КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

Название дисциплины: «Онкология в ВОП»
Код дисциплины: OOVP 6311
Название и шифр ОП: 6B10102 "Педиатрия"
Объем учебных часов/кредитов:150 часов (5 кредитов)
Курс и семестр изучения:6-курс - 11 семестр

Шымкент 2024г.

Составители:

Ассистент Абдраманова А.К.

Зав кафедрой д.м.н., и.о. профессора Абдурахманов Б.А.

Протокол 2 02 09 2024 г.

1. Вопросы программы для рубежного контроля -1

1. **Организация онкологической помощи в РК.** Общая онкология
2. Классификация злокачественных новообразований (клиническая, TNM, гистологическая).
3. Организация лечебно-профилактической помощи онкобольным в амбулаторных условиях. Определение групп риска.
4. **Теоретические основы онкологии**. Конгейма, вирусная, Вирхова и.т.д. **Канцерогенез**
5. Канцерогенная теория развития онкозаболевания.
6. **Канцерогенез** химические,
7. **Канцерогенез** физические
8. **Канцерогенез** биологические
9. Влияние канцерогенов на организм, нарушение дифференцировки клеток. Онкодеонтология, особенности онкобольных.
10. Медико- психологическая поддержка онкобольных.
11. **Современные методы диагностики** в онкологии
12. **Клинические группы.** Особенности диспансерного наблюдения онкобольных
13. Методы ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей (профосмотр, скрининг- метод).
14. Принцип работы отдела регистраций поликлиник. Ведение учетно-отчетной документации.
15. **Предраковые и фоновые заболевания** (облигатные и факультативные состояния).
16. Факторы, способствующие возникновению предраковых раковых заболеваний.
17. Механизм малигнизации.
18. **Методы лечения онкологических больных.**
19. **Хирургические методы лечения онкологических больных**
20. **Лучевые методы лечения онкологических больных**
21. **Химиотерапия в онкологии**. Особенности и осложнения.
22. Принципы и методы противоопухолевого лекарственного лечения (таргетная, адьювантная).
23. **Рак кожи**. Этиология, эпидемиология
24. методы диагностики, рака кожи. Классификация по TNM
25. предраковые заболевания кожи; (облигатные, факультативные)
26. Принципы и методы лечения рака кожи. Прогноз.
27. **Злокачественная меланома** Этиология, эпидемиология
28. Симптомы малигнизации невуса. Меланома Классификация по Кларку
29. Методы диагностики, принципы и методы лечения. Прогноз.
30. **Рак нижней губы**. Этиология, эпидемиология
31. **Рак нижней губы** диагностика, Классификация по TNM
32. **Рак нижней губы** лечение. Прогноз.
33. **Рак ротовой полости**. Этиология, эпидемиология, диагностика, лечение. Классификация. Симптомы малигнизации предрака. Заболеваемость в РК. Прогноз.
34. **Рак языка**. Этиология, Классификация по TNM
35. Диагностика рака языка
36. Рак языка, лечение.
37. **Опухоли щитовидной железы** Патологическая анатомия

38. Предраковые заболевания щитовидной (железы эндемическии зоб)
39. Клиническая картина рака щитвидной железы
40. Рак щитовидной железы Классификация по TNM
41. Рак щитовидной железы диагностика и дифференциальная диагностика
42. Рак щитовидной железы лечения в зависимости от стадии
43. **Фоновые и предраковые заболевания молочной железы. Мастопатия**.
44. Факторы, способствующие возникновению мастопатии и др предраковых заболеваний.
45. Клиника, современные методы диагностики мастопатии, включая скрининг-методы.
46. Тактика лечения различных форм предраковых заболеваний молочной железы
47. **Рак молочной железы**, этиология, патогенез.
48. **Рак молочной железы**, Клиника. Классификация по TNM
49. **Рак молочной железы** современные методы диагностики, включая скрининг-методы
50. **Рак молочной железы**, лечение. Тактика лечения различных форм раковых заболеваний
51. **Злокачественные лимфомы этиология, патогенез**.
52. Клинико-морфологическая классификация злокачественных лимфом.
53. Клиническая картина лимфогранулематоза по стадиям.
54. Морфологические варианты лимфом.
55. Современные методы диагностики лимфом.
56. Лимфомы выбор метода лечения. Прогноз.
57. Опухоли костей Разновидности. этиология **патогенез.**
58. Опухоли костей. Рентгендиагностика **и др методы исследования**
59. **Классификация о**стеогенной саркомы.
60. Опухоли костей выбор метода лечения.
61. Саркома Юинга особенности течения, диагностики и лечения
62. Опухоли **мягких тканей**. Этилогия, патогенез.
63. Опухоли мягких тканей. классификация.
64. Диагностика опухолей мягких тканей
65. Опухоли мягких тканей лечение

2.Вопросы программы для рубежного контроля -2

1. **Опухоли пищевода**, этиология, эпидемиология
2. **Опухоли пищевода**, классификация по TNM
3. Диагностика **рака пищевода**
4. Рак пищевода, методы лечение.
5. Принципы и методы лечения рака пищевода в зависимости от локализации и стадии распространения. Прогноз
6. **Рак желудка**, этиология, эпидемиология
7. Формирование группы риска по раку желудка.
8. **Рак желудка** классификация.
9. **Рак желудка** современные методы диагностики
10. Принципы и методы лечения рака желудка. Прогноз.
11. **Опухоли толстого кишечника.** этиология, эпидемиология

