ 1) I 2) II 3 III 4) IV и их классификацией по TNM а) любая T N 1 M 1 б) T1a N0 M0 в) T2a N0 M0 г) T2 N1 M0 **Эталон ответа 4 а) 1 б) 2 в) 3 г) 3 г0**	
11. При лечении локализованных форм СМТ используется а)рассасывающая терапия б) иссечение опухоли в) комплексное лечение г) лучевая терапия **Эталон ответа в**	
12. Основным методом лечения при СМТ на ранних стадиях является _____ **Эталон ответа хирургическое**	
13. Какие компоненты лечения включаются при СМТ в комплексный метод Термохимиорадиотерапии _____ **Эталон ответа радиотерапия ,регионарная ХТ , регионарная гипертермия**	

14 Основным методом лечения при диссеменированных формах СМТ является _____ **Эталон ответа химиотерапия**	
15. Пятилетняя выживаемость при низкодифференцированных саркомах составляет а) 10-15% б) 40-50% в) более 60% **Эталон ответа б**	
16.Ситуационное тестовое задание . Больной А.,35 лет поступил с ждлобами на напичиеопухолевидного образования в в\3 правого бедра. Опухоль4х5 см. плотнаяограниченно подвижная, имеет тенденцию к быстрому росту., ограниченно подвижная Задание№ 1. Какое исследование следует произвести в первую очередь _____ При цитологическом исследовании высказано предположение мягкотканой саркоме. Задание № 2 Дальнейшая тактика ведения больного А) энуклеация опухоли Б) эксцизионная биопсия В) радикальная резекция с ИГХ При ИГХ исследовании получено заключение : рабдомиосаркома. Задание № 3 Какие исследования показаны для установлении стадии заболевания _____ **Эталон ответа** **Задание № 1. Пункционную аспирационную биопсию.** **Задание № 2 в** **Задание №3 УЗИ лимфоузлов, КТ легких и органов брюшной полости**	
Раздел 8. Опухоли молочной железы	**ПК-1, 2, 4, 9**
Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез 1. Клинические формы мастопатии: а) узловые б)смешанные в) изолированные г) двухсторонние **Эталон ответа а**	
2. Узловые формы мастопатии: а) аденоз б) фиброаденома в) киста г) локализованный фиброаденоматоз **Эталон ответа б**	
3. Диффузные формы мастопатии: а) аденома б) фиброаденома в) нелокализованный фиброаденоматоз **Эталон ответа б**	
4. Дисгормональные гиперплазии патогенетически обусловлены нарушением в ……системе. **Эталон ответа в репродуктивной системе**	

5. Симптомы узловой мастопатии: а) положительный симптом “прыжка” б) положительный симптом “площадки” в) ограничение подвижности г) нечеткие контуры **Эталон ответа а**	
6. Клинические симптомы диффузной мастопатии: а) четкое образование, подвижное б) зернисто – тяжистая структура в) ограниченно подвижное уплотнение г) образование с быстрым ростом **Эталон ответа б**	
7. Признак патологического сецернирования молочной железы – …….. **Эталон ответа самостоятельные выделения из соска**	
8. Соответствие характера выделений из соска интрадуктальной патологии: 1)-гнойные, 2)- серозные, 3)-кровянистые 1) дуктофорит 2) рак в протоке 3) дуктэктазия, интрадуктальный папилломатоз **Эталон ответа 1-1, 2-3,3-2**	
9. Для верификации узловых образований молочной железы на первом этапе применяется метод …….. биопсии **Эталон ответа пункционная аспирационная биопсия**	
10.Морфологическая характеристика биоптата при 1)-фиброаденоме, 2)- локализованном фиброаденоматозе, 3)-нелокализованном фиброаденоматозе, 4)-внутрипротоковом папилломатозе: 1-скопление кубического эпителия, фиброциты – 2- кубический эпителий, папиллярные структуры – 3-пласты кубического эпителия, фиброциты – 4-единичный кубический эпителий, фиброциты - **Эталон ответа 1-1, 2-4, 3-1, 4-3**	
11. Рентгенологические признаки: 1- зернистость структуры железистой ткани; 2- очаговая тень с тяжистыми контурами и дорожкой к соску; 3 -тень с четкими контурами и ободком просветления - характерны для 1) – фиброаденомы – 2) – рака – 3) – нелокализованного фиброаденоматоза- **Эталон ответа 1-3, 2-2, 3-1**	
12. Оперативное лечение показано при: а) аденозе б) локализованном фиброаденоматозе в) нелокализованном фиброаденоматозе г) диффузном кистозном фиброаденоматозе **Эталон ответа б**	
13. Показания к оперативному лечению при кистах а) единичных простых б) мелких множественных в) с внутриполостными образованиями **Эталон ответа в**	
14. Характер оперативного вмешательства при дисгормональных гиперплазиях:	

а) энуклеация образования б) экономное иссечение в) квадрантэктомия г) секторальная резекция **Эталон ответа г**	
15. Консервативное патогенетическое лечение показано при: а) всех формах фиброаденоматоза б) узловых формах в) диффузных формах г) рецидивах **Эталон ответа а**	
16. Характер патогенетического лечения дисгормональных гиперплазий а) антигистаминная терапия б) коррекция гормональных нарушений в) фитотерапия г) дегидратация **Эталон ответа б**	
17. Риск рака молочной железы при мастопатии увеличивается при: а) больших образованиях б) узловых образованиях в) дисплазиях средней и тяжелой степени г) рецидивах локализованных образований **Эталон ответа в**	
Рак молочной железы 1. Приоритетность заболеваемости среди государств: 1.Франция, 2- Россия, 3- Япония 1место- 2 место- 3 место- **Эталон ответа 1-1, 2-2, 3-3;**	
2. Основной эпидемиологический фактор РМЖ: а) степень урбанизации б) репродуктивная функция в) экологическая обстановка г) социальный строй **Эталон ответа б**	
3. Первое место в структуре онкологической заболеваемости у женщин занимает рак а) генитальной сферы б) желудка в) молочной железы г) рак кожи **Эталон ответа в**	
4. Причины поздней диагностики РМЖ: а) низкий уровень реализации скрининговой программы б) плохая оснащенность медицинских учреждений в) скрытое течение болезни г) низкая медицинская грамотность населения **Эталон ответа г**	
5. Наиболее эффективный путь активного поиска РМЖ: а) самообследование б) анкетирование в) ежегодная маммография г) ежегодное УЗИ молочных желез	

Эталон ответа а	
6. Патогенетические формы РМЖ: а) метаболическая б) яичниковая в) печеночная **Эталон ответа б**	
7. Клинические формы РМЖ: а) метастатическая б) смешанная в) маститоподобная г) бессимптомная **Эталон ответа в**	
8. Последовательность первичной диагностики рака молочной железы: 1.маммография, 2.пункционная биопсия, 3 визуально- пальпаторное исследование 1- 2- 3- **Эталон ответа 1-3, 2-2, 3-1;**	
9.. Основной начальный метод цитологической диагностики РМЖ: а) соскоб б) отпечаток в) пункционная аспирационная биопсия г) инцизионная биопсия **Эталон ответа в**	
10. Причиной технических трудностей при цитологической верификации РМЖ является опухоль а) в центральном квадранте б) малых размеров в большой молочной железе в) в субмаммарной складке **Эталон ответа б**	
11. Причины морфологических трудностей при цитологической верификации: а) папиллярный гистотип б) аденокарцинома в) внутрипротоковый рак г) дольковый рак **Эталон ответа а**	
12. Клинические симптомы узлового РМЖ: а) симптом прыжка б) положительный симптом “площадки” в) симптом “лимонной корки” г) гиперемия кожи **Эталон ответа б**	
12. Клинические симптомы узлового РМЖ: а) симптом прыжка б) положительный симптом “площадки” в) симптом “лимонной корки” г) гиперемия кожи **Эталон ответа б**	
14. Симптом Краузе: а) инфильтрация соска и ареолы б) девиация соска в) ограничение подвижности опухоли г) выделения из соска **Эталон ответа а**	

15. Симптом Прибрама: а) уплотнение кожи над опухолью б) девиация соска в) ригидность соска г) выделения из соска **Эталон ответа б**	
16. Клиническим проявлением рака Педжета является симптом а) Краузе б) Прибрама в) "площадки” г) изъязвление соска **Эталон ответа г**	
17. Рентгенологическая симптоматика РМЖ: а) макрокальцинаты б) ободок просветления в) дорожка к соску г) гомогенная тень **Эталон ответа в**	
18. Факторы риска РМЖ: а) возраст старше 30 б) почечная недостаточность в) профессиональные вредности г) хроническая гинекологическая патология **Эталон ответа г**	
19. Морфологические критерии высокого риска РМЖ: а) дисплазия средней и тяжелой степени б) гиперплазия в) пролиферация г) локальный фиброз **Эталон ответа а**	
20. Стадии рака молочной железы: 1)- T1N0M0; 2)- Любая T, любая N, M1; 3)- T1N1M0; 4- T4N1M0. 1). 1 – 2). IIA – 3). IIIB – 4). IV - **Эталон ответа 1-1, 2-3, 3-4, 4-2;**	
21. Радикальные операции при РМЖ: а) туморэктомия б) операция Маддена в) мастэктомия г) секторальная резекция **Эталон ответа б**	
22. Противопоказания к радикальной операции при раке молочной железы: а) внутренне – центральная локализация б) большие размеры опухоли в) отдаленные метастазы г) старческий возраст **Эталон ответа в**	
23. Показания к паллиативным операциям: а) билатеральный опухолевый процесс б) наличие регионарных метастазов в) прорастание грудной стенки	

г) распад опухоли **Эталон ответа г**	
24. Противопоказания к органосохраняющей операции при РМЖ: а) опухоль до 3 см б) умереннодифференцированный гистотип в) центральная локализация **Эталон ответа в**	
25. Показания к монохирургическому лечению РМЖ: а) инфильтративный компонент б) I стадия в) единичные регионарные метастазы г) II стадия **Эталон ответа б**	
26. Задачи телегаммотерапии в комбинированном лечении РМЖ: а) предупреждение отдаленных метастазов б) предупреждение регионарного метастазирования в) предупреждение местных рецидивов г) гарантия полного излечения **Эталон ответа в**	
27. Целевые задачи различных вариантов химиотерапии при лечении РМЖ: 1- улучшение качества жизни; 2- предупреждение метастазирования, 3-обеспечение абластичности оперативного вмешательства . 1. Неоадъювантная – 2. Адъювантная – 3. Паллиативная - **Эталон ответа 1-3, 2-2, 3-1;**	
28. Абсолютное показание к адъювантной химиотерапии: а) опухоль до 2 см б) регионарные метастазы в) наружная локализация г) узловая форма роста **Эталон ответа б**	
29. Показания к лечебной химиотерапии: а) молодой возраст б) местно – распространенный процесс в) регионарные метастазы г) наличие отдаленных метастазов **Эталон ответа г**	
30. Основной задачей гормонотерапии является а) снижение уровня эстрогенов б) нормализация гормонального статуса в) снижение уровня андрогенов г) снижение уровня прогестинов **Эталон ответа а**	
31. Средства, используемые при гормонотерапии РМЖ: а) АКТГ б) антиэстрогены в) инсулин г) тиреидин **Эталон ответа б**	
32. Показания к гормональному лечению РМЖ: а) IV стадия б) молодой возраст в) отдаленные метастазы г) гормонозависимость опухолевой ткани	

Эталон ответа г	
33. Методы определения гормонозависимости опухоли: а) клинические б) биологические в) термографические г) гистохимические **Эталон ответа г**	
34. Связан ли прогноз заболевания с гормонозависимостью опухоли: а) да б) нет **Эталон ответа а**	
35. Показанием к овариоэктомии при гормонозависимом РМЖ является…….. **Эталон ответа репродуктивный возраст**	
36. Иммуномониторинг: а) определение уровня иммунитета б) определение иммунитета во время лечения в) иммунологический контроль в течение всей последующей жизни **Эталон ответа в**	
37. Показания к комбинированному лечению РМЖ: а) центрально – внутреннее расположение опухоли б) инфильтративный компонент в) регионарные метастазы г) опухоль более 3 см **Эталон ответа г**	
38. Основным показанием к комплексному лечению РМЖ является…… **Эталон ответа регионарные метастазы**	
39. Главным фактором, определяющим тактику лечения, является…… **Эталон ответа стадия процесса**	
40. Решение о плане лечения принимает ……. **Эталон ответа онкоконсилиум**	
41. В состав онкоконсилиума входят: а) лечащий врач, гинеколог, радиолог, химиотерапевт б) хирург, эндокринолог, химиотерапевт в) терапевт, хирург, иммунолог, радиолог г) хирург – онколог, радиолог, химиотерапевт, иммунолог **Эталон ответа г**	
42. Прогноз пятилетней выживаемости (%) при различных стадиях заболевания составляет 1) -2%, 2)-95%, 3)-30% , 4)- 70% при 1. I стадии – 2. II стадии – 3. III стадии – 4. IV стадии - **Эталон ответа 1-2 ,2-4, 3-3, 4-1**	
43. Больные РМЖ находятся на диспансерном учете в течение а)- всей жизни б)- 3 лет в)- 5 лет г)- 10 лет **Эталон ответа а**	

44. Периодичность наблюдения за больными РМЖ после операции составляет: 1)каждые три месяца, 2) 2 раза в год, 3)– 1 раз в год 1) в первые 3 года – 2) на 4-5 год – 3) в течение последующих лет - **Эталон ответа 1-1, 2-2, 3-3**	
Раздел 9. Опухоли кроветворной и лимфоидной системы	**ПК-1, 2, 4, 9**
Ходжинские и неходжкинские лимфомы 1. Специфические опухолевые клетки при болезни Ходжкина: а) мегалобласты б) Березовского – Штернберга в) Боткина – Гумпрехта г) Штейнгеймера **Эталон ответа б**	
2. Распределение локализации лимфомы Ходжкина по частоте первичного поражения: 1.- средостение; 2.- шейно-надключичные; 3.- парааортальные. 1.место – 2 место – 3 место – **Эталон ответа 1-2 2-1 3-3**	
3. Стадия процесса при поражении: 1-одной лимфатической области; 2.-лимфоузлов по обе стороны дифрагмы; 3.- двух и более зон по одну сторону диафрагмы; 4.- диссеминированное поражение одного или нескольких экстралимфатических органов. 1 – 2 – 3 – 4 – **Эталон ответа 1-1 2-3 3-2 4-4**	
4. Последовательность способов морфологической верификации при диагностике болезни Ходжкина: 1. – инцизионная биопсия; 2.пункционная биопсия. 1- 2- **Эталон ответа 1-2 2-1**	
5. Лечение III Б стадии лимфомы Ходжкина при смешанно – клеточном варианте: а) хирургическое б) монохимиотерапия в) полихимиотерапия и лучевая на все зоны г) лучевая терапия **Эталон ответа в**	
6. Наименее благоприятным морфологическим вариантом лимфосаркомы является…….. **Эталон ответа лимфобластная**	