12. **Опухоли толстого кишечника** современные методы диагностики
13. **Опухоли толстого кишечника** классификация
14. **Опухоли толстого кишечника**, лечение. Радикальные и паллиативные операции. Прогноз
15. Клиника, диагностика и тактика лечения предраковых заболеваний ободочной кишки и лечения.
16. **Опухоли прямого кишечника.** этиология, эпидемиология
17. Современные методы диагностики **рака прямого кишечника**
18. **Опухоли прямого кишечника** классификация
19. **Опухоли прямого кишечника**, лечение. Радикальные и паллиативные операции. Прогноз
20. **Опухоли легкого**. этиология, эпидемиология
21. **Роль табакокурении в развитии рака легкого.** Заболеваемость в РК
22. Методы диагностики рака легкого.
23. Классификация по TNM рака легкого
24. **Опухоли легкого**, лечение.
25. Опухоли средостения, классификация по происхождению и локализации,
26. Клинические проявления опухолеи средостения, и лечение.
27. **Опухоли средостения**. этиология, эпидемиология,
28. Опухоли средостения классификация
29. Опухоли средостения диагностика
30. Опухоли средостения лечение.
31. **Опухоли шейки матки**. этиология, эпидемиология, лечение.
32. **Опухоли шейки матки** диагностика,
33. **Опухоли шейки матки** классификация
34. **Опухоли шейки матки** лечение
35. **Предраковые заболевания шейки матки** Этиология, Эпидемиология.
36. Клиника, диагностика **предраковых заболевании шейки матки** .
37. Роль ВПЧ (вирусов) в развитии рака **шейки матки** .
38. Рак **эндометрия** этиология, эпидемиология.
39. Рак **эндометрия** патогенез,диагностика,
40. Рак **эндометрия** классификация по TNM
41. Современные методы лечение рака эндометрия
42. **Доброкачественные опухоли матки** Этиология, Эпидемиология.
43. Клиника, диагностика **предраковых заболевании матки** .
44. **Лечение предраковых заболевании матки**
45. Опухоли яичников. Классификация
46. Доброкачественные опухоли яичников, этиология
47. Доброкачественные опухоли яичников, клиника, диагностика
48. Доброкачественные опухоли яичников, лечение
49. **Опухоли биллиопанкреатодуоденальной системы**. Этиология, патогенез
50. **Рак печени** клиника в зависимости роста и развития опухоли
51. **Рак печени** диагностика, методы исследования
52. **Классификация рака печени**
53. Лечение рака печени .
54. Опухоли поджелудочной железы. Этиология, эпидемиология

55. **Опухоли** поджелудочной железы клиника в зависимости роста и расположения опухоли
56. Рак поджелудочной железы диагностика, методы исследования
57. **Классификация** по TNM **рака поджелудочной железы**
58. Лечение рака поджелудочной железы
59. Опухоли внепеченочных желчных ходов. Классификация. Клиника.
60. Опухоли внепеченочных желчных ходов. Современные методы диагностики и лечения. Прогноз.
61. **Опухоли почек.** Этиология, патогенез,
62. Клиническая картина рака почки,
63. Рак почки ранняя диагностика, Классификация по TNM
64. Современные методы лечения рака почки..
65. Опухоли мочевого пузыря. Этиология, патогенез
66. Доброкачественные опухоли мочевого пузыря. Современные методы диагностики
67. Лечения доброкачественных опухолей мочевого пузыря. Прогноз.
68. **Опухоли** простаты у мужчин. Аденома, рак
69. Клиника аденомы простаты.
70. Современные методы диагностики заболевания простаты
71. Рак простаты классификация по TNM
72. Современные методы лечения заболевания простаты. Прогноз.
73. Ведение больных с осложненными формами рака.
74. Распад, интоксикация, кровотечение как осложнение злокачественных опухолей.
75. Перфорации полых органов при онко патологии, клиника, диагностика и.т.д.
76. Реабилитация онко больных, оформление инвалидности .
77. Оказание медицинской помощи онко больным с кровотечением. Борьба с болью.
78. Симптоматические методы лечения онкологических больных.
79. Рак яичка - Заболеваемость. Клиника. Патогенез
80. Классификация рака яичка,
81. Рак яичка. Диагностика, принципы лечения:
82. Рентгенологическое исследование при заболевании почек и мочевыводящих путей
83. Опухоли полости рта - Заболеваемость, классификация, клиника, диагностика, лечение.
84. Рак гортани - Заболеваемость. Клиника, диагностика, принципы лечения, прогноз.
85. Саркома Капоши - Клинические проявления, прогноз и течение. Диагностика. Лечение
86. Химиотерапия злокачественных опухолей Современные возможности химиотерапии
87. Опухоли позвоночника - Классификация, клиника, диагностика, лечение.
88. Иммунотерапия злокачественных опухолей
89. Лучевая терапия злокачественных новообразований
90. Рак Педжета - рак кожи соска молочной железы –клиника, диагностика, лечение.
91. Рак грудной железы у мужчин – Заболеваемость, классификация, гистологические формы, клиника, диагностика, лечение.

3. Вопросы программы для промежуточной аттестации (экзаменационная сессия)

Перечень экзаменационных вопросов по онкологии для интернов ВОП и терапевтов

1. **Организация онкологической помощи в РК.** Общая онкология
2. Классификация злокачественных новообразований (клиническая, TNM, гистологическая).
3. Организация лечебно-профилактической помощи онкобольным в амбулаторных условиях. Определение групп риска.
4. **Теоретические основы онкологии**. Конгейма, вирусная, Вирхова и.т.д. **Канцерогенез**
5. Канцерогенная теория развития онкозаболевания.
6. **Канцерогенез** химические,
7. **Канцерогенез** физические
8. **Канцерогенез** биологические
9. Влияние канцерогенов на организм, нарушение дифференцировки клеток. Онкодеонтология, особенности онкобольных.
10. Медико- психологическая поддержка онкобольных.
11. **Современные методы диагностики** в онкологии
12. **Клинические группы.** Особенности диспансерного наблюдения онкобольных
13. Методы ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей (профосмотр, скрининг- метод).
14. Принцип работы отдела регистраций поликлиник. Ведение учетно-отчетной документации.
15. **Предраковые и фоновые заболевания** (облигатные и факультативные состояния).
16. Факторы, способствующие возникновению предраковых раковых заболеваний.
17. Механизм малигнизации.
18. **Методы лечения онкологических больных.**
19. **Хирургические методы лечения онкологических больных**
20. **Лучевые методы лечения онкологических больных**
21. **Химиотерапия в онкологии**. Особенности и осложнения.
22. Принципы и методы противоопухолевого лекарственного лечения (таргетная, адьювантная).
23. **Рак кожи**. Этиология, эпидемиология
24. методы диагностики, рака кожи. Классификация по TNM
25. предраковые заболевания кожи; (облигатные, факультативные)
26. Принципы и методы лечения рака кожи. Прогноз.
27. **Злокачественная меланома** Этиология, эпидемиология
28. Симптомы малигнизации невуса. Меланома Классификация по Кларку
29. Методы диагностики, принципы и методы лечения. Прогноз.
30. **Рак нижней губы**. Этиология, эпидемиология
31. **Рак нижней губы** диагностика, Классификация по TNM
32. **Рак нижней губы** лечение. Прогноз.
33. **Рак ротовой полости**. Этиология, эпидемиология, диагностика, лечение. Классификация. Симптомы малигнизации предрака. Заболеваемость в РК. Прогноз.

34. **Рак языка**. Этиология, Классификация по TNM
35. Диагностика рака языка
36. Рак языка, лечение.
37. **Опухоли щитовидной железы** Патологическая анатомия
38. **Предраковые заболевания щитовидной (железы эндемическии зоб)**
39. Клиническая картина рака щитвидной железы
40. Рак щитовидной железы Классификация по TNM
41. Рак щитовидной железы диагностика и дифференциальная диагностика
42. Рак щитовидной железы лечения в зависимости от стадии
43. **Фоновые и предраковые заболевания молочной железы. Мастопатия**.
44. Факторы, способствующие возникновению мастопатии и др предраковых заболеваний.
45. Клиника, современные методы диагностики мастопатии, включая скрининг-методы.
46. Тактика лечения различных форм предраковых заболеваний молочной железы
47. **Рак молочной железы**, этиология, патогенез.
48. **Рак молочной железы**, Клиника. Классификация по TNM
49. **Рак молочной железы** современные методы диагностики, включая скрининг-методы
50. **Рак молочной железы**, лечение. Тактика лечения различных форм раковых заболеваний
51. **Злокачественные лимфомы этиология, патогенез**.
52. Клинико-морфологическая классификация злокачественных лимфом.
53. Клиническая картина лимфогранулематоза по стадиям.
54. Морфологические варианты лимфом.
55. Современные методы диагностики лимфом.
56. Лимфомы выбор метода лечения. Прогноз.
57. **Опухоли костей** Разновидности. этиология **патогенез.**
58. Опухоли костей. Рентгендиагностика **и др методы исследования**
59. **Классификация о**стеогенной саркомы.
60. Опухоли костей выбор метода лечения.
61. Саркома Юинга особенности течения, диагностики и лечения
62. Опухоли **мягких тканей**. Этилогия, патогенез.
63. Опухоли мягких тканей. классификация.
64. Диагностика опухолей мягких тканей
65. Опухоли мягких тканей лечение
66. **Опухоли пищевода**, этиология, эпидемиология
67. **Опухоли пищевода**, классификация по TNM
68. Диагностика **рака пищевода**
69. Рак пищевода, методы лечение.
70. Принципы и методы лечения рака пищевода в зависимости от локализации и стадии распространения. Прогноз
71. **Рак желудка**, этиология, эпидемиология
72. Формирование группы риска по раку желудка.
73. **Рак желудка** классификация.
74. **Рак желудка** современные методы диагностики
75. Принципы и методы лечения рака желудка. Прогноз.