7. Основной метод диагностики лимфосарком: а) рентгенологический б) биохимическое исследование крови в) морфологический **Эталон ответа в**	
8. Главный аргумент в обосновании объема лечения при лимфосаркоме: а) морфологический вариант б) локализация первичного очага в) симптомы интоксикации **Эталон ответа а**	
9. Адекватный вариант лечения лимфосаркомы: а) химиотерапия б) лучевое в) химио – иммунологическое г) полихимиотерапия и лучевое лечение **Эталон ответа г**	
Раздел 10. Детская онкология	**ПК-1, 2, 4, 9**
1.В структуре детской смертности в стране на первом месте стоит смертность а)от злокачественных опухолей б)от несчастных случаев в)от инфекционных заболеваний г)от сердечно-сосудистых заболеваний **Эталон ответа б**	
2.Злокачественные новообразования среди причин детской смертности занимают место а)первое б)второе в)третье г)четвертое **Эталон ответа б**	
3.К особенностям детской онкологии относятся а)врожденный характер большинства опухолей б)связь многих опухолей с пороками развития в)подавляющее преобладание саркоматозных опухолей г)зависимость возникновения опухолей от трансплацентарных воздействий д)все перечисленное **Эталон ответа д**	
4.Особенности диагностики в детской онкологии связаны а)с невозможностью в большинстве случаев получения анамнеза от самого пациента б)с малым числом визуально обнаруживаемых опухолей в)с множеством "масок", под которыми скрываются злокачественные опухоли у детей г)с необходимостью применения почти во всех случаях анестезиологического пособия д)со всем перечисленным **Эталон ответа д**	
5.Особенностями лечения детей со злокачественными опухолями являются а)нарушение топографо-анатомических соотношений при многих опухолях у детей в связи с их врожденным характером б)большие оперативные вмешательства у маленьких детей	

в)высокая чувствительность большинства опухолей у детей к ионизирующему излучению и химиопрепаратам г)повреждающее действие ионизирующего излучения на зоны роста и репродуктивную функцию д)все перечисленные **Эталон ответа д**	
6.Первое место в структуре онкогематологии у детей занимает а)лейкоз б)лимфогранулематоз в)лимфосаркома **Эталон ответа а**	
7.Из солидных злокачественных опухолей наиболее часто встречаются в детском возрасте а)опухоли мягких тканей б)опухоли почек в)опухоли ЦНС г)опухоли костей д)нейрогенные опухоли **Эталон ответа в**	
8.Основной причиной запущенности онкологических больных в детском и юношеском возрасте является а)поздняя обращаемость б)недооценка и неправильная трактовка клинических и лабораторных данных врачами общей больничной сети в)скрытое течение заболевания г)относительно малое число визуально определяемых новообразований **Эталон ответа б**	
9.У детей в возрасте до 5 лет преобладает а)остеогенная саркома, саркома Юинга б)нейробластома в)опухоли мягких тканей г)опухоли головы и шеи **Эталон ответа б**	
10.У детей в возрасте от 5 до 10 лет преобладают а)нейробластомы и нефробластомы б)тератоидные опухоли в)ретинобластомы г)остеогенная саркома и саркома Юинга д)опухоли головы и шеи **Эталон ответа д**	
11.Типичная локализация нейрогенных опухолей у детей а)забрюшинная область б)заднее средостение в)органы брюшной полости г)правильные ответы а) и б) д)правильные ответы б) и в) **Эталон ответа г**	
12.Наиболее часто нейрогенные опухоли встречаются у детей в возрасте а)1-2 года б)2-4 лет	

в)4-8 лет г)8-15 лет **Эталон ответа б**	
13.Наиболее частой локализацией нейрогенных опухолей у детей является а)забрюшинная область б)заднее средостение в)область шеи **Эталон ответа а**	
14.Наименее зрелой нейрогенной опухолью у детей является а)ганглионеврома б)ганглионейробластома в)симпатогониома г)симпатобластома **Эталон ответа в**	
15.Наиболее зрелой нейрогенной опухолью у детей является а)ганглионеврома б)ганглионейробластома в)симпатогониома г)симпатобластома **Эталон ответа а**	
16.Опухоли симпатической нервной системы у детей в структуре солидных опухолей составляют а)до 10% всех новообразований б)до 25% всех новообразований в)до 50% всех новообразований г)до 75% всех новообразований **Эталон ответа а**	
17.Наиболее часто нейрогенные забрюшинные опухоли у детей пальпируются а)в верхней половине живота б)в нижней половине живота в)в полости малого таза **Эталон ответа а**	
18.При пальпации забрюшинная нейрогенная опухоль обычно а)неподвижная, бугристая, занимает среднюю линию живота б)подвижная, гладкая, пальпируется в нижнем отделе живота в)умеренно подвижная, плотноэластической консистенции, за среднюю линию живота не переходит г)умеренно подвижная, мелкобугристая, эластической консистенции, пальпируется в эпигастральной области **Эталон ответа а**	
19.Наиболее часто наблюдаемыми признаками при нейробластоме у детей являются а)гиперемия кожи, наличие а-фетопротеина в сыворотке крови, артериальная гипотония б)бледность кожных покровов, артериальная гипертония, повышение экскреции с мочой катехоламинов и метаболитов в)бледность кожных покровов, гематурия, увеличение показателей трансаминаз в сыворотке крови **Эталон ответа б**	

20.Опухоли симпатической нервной системы у детей наиболее часто метастазируют а)в костный мозг б)в печень в)в лимфатические узлы г)в кости д)в легкие **Эталон ответа в**	
21.Признаком, патогномоничным злокачественным нейрогенным опухолям у детей является а)выявленный высокий титр реакции Абелева - Татаринова б)высокий уровень катехоламинов в моче в)высокий уровень глюкозы в крови г)"сосудистые звездочки" на коже д)макрогематурия **Эталон ответа б**	
22.Основным методом установочной диагностики при забрюшинных нейрогенных опухолях является а)аортография б)выделительная урография в)радиоизотопное сканирование костей г)определение экскреции катехоламинов д)исследование костного мозга **Эталон ответа б**	
23.Для определения тактики оперативного лечения забрюшинных нейрогенных опухолей решающим методом диагностики является а)сканирование костей б)ультразвуковая томография в)компьютерная томография г)абдоминальная аортография д)выделительная урография **Эталон ответа г**	
24.Артериальная гипертония у детей при опухолях симпатической нервной системы наблюдается а)у всех больных б)в 30% наблюдений в)в 50% наблюдений г)в 70% наблюдений д)не наблюдается **Эталон ответа б**	
25.Повышение экскреции катехоламинов и их метаболитов наблюдается при нейробластомах а)во всех наблюдениях б)в 30% наблюдений в)в 50% наблюдений г)в 70% наблюдений д)не наблюдается **Эталон ответа г**	
26.Оптимальные методы диагностики феохромоцитомы а)ангиография б)определение экскреции катехоламинов	

в)определение экскреции метаболитов катехоламинов г)"провокационная" проба д)адреналитическая проба **Эталон ответа д**	
27.Способна к созреванию (реверсии) у детей а)нефробластома б)нейробластома в)тератобластома г)гепатобластома **Эталон ответа б**	
28.Поражение по типу "песочных часов" при забрюшинных опухолях у детей характерно а)для нефробластомы б)для нейробластомы в)для тератобластомы г)для рака коры надпочечников **Эталон ответа б**	
29.Лечебная тактика при нейробластоме в виде "песочных часов" включает а)химиотерапию + лучевую терапию б)удаление забрюшинной опухоли + ламинэктомию в)ламинэктомию + удаление забрюшинной опухоли г)химиотерапию + ламинэктомию + удаление забрюшинной опухоли + химиотерапию **Эталон ответа г**	
30.Преимущественная локализация нейрогенных опухолей в средостении а)заднее средостение б)переднее средостение в)корень легкого г)реберно-диафрагмальный синус д)вилочковая железа **Эталон ответа а**	
31.Рентгенологическим признаками нейрогенной опухоли заднего средостения являются а)локализация в реберно-позвоночном углу б)расширение межреберных пространств на стороне опухоли в)истончение и узурация ребер в области опухоли г)все перечисленное д)только б) и в) **Эталон ответа г**	
32.Наиболее информативным методом диагностики нейрогенной опухоли заднего средостения является а)полипозиционная рентгенография б)бронхоскопия в)пневмомедиастинография г)ангиография **Эталон ответа а**	
33.Оптимальным доступом для удаления опухоли заднего средостения любых размеров является а)задне-боковой б)боковой	

в)передне-боковой г)чрезгрудинный д)передне-боковой с разрезом на шее **Эталон ответа а**	
34.Дифференциальный диагноз нейрогенной опухоли средостения проводится а)с бронхогенной кистой б)с тимомой в)с лимфосаркомой средостения г)с лимфогранулематозом с поражением внутригрудных лимфатических узлов д)со всеми перечисленными **Эталон ответа д**	
35.Для нейрогенных опухолей заднего средостения у детей наиболее характерны а)локализация в реберно-позвоночном углу б)наличие обызвествления в опухоли в)деструкция в прилегающих к опухоли отделах скелета г)деформация ребер д)все перечисленные **Эталон ответа д**	
36.Для выявления выпота в плевральных полостях наиболее часто применяют а)рентгенографию грудной клетки в двух проекциях б)латерографию в)томографию в прямой проекции г)правильные ответы а) и б) д)правильные ответы а) и в) **Эталон ответа г**	
37.Для уточнения опухолевого процесса в средостении у детей могут применяться а)рентгенография в прямой и боковой проекциях б)компьютерная томография в)рентгеновская томография г)ультразвуковая томография д)все перечисленное **Эталон ответа д**	
38.В структуре солидных опухолей у детей первичные гепатомы а)занимают второе место после нефробластомы б)составляют до 40% всех опухолей у детей в)составляют до 4% всех опухолей у детей **Эталон ответа в**	
39.К факторам, способствующим возникновению опухолей печени у детей, относятся а)цирроз печени б)недостаток витаминов группы В в)гепатит "В" во время беременности матери г)токсическое влияние лекарственных препаратов, применяемых во время беременности матерью д)все перечисленное **Эталон ответа д**	

40.Наиболее часто гепатобластомы встречаются в возрасте а)до 2 лет б)после 2 лет в)после 10 лет г)после 15 лет **Эталон ответа а**	
41.Гепатоцеллюлярный рак наиболее часто встречается в возрасте а)до 2 лет б)после 5 лет в)у детей не встречается **Эталон ответа б**	
42.Среди доброкачественных опухолей печени у детей первое место занимает а)аденома б)тератома в)кавернозная гемангиома г)гамартома **Эталон ответа в**	
43.Ведущим симптомом при опухоли печени у детей является а)увеличение печени б)желтуха в)кахексия г)боль в животе д)развитая подкожная венозная сеть **Эталон ответа а**	
44.Реакция Абелева - Татаринова (определение а-фетопротеина) при гепатобластомах у детей обычно а)положительная у всех больных б)положительная у детей до года в)ложноотрицательная в 25% случаев **Эталон ответа а**	
45.Реакция Абелева - Татаринова при гепатоцеллюлярном раке у детей положительная а)у всех больных б)у 50% больных в)у 75% больных **Эталон ответа в**	
46.Для злокачественных опухолей печени у детей наиболее характерны следующие изменения а)гипертромбоцитоз б)гиперхолестеринемия в)повышение концентрации а-глобулинов г)снижение общего белка д)все перечисленное **Эталон ответа д**	
47.Для установления диагноза опухоли печени у детей применяются а)ангиография б)урография в)обзорная рентгенография брюшной полости на фоне пневмоперитонеума г)компьютерная томография д)все перечисленные методы	

Эталон ответа д	
48.При диагностике опухолей печени у детей противопоказаны а)аспирационная биопсия б)пункционная биопсия в)лапароскопия с биопсией г)правильные ответы а) и б) **Эталон ответа г**	
49.Ребенку 1 год. В правой половине живота определяется плотная, неподвижная опухоль, уходящая в подреберье. Нижняя граница опухоли до пупочной линии, левая переходит влево за среднюю линию живота. Реакция Абелева - Татаринова резко положительная. На урограммах отмечено смещение собирательной системы правой почки книзу и латерально. Для уточнения диагноза ребенку следует выполнить: 1)сканирование печени 2)аспирационную биопсию опухоли 3)определение экскреции катехоламинов 4)аортографию 5)диагностическую лапаротомию 6)исследование желудочно-кишечного тракта с барием а)правильно 1, 3 и 4 б)правильно 2, 3 и 6 в)правильно 3 и 4 г)правильно 1, 4 и 6 **Эталон ответа в**	
50.Ребенку 13 лет. При обследовании (проведена аортография, имеется положительная реакция Абелева - Татаринова) установлен диагноз: злокачественная опухоль левой доли печени с внутриорганными метастазами в правую долю. Ребенку следует рекомендовать а)резекцию правой доли печени и гемигепатэктомию слева б)химиотерапию в)дистанционную g-терапию г)отказ от лечения **Эталон ответа б**	
51.Ребенку 10 лет. Произведена клиновидная резекция правой доли печени по поводу гепатокарциномы. Опухоль размером 22 см. Такая операция а)может считаться радикальной б)не может считаться радикальной в)результат не определяется размерами опухоли **Эталон ответа б**	
52.Ребенку 1 год. Опухоль располагается в левом подреберье, мягко-эластической консистенции, ограниченно подвижная. В области правой лопатки и на левой ягодице капиллярные гемангиомы. Кожные покровы бледные. При аускультации над опухолью прослушивается систолический шум. Наиболее вероятный диагноз а)гепатобластома б)эхинококк в)гликогеновая болезнь г)кавернозная гемангиома д)нефробластома **Эталон ответа г**	
53.Остеогенная саркома у детей наиболее часто встречается в возрасте	

а)до 2 лет б)от 2 до 10 лет в)старше 10 лет **Эталон ответа в**	
54.Метастазы в легких при остеогенной саркоме у детей чаще выявляются к концу а)первого полугодия от момента установления диагноза б)первого года в)второго года **Эталон ответа а**	
55.Наиболее характерным клиническим проявлением остеогенной саркомы у детей в начальной стадии заболевания является а)боль при ходьбе б)ночные боли в)необъяснимое повышение температуры тела **Эталон ответа б**	
56.Основные клинические симптомы остеогенной саркомы проявляются в следующей последовательности: 1)нарушение функции конечности 2)припухлость 3)боль 4)повышение температуры тела 5)расширенная венозная сеть над опухолью а)правильно 1, 2, 3, 4, 5 б)правильно 3, 2, 1, 4, 5 в)правильно 2, 3, 1, 4, 5 **Эталон ответа б**	
57.Типичной локализацией остеогенной саркомы является а)диафиз трубчатых костей б)метаэпифизарная зона в)плоские кости **Эталон ответа б**	
58.В подавляющем большинстве случаев остеогенная саркома поражает: 1)дистальный отдел бедренной кости 2)проксимальный отдел бедренной кости 3)дистальный отдел большеберцовой кости 4)проксимальный отдел большеберцовой кости 5)плечевую кость 6)кости предплечья 7)плоские кости а)правильно 1, 4 и 5 б)правильно 2, 3 и 6 в)правильно 1, 5 и 6 г)правильно 4, 6 и 7 **Эталон ответа а**	
59.Наиболее характерными рентгенологическим признаками остеогенной саркомы являются 1)слоистый периостит 2)"козырек" Кодмена	