76. **Опухоли толстого кишечника.** этиология, эпидемиология
77. **Опухоли толстого кишечника** современные методы диагностики
78. **Опухоли толстого кишечника** классификация
79. **Опухоли толстого кишечника**, лечение. Радикальные и паллиативные операции. Прогноз
80. Клиника, диагностика и тактика лечения предраковых заболеваний ободочной кишки и лечения.
81. **Опухоли прямого кишечника.** этиология, эпидемиология
82. Современные методы диагностики **рака прямого кишечника**
83. **Опухоли прямого кишечника** классификация
84. **Опухоли прямого кишечника**, лечение. Радикальные и паллиативные операции. Прогноз
85. **Опухоли легкого**. этиология, эпидемиология
86. **Роль табакокурении в развитии рака легкого.** Заболеваемость в РК
87. Методы диагностики рака легкого.
88. Классификация по TNM рака легкого
89. **Опухоли легкого**, лечение.
90. Опухоли средостения, классификация по происхождению и локализации,
91. Клинические проявления опухолеи средостения, и лечение.
92. **Опухоли средостения**. этиология, эпидемиология,
93. Опухоли средостения классификация
94. Опухоли средостения диагностика
95. Опухоли средостения лечение.
96. **Опухоли шейки матки**. этиология, эпидемиология, лечение.
97. **Опухоли шейки матки** диагностика,
98. **Опухоли шейки матки** классификация
99. **Опухоли шейки матки** лечение
100. **Предраковые заболевания шейки матки** Этиология, Эпидемиология.
101. Клиника, диагностика **предраковых заболевании шейки матки** .
102. Роль ВПЧ (вирусов) в развитии рака **шейки матки** .
103. Рак **эндометрия** этиология, эпидемиология.
104. Рак **эндометрия** патогенез,диагностика,
105. Рак **эндометрия** классификация по TNM
106. Современные методы лечение рака эндометрия
107. **Доброкачественные опухоли матки** Этиология, Эпидемиология.
108. Клиника, диагностика **предраковых заболевании матки** .
109. **Лечение предраковых заболевании матки**
110. Опухоли яичников. Классификация
111. Доброкачественные опухоли яичников, этиология
112. Доброкачественные опухоли яичников, клиника, диагностика
113. Доброкачественные опухоли яичников, лечение
114. **Опухоли биллиопанкреатодуоденальной системы**. Этиология, патогенез
115. **Рак печени** клиника в зависимости роста и развития опухоли
116. **Рак печени** диагностика, методы исследования
117. **Классификация рака печени**
118. Лечение рака печени .
119. Опухоли поджелудочной железы. Этиология, эпидемиология

120. **Опухоли** поджелудочной железы клиника в зависимости роста и расположения опухоли
121. Рак поджелудочной железы диагностика, методы исследования
122. **Классификация** по TNM **рака поджелудочной железы**
123. Лечение рака поджелудочной железы
124. Опухоли внепеченочных желчных ходов. Классификация. Клиника.
125. Опухоли внепеченочных желчных ходов. Современные методы диагностики и лечения. Прогноз.
126. **Опухоли почек.** Этиология, патогенез,
127. Клиническая картина рака почки,
128. Рак почки ранняя диагностика, Классификация по TNM
129. Современные методы лечения рака почки..
130. Опухоли мочевого пузыря. Этиология, патогенез
131. Доброкачественные опухоли мочевого пузыря. Современные методы диагностики
132. Лечения доброкачественных опухолей мочевого пузыря. Прогноз.
133. **Опухоли** простаты у мужчин. Аденома, рак
134. Клиника аденомы простаты.
135. Современные методы диагностики заболевания простаты
136. Рак простаты классификация по TNM
137. Современные методы лечения заболевания простаты. Прогноз.
138. Ведение больных с осложненными формами рака.
139. Распад, интоксикация, кровотечение как осложнение злокачественных опухолей.
140. Перфорации полых органов при онко патологии, клиника, диагностика и.т.д.
141. Реабилитация онко больных, оформление инвалидности .
142. Оказание медицинской помощи онко больным с кровотечением. Борьба с болью.
143. Симптоматические методы лечения онкологических больных.
144. Рак яичка - Заболеваемость. Клиника. Патогенез
145. Классификация рака яичка,
146. Рак яичка. Диагностика, принципы лечения:
147. Рентгенологическое исследование при заболевании почек и мочевыводящих путей
148. Опухоли полости рта - Заболеваемость, классификация, клиника, диагностика, лечение.
149. Рак гортани - Заболеваемость. Клиника, диагностика, принципы лечения, прогноз.
150. Саркома Капоши - Клинические проявления, прогноз и течение. Диагностика. Лечение
151. Химиотерапия злокачественных опухолей Современные возможности химиотерапии
152. Опухоли позвоночника - Классификация, клиника, диагностика, лечение.
153. Иммунотерапия злокачественных опухолей
154. Лучевая терапия злокачественных новообразований
155. Рак Педжета - рак кожи соска молочной железы –клиника, диагностика, лечение.

156. Рак грудной железы у мужчин – Заболеваемость, классификация, гистологические формы, клиника, диагностика, лечение.

4. Задания рубежного контроля-1

Ситуационная задача №1

Задача №1

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 №2

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 №3

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 №4

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 №5

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 №6

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 №7

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 №8

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 №9

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 №10

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак нисходящего отдела толстой кишки. Хирургическое лечение. Левосторонняя гемиколэктомия, послеоперационная химиотерапия.

Задача №11

Больная К. 6о лет. В анамнезе: неспецифический язвенный колит. Жалобы на слабость, тошноту, иногда рвоту, тяжесть в животе, урчание, запоры. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эдофитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в правой доле печени имеется очаг размерами 2см в диаметре, с нечетким контуром.

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

Ответ: Рак нисходящего отдела толстой кишки. Хирургическое лечение. Левосторонняя гемиколэктомия, удаление солитарного метастаза печени, послеоперационная химиотерапия. Лапароскопия. Пункция метастатического очага печени.

Задача №12

Больной П. 62 лет. В анамнезе: семейный полипоз. Жалобы на периодические боли в правой половине живота, слабость, наличие опухолевидного образования в правой половине живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование размерами до 8 см в диаметре. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет восходящего отдела сужен за счет экзофитного бугристого образования (6 см в диаметре), легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак восходящего отдела толстой кишки. Хирургическое лечение. Правосторонняяя гемиколэктомия, послеоперационная химиотерапия.

Задача №13

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак восходящего отдела толстой кишки. Метастазы в левое легкое. Хирургическое лечение. Правосторонняя гемиколэктомия, послеоперационная химиотерапия.

Задача №14

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак правой молочной железы. T2N1Mx, метастаз в подмышечный лимфоузел. Хирургическое лечение в объеме секторальной резекции молочной железы. Лучевая терапия молочной железы. Адъювантная ПХТ. Тамоксифен, если опухоль окажется гормоночувствительной.

Задача №15

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак правой молочной железы. T3N1M1, метастаз в подмышечный лимфоузел. Метастазы в печень. Хирургическое лечение в объеме радикальной мастэктомии. ПХТ. Тамоксифен, если опухоль окажется гормоночувствительной.

Задача №16

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

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

Ответ: 1. Рак молочной железы

1. Маммография, пункция опухоли, УЗИ регионарных лимфоузлов, УЗИ печени, рентген легких, сканирование костей скелета.

Задача №17

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

1. Назовите зоны регионарного и отдаленного метастазирования.

2. Поставьте стадию заболевания?

3. Определите тактику лечения.

Ответ: 1 Регионарные метастазы - подмышечные, под- и надключичные, парастернальные лимфоузлы.

2 .T1N0M0, 1 стадия

3 .Радикальная резекция молочной железы

Задача №18

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

Диагноз? Тактика лечения?

Ответ: Рак печени. T3NxM1. ПХТ. Селективная эмболизация печеночной артерии.

Задача №19

Больной И., 36 лет. В течение 4-х лет болен вирусным гепатитом С. При настоящем обследовании в правой доле печени, на фоне цирротических изменений. Определяется объемное образование до 7,0 см в диаметре.

Определите диагностическую и лечебную тактику, назовите возможные варианты заболеваний.

Ответ: Предположительный клинический диагноз- первичный рак печени. Для определения тактики лечения (хирургическое или лекарственное лечение) показано дополнительное обследование: УЗИ или КТ брюшной полости, рентгеновское исследование легких, пункционная биопсия очага в печени, определение уровня опухолевых маркеров- АФП,РЭА, определение функциональной сохранности паренхимы печени с помощью радиоизотопных диагностических методов. При отсутствии других проявлений заболевания возможно выполнение операции в объеме правосторонней гемигепатэктомии.

Задача №20

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

Определите диагностическую и лечебную тактику.

Ответ: Колоректальное метастатическое поражение печени. Диагностические задачи- уточнение морфологической природы опухоли и распространенности опухолевого процесса. Необходимо выполнить пункционную аспирационную биопсию очага в печени, УЗИ и КТ брюшной полости, рентгеновское исследование легких, колоноскопию и определить уровень РЭА. При отсутствии других проявлений заболевания выполнения операции - правосторонней гемигепатэктомии.

Задача №21

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

Определите диагностическую и лечебную тактику.

Ответ: Колоректальное метастатическое поражение печени. Диагностические задачи- уточнение морфологической природы опухоли и распространенности опухолевого процесса. Необходимо выполнить пункционную аспирационную биопсию очага в печени, УЗИ и КТ брюшной полости, рентгеновское исследование легких, колоноскопию и определить уровень РЭА. При отсутствии других проявлений заболевания операция-правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией или радиочастотной термоаблацией очага во втором сегменте печени.

Задача №22

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

Задания

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

Эталоны ответов:

1. У больного меланома кожи левой голени с метастазами в паховые лимфатические узлы слева. При условии отсутствия отдаленных метастазов предположительно у него III клиническая стадия.
2. Дополнительные исследования для исключения отдаленных метастазов: УЗИ лимфатических узлов, печени, рентгенография органов грудной клетки.
3. При отсутствии отдаленных метастазов показано иссечение меланомы кожи левой голени, операция Дюкена слева (паховая лимфаденэктомия). Дополнительное лечение может включать иммунотерапию, химиотерапию.

Задача №23

У больного 47 лет, длительное время работавшего с радиоактивными веществами, на коже тыльной поверхности правой кисти появилось образование размером 1,5см с мокнущей поверхностью и инфильтрацией подлежащих тканей, отеком и гиперемией

вокруг. Обратился к врачу в поликлинику, где назначена противовоспалительная терапия местного и общего характера, что привело к регрессу новообразования и формированию струпа.