3)спикулы 4)мелкоячеистая деструкция 5)наличие секвестров а)правильно 1 и 2 б)правильно 3 и 4 в)правильно 1 и 5 г)правильно 2 и 3 **Эталон ответа г**	
60.Достоверно установить диагноз остеогенной саркомы позволяет а)рентгенография б)ангиография в)компьютерная томография г)морфологическое исследование д)сканирование костей **Эталон ответа г**	
61.Остеогенную саркому следует дифференцировать а)с саркомой Юинга б)с острым гематогенным остеомиелитом в)с артритом г)с посттравматическими изменениями д)со всеми указанными заболеваниями **Эталон ответа д**	
62.Основным методом лечения остеогенной саркомы является а)хирургический б)лучевой в)химиотерапия г)комплексный д)комбинированный (химиотерапия + операция) **Эталон ответа д**	
63.У больного 6 лет диагностирована остеогенная саркома дистального метадиафиза бедренной кости. Ему следует выполнить а)подвертельную ампутацию бедра б)экзартикуляцию бедра в)выскабливание опухоли г)органосохранную операцию **Эталон ответа а**	
64.Больная 14 лет. Рост 170 см. Диагноз: остеогенная саркома проксимального метафиза бедренной кости. Мягкотканный компонент слабо выражен. Рентгенологическая протяженность 7 см. Наиболее оптимальным объемом оперативного вмешательства является а)экзартикуляция бедра б)резекция бедра с эндопротезированием или аллопластикой в)выскабливание опухоли **Эталон ответа б**	
65.Больной 12 лет. Диагноз: остеогенная саркома дистального метадиафиза большеберцовой кости. Ему следует произвести ампутацию а)на границе верхней и нижней трети большеберцовой кости б)на границе средней и нижней трети бедра в)экзартикуляцию в коленном суставе	

Эталон ответа б	
66.Ребенок 10 лет. Диагноз: остеогенная саркома дистального метадиафиза бедра. До начала специального лечения произошел патологический перелом. Лечебная тактика в данном случае предусматривает а)иммобилизацию + химиотерапию б)иммобилизацию + лучевую терапию в)операцию остеосинтеза + химиотерапию г)подвертельную ампутацию бедра + химиотерапию **Эталон ответа г**	
67.Больная 13 лет. Диагноз: остеогенная саркома дистального метадиафиза бедра. Мягкотканный компонент слабо выражен. Рентгенологическая протяженность 11 см. Метастазы в легкие. Больной следует рекомендовать а)химиотерапию + подвертельную ампутацию бедра б)химиотерапию + резекцию бедра с эндопротезированием в)отказ от лечения **Эталон ответа б**	
68.Наиболее часто встречающейся нозологической формой опухолей яичников у детей является а)герминогенная опухоль б)рак яичников в)опухоль стромы полового тяжа **Эталон ответа а**	
69.Среди герминогенных опухолей яичников у детей наиболее часто наблюдаются а)тератобластомы б)эмбриональный рак в)опухоли желточного мешка г)хорионэпителиомы матки **Эталон ответа а**	
70.Наиболее часто злокачественные опухоли яичников проявляются в возрасте а)от 0 до 3 лет б)от 3 до 10 лет в)от 11 до 15 лет **Эталон ответа в**	
71.Боли при опухолях яичников у детей носят характер а)постоянных б)острых в)периодических возникающих **Эталон ответа в**	
72.При подозрении на злокачественную опухоль яичников у девочек обязательным методом диагностики является а)реакция Абелева - Татаринова б)реакция на раковый эмбриональный антиген в)определение титра хорионического гонадотропина **Эталон ответа а**	
73.При подозрении на опухоль яичников у детей обязательным методом рентгенологического исследования является а)выделительная урография б)исследование желудочно-кишечного тракта	

в)ангиография г)компьютерная томография **Эталон ответа а**	
74.Оптимальным оперативным доступом при опухолях яичников у детей является а)срединный б)разрез Пфанненштиля в)нижне-срединный **Эталон ответа а**	
75.Наиболее часто метастазирование при злокачественных опухолях яичников у детей а)в печень б)в легкие в)в забрюшинные лимфатические узлы **Эталон ответа в**	
76.У ребенка установлен диагноз: тератобластома яичника. Ему следует рекомендовать а)только операцию б)операцию + химиотерапию в)только химиотерапию **Эталон ответа б**	
77.Наиболее радиорезистентной опухолью яичников у детей является а)дисгерминома б)рак яичника в)тератобластома **Эталон ответа а**	
78.Наиболее рациональной схемой химиотерапии при злокачественных опухолях яичников следует считать а)VAB-6 (винбластин + циклофосфан + дактиномицин + блеомицин-1 + платидиам) б)винбластин + циклофосфан + дактиномицин в)адриамицин + платидиам **Эталон ответа а**	
79.Возраст, наиболее подверженный заболеванию рабдомиосаркомой половых органов у детей а)0-5 лет б)5-10 лет в)11-15 лет **Эталон ответа а**	
80.Раннее клиническое проявление рабдомиосаркомы половых органов у девочек выражается а)болями в животе б)вульвовагинитом в)выделениями из влагалища **Эталон ответа б**	
81.Основной метод диагностики злокачественных опухолей яичников у детей - это а)выделительная урография б)пальпация живота с релаксантами и вагиноскопией	

в)ультразвуковая томография **Эталон ответа б**	
82.Наиболее часто встречающейся нозологической формой рабдомиосаркомы половых органов у детей является а)альвеолярная б)ботриоидная в)смешанная **Эталон ответа б**	
83.Оптимальная тактика при рабдомиосаркоме влагалища у детей включает а)химиотерапию + операцию б)операцию + g-терапию в)химиотерапию + g-терапию г)химиотерапию + операцию + внутриполостное облучение **Эталон ответа г**	
84.Объем оперативного вмешательства при рабдомиосаркоме влагалища у девочек включает а)иссечение опухоли б)экстирпацию матки с влагалищем в)биопсию опухоли с химиотерапией **Эталон ответа а**	
85.При злокачественных опухолях шейки матки у детей объем оперативного вмешательства должен включать а)экстирпацию матки с трубами и верхней третью влагалища б)конизацию шейки матки в)пангистерэктомию **Эталон ответа в**	
86.Наиболее часто применяемыми схемами химиотерапии при злокачественных опухолях половых органов у детей следует считать а)VAB-6 б)винкристин + дактиномицин + циклофосфан + адриамицин в)VP-16-213 **Эталон ответа б**	
87.Наиболее часто встречающейся морфологической формой злокачественных опухолей мочевого пузыря у детей является а)рак мочевого пузыря б)рабдомиосаркома мочевого пузыря в)папилломатоз **Эталон ответа б**	
88.Наиболее часто встречающейся локализацией злокачественных опухолей мочевого пузыря является а)дно б)тело в)треугольник г)устье мочеточников **Эталон ответа в**	
89.Ранними клиническими проявлениями злокачественной опухоли мочевого пузыря у детей является а)цистит б)изменения в моче (лейкоциты, эритроциты)	

в)боль в животе г)пальпируемая опухоль **Эталон ответа б**	
90.Основным методом диагностики злокачественной опухоли мочевого пузыря у детей является а)цистоскопия с биопсией б)цистография в)лапароскопия **Эталон ответа а**	
91.Для злокачественной опухоли мочевого пузыря наиболее характерным проявлением является а)ранне метастазирование (в пределах 6 месяцев) б)наличие восходящей инфекции в)почечная недостаточность **Эталон ответа б**	
92.Лечение злокачественной опухоли мочевого пузыря у детей включает а)химиотерапию + g-терапию + операцию + химиотерапию б)химиотерапию + операцию + g-терапию в)операцию + g-терапию **Эталон ответа а**	
93.Реабилитация детей, больных злокачественными новообразованиями, включает а)психологическую реабилитацию б)физическую реабилитацию в)социальную реабилитацию г)правильные ответы а) и б) д)правильные ответы б) и в) **Эталон ответа г**	
94.Под психологической реабилитацией в детской онкологии понимают а)деонтологические аспекты: врач - больной б)обеспечение преподавания на дому в)косметическую реабилитацию г)все перечисленное д)только а) и в) **Эталон ответа г**	
95.Сроки наблюдения за больными детьми со дня окончания лечения составляют а)до 2 лет б)2 года в)от 2 до 5 лет г)5-10 лет **Эталон ответа б**	
96.Особенностями оперативных вмешательств у детей раннего возраста с онкологическими заболеваниями являются а)большие операции у маленьких детей б)необходимость минимальной кровопотери и предварительной перевязки сосудов в)снижение иммунитета после предоперационной специальной терапии г)все перечисленное	

Эталон ответа г	
97.Особенностями опухолей у детей раннего возраста являются а)врожденный характер большинства опухолей б)трансплацентарный бластомогенез в)наследственный характер ряда опухолей г)сочетание ряда опухолей с пороками развития д)все перечисленное **Эталон ответа д**	
98.Наиболее распространенными психическими реакциями во время лечения детей с опухолями являются а)депрессивные реакции б)астено-депрессивные реакции в)астено-невротические реакции г)дисфорические реакции д)дистимические реакции **Эталон ответа в**	
99.В проблеме сообщения диагноза детям в отечественной онкопедиатрии существует следующее правило а)с самого начала открыто говорить больному о заболевании б)не сообщать ребенку о диагнозе в)решать этот вопрос в зависимости от мнения родителей, психологического состояния ребенка, возраста г)сообщить о заболевании, если ребенок сам начнет задавать вопросы о болезни **Эталон ответа б**	
100.Нефробластома наиболее часто встречается в возрасте а)до 1 года б)от 2 до 5 лет в)от 6 до 9 лет г)от 10 до 15 лет **Эталон ответа б**	
101.Для детского возраста наиболее характерными злокачественными опухолями являются: 1)саркома Юинга 2)тератобластома 3)рабдомиосаркома 4)нефробластома 5)нейробластома 6)остеогенная саркома 7)ретинобластома 8)лейкоз 9)лимфосаркома а)все перечисленные б)только 2, 4, 5 и 7 в)только 1, 3, 8 и 9 г)только 1, 2, 7 и 8 **Эталон ответа б**	
102.Аномалии генетического аппарата у больных нефробластомой встречаются а)часто б)редко	

в)закономерно г)не встречаются **Эталон ответа б**	
103.Наиболее часто встречающимся морфологическим вариантом нефробластомы является а)типичный б)тубулярный в)кистозный г)фетальный рабдомиоматозный д)саркоматозный **Эталон ответа а**	
104.Морфологический вариант нефробластомы а)определяет выбор лечебной тактики б)влияет на прогноз заболевания в)не определяет выбор лечебной тактики г)правильные ответы а) и б) д)нет правильного ответа **Эталон ответа г**	
105.Частота нефробластомы среди других злокачественных солидных опухолей детского возраста составляет а)до 10% б)20-30% в)30-50% г)свыше 50% **Эталон ответа б**	
106.Наиболее благоприятный прогноз у больных со следующим морфологическим вариантом нефробластомы а)анапластический б)тубулярный в)кистозный г)саркоматозный д)с преобладанием неэпителиального компонента **Эталон ответа б**	
107.Наименее благоприятный прогноз у больных со следующим морфологическим вариантом нефробластомы а)анапластический б)тубулярный в)кистозный г)саркоматозный д)с преобладанием неэпителиального компонента **Эталон ответа г**	
108.Оптимальный оперативный доступ для нефрэктомии по поводу нефробластомы - это а)параректальный разрез б)срединный разрез в)поясничный разрез г)поперечный разрез д)правильные ответы б) и г) **Эталон ответа д**	

109.Резистентным к химиолучевому лечению является следующий морфологический вариант нефробластомы а)анапластический б)кистозный в)саркоматозный г)все перечисленные **Эталон ответа г**	
110.При подозрении на опухоль брюшной полости или забрюшинного пространства необходимыми рентгенологическим методами исследования являются: 1)рентгенография грудной клетки 2)томография средостения 3)цистография 4)выделительная урография 5)холеграфия 6)исследование желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью а)все перечисленные б)только 1, 3, 4 и 5 в)только 1, 4 и 6 г)только 2, 5 и 6 **Эталон ответа в**	
111.Для опухолей почек у детей характерны следующие рентгенологические признаки: 1)деформация чашечно-лоханочной системы 2)увеличение размеров почки 3)смещение почки без деформации чашечно-лоханочной системы 4)смещение одного из полюсов почки без деформации чашечно-лоханочной системы 5)"немая" почка а)все перечисленное б)только 1 и 2 в)только 1, 2 и 5 г)только 3 и 4 **Эталон ответа в**	
112.Ранними клиническими признаками нефробластомы являются а)небольшая бледность кожных покровов б)отсутствие аппетита в)микрогематурия г)анемия д)все перечисленное **Эталон ответа д**	
113.Поздними клиническими признаками нефробластомы являются а)бледность кожных покровов б)наличие пальпируемой опухоли в животе в)вялость, выраженная слабость г)отсутствие аппетита д)все перечисленное **Эталон ответа д**	
114.Причинами запущенности при нефробластоме являются а)ранний возраст ребенка	

б)отсутствие онкологической настороженности у педиатров в)и то, и другое г)ни то, ни другое **Эталон ответа в**	
115.Нефробластома при пальпации характеризуется следующими признаками: 1)поверхность гладкая, реже крупнобугристая 2)поверхность мелкобугристая 3)малоподвижная 4)неподвижная 5)консистенция эластическая 6)консистенция плотная а)правильные ответы 2, 4 и 6 б)правильные ответы 1, 3 и 5 в)все ответы правильные **Эталон ответа б**	
116.Дифференцировать нефробластому следует а)с опухолями забрюшинного пространства б)с гидронефрозом в)с лимфосаркомой брюшной полости г)со спленомегалией д)со всем перечисленным **Эталон ответа д**	
117.Основным методом лечения нефробластомы у детей является а)химиотерапия б)лучевая терапия в)хирургическое лечение г)комбинированное лечение д)комплексное лечение **Эталон ответа д**	
118.При лечении нефробластомы у детей до года применяются а)химиотерапия + нефрэктомия б)только нефрэктомия в)лучевая терапия + нефрэктомия г)химиотерапия + нефрэктомия + химиотерапия **Эталон ответа б**	
119.Сроки диспансерного наблюдения детей, больных нефробластомой, после окончания радикального лечения составляют а)1.5 года б)2 года в)3 года г)5 лет **Эталон ответа б**	
120.Современные методы химиолучевого лечения практически неэффективны при следующих морфологических вариантах нефробластомы а)светлоклеточном б)рабдомиоматозном в)тубулярном г)правильные ответы а) и б) д)правильные ответы б) и в)	

Эталон ответа г	
121.Метастазирование при нефробластоме а)встречается часто б)встречается редко в)не встречается совсем **Эталон ответа а**	
122.Метастазы при нефробластоме у детей практически не встречаются а)при типичном морфологическом варианте б)мезобластической нефроме в)при тубулярном морфологическом варианте г)при саркоматозном морфологическом варианте д)при кистозном морфологическом варианте **Эталон ответа б**	
123.Проведение аортографии является обязательным в следующей стадии нефробластомы у детей а)I-II стадии б)III стадии в)IV стадии г)I стадии д)при всех стадиях **Эталон ответа в**	
124.Высокая частота метастазирования в кости наблюдается при следующем морфологическом варианте нефробластомы а)типичном б)анапластическом в)саркоматозном г)кистозном д)рабдоидном **Эталон ответа в**	
125.Для нефробластомы характерно метастазирование а)в легкие б)в печень в)в кости г)в лимфатические узлы д)во все перечисленные органы **Эталон ответа д**	
126.Для нефробластомы характерны следующие варианты метастазирования в легкие а)единичный метастаз б)множественные метастазы в)появление единичных метастазов с дальнейшим постепенным увеличением их размеров и числа **Эталон ответа в**	
127.У ребенка установлен диагноз: двусторонняя нефробластома. Имеется тотальное поражение правой почки и опухоль левой в области верхнего полюса размером 22 см. Тактика хирурга включает а)отказ от операции, назначение химиотерапии б)резекцию верхнего полюса левой почки с последующей нефрэктомией справа в)нефрэктомию справа с последующей резекцией верхнего полюса левой почки	

Эталон ответа б	
128.Расширение тени средостения у детей чаще всего связано а)с увеличением внутригрудных лимфатических узлов при злокачественных лимфомах б)с нейрогенной опухолью средостения в)с центральным раком легкого г)с опухолью пищевода д)с тератогенной опухолью **Эталон ответа а**	
129.Для опухолей вилочковой железы характерны а)локализация в заднем средостении б)локализация в переднем средостении в)изменение в костях грудной клетки г)наличие обызвествлений в опухоли д)все перечисленное **Эталон ответа б**	
130.При злокачественных эпителиальных опухолях желудочно-кишечного тракта у детей используются следующие методы лечения а)химиотерапия б)лучевая терапия в)оперативное лечение г)комбинированные методы **Эталон ответа в**	
131.Для тератогенных опухолей средостения характерны следующие рентгенологические признаки а)локализация в реберно-позвоночном углу б)наличие обызвествлений в опухоли в)расположение в нижних и средних отделах переднего средостения г)все перечисленное д)правильные ответы б) и в) **Эталон ответа д**	
132.Для доброкачественных опухолей костей у детей характерны следующие рентгенологические признаки: 1)выраженный мягкотканный компонент 2)мелкоочаговая деструкция 3)периостальная реакция в виде "спикул" 4)наличие "козырька" Кодмэна 5)вздутие надкостницы 6)четкие контуры участка деструкции 7)истончение коркового слоя а)все ответы правильные б)правильные ответы 5, 6 и 7 в)правильные ответы 1, 2, 3, и 4 г)правильные ответы 2, 4, 6 и 7 **Эталон ответа б**	
133.Для злокачественных первичных опухолей костей у детей характерны следующие рентгенологические признаки: 1)отсутствие периостальной реакции 2)поражение нескольких костей 3)отсутствие мягкотканного компонента	

4)слоистая периостальная реакция 5)наличие "козырька" Кодмэна 6)выраженный мягкотканный компонент 7)образование секвестров 8)мелкоочаговая деструкция 9)крупные литические очаги а)все ответы правильные б)правильные ответы 1, 2, 3 и 7 в)правильные ответы 4, 5, 6, 8 и 9 **Эталон ответа в**	
134.Для метастатического поражения костей у детей наиболее характерны следующие рентгенологические признаки: 1)поражение одной кости 2)литические очаги, окруженные склеротическим ободком 3)множественное поражение скелета 4)мелкоочаговая деструкция 5)участки деструкции без четких контуров а)все ответы правильные б)правильные ответы 3, 4 и 5 в)правильные ответы 1, 2 и 3 г)правильные ответы 2, 4 и 5 **Эталон ответа б**	
135.Объективные данные осмотра при меланоме кожи выявляют а)наличие плотноватого опухолевидного образования под кожей, кожа не изменена б)наличие эластической опухоли ярко-красного цвета, бледнеющей при надавливании в)плоское пятно коричневого цвета с бородавчатыми элементами, оволосением г)наличие образования черного цвета, плотного, с глянцевой поверхностью, или темно-коричневого цвета узлоподобного образования, возвышающегося над поверхностью кожи и участками изъязвления **Эталон ответа г**	
136.При меланоме кожи у детей выявляются следующие изменения а)анемия, ускорение СОЭ, лейкоцитоз б)положительная реакция Абелева - Татаринова в)повышение экскреции катехоламинов с мочой г)диспротеинемия, повышение трансаминаз д)правильного ответа нет **Эталон ответа д**	
137.Дифференциальный диагноз меланомы у детей проводится а)с гемангиомой б)с пигментной ксеродермой в)с пигментным невусом г)с плоскоклеточным раком кожи д)со всем перечисленным **Эталон ответа д**	
138.При лечении меланомы кожи у детей применяют 1)химиотерапию 2)кератолитические жидкости и мази	

3)оперативное лечение 4)лучевую терапию 5)криотерапию а)все ответы правильные б)правильные ответы 1, 3 и 5 в)правильные ответы 2, 4 **Эталон ответа б**	
139.Хирургический метод лечения при меланоме кожи у детей включает а)частичное иссечение опухолевой ткани с гистологическим исследованием б)глубокое иссечение кожи с опухолью с захватом подкожной клетчатки до фасции в)объем операции зависит от размеров опухоли **Эталон ответа б**	
140.Дополнительными методами лечения при меланоме кожи у детей являются а)облучение опухоли и прилежащей кожи б)полихимиотерапия с учетом стадии процесса и степени инвазии в)гормонотерапия и противовоспалительная терапия **Эталон ответа б**	
141.Наиболее рациональной программой лечения меланомы кожи IV степени инвазии по Кларку является а)радикальная операция с последующим наблюдением б)радикальная операция + полихимиотерапия в течение одного года с последующим наблюдением в течении пяти лет в)радикальная операция с последующей химиотерапией в течение полутора лет г)лучевая терапия с последующей биопсией опухоли и монохимиотерапией д)2 курса полихимиотерапии + операция + лучевая терапия на ложе опухоли **Эталон ответа б**	
142.Метастазы меланомы возможны а)в печень б)в легкие в)в лимфатические узлы г)в кожу и подкожную клетчатку д)во все перечисленные органы **Эталон ответа д**	
143.Система или орган, которому присущи наиболее частое поражение при остром лейкозе - это а)яичко б)нервная система в)глаза г)правильные ответы а) и б) д)правильные ответы б) и в) **Эталон ответа а**	
144.Прогноз течения острого лейкоза наиболее благоприятный в возрасте а)6 месяцев б)7 лет в)12 лет г)14 лет	

Эталон ответа б	
145.Характерными изменениями в анализах крови в начале заболевания острым лейкозом являются а)анемия б)тромбоцитопения в)ускорение СОЭ г)лейкоплакия или лейкоцитоз д)все перечисленное **Эталон ответа д**	
146.На острый лейкоз среди гемобластозов у детей приходится а)10% б)30% в)50% г)60% **Эталон ответа в**	
147.На острый лимфобластный лейкоз приходится а)до 6% б)до 50% в)до 80% **Эталон ответа в**	
148.Острым лейкозом в России ежегодно заболевают а)до 1-2 тысяч б)до 3-5 тысяч в)до 6-8 тысяч **Эталон ответа в**	
149.Чаще болеют острым лейкозом дети в возрасте а)1-2 лет б)2-5 лет в)6-10 лет **Эталон ответа в**	
150.Чаще болеют острым лейкозом а)мальчики б)девочки в)и те, и другие одинаково часто **Эталон ответа а**	
151.Из этиологических факторов более всего влияют на развитие острого лейкоза а)инфекции б)облучение в)алкоголь **Эталон ответа а**	
152.Хромосомные аномалии у больных острым лейкозом встречаются а)менее чем в 50% наблюдений б)более чем в 50% наблюдений в)в 100% наблюдений **Эталон ответа б**	
153.Чаще встречается у детей а)острый миелобластный лейкоз б)острый лимфобластный лейкоз	

в)хронический миелобластный лейкоз **Эталон ответа б**	
154.Провести точную дифференцировку лейкозов позволяют следующие методы диагностики а)клинические б)морфологические в)цитохимические **Эталон ответа в**	
155.Наличие бластов в периферической крови при остром лейкозе а)обязательный признак б)необязательный признак в)редкий признак **Эталон ответа б**	
156.Более выражен геморрагический синдром у детей а)при остром лимфобластном лейкозе б)при остром миелобластном лейкозе в)одинаково часто при обеих формах **Эталон ответа б**	
157.Профилактика нейролейкоза должна начинаться а)с индукции ремиссии б)с ремиссии в)с реиндукции **Эталон ответа а**	
158.О нейролейкозе можно думать при наличии клеток в ликворе а)до 5 б)более 5 в)более 10 **Эталон ответа в**	
159.Для профилактики нейролейкоза проводится облучение головного мозга а)проводится обязательно б)не является обязательным в)не проводится **Эталон ответа а**	
160.При профилактики нейролейкоза у детей наиболее часто используются следующие схемы химиотерапии а)цитозар + метотрексат + преднизолон б)винкристин + циклофосфан в)метотрексат + винкристин + преднизолон г)преднизолон **Эталон ответа а**	
161.Поддерживающая терапия у детей при современных программах лечения острого лейкоза проводится в течение а)менее 1 года б)до 2 лет в)до 5 лет **Эталон ответа б**	
162.На рецидив острого лейкоза у ребенка указывает наличие бластных клеток а)более 5%	

б)более 10% в)более 15% **Эталон ответа б**	
163.Исследование костного мозга при поддерживающей терапии острого лейкоза проводится а)раз в месяц б)перед каждой реиндукцией в)раз в полгода **Эталон ответа б**	
164.Иммунокоррекцию при остром лейкозе следует проводить в период а)индукции ремиссии б)ремиссии в)реиндукции г)правильные ответы б) и в) д)правильные ответы а) и б) **Эталон ответа г**	
165.Пересадка костного мозга при остром лейкозе применяется а)при первой ремиссии б)при рецидиве в)при второй ремиссии **Эталон ответа в**	
166.Возрастной пик заболевания детей лимфосаркомой обычно а)до 1 года б)в 5-9 лет в)в 10-15 лет **Эталон ответа б**	
167.По типу роста опухоли различают следующие формы лимфосаркомы а)нодулярная и диффузная б)небластные и бластные в)инфильтративная **Эталон ответа а**	
168.У детей встречается следующий тип роста лимфосаркомы а)диффузный б)нодулярный в)и тот, и другой г)ни тот, ни другой **Эталон ответа а**	
169.По характеру опухолевых клеток у детей наиболее часто встречается а)лимфобластная лимфосаркома б)иммунобластная лимфосаркома в)пролимфоцитарная лимфосаркома **Эталон ответа а**	
170.При лимфосаркоме у детей наиболее часто поражаются следующие группы периферических лимфатических узлов а)шейные б)паховые в)подвздошные г)подмышечные д)правильные ответы а) и г)	

Эталон ответа д	
171.Общие симптомы интоксикации при лимфосаркоме у детей а)не выражены б)ярко выражены в)зависят от стадии **Эталон ответа а**	
172.К препаратам, наиболее часто используемым при лимфосаркоме у детей, относятся а)винкристин б)циклофосфан в)преднизолон г)адриабластин д)все перечисленные **Эталон ответа д**	
173.При лимфосаркоме у детей наиболее часто поражаются следующие отделы желудочно-кишечного тракта а)тонкий кишечник б)прямая и сигмовидная кишка в)илеоцекальный угол г)восходящий отдел ободочной кишки д)желудок **Эталон ответа в**	
174.При лимфосаркоме у детей наиболее благоприятный прогноз а)при Т-клеточной форме б)при В-клеточной форме в)одинаковый **Эталон ответа а**	
175.Субстрат опухоли при лимфосаркоме содержит а)зрелые малые лимфоциты (В-лимфоциты) б)стволовые клетки в)лимфобласты г)атипичные мононуклеары д)атипичные лимфобласты **Эталон ответа д**	
176.Самый частый морфологический вариант лимфосаркомы у детей - это а)нодулярный б)опухоль Беркитта в)иммунобластный г)лимфобластный **Эталон ответа г**	
177.Самая частая первичная локализация лимфосаркомы у детей а)периферические лимфатические узлы б)глоточное кольцо в)мягкие ткани г)брюшная полость д)средостение **Эталон ответа г**	
178.Лимфосаркома поражает чаще а)мальчиков	

б)девочек в)достоверного различия нет **Эталон ответа а**	
179.Поражение ЦНС при лимфосаркоме происходит по типу а)нейролейкемии б)опухолевого поражения с опухолевой инфильтрацией в)и то, и другое г)ни то, ни другое **Эталон ответа в**	
180.Лейкемизация у детей чаще наблюдается при первичной локализации лимфосаркомы а)в мягких тканях б)в периферических лимфатических узлах в)в средостении г)в брюшной полости д)правильные ответы а), б) и в) **Эталон ответа д**	
181.Появление кожного зуда при лимфосаркоме а)характерно б)не характерно в)иногда г)в большинстве случаев **Эталон ответа б**	
182.Лимфогранулематоз у детей а)одна из самых редких форм гемобластозов б)уступает по частоте только лимфобластным лейкозам в)уступает по частоте острому лейкозу и лимфосаркоме **Эталон ответа б**	
183.Лимфогранулематоз у детей характеризуется а)быстрым течением с частой генерализацией б)медленным течением в)редко генерализованный г)такой же темп течения, как и у взрослых **Эталон ответа а**	
184.Наиболее часто лимфогранулематоз у детей встречается в возрасте а)до 3 лет б)от 3 до 6 лет в)от 6 до 8 лет г)старше 10 лет **Эталон ответа г**	
185.Среди детей, страдающих лимфогранулематозом, преобладают а)мальчики б)девочки в)достоверного различия нет **Эталон ответа а**	
186.Различают следующие варианты лимфогранулематоза у детей а)лимфоидное преобладание б)смешанно-клеточный в)лимфоидное истощение	