Задания

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

Ответ:

1. Выбор тактики и метода лечения должен зависеть от результатов цитологического исследования мазков-отпечатков, которое не было выполнено.
2. Необходимо проведение цитологического исследования (соскоб с поверхности образования), при необходимости – его биопсия. В случае обнаружения опухолевого роста необходимо хирургическое лечение. В случае его отсутствия – продолжение противовоспалительной терапии.

Задача №24

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

Задания

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

Ответ:

1. В данном случае необходимо проводить дифференциальный диагноз между меланомой кожи и диспластическим невусом.
2. Необходимо проведение УЗИ подмышечных, над-, подключичных, паховых лимфатических узлов. В случае отсутствия признаков их поражения, а также отсутствия данных за отдаленное метастазирование необходимо провести широкое хирургическое иссечение участка кожи с пигментным образованием. Материал обязательно направляется на гистологическое исследование.

Задача №25

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

Задания

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

Ответ:
1. Вероятней всего, у пациента внутрикожный метастаз (сателлит) меланомы кожи правой височной области, метастаз в правую околоушную слюнную железу.
2. Основная ошибка хирурга – материал не был направлен на гистологическое исследование.

Задача №26

У курильщика 68 лет появилась образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытая корочкой. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см.
1) Ваш предварительный диагноз?

2) С помощью какого метода это можно установить?

3) Тактика лечения этого больного?

Ответ: 1) рак нижней губы. 2) Нужно выполнить соскоб или биопсию, т.е. с помощью морфологических данных. 3) В зависимости от соматического статуса больного и распространенности опухоли на первом этапе можно провести хирургическое лечение или химио-лучевое лечение.

Задача №27

Больная Р., 35 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38 ^{0} в течении нескольких дней подряд, ночную потливость, похудание, кожный зуд, наличие опухолевидного образования в области шеи. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный. В анализе крови: СОЭ 30 мм\ч, фибриноген 570 мг%, лимфоциты 27%.

Ваш предположительный диагноз?

Каков объем обследования данной больной?

Какие клетки обнаруживаются при гистологическом исследовании данного вида опухоли?

Ответ: Лимфогранулематоз. 1) пункция увеличенных лимфоузлов 2) рентген. органов грудной клетки 3) УЗИ, КТ органов брюшной полости 4) трепанобиопсия подвздошной кости, при необходимости - пункция печени. Многоядерные клетки Березовского-Штенберга и одноядерные клетки Ходжкина.

Задача №28

Больная Х., 23 лет. Жалобы на боли в левой ноге, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: в области латеральной поверхности средней

трети левого бедра пальпируется опухолевидное образование, малоподвижное, каменистой плотности, размерами 5х6 см. Паховые лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, размерами от 1 до 2 см, безболезненны. Больной выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ: опухоль располагается в средней трети бедренной кости, протяженностью до 6 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ.

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

Ответ: Остеогенная саркома левого бедра. T2N1M0. Открытая биопсия опухоли. Лечение: внутриартериальная ХТ, операциия в объеме удаления кости с эндопротезированием, послеоперационная ПХТ.

Задача №29

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

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

Ответ: Саркома Юинга правого плеча. T2N1M1. Метастазы в правое легкое. Открытая биопсия опухоли. Лечение: внутриартериальная ХТ, лучевая терапия на опухоль, ПХТ.

Задача №30

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

При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

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

Ответ: Саркома мягких тканей бедра. T1вN0M1. Открытая биопсия опухоли. Лечение: лучевая терапия на опухоль ХТ, операция - удаление метастазов в легких.

Практические навыки:

Методика пальпации периферических лимфатических узлов

№	Критерии оценки навыков	Оценка в баллах		
1.	Осмотр проводится в хорошо освещенном помещении. Установил доверительные отношения с пациентом, объяснил ход процедуры, получил согласие на процедуру. Пальпация проводится в положении стоя или лежа. После мытья рук. Исследование лимфатических узлов проводят в одноименных симметричных областях, соблюдая определенную последовательность: затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, заднешейные, переднешейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые и подколенные.	2	1	0
2.	Затылочные и околоушные лимфатические узлы пальпируется одновременно. Врач накладывает ладони обеих рук через шею в затылочные области с обеих сторон и пальпирует четырьмя пальцами (большой палец не участвует). Аналогичным образом пальпируются околоушные лимфоузлы. Приступая к пальпации подчелюстных лимфатических узлов, врач просит больного слегка наклонить голову вперед. Кладет сомкнутые и слегка согнутые пальцы на середину подчелюстной области так, чтобы концы пальцев упирались меж собой. Затем, пальпируя по направлению к нижним краям челюсти, пытается вывести лимфатические узлы на край нижней челюсти и определить их свойства Аналогичным образом пальпируется подбородочные лимфатические узлы обеими руками одновременно или пальцами одной руки пальпируется стараясь вывести лимфатических узлов подбородочной области вдоль краев нижней челюсти	2	1	0
3.	При пальпации шейных лимфатических узлов пальцы располагают перпендикулярно длиннику шеи. Ощупывание проводят в направлении сверху вниз. Заднешейные лимфатические узлы пальпируют одновременно с обеих сторон в пространствах, расположенных между задним краем кивательных мышц и наружным краем длинных мышц шеи. Переднешейные лимфатические узлы ощупывают вдоль внутренних краев кивательных мышц. Надключичные и подключичные лимфатические узлы пальпируются одновременно с обеих сторон	4	2	0