г)нодулярный склероз д)все перечисленные **Эталон ответа д**	
187.Морфологический вариант лимфоидного истощения при лимфогранулематозе у детей указывает, как правило, а)на плохой прогноз б)на хороший прогноз в)не влияет на прогноз **Эталон ответа а**	
188.При лимфогранулематозе у детей прогноз особенно неблагоприятен в возрасте а)от 2 до 6 лет б)от 8 до 10 лет в)до 12 лет г)старше 12 лет **Эталон ответа г**	
189.При лимфогранулематозе у детей наиболее часто поражаются а)шейные лимфатические узлы б)ягулярные лимфатические узлы в)лимфатические узлы средостения г)забрюшинные и паховые лимфатические узлы д)локтевые лимфатические узлы **Эталон ответа а**	
190.При лимфогранулематозе у детей младшей возрастной группы поражение лимфатических узлов средостения встречается а)часто б)редко в)крайне редко г)никогда не встречается **Эталон ответа в**	
191.При лимфогранулематозе у детей старшей возрастной группы поражение лимфатических узлов средостения встречается а)часто б)редко в)крайне редко г)никогда не встречается **Эталон ответа а**	
192.К симптомам лимфогранулематоза, которые учитываются при установлении стадии заболевания, относятся а)необъяснимая лихорадка свыше 38-С б)ночные проливные поты в)прогрессирующее похудание г)выраженный кожный зуд д)все перечисленные **Эталон ответа д**	
193.При лимфогранулематозе у детей дифференциальный диагноз проводится а)с сифилитическим лимфаденитом б)с туберкулезным и банальным лимфаденитом в)с грибковым поражением лимфатических узлов г)с болезнью "кошачьей царапины"	

д)с бруцеллезом и туляремией **Эталон ответа б**	
194.Первая стадия лимфогранулематоза у детей характеризуется а)поражением только одной группы лимфатических узлов б)поражением двух смежных групп лимфатических узлов по одну сторону диафрагмы в)изолированным поражением органа г)поражением не более двух смежных групп лимфатических узлов по одну сторону диафрагмы д)правильные ответы а) и г) **Эталон ответа д**	
195.Вторая стадия лимфогранулематоза у детей может быть установлена, если а)поражено не более двух смежных групп лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы б)поражены две и более смежные группы лимфатических узлов по одну сторону диафрагмы в)изолированное поражение органа г)поражение только лимфатических узлов средостения **Эталон ответа б**	
196.Третья стадия лимфогранулематоза у детей может быть установлена, если а)поражено более трех групп лимфатических узлов б)поражено не более двух смежных групп лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы в)поражены забрюшинные лимфатические узлы и селезенка г)поражены лимфатические узлы, расположенные по обе стороны диафрагмы с поражением, или без поражения селезенки д)поражены все группы лимфатических узлов средостения **Эталон ответа г**	
197.Четвертая стадия лимфогранулематоза у больного может быть установлена а)при изолированном поражении селезенки б)при изолированном поражении печени или костей в)при поражении органов с, или без поражением лимфатических узлов г)правильные ответы а) и б) д)правильные ответы в) и б) **Эталон ответа д**	
198.Основным морфологическим критерием для постановки диагноза лимфогранулематоза у детей является а)стертый рисунок строения лимфатического узла б)наличие клеток Березовского - Штернберга в)наличие клеток Ходжкина г)наличие клеток Пирогова - Ланганса **Эталон ответа б**	
199.Основным критерием для установления диагноза лимфогранулематоза является а)определение СОЭ б)рентгенологическое обследование органов грудной клетки в)ультразвуковая томография органов брюшной полости г)морфологическое подтверждение диагноза **Эталон ответа г**	

Методические рекомендации по выполнению тестовых заданий:
Тестовые задания предусматривают закрепление теоретических знаний, полученных обучающимся во время занятий по данной дисциплине. Их назначение – углубить знания обучающихся по отдельным вопросам, систематизировать полученные знания, выявить умение проверять свои знания в работе с конкретными материалами.
Перед выполнением тестовых заданий надо ознакомиться с сущностью вопросов выбранной темы в современной учебной и научной литературе, в том числе в периодических изданиях. Материалы нужно подбирать так, чтобы все теоретические вопросы темы были раскрыты.
При подготовке к решению тестовых заданий необходимо использовать теоретические материалы, лекции по выбранной теме. Выполнение тестовых заданий подразумевает и решение задач в целях закрепления теоретических навыков.
В тестах могут быть предусмотрены задачи различных типов: закрытые тесты, в которых нужно выбрать один верный вариант ответа из представленных, выбрать несколько вариантов, задания на сопоставление; а также открытые тесты, где предстоит рассчитать результат самостоятельно, заполнить пропуск.
В закрытых вопросах в формулировке задания может быть указано «выберите несколько вариантов ответа», в противном случае в задании один верный вариант ответа. Тестовые задания сгруппированы по разделам и темам, относящимся к дисциплине.

Шкалы и критерии оценивания:

Оценка	**Критерии**
Отлично	Задание выполнено на 91-100%
Хорошо	Задание выполнено на 81-90%
Удовлетворительно	Задание выполнено на 51-80 %
Неудовлетворительно	Задание выполнено на 10-50 %

Комплект ситуационных задач
по дисциплине «Онкология»

Раздел (тема) дисциплины:	**Код формируемой компетенции:**
Раздел 1.Общие вопросы онкологии	**УК-2, 3; ПК-10, 11, 12**
Задача №1 Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков диссеминации процесса нет. Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы.T4N0M0. Больной рекомендовано провести лучевое лечение. Каковы основные принципы предлучевой подготовки больной? Ответ: 1) морфологическая верификация злокачественности процесса. 2) определить степень дифференцировки опухоли и ее биологические характеристики. 3) провести клиническую оценку общего состояния больной. 4) разметка - определение центра и границ поля облучения. 5) дозиметрия - построение картины дозного поля имитация дозиметрического плана лечения.	

Задача №2 Больная Х., 65 лет. Предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак среднеампулярного отдела прямой кишки. Принято решение о проведении комбинированного лечения: предоперационная лучевая терапия + чрезбрюшная резекция прямой кишки. Какие возможны осложнения при облучении тазовой области? Ответ: 1) тошнота, потеря аппетита, понос. 2) нарушение мочеиспускания с чувством жжения. 3) боли в прямой кишке. 4) сухость влагалища, выделения из него.	
Задача №3 Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле. При осмотре выявлены увеличенные шейные лимфоузлы. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит. Установлен диагноз: рак гортаноглотки. Планируется комбинированное лечение: операция и лучевая терапия. Какие возможны побочные реакции при проведении лучевой терапии у данной больной? Ответ: 1) нарушение слуха. 2) ощущение тяжести в голове. 3) сухость во рту, першение, осиплость голоса.	
Задача №4 Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких): метастазы в правом легком. Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы.T4N0M1.Метастазы в легкие. Больной планируется комбинированное лечение: неоадъювантная ПХТ, ЛТ, хирургическое лечение. Каковы основные цели неоадъювантной химиотерапии? Ответ: 1) уменьшить массу опухоли, 2) снизить стадию, 3) облегчить или уменьшить объем хирургического вмешательства и последующей ЛТ, 4) оценить чувствительность опухоли к лечению.	
Задача №5 Больной Б., 36 лет. Жалуется на боли в животе, преимущественно в области поясницы, чаще возникающие ночью, отеки нижних конечностей. Обследован гастроэнтерологом: патологии желудочно-кишечного тракта не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены увеличенные парааортальные лимфоузлы, спленомегалия. При РКТ органов малого таза: увеличенные подвздошные лимфоузлы. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, лимфопения. Выставлен диагноз: лимфогранулематоз. Больному начато лечение: проведено 3 цикла ПХТ. Каковы критерии оценки эффективности химиотерапии? Ответ:	

1) полный эффект- исчезновение очагов на срок не менее 4 недель, 2) частичный – регрессия опухоли на 30%, 3) прогрессирование – увеличение опухоли на 20%, 4) стабилизация – нет увеличения и уменьшения опухоли, 5) время до прогрессирования.	
Задача №6 Пациент пришел на прием к онкологу с жалобами на плотное, подкожное образование в области грудины. К какой клинической группе он относится? За какой срок надо поставить диагноз? Ответ: 1 группа, 10 дней	
Задача №7 Пациент после резекции желудка по поводу рака через 6 месяцев пришел на прием к онкологу для диспансерного наблюдения. 1. Какие обследования он должен пройти и для чего? 2. Как часто он должен обследоваться в дальнейшем? Ответ: 1. Для исключения рецидива и прогрессирования заболевания он должен сделать гастроскопию, УЗИ регионарных лимфоузлов, УЗИ печени, рентген легких, сканирование костей скелета. 2. 1-ый год после лечения 1 раз в 3 мес., 2-3 годы - 1 раз в полгода, с 4 года - 1 раз в год.	
Задача №8 У пациента 4 стадия рака предстательной железы. 1. К какой клинической группе он относится? 2. Определите план его лечения? Ответ: 1. 4 группа 2. Химиотерапия или гормонотерапия	
Задача №9 Больной по поводу рака молочной железы планируется провести химиотерапию препаратами антрациклинового ряда. 1. Какие непосредственные осложнения надо ожидать? 2. Как их купировать? 3. Какие возможные отдаленные осложнения могут быть? Ответ: 1. Тошноту, рвоту 2. Противорвотные препараты центрального действия (Латран, Зофран, Кетрил) 3. Кардиотоксичность	
Задача №10 После лучевой терапии у больного кожа в месте облучения гиперемирована. 1. К какой группе осложнений относится данное проявление? 2. Как помочь больному? Ответ: 1. Местные осложнения 2. Использовать мази	
Задача №11 Больной предстоит химиотерапия препаратами группы антрациклинов и таксанов.	

1. Какие осложнения могут быть? 2. Как с ними бороться? Ответ: Тошнота, рвота - противорвотные, лейкопения - колонистимулирующие факторы, алопеция - объясняем последствия, периферические отеки - мочегонные.	
Задача №12 При паталогоанатомическом вскрытии трупа после ДТП случайной находкой выявлен рак желудка 1 стадии. Какие документы заполняет паталогоанатом и для чего? Ответ: Для учета онкологии заполняется протокол.	
Задача №13 Больной узнал, что после обследования в поликлинике по месту жительства у него рак почки. Он просит направление в онкодиспансер и ОНЦ для повторной диагностики. 1. Причины поведения больного? 2. Как помочь больному в плане психологической адаптации? Ответ: 1. Стадия отрицания заболевания после известия о диагнозе 2. При доверительной беседе выявить все страхи больного, объяснить принципы лечения и прогноз.	
Задача №14 У больной выявлен рак молочной железы 1 стадии. 1. К какой клинической группе она относится? 2. Какие дальнейшие действия онколога по месту жительства? Ответ: 1. 2а группа 2. оформить документацию на госпитализацию в онкодиспансер для хирургического лечения	
Задача №15 На мебельной фабрики участились случаи заболеваемости раком. 1. Рак какой локализации преобладает в данном случае? 2. Какой вид диспансеризации нужно провести? 3. Какая профилактика должна быть проведена на фабрике? Ответ: 1. рак слизистой носа 2. Целевая диспансеризация 3. Первичная и вторичная	
Задача №16 К гинекологу на контрольное обследование пришла женщина 52 лет с отсутствием специфических жалоб. При гинекологическом осмотре врач не обнаружил какой-либо выраженной патологии. Какие манипуляции с данной пациенткой должен произвести врач? На какие дополнительные исследования он должен ее направить? Ответы: Необходимо произвести взятие мазков с поверхности шейки матки и цервикального канала и направить их на цитологическое исследование; необходимо произвести осмотр молочных желез и регионарных л/узлов. В случае отсутствия признаков поражения молочных желез пациентку необходимо направить на скрининговую маммографию. В случае	

обнаружения патологии в молочных железах, пациентка должна быть направлена к маммологу либо к онкологу.	
Задача №17 К хирургу обратилась женщина 47 лет с жалобами на увеличение в размерах подмышечных лимфоузлов справа. При осмотре в правой аксиллярной области обнаружены единичные плотные лимфоузлы с ограниченной подвижностью, размером до 1-1,5 см не спаянные между собой. При физикальном осмотре в молочных железах узловые образования не определяются. Соски, ареолы не изменены. Другие группы регионарных лимфоузлов не увеличены. Признаков воспаления в правой молочной железе не выявлено. Пациентка направлена на маммографическое исследование, при котором в обеих молочных железах обнаружена картина умеренно выраженной двусторонней фиброзно-кистозной мастопатии. Узловые образования в ткани молочных желез не выявлены. Пациентка было рекомендовано контрольное обследование через 3 месяца. 1. Правильная ли тактика выбрана хирургом? 2. Какие дополнительные обследования вы порекомендуете? 3. Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением аксиллярных лимфатических узлов? Ответы: 1. тактика неверна. 2. Необходимо провести дополнительные обследования: А. УЗИ регионарных лимфатических узлов Б. Осмотр кожи правой верхней конечности, груди, живота, спины для исключения меланомы кожи, рака кожи. В. Рентгенографию органов грудной клетки для исключения рака легких. Г. Пункция пораженных лимфоузлов с последующим цитологическим исследованием пунктата. Д. В случае неинформативности пункции – биопсия пораженных лимфатических узлов с гистологическим исследованием полученного материала. 3. Рак молочной железы; неэпителиальные опухоли молочной железы; меланома кожи передней грудной, брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; плоскоклеточный рак кожи передней грудной, брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; лимфопролиферативные заболевания, рак легких, опухоли мягких тканей передней грудной, брюшной стенок, спины правой верхней конечности	
Раздел 2.Опухоли головы и шеи	**ПК-1, 2, 4, 9**
Рак нижней губы. **Задача №1** У курильщика 68 лет появилась образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытая корочкой. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см. А) Ваш предварительный диагноз? Б) С помощью какого метода это можно установить? В) Тактика лечения этого больного**?** Ответ: А) рак нижней губы. Б) Нужно выполнить соскоб или биопсию, т.е. с помощью морфологических данных. В) В зависимости от соматического статуса больного и распространенности опухоли на первом этапе можно провести хирургическое лечение или химио-лучевое лечение.	
Задача №2 Через 2 года после лечения рака нижней губы у женщины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области слева.А) Ваш	

предварительные диагноз? Б) Ваша дальнейшая тактика дообследования и лечения? Ответы: А) Метастазы в л\злы шеи. Б) УЗИ исследования с пункцией из увеличенного л/узла с последующим проведением операции или химио-лучевого лечения	
Задача №3 Больной обратился в поликлинику с жалобами на наличие язвенного образования на красной кайме нижней губы в течении последних 6-7 месяцев. А) Ваша тактика действия? Б) К какому специалисту следует направить этого больного? Ответы: А) биопсия из области язвенного дефекта Б) В зависимости от результатов биопсии.	
Рак языка и слизистой оболочки полости рта. **Задача №1** Больному 5 лет назад выполнена радикальная операция по поводу рака языка. При контрольном осмотре жалоб не предъявляет. Рецидива и метастазов нет. А) Когда ему явиться на следующий контрольный осмотр? Б) Какой минимальный метод обследования необходимо при этом выполнить? Ответ: А) через год. Б) УЗИ шеи	
Задача №2 Больного в течение последнего года беспокоят периодические боли на левой боковой поверхности языка. Около 2 месяцев назад появилась уплотнение на этом месте. Обратился к врачу. Тактика действия врача? Ответ: УЗИ исследование языка и регионарных зон, биопсия или пункция из очага уплотнения на языке, компьютерная томография дна полости рта и шеи.	
Задача №3 Через 4 года после лечения рака слизистой дна полости рта у мужчины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области справа. Тактика действия врача? Ответ: УЗИ исследования шеи с пункцией из увеличенного л/узла. И в зависимости от результатов пункций выработать тактику лечения	
Опухоли слюнных желез. **Задача №1** Больного в течении последнего года беспокоят периодические боли в области левой околоушной слюнной железы. Около 2-х месяцев назад появилась ассиметрия лица и уплотнение на этом месте. Обратился к врачу. А) Тактика действия врача? Наиболее вероятный диагноз? Ответ: А) УЗИ исследование околоушной области и регионарных зон, пункция под контролем УЗИ из очага уплотнения, компьютерная томография Б) Диагноз дифференцируется между плеоморфной аденомой и раком околоушной слюнной железы.	

Задача №2 Через 2 года после лечения рака правой подчелюстной слюнной железы у мужчины появились плотные лимфатические узлы на шее слева. А)Тактика действия врача? Б)Наиболее вероятный диагноз? Ответ: А) УЗИ исследования шеи с пункцией из увеличенного л/узла. Б) Метастазы в л\узлы шеи.	
Задача №3 В поликлинику обратился молодой человек, 23 лет с жалобами на опухолевидное образования в околоушной области справа, которая появилась около 3 месяцев назад после удара. В течение этого времени опухолевидное образование увеличивается в размере. А) Наиболее вероятный диагноз? Б) Ваша тактика действия? Ответ: А) Плеоморфная аденома. Б) УЗИ исследования с пункцией из опухолевого образования околоушной области.	
Рак щитовидной железы и гортаноглотки. **Задача №1** Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа рост зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина. Ваш диагноз? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику? Ответ: Медуллярный рак щитовидной железы. Диф.диагноз: 1) острые и хронические струмиты. 2) тиреоидит де Кервеля, Хашимото, Риделя. 3) опухоли паращитовидных желез.	
Задача №2 Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа рост зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина. При сцинтиграфии костей скелета выявлены очаги повышенного накопления радиофармпрепарата в бедренных костях, которые расценены как метастатические. Ваш диагноз? Тактика лечения? Ответ: Медуллярный рак щитовидной железы. T4NxM1. Метастазы в кости. Хирургическое лечение: тиреоидэктомия. Лучевая терапия. Радиойодтерапия (поскольку имеются отдаленные метастазы в кости).	
Задача №3 Больной Т., 45 лет. Предъявляет жалобы на снижение звучности голоса, затруднение акта глотания, боли в костях, за грудиной. Больной длительно лечился тиреостатиками. При осмотре щитовидная железа увеличена в размерах, отмечается ограничение ее смещаемости, увеличение шейных лимфоузлов. Ваш предварительный диагноз? Какие современные методы диагностики позволяют подтвердить диагноз?	

Ответ: Рак щитовидной железы. Метастазы в кости, лимфоузлы средостения? 1) УЗИ щитовидной железы. 2) тонкоигольная биопсия с последующим цитологическим исследованием. 3) ангиография щитовидной железы. 4) КТ грудной клетки.5) сцинтиграфия и рентгенологическое исследование костей скелета. 6) определение уровня кальцитонина в сыворотке крови.	
Задача №4 Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле. При осмотре шейные лимфоузлы не увеличены. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит. При дообследовании отдаленных метастазов не обнаружено. Ваш диагноз? Каков предполагаемый объем лечения? Ответ: Рак гортаноглотки. Комбинированное лечение. Операция в объеме резекции гортаноглотки с сохранением гортани. Лучевая терапия.	
Задача №5 Больная Н., 53 лет. Предъявляет жалобы на поперхивание, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле, охриплость. При осмотре шейные лимфоузлы не увеличены. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована опухолью, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит, голосовые складки фиксированы. Выполнена биопсия. Гистологическое заключение: аденокарцинома. При дообследовании отдаленных метастазов не обнаружено. Ваш диагноз? Каков предполагаемый объем лечения? Ответ: Рак гортани. T3NxM0. Комбинированное лечение. Операция: ларингэктомия или расширенная подскладочная субтотальная резекция гортани). Дистанционная гамма-терапия до и после операции.	
Задача №6 У больной 46 лет с жалобами на чувство тяжести за грудиной и непостоянную одышку при физической нагрузке при рентгенологическом исследовании грудной клетки за рукояткой грудины выявлена опухоль с четкими контурами, 8 см в диаметре, смещающая трахею вправо. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, мягкой консистенции. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какой метод обследования дает возможность определить, что это не щитовидная железа? В) Какие методы лечения можно проводить этой пациентке? Ответы: А) у больной диагноз – тимома. Это опухоль развивающаяся из клеточных элементов тимуса. Б) Из методов диагностики можно применить компьютерную томографию или МРТ. В) хирургический. После операции можно провести лучевую терапию.	
Задача №7	

У больной 50 лет диагностирован рак щитовидной железы. При осмотре определяется плотный узел в правой доле, лимфоузлы 3×4 см по ходу кивательной мышцы плотные, увеличенные, безболезненные. А) Как радикально лечить больную? Б) Следует ли после операции проводить еще дополнительное специализированное лечение? Ответы: А) струмэктомия с удалением регионарных лимфоузлов. Б) да, гормонозаместительная терапия.	
Задача №8 У больной 60 лет 10 лет назад диагностирован узловой эутиреоидный зоб размерами 5×3 см. За последние полгода образование увеличилось вдвое, ухудшилось общее состояние больной, появились слабость, быстрая утомляемость. При пальпации поверхность щитовидной железы неровная, консистенция плотная. Образование малоподвижное. Лимфоузлы на левой половине шеи увеличены, плотные. А) Ваш предварительный диагноз? Б) С помощью какого метода можно установить точный диагноз? В) Тактика лечения этой больной? Ответы: А) малигнизация зоба. Б) пункция из узлов щитовидной железы и из л\узлов на шее. В) На первом этапе операция. На втором этапе в зависимости от результатов планового гистологического исследования – радиойодтерапия или лучевая терапия.	
Задача №9 Больной 45 лет был прооперирован по поводу рака щитовидной железы. Сразу же после операции появилась осиплость голоса, больной стал поперхиваться. А) Какое осложнение струмэктомии возникло у данного больного? Б) Какие последствия это может это за собой повлечь? Ответы: А) повреждение возвратного гортанного нерва. Б) потеря голоса, асфиксия	
Задача №10 Больная поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Считает себя больным 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен – 30%. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено. При рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы размером 5×5 см с четкими границами. А) Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза? Б) У каких специалистов должна лечиться это больная? Ответы: А) сканирование щитовидной железы и анализы крови на гормональный профиль щитовидной железы. Б) эндокринолог.	
Задача №11 У курильщика 58 лет появилась охриплость постоянного характера и одышка при малейшей физической нагрузке. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см. А) Ваш наиболее вероятный диагноз? Б) Какой метод это может точно подтвердить? В) Тактика лечения этого больного? Ответы: А) рак гортани.	

Б) биопсия из гортани и пункция из лимфоузла шеи. В) В зависимости от распространенности опухоли выполняют хирургический метод или химио-лучевой метод. **Задача №12** Больной обратился в поликлинику с жалобами на охриплость и боли в горле усиливающиеся при глотании. При фиброларингоскопии слизистая гортаноглотки и гортани не изменены, но отмечается отечность и сужение провета гортани. А) Какие дополнительные методы исследования нужно провести? Б) С помощью какого метода диагностики можно взять прицельно пункцию и верифицировать диагноз? Ответы: А) компьютерная томография, ультразвуковое исследование, рнтгенологическое исследование с барием. Б) Ультразвуковой метод	
Задача №13 Больной 3 года назад оперировался по поводу рака гортани. Выполнена резекция гортани. За последние 2-3 месяца появились жалобы на одышку при малейшей физической нагрузке и усиление охриплости. Дальнейшая тактика действия врача? Какие методы лечения нужно применить у этого больного? Ответы: А) Компьютерная томография и эндоскопический осмотр гортани с повторной биопсией из гортани. Б) Методы лечения зависят от результатов биопсии	
Задача №14 Больной поступил с диагнозом рак гортани и метастазами в лимфатические узлы шеи с обеих сторон. А) Какой объем операции требуется на первом этапе? Б) Какой метод лечения требуется на втором этапе? В) Какое минимальное специализированное лечение в послеоперационном периоде больному еще требуется проводить? Ответы: А) ларингэктомия и операция на лимфосистеме шеи на стороне поражения опухолью гортани. Б) Операция на лимфосистеме шеи с противоположенной стороны. В) лучевая терапия	
Задача №15 У больного диагноз рак гортаноглотки с метастазами в лимфатические узлы шеи инфильтративного характера с обеих сторон. А) Какой метод лечения нужно применить? Б) При обтурации опухолью просвета гортани, дополнительно, какую операцию необходимо выполнить? Ответы: А) химио-лучевой. Б) срочная т\стомия	
Раздел 3. Опухоли органов грудной клетки	**ПК-1, 2, 4, 9**
Задача №1 Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия:	

трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. РКТ головного мозга - без патологии. Диагноз? Тактика лечения? Ответ: центральный рак промежуточного правого бронха. Ателектаз нижней доли справа. Плеврит. Тактика лечения: плевральная пункция в 6 межреберье справа по средней лопаточной линии. Анализ плевральной жидкости на наличие атипических клеток. Томография главного и промежуточного бронха справа.	
Задача №2 Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа- без патологии, слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Диагноз? Тактика лечения? Ответ: переферический рак в нижней доли левого легкого. Чрезкожная трансторокальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата. **Задача №3** Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. Диагноз? Какую лечебную манипуляцию необходимо выполнить больному? Тактика обследования больного? Ответ: Центральный рак правого легкого. Ателектаз нижней доли справа. Плеврит. Плевральная пункция в 6 межреберье справа по средней лопаточной линии. КТ легких. УЗИ органов брюшной полости. Сканирование костей скелета.	
Задача №4 Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Диагноз? Тактика обследования? Ответ: Периферический рак нижней доли левого легкого. Чрезкожная трансторокальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ.	

Цитологическое исследование пунктата. УЗИ брюшной полости. Бронхоскопия. Сканирование костей скелета.	
Задача №5 Больная Ш. 51 год, курит 20 лет. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3-х см в диаметре. Имеется поражение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Выполнена чрезкожная трансторокальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии. Диагноз? Лечебная тактика. Ответ: Периферический рак нижней доли правого легкого. Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия.	
Задача №6 Больной Б. 57 лет, курит 37 лет. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: слева в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 5 см в диаметре. Имеется поражение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Выполнена чрезкожная трансторокальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии. Диагноз? Лечебная тактика. Ответ: Периферический рак нижней доли левого легкого. Хирургическое лечение в объеме левосторонней лобэктомии. Лучевая терапия.	
Задача №7 Больной Е. 62 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, снижение работоспособности, сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 6 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии. Диагноз? Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза? Лечебная тактика. Ответ: Периферический рак нижней доли правого легкого. Метастазы в печень. Чрезкожная трансторокальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия. Химиотерапия.	
Задача№8 Больной Х. 63 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, боли в верхней части плеча с распространением на локтевую	

поверхность, охриплость голоса, опущение верхнего века, слабость мышц кисти. Объективно: обращает на себя внимание наличие синдрома Горнера, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах верхней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии. Диагноз? Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза? Лечебная тактика. Ответ: Рак верхушки правого легкого (Рак Пенкоста). Метастазы в печень. Чрезкожная трансторокальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия. Химиотерапия.	
Задача №9 Больной К. 59 лет. Жалобы на сухой кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку, слабость. Похудел за 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого, имеется увеличение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ брюшной полости: печень, почки- без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. КТ головного мозга - без патологии. Диагноз? Тактика лечения? Ответ: Центральный рак промежуточного правого бронха. Ателектаз нижней доли справа. Плеврит. Плевральная пункция. Хирургическое лечение в объеме пневмонэктомии справа. Лучевая терапия.	
Задача №10 Больной Г. 65 лет. Жалобы на кровохарканье, боли в правом боку, одышку, слабость, утомляемость. В анамнезе: хронический бронхит, частые пневмонии. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание в норме. Проведено цитологическое исследование мокроты: обнаружены атипичные клетки. Предположительный диагноз? Каков план обследования? Предположите объем лечения. Ответ: Центральный рак правого легкого. Рентгенологическое исследование органов грудной полости. Бронхоскопия, биопсия. УЗИ органов брюшной полости. Сканирование костей скелета. КТ, ангиография, лапароскопия по показаниям. Хирургическое лечение в объеме правосторонней пневмонэктомии.	
Раздел 4. **Опухоли органов брюшной полости и забрюшинного пространства**	**ПК-1, 2, 4, 9**
Рак пищевода. Рак желудка. **Задача №1**	

Больной В. 60 лет, шофер 40 лет. Курит 45 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 29 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: преимущественно экзофитный рак средней трети пищевода 2 ст. T2NXM0. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса.	
Задача №2 Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: рак верхней трети желудка, преимущественно экзофитной формы роста. Хирургическое лечение. Операция типа Герлока. Проксимальная субтотальная резекция желудка и нижней трети пищевода.	
Задача №3 Больная Е. 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течениие 15 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе - патологии не выявлено. В нижней трети желудка имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: рак нижней трети желудка, преимущественно инфильтративой формы роста. Хирургическое лечение в объеме субтотальной дистальной резекции желудка.	
Задача №4 Больной К. 74 лет, хирург. Жалобы на похудание, снижение аппетита, затруднение глотания. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки	

ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается незначительная болезненность в эпигастральной области. Рентгенологически: сужение просвета верхней трети желудка с переходом на розетку кардии. ЭГДС: слизистая верхней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, отмечается сужение розетки кардии, инфильтрации распространяется на пищевод. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, забрюшинных лимфоузлов не выявлено. Диагноз? Тактика лечения? Ответ: Рак верхней трети желудка. Стеноз кардиального отдела. Хирургическое лечение в объеме гастрэктомии.	
Задача №5 Больной К. 65 лет. Курит 40 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 3 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: экзофитный рак средней трети пищевода 2 ст. T2NXM0. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса. Лучевая терапия.	
Задача №6 Больной Б. 60 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: Экзофитный рак средней трети пищевода. Метастазы в печень. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса. Лучевая терапия. Химиотерапия.	
Задача №7 Больной Н. 62 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание	

везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в нижней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в нижней трети пищевода по задней стенке имеется опухолевое образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см, с преимущественно инфильтративным ростом. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: Инфильтративный рак нижней трети пищевода. Метастазы в печень. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса. Лучевая терапия. Химиотерапия.	
Задача №8 Больная Н. 62 лет. В анамнезе: системная склеродермия. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи. За последние 4 месяца похудела на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, на всем протяжении пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: Тотальный инфильтративный рак пищевода. Показано хирургическое лечение в объеме экстирпации пищевода и пластики.	
Задача №9 Больная Т. 68 лет. В анамнезе: химический ожог пищевода. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи, усиленное слюноотделение, рвоту. За последние 4 месяца похудела на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, на всем протяжении пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: Тотальный инфильтративный рак пищевода. Показано хирургическое лечение в объеме экстирпации пищевода и пластика желудочным стеблем. Лучевая терапия.	
Задача №10 Больная К. 67 лет. В анамнезе: синдром Пламмера-Винсона. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи, усиленное слюноотделение, рвоту. За последние 3 месяца похудела на 7 кг. Объективно: периферические	

лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в верхнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в верхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,3 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: Рак верхнегрудного отдела пищевода. Хирургическое лечение в объеме экстирпации пищевода и пластика желудочным стеблем. Лучевая терапия.	
Задача №11 Больной М. 67 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи, усиленное слюноотделение, охриплость голоса, слабость, похудание. За последние 3 месяца похудел на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в верхнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в верхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,3 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: Рак верхнегрудного отдела пищевода. Хирургическое лечение в объеме экстирпации пищевода и пластика желудочным стеблем. Лучевая терапия.	
Задача №12 Больной Л., 69 лет. В анамнезе: пептические язвы пищевода. Жалобы на боль за грудиной, изжогу, усиленное слюноотделение, слабость, похудание, затрудненное глотание. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в средне- и нижнерхнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средне- и нижнерхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: без патологии. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: Рак средне- и нижнерхнегрудного отдела пищевода. Хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса. Лучевая терапия.	
Задача №13 Больной Н., 70 лет. В анамнезе: ахалазия пищевода. Жалобы на боли за грудиной, чувство полноты за грудиной при приеме пищи, усиленное	

слюноотделение, слабость, затруденное глотание. Объективно: больной астенического телосложения, пониженного иритпитания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в средне- и нижнерхнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, неровность контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средне- и нижнерхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: без патологии. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: Рак средне - и нижнерхнегрудного отдела пищевода. Хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса. Лучевая терапия.	
Задача №14 Больной Ф. 40 лет, механик. В анамнезе: в течении 8 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При обследовании: в легких - без патологии; пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. Гастроскопия: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: Рак верхней трети желудка. Хирургическое лечение: проксимальная субтотальная резекция желудка и нижней трети пищевода.	
Задача №15 Больная Н. 53 лет. Мать, бабушка умерли от рака желудка. В анамнезе: хронический анацидный гастрит. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 12 кг. При рентгеноконтрастном исследовании желудка обнаружено, что в нижней его трети имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. ЭГДС: пищевод без патологии, в желудке признаки атрофии слизистой оболочки, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети, имеется застойное содержимое. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: Рак нижней и средней трети желудка, преимущественно инфильтративной формы роста. Хирургическое лечение: в объеме гастрэктомии, спленэктомии.	
Задача №16 Больная К. 34 лет. Мать, бабушка умерли от рака желудка. Жалобы на боли в эпигастральной области, рвоту съеденной пищей, увеличение живота в объеме. Похудела за последние 2 месяца на 12 кг. При ЭГДС и рентгеноконтрастном исследовании желудка и пищевода установлено наличие опухоли, инфильтрирующей слизистую желудка по большой и	

малой кривизне на всем протяжении от кардиального жома до привратника. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: имеется свободная жидкость в брюшной полости, по брюшине определяются очаги инфильтрации до 1 см в диаметре. Диагноз? Стадия? Лечебная тактика? Ответ: Тотальный рак желудка. Асцит. IVстадия. Паллиативная операция в объеме гастрэктомии. Химиотерапия.	
Задача №17 Больной Р. 72 лет. В анамнезе: хронический атрофический гастрит. Жалобы на слабость, похудание, боли в эпигастральной области, затруднение глотания. Похудел за последние 2 месяца на 10 кг. При ЭГДС: в желудке признаки атрофии слизистой оболочки, в верхней трети слизистая инфильтрирована по большой кривизне до средней трети, имеется инфильтрация розетки карди. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: Рак верхней и средней трети желудка с переходом на розетку кардии. Стеноз кардиального отдела желудка. Хирургическое лечение: в объеме гастрэктомии, спленэктомии.	
Задача №18 Больная В. 62 лет, профессор орнитологии. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области. Похудела за 3 месяца на 13 кг. Объективно: увеличены надключичные лимфоузлы слева, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно - дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в печени имеется 3 округлых образования, без четких границ, размерами до 2 см в диаметре, забрюшинное пространство без очаговых образований, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Диагноз? Стадия. Лечебная тактика? Ответ: Рак нижней трети желудка с переходом на луковицу 12 п.к. Метастазы в печень, асцит. Метастазы Вирхова. IV стадия. Хирургическое лечение паллиативное: в объеме гастрэктомии. Химиотерапия.	
Задача №19 Больная В. 62 лет, профессор орнитологии. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области. Похудела за 3 месяца на 13 кг. Объективно: увеличены надключичные лимфоузлы слева, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно - дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. Предположительный диагноз? Объем обследования. Ответ: Рак желудка. Метастазы Вирхова. IV стадия. ЭГДС, рентгеноконтрастное исследование желудка и пищевода. Рентген органов грудной клетки. УЗИ органов брюшной полости.	
Задача №20 Больной Щ. 41 лет. В анамнезе: в течении 5 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка, анемии. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг.	

Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При обследовании: в легких - без патологии; пищевод не изменен, в нижней трети желудка по малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. ЭГДС: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, доходящая до привратника, при пальпации кровоточит. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника, очаги инфильтрации по брюшине. Диагноз? Лечебная тактика? Какое необходимо дополнительное исследование провести в данном случае? Ответ: Рак нижней трети желудка. Канцероматоз брюшины? Хирургическое лечение: дистальная субтотальная резекция желудка. Лапароскопия.	
Рак ободочной кишки. **Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны.** **Задача №1** Больной Л. 55 лет, механик. Мать умерла от рака желудка. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли внизу живота. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в сигмовидной кишке сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в сигмовидной кишке просвет сужен за счет инфильтрации. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: обнаружено опухолевое поражение сигмовидной кишки, печень, почки без патологии. Диагноз? Лечебная тактика? Ответ: рак сигмовидной кишки 3 ст. Хирургическое лечение. Резекция сигмовидной кишки, послеоперационная химиотерапия	
Задача №2 Больной А. 56 лет, профессор истории. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: в печени в области 7 сегмента имеется округлое образование, без четких границ, в головке поджелудочной железы определяется объемное образование 3х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл. Диагноз? Тактика лечения? Ответ: Рак головки поджелудочной железы. Прорастание луковицы 12 п.к. T4NxM1. Хирургическое лечение. ГПДР. ПХТ.	
Задача №3 Больной Н. 70 лет. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище, за последние две недели отметил желтушность кожи, зуд. Похудел за 2 месяца на 9 кг. В	

анамнезе хронический панкреатит. Объективно: кожные покровы и склеры желтушны, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, отмечается сдавление общего желчного протока, поджелудочная железа неоднородной структуры, отечна, вирсунгов проток расширен, в области головки поджелудочной железы определяется объемное образование 3х4см; в брюшной полости свободная жидкость; забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: определяется объемное образование в области головки поджелудочной железы, размерами 3х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 700 Ед/мл. Диагноз? Тактика лечения? Ответ: Рак головки поджелудочной железы. Асцит. T2NxM1. Хирургическое лечение. ГПДР. ПХТ.	
Задача №4 Больной А. 69 лет, слесарь. Злоупотребляет алкоголем. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище. Похудел за 2 месяца на 8 кг. В анамнезе хронический панкреатит, страдает тромбофлебитом. Без эффекта лечился по поводу язвенной болезни желудка. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, в области тела поджелудочной железы определяется объемное образование 4х4см, структура поджелудочной железы неоднородная, отечна, забрюшинное пространство без особенностей. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование в головке поджелудочной железы, размерами 4х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 654 Ед/мл. Диагноз? Тактика лечения? Ответ: Рак головки поджелудочной железы. T2NxM0. Хирургическое лечение. ГПДР.	

8.ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ОНКОЛОГИЯ»

8.1.Основная литература

1. Онкология: Учебник / Л. З. Вельшер, Е.Г. Матякин, Т. К. Дудицкая, Б. И. Поляков. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 512 с.: ил. Библиогр.: С. 511 - 512.
2. Онкология : национальное руководство / под ред. акад. РАМН В.И. Чиссова, акад. РАН и РАМН М.И. Давыдова. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1072 с.
3. Онкология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 576 с.
4. Онкоурология: национальное руководство / Под ред. Чиссова В.И., Алексеева Б.Я., Русакова И.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 688 с. : ил.
5. Национальное руководство. Гематология. (Серия "Национальные руководства") Под ред. О. А. Рукавицына,ГЭОТАР,2015.-776с.
6. Национальное руководство. Маммология + CD (Серия "Национальные руководства") Под ред.В.П. Харченко, Н.И. Рожковой,ГЭОТАР,2009.-328с.
7. Онкология. Национальное руководство /Гл. ред.В. И. Чиссов, Ассоциация медицинских обществ по качеству. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 1070с.: ил. - (Национальный проект "Здоровье"). Прил.: компакт-диск. - Предм.указ.: с.1057-1060. -
8. Онкология: модульный практикум: Учебное пособие для медицинских вузов и последипломного образования врачей / М. И. Давыдов, Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, Ж. Х. Ганцев, С. Б. Петерсон. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 320с. Библиогр. в конце модулей. -.
9. Вельшер Л. З. Клиническая онкология: Избранные лекции/ Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 496 с.: ил. Рекомендовано УМО. - Библиогр.: С. 485 - 486.

10. Атлас онкологических операций / Под ред .В. И. Чиссова. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2008. - 632 с.: и 11. Сидоренко Ю. С. Очерки неотложной онкологии / Ю. С. Сидоренко. - СПб.: Изд.дом "Образование", 2006. - 192с.: ил. Библиогр.: с.188-190.

Средства обеспечения освоенных дисциплин:

пациенты клинических отделений и базовых поликлиник (КИЗ);
комплект муляжей;
кино-видео-компьютерные фильмы;
фотографии и слайды.

8.2 Дополнительная литература

1. Ганцев Ш. Х. Руководство к практическим занятиям по онкологии: Учебное пособие для мед вузов / Ш. Х. Ганцев. - М.: МИА, 2007. - 416с.: ил. Библиогр.:с.413-414.

2. Препараты, методы и схемы иммунотерапии опухолей: Справочник / В. И. Новиков, А. А. Власов, В. И. Карандашов, И. Г. Сидорович. - М.: Медицина, 2006. - 152с. Библиогр.:с.147-149.

3. Ошибки в клинической онкологии: Руководство для врачей / Под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга. - 3 - е изд., исправ. и доп. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 768 с. - (Библиотека врача - специалиста. Онкология).

4. Грушина Т. И. Реабилитация в онкологии: физиотерапия: Руководство для врачей / Т. И. Грушина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - 240с. Библиогр.:с.232-239.

5. TNM Атлас :Иллюстрированное руководство по TNM классификации злокачественных опухолей / К. Виттекинд, Ф. Л. Грин, Р. В. П. Хаттер, М. Климпфингер, Л.Х.Собин; Под ред. Ш. Х. Ганцева. - 5-е изд. - М.: МИА, 2007. - 408с.: ил. Библиогр.:с. V11.

6. Давыдов М. И. Онкология: Учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 920 с.: ил.

7. Новые методы в онкологической практике: материалы Российской научно-практической конференции с международным участием 25 - 26 июня 2013 г / Под ред. А. Ф. Лазарева, РАМН Российский онкологический научный центр им. Н. Н. Блохина, Алт. фил., Адм. Алтайского края ГУ по здравоохранению и фармацевтической деятельности, Алт. краевой онкологический диспансер, АГМУ. - Барнаул: АЗБУКА, 2013. - 269 с.

8. Профилактика и лечение злокачественных новообразований в современных условиях: Материалы Российской науч.-практ.конференции с междунар. участием 3-4 июля 2007г / Под ред. А. Ф. Лазарева, Рос. онкологический науч.центр им.Н.Н.Блохина, Алтайский филиал, Алтайский краевой онкологический диспансер, Администрация Алт.края, Гл.упр. по здравоохранению и фармац. деяте. - Барнаул: Б.и., 2007. - 400с.

9. Лазарев А. Ф. Региональные особенности распространения первично - множественных злокачественных новообразований / А. Ф. Лазарев, Я. Н. Шойхет, Е. Л. Секержинская. - Барнаул: АЗБУКА, 2011. - 183 с.: ил. Библиогр.: С. 159 - 182.

8.3 Периодический издания:

1.Журнал Клиническая медицина
2. Анналы хирургии
3.Русский медицинский журнал
4. Журнал «Вопросы онкологии»
5.Consilium medicum
6.Lancet.