	последовательно. Пальпируют сперва надключичные с обеих сторон далее подключичные ямки			
4.	Перед тем, как приступить к пальпации подмышечных лимфатических узлов, врач просит больного отвести руки в стороны и осматривает подмышечные ямки, чтобы выявить локальные патологические изменения. После этого кладет свои ладони продольно на боковые поверхности грудной клетки больного с обеих сторон так, чтобы концы пальцев упирались в дно подмышечных ямок. Затем несколько продвигая пальцы вверх, захватывает ими содержимое подмышечных впадин и скользит вниз прижимая к ребрам и как бы продавливая между ними захваченную жировую ткань, определяя ее однородность и выявляя таким образом более плотные и округлые лимфатические узлы. Кубитальные (локтевые) лимфатические узлы пальпируются последовательно с обеих сторон. Руки больного должны быть полусогнуты в локтевых суставах. При исследовании правых кубитальных лимфатических узлов врач берет правое запястье больного в свою правую руку, а ладонь своей левой руки кладет на заднюю поверхность правого плеча больного так, чтобы концы пальпирующих пальцев располагались в медиальной борозде двуглавой мышцы. Ощупывают дистальную треть этой борозды по направлению к локтевой ямке. Левые кубитальные лимфатические узлы пальпируются аналогично	6	3	0
5	Паховые лимфатические узлы пальпируется на обнаженных паховых складках. Затем поочередно с обеих сторон врач пальпирует области, лежащие выше и ниже паховых складок. При этом ощупывающие движения должны быть перпендикулярны пупартовой связке. Необходимо иметь в виду, что при пальпации в данных областях наряду с лимфатическими узлами могут выявляться паховые грыжи, а у мужчин, кроме того, — лежащее в паховом канале яичко при его неопушении в мошонку (крипторхизм). Пальпируя лимфатические узлы, врач определяет их число, размеры и форму каждого узла, плотность (консистенцию), подвижность (смещаемость), наличие болезненности и спаянности узлов между собой, с кожей и окружающими тканями. Размеры лимфатических узлов желательно указывать в миллиметрах или сантиметрах, а не путем сравнения с чем-либо, например, с горошиной, фасолью и др.	6	3	0
	всего	20	10	0

Максимальный балл по этапу – 20
Проходной балл по этапу – 10 баллов
Время, отведенное на задание – 5 мин

Методика пальпации молочной железы

№	Критерии оценки навыков	Оценка в баллах		
1.	Экзаменуемый объясняет, что осмотр нужно проводить при хорошем освещении, в теплом помещении. Представился пациенту. Уточняет имя, возраст, пол, профессию, должность больного, первичный визит или повторный. Установил доверительные отношения с пациентом, объяснил	2	1	0

	ход процедуры, получил согласие на процедуру. После тщательного мытья рук в соответствии с правилами, на обе руки надевает стерильные резиновые перчатки. Пациентка должна успокоиться, выровнять дыхание, расслабиться встать ровно, руки опущены вниз вдоль туловища. При этом обращает внимание на следующее: симметричны ли молочные железы (небольшая асимметрия допустима), правильность формы, различие в размерах, соски должны находиться на одном уровне, нижние кромки каждой железы находятся на одном уровне. Симметрия должна сохраняться как при опущенных, так и при поднятых руках ненормальные изменения кожи молочных желез - отеки, покраснения, эффект «лимонной корки», наличие впадин или выпуклостей, сыпь. После этого нужно провести осмотр с занесенными за голову руками, при этом обращая внимание на нижнюю часть молочных желез.			
2.	Пальпация в положении стоя: правой рукой экзаменуемый исследует левую грудь, а левой - правую. Пальпацию проводит подушечками пальцев, четырьмя или тремя сомкнутыми пальцами, круговыми проникающими пружинящими движениями. Большой палец в пальпации не участвует. При больших размерах железы, противоположная рука экзаменуемого поддерживает ее. Вначале проводит поверхностное прощупывание - подушечки пальцев не проникают в толщу железы, что дает возможность выявить небольшие образования, расположенные непосредственно под кожей.	2	1	0
3.	Затем проводит глубокое прощупывание - подушечки пальцев последовательно постепенно достигают ребер. Комментирует, что пальпацию нужно проводить от ключицы до нижнего края ребер и от грудины до подмышечной линии, включая подмышечную область, где возможно обнаружение увеличенных лимфоузлов. Пальпация в положении лежа: поясняет, что пациентка должен лежать на сравнительно твердой, плоской поверхности. Можно подложить под обследуемую железу валик или жесткую подушку, руку вытянуть вдоль туловища или завести за голову.	6	3	0
4.	Называет и демонстрирует два метода пальпации: Метод квадрантов, когда молочная железа мысленно делится на четыре квадранта. Ощупывание проводится последовательно в каждом квадранте. Метод спирали, когда прощупывание молочной железы проводится по спирали в виде концентрически сходящихся окружностей, начиная от подмышки и до соска.	6	3	0
5.	При осмотре сосков определяет - нет ли изменений их формы и цвета, не втянуты ли, не мокнут ли, нет ли изъязвлений или трещин. Прощупывает сосок и подсосковую область, так как под соском может быть опухоль. В заключение осторожно берет сосок большим и указательным пальцами и надавливает на него, отмечая при этом, характер выделений из него или отсутствие их.	4	2	0
	Всего:	20	10	0