9.ПЕРЕЧЕНЬ РУСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ», НЕОБХОДИМЫХ ДЯЛ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ «ОНКОЛОГИЯ»

1. Webmedinfo.ru/ - Образовательный медицинский портал - медицинские книги, мед. программы, рефераты, поиск лекарств, каталог ссылок.
2. http://www.medlook.ru/ - каталог русскоязычных медицинских сайтов и статей.
3. http://www.rusmedserv.com/ - Русский медицинский сервер – медицина и здоровье в России.
4. http://www.medlinks.ru/ - «Medlink» - медицинский тематический каталог. Подборка ссылок на ресурсы для специалистов, пациентов. Научно-популярные статьи.
5.www.mednavigator.ru/ - MedNavigator - каталог медицинских сайтов. Аннотированные ссылки на сайты по разделам: медицинские услуги, альтернативная медицина, и др. Система поиска медицинской информации

6.http://www.med2000.ru/ - «Медицина 2000» - медицинская ассоциация. Информационные материалы: медицинские энциклопедии, энциклопедия лекарств, популярные и научные статьи, ответы врачей на вопросы посетителей сайта.
7.http://mega.km.ru/health/ - Энциклопедия здоровья «Кирилла и Мефодия» - научно-популярные статьи по основным разделам медицины. Фармакологический справочник.
8.http://gradusnik.ru/ - Градусник.ру - конспекты для врачей, истории болезней для студентов, медицинский юмор и форум для всех.
9.http://www.infamed.com/ - Медицинский центр «ИнфаМед» - информация по теоретическим и практическим вопросам медицины, каталог медицинских публикаций в Интернет, психологические тесты, медицинские компьютерные программы.
10.www.medsite.net.ru - Проект Medsite - коллекция историй болезни по многим специальностям.
11.http://www.doktor.ru/ - популярно о медицине, информация о различных отраслях медицины.
12.http://03.ru/ - большое количество информации по медицине: конференции по медицине, обзоры, каталог ресурсов, новости и многое другое.
13.llbest.ru/medicine/ - A11best.ru, раздел «Медицина» - коллекция медицинских рефератов.
14.varles.narod.ru/ - Медицинские лекции - онлайн коллекция медицинских публикаций. Каталог материалов: лекции, курсовые, рефераты, приказы Минздрава РФ, атласы по анатомии и лекарственным растениям, фармакологический справочник и др. Форум.
15.www.minzdravsoc.ru/docs - банк документов на сайте Минздравсоцразвития России.
16.www.medicinform.net - Медицинская информационная сеть - портал о здоровье и медицине.
17.http://www.medmir.com/index.php - Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке - бесплатные клинические журналы.
18.http://www.medinfo.ru/ - Medinfo.ru - информационно - справочный ресурс.
19.http://www.who.int/tb/en/ - сссылка сайта Всемирной организации здравоохранения о туберкулезе - публикации, программы и проекты, темы здоровья, данные и статистика
20.http://www.medscape.com - Medscape-англоязычный медицинский поисковик по различным направлениям (кардиология, пульмонология, гастроэнтерология, легочная гипертензия и т.д.). Доступны полнотекстовые статьи из журналов, материалы конференций, консультация ведущими американскими специалистами, медицинские новости каждую неделю.
21.http://www.scirus.com/ - Scirus - поисковая система Elsevier. Более чем 450 миллионов определенных для науки Веб-страниц, научный банк данные (Database), открытый доступ к 442956 электронным печатным изданиям в Физике, Математике, Информатике, Количественной Биологии и Статистике.
22.http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/ - мета-каталог, список ресурсов по болезням, иллюстрации.
23.http://www.mic.ki.se/Other.html - Karolinska Institutet University Library огромный список сетевых ресурсов по медицине и биологии.
24.http://medbioworld.com - есть список бесплатных журналов.
25.http://web.uni-marburg.de/zahnmedizin//web/web.htm - ссылки на медицинские сайты: интернет - поиск, медицинские сайты по специальностям, стоматологические сайты (английский).
26.http://www.cdc.gov/ - Центры по контролю и профилактике заболеваний: здоровье и безопасность, данные и статистики.
27.Анатомия - интерактивный анатомический атлас человека - анатомический атлас с подробными иллюстрациями и описанием органов и систем человека: скелет, внутренние органы, сердечно-сосудистая, нервная, пищеварительная системы и др. http://anatomy.tj
28.CellsNoName – информация о стволовых клетках. Описание биологии клеток. Сведения о клонировании животных, примеры. Новости клеточной терапии. Тематические статьи и ссылки. http://www.cells-nnm.ru/
29.Структура человеческого тела - Люмен (Loyola University Chicago Stritch School of Medicine). (Английский). http://www.meddean.luc.edu/lumen/MedEd/GrossAnatomy/GA.html
30. Анатомия человека онлайн. http://www.innerbody.com/htm/body.html
31.Атлас головного мозга - норма и патологии. http://www.med.harvard.edu/AANLIB/home.html
32.Atlas of Human Anatomy - атлас Анатомия человека (английский). http://www.anatomyatlases.org/atlasofanatomy/index.shtml

Библиотеки в интернете.

Российские библиотеки.

1.«Сигла»-поиск литературы в библиотеках РФ - библиотечная компьютерная сеть. www.sigla.ru/
2.Центральная научная медицинская библиотека им. И.М. Сеченова - сведения о библиотеке. Информационные ресурсы, предоставленные в сети Интернет. Поиск в электронном каталоге, по специализированным базам данных и сводному каталогу. http://www.scsml.rssi.ru/
3.Научная Электронная библиотека. http://elibrary.ru
4.Библиотека ИМС НЕВРОНЕТ - специальная литература: библиотека невролога, библиотека эпилептолога, большая медицинская энциклопедия. http://www.neuro.net.ru/bibliot/
5.Медицинская библиотека сервера medlinks - разделы библиотеки по типу публикаций, по специальностям. Книги и руководства, новости медицины, новости сайта, статьи. http://medlinks.ru/topics.php
6.Электронная медицинская библиотека - каталог библиотеки медицинских книг и учебников. Можно бесплатно скачать электронные книги и учебники, учебную медицинскую литературу. http://www.medliter.ru/
7.Медицинская Библиотека - собрание инструкций к лекарственным препаратам и профилактическим средствам. http://www.lib-med.ru/
8.SURGERYLIB.RU - электронная библиотека по хирургии - архив, статьи, книги по хирургии, методички, рефераты, диссертации, фотоматериалы. http://surgerylib.ru/
9.Медицинская библиотека Cell Thera.ру - клеточная терапия, новости медицины, библиотека. http://celltherapy.ru/?library
10.Медицинская библиотека - статьи, инфекционные заболевания и осложнения, СПИД; психиатрия, онкология, педиатрия и др. специальности. http://gamgam.boom.ru/
11.Библиотека на xray.nm.ru - материалы по лучевой диагностике, терапии, хирургии, стоматологии. Общемедицинские новости. Психологические тесты. http://xray.nm.ru/book.html
12.Медицинская онлайн библиотека - бесплатные справочники, энциклопедии, книги, монографии, рефераты, англоязычная литература, тес- ты. http://med-lib.ru/index.shtml
13.Российская государственная библиотека - сведения о библиотеке. Информационные ресурсы, предоставленные в сети Интернет, поиск в электронном каталоге и специализированных базах данных. http://www.rsl.ru/
14.InFolio- университетская электронная библиотека - собрание учебной, научной, художественной, справочной литературы, необходимой для преподавателей и студентов университетских специальностей. www.infoliolib.info/

Иностранные библиотеки.

1.Американская Национальная библиотека медицины (лекарств) - обеспечивает информацию и услуги исследования во всех областях биомедицины и здравоохранения. Базы данных и ресурсы Каталог содержит книги, журналы, и аудиовизуальные средства http://www.nlm.nih.gov/
2. PubMed - текстовая база данных медицинских публикаций на английском языке, на основе раздела биотехнология национальной медицинской библиотеки США (NationalLibraryofMedicine, NLM). PubMed является бесплатной версией базы данных MEDLINE. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/
3.MLANet - ассоциация медицинских б ибилиотек США - о целях и деятельности MLA: сбор и предоставление информации о медицинской науке и образовании; просветительство в сфере здорового образа жизни населения. Пресс-релизы, отчеты MLA. www.mlanet.org/index.htm
4. Медицинские библиотеки мира - каталог ссылок - ссылки на серверы медицинских библиотек США, Канады, Австралии, стран Европы и Азии. http://www.lib.uiowa.edu/
5.Немецкая Центральная Медицинская Библиотека - предоставление научной информации, литературы и других средств массовой информации по медицинским и биологическим специальностям. Онлайн - каталоги, архивы. Интернет-ресурсы -медицинские библиотеки во всем мире. www.zbmed.de
6. Библиотека Наук Здоровья Клода Мора университета Вирджиния - основные ресурсы-Medline, PubMed; журналы и книги- полного текста, учебники, статьи. http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/library/
7.Европейский Союз для информации здоровья и библиотек (European Association for Health Information and Libraries) - цель: профессиональное развитие, кооперации, обмен опытов; связи с библиотеками в восточной Европе. http://www.eahil.net
8. Электронная журнальная библиотека - университетская библиотека медицинского университета Вены - банк данных, бесплатно с зеленым пунктом; журналы полнотексты

по специальности. http://rzblx1.uniregensburg.de/ezeit/fl.phtml?bibid=ZBMW
9. Биомедицинские цифровые библиотеки – биомедицинский журнал открытый доступ ко всем статьям; архив статей. http://www.biodiglib.com/home/
10. Medicine - медицинская библиотека - открытый доступ, медицинские книги для всех клинических областей. http://www.emedicine.com/
11. Медицинская библиотека Merck – on-line - библиотека по специальностям: справочники, ссылки. http://www.merck.com/mmpe/index.html
12. Цифровая библиотека информации анатомии - Атласы Анатомии - учебники анатомии и атласы анатомии. http://www.anatomyatlases.org/
13. - Сайт ЧГУ ЭБС IPR books

10.МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОРДИНАТОРОВ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ «ОНКОЛОГИЯ»

Используются методические рекомендации Минздрава РФ по вопросам диагностики, современного лечения и профилактики отдельных болезней.

Индивидуальный план составляется на основе «Типового учебного плана и программы» с учетом реальных возможностей базового учреждения, будущего места работы молодого специалиста.

Усвоение практических навыков врачом-ординатором обеспечивается во время работы на рабочем месте. Для этого среди 10 больных, которых ведет ординатор, должно быть 4 тематических в соответствии с изучаемым по индивидуальному плану разделу программы.

Овладение навыков необходимо оценивать на всех этапах подготовки специалиста: вначале ординатуры, при сдаче зачетов по разделам программы, на квартальных аттестациях, в ходе реферативных докладов и на заключительном экзамене.

Все виды контроля за ходом подготовки следует отражать в дневниках работы врачей-ординаторов.

Все записи ординатора в дневник визируются непосредственным руководителем (куратором) подготовки специалиста. Итоги аттестации оценивает и оформляет преподаватель кафедры госпитальной хирургии Медицинского института Чеченского государственного университета.

Важным этапом в подготовке врача-ординатора является обучение работе с научной литературой по специальной и смежным дисциплинам и подготовка рефератов, докладов, презентаций по прочитанной литературе. За период обучения врач-ординатор пишет рефераты, готовит доклады и презентации по своей специальности. Темы рефератов, докладов, презентаций врач-ординатор выбирает с первых дней изучения того или иного раздела учебного плана, стремясь сформулировать ее максимально конкретно, ориентирует на клинические аспекты, проблемы, диагностику (в том числе раннюю, экспрессную) и терапию (в том числе интенсивную), вопросы диспансеризации и реабилитации. Возможно в качестве реферативной работы выполнение ординатором переводов и обзоров иностранной научной литературы по избранной теме.

При разборе реферата ординатора, руководитель должен оценить соответствие содержания выбранной теме, объем представленной информации и ее новизну, актуальность для практической деятельности, ясность изложения, правильность оформления списка литературы в соответствии с библиографическими требованиями, а также изложить свои замечания и пожелания. Полезно использовать практику предварительного перекрестного рецензирования рефератов другими ординаторами, обучающимися на базе.

Лучшие рефераты можно использовать для сообщения на конференциях.

Клинический разбор – обязательная форма работы с ординаторами, предметом клинического разбора могут быть наиболее сложные в диагностическом и терапевтическом отношении случаи заболевания, осложненные формы с особенностями тактики их ведения, истории болезни с протоколами аутопсий умерших больных. Разборы следует проводить не реже 1 раза в месяц с тем, чтобы все участники разбора могли подготовиться.

Клинический разбор проводят профессора, доценты, ассистенты кафедр, главные специалисты города, руководители подготовки ординаторов. Тема и дата проведения разбора сообщается всем участникам заблаговременно, тогда же ординаторы получают индивидуальные задания: подготовить демонстрацию больного, необходимые иллюстрации (таблицы, слайды, графики и т.п.). Ход подготовки материалов к разбору контролируется руководителем ординатора для своевременного исправления недостатков и помощи.

Прогрессивной формой подготовки ординатора является ***участие в научно-практической работе*** для приобретения навыков самостоятельной творческой работы, повышения интереса к избранной специальности, углубления знаний и умений, формирования способности к анализу выявленных факторов и их клинической интерпретации.

В качестве основных форм научно-практической работы ординатора можно использовать:

- изучение и анализ особенностей течения отдельных нозологических форм по материалам данного стационара,
- оценку непосредственных и отдаленных результатов лечения больных с использованием новых средств терапии или комплекса терапевтических мероприятий,
- анализ ошибок в диагностике, терапии, причин заболеваемости и смертности в стационаре,
- разработку данных по эффективности внедрения новых методов диагностики и терапии,
- анализ показателей деятельности базового учреждения за месяц (квартал, полугодие, год) и участие в составлении отчетов отделения.

Суммарная оценка ***зачета (аттестации***) в баллах отражается в дневнике с указанием недостатков и рекомендации по их устранению. При последующих зачетах руководитель ординатора выясняет, удалось ли ординатору повысить уровень профессиональных знаний и практических навыков по этому разделу.

11.ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

При освоении данной программы предусмотрено использование следующего специального программного обеспечение:

Информационные технологии библиотеки ЧГУ (ЭБС «Консультант студента» www.studentlibrary.ru, электронный каталог, база учебно-методических пособий преподавателей ЧГУ)

Портал системы электронного обучения

Программное обеспечение:

Текстовый редактор Word (Microsoft Office) или любой другой текстовый редактор

Редактор электронных таблиц Excel (Microsoft Office) или любой другой редактор электронных таблиц

Редактор мультимедийных презентаций PowerPoint (Microsoft Office)

Программа EpiInfo

Статистический пакет SPSS Statistica или другой статистический пакет

12.ОПИСАНИЕ МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЙ БАЗЫ ДЛЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕСС ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»

Используются помещения, оборудование и хозслужбы медицинских учреждений, которые являются клиническими базами кафедры (ГБУ «Республиканский онкологический диспансер»). Учебные комнаты №1,2 кафедры "Госпитальной хирургии", оборудованные мультимедийными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры (интерактивная доска), таблицы, плакаты, тестовый материал, тематические стенды, плакаты, портреты выдающихся хирургов. Книжный фонд. Периодика.

Оборудованные аудитории: в распоряжении кафедры имеются 4 учебных аудитория, 1 конференц-зал.

Аудиовизуальные, технические и компьютерные средства обучения:

- персональный компьютер – 3 шт.;
- ноутбук – 1 шт.;
- мультимедийный проектор – 4 шт.;
- принтер – 1 шт.;
- принтер/сканер/копир/ - 1 шт.;
- фотоаппарат цифровой высокого разрешения – 1 шт.;
- негатоскоп стационарный – 2 шт.

Наглядные пособия:

-учебные пособия под редакцией профессорско-преподавательского состава кафедры по вопросам хирургии;
-набор таблиц по темам дисциплины;
-постеры по актуальным проблемам хирургии;
-презентации Microsoft Power Point по основным темам;
-видеоматериалы по оперативному лечению некоторых хирургических заболеваний;
-электронные учебники;

Видео-аудиовизуальные средства обучения.
Электронная библиотека курса:
25 тематических лекций.
Междисциплинарный симуляционный центр института:
Тренажер для торакоцентеза.
Тренажер-симулятор для обследования толстой кишки.
Лапароскопический тренажер.