Максимальный балл по этапу – 20
Проходной балл по этапу – 10 баллов
Время, отведенное на задание – 5 мин

Методика пальцевого исследования прямой кишки

№	Критерии оценки шагов	Оценка в баллах		
1.	Экзаменуемый объясняет, что осмотр нужно проводить	2	1	0

	при хорошем освещении, в теплом помещении. Представился пациенту. Уточняет имя, возраст, пол, профессию, должность больного, первичный визит или повторный. Установил доверительные отношения с пациентом, объяснил ход процедуры, получил согласие на процедуру. Проверить готовность к работе (резиновые перчатки, вазелиновое масло).			
2.	После тщательного мытья рук в соответствии с правилами, на обе руки надевает стерильные резиновые перчатки. Экзаменуемый укладывает больного в коленно-локтевом суставе положении	2	1	0
3.	Указательный палец густо смазывают вазелином Вводят в заднепроходное отверстие указательный палец..	4	2	0
4.	Осторожно и нежно рабочей поверхностью концевой фаланги исследуют внутреннюю стенку кишки во всех направлениях. Обращают внимание на наполнение прямой кишки и на наличие патологических образований.	8	4	0
5.	Затем обследование проводится в следующих положениях: на левом боку, на спине, сидя на корточках. Палец извлекают из заднепроходного отверстия и обращают внимание на наличие слизи, крови и других патологических состояний.	4	2	0
	Всего:	20	10	0

Максимальный балл по этапу – 20
Проходной балл по этапу – 10 баллов
Время, отведенное на задание – 5 мин

Методика тонкоигольной биопсии опухоли

№	Критерии оценки шагов	Оценка в баллах		
1.	Экзаменуемый объясняет, что пункцию нужно проводить при хорошем освещении, в теплом помещении. Представился пациенту. Уточняет имя, возраст, пол, профессию больного, первичный визит или повторный. Установил доверительные отношения с пациентом, объяснил ход процедуры, получил согласие на процедуру. Проверил наличие необходимого инструмента (одноразовый шприц емкостью до 5 мл, предметные стекла, 70^0 спирт, вата, направление в гистологическую лабораторию)	2	1	0
2.	Предлагает пациенту(ке) обнажить место опухоли и сесть (лечь) на кушетку. После тщательного мытья рук в соответствии с правилами, на обе руки надевает стерильные резиновые перчатки.	4	2	0
3.	Трехкратно обрабатывает операционное поле ватой пропитанной 70^0 спиртом. После чего устанавливает шприц вертикально и прокалываем кожу над опухолью и вводим иглу шприца в опухоль.	6	3	0

4.	Несколько раз потягивая за поршень шприца отсасывает содержимое опухоли. Затем, содержимое шприца распыляет на предметное стекло, а вторым предметным стеклом тонким слоем размазывает пунктат.	6	3	0
5.	Обрабатывает операционное поле ватой пропитанной 70^0 спиртом. Заполняет и отправляет направление в цитологическую лабораторию.	2	1	0
	Всего:	20	10	0

Максимальный балл по этапу – 20
Проходной балл по этапу – 10 баллов
Время, отведенное на задание – 5 мин

Методика взятия цитомазка из шейки матки

№	Критерии оценки шагов	Оценка в баллах		
1.	Экзаменуемый объясняет, что осмотр нужно проводить при хорошем освещении, в теплом помещении. Представился пациенту. Уточняет имя, возраст, пол, профессию, должность больного, первичный визит или повторный. Установил доверительные отношения с пациентом, объяснил ход процедуры, получил согласие на процедуру. Проверил наличие необходимого инструмента (ложка фолькмана, двухстворчатые зеркала Куско, предметные стекло, маркерный карандаш, 70% этиловый спиртовый спрей, направление в цитологическую лабораторию)	2	1	0
2.	После тщательного мытья рук в соответствии с правилами, на обе руки надевает стерильные резиновые перчатки. Приступает к осмотру шейки матки в зеркалах, для чего с соблюдением правил двухстворчатое зеркала вначале вводят боком, затем поворачивает его вниз и раскрывает промежность, оттягивая ее в стороны.	4	2	0
3.	После чего осматривает шейку матки и слизистую влагалища, обращает внимание на возможность наличия гиперемии, дает оценку характеру выделений. Один конец ложки фолькмана вводится в начальную часть шейки матки (цервикальный канал) и производится вращение инструмены на 360 градусов и производится забор материала.	4	2	0
4.	Другим концом ложки фолькмана производится забор материала с наружней части шейки матки и особенно с области вагинальной части шейки матки также совершая вращение инструментом на 360 градусов. Предметное стекло маркеруют при это маркерным карандашом делится на две части, на первую часть предметного стекла наносится материал взятое из цервикального канала.	6	3	0
5.	На вторую часть предметного стекла наносится материал взятый из наружней части шейки матки. Для фиксации полученный материал фиксируем 70 процентным спиртом (спрей-фиксация). Заполняем и отправляем направление в цитологическую лабораторию.	4	2	0
	Всего:	20	10	0

Максимальный балл по этапу – 20
Проходной балл по этапу – 10 баллов
Время, отведенное на задание – 5 мин

8. ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ ЛИСТ

пошаговой и суммарной оценки практических навыков и умений в баллах

Ф.И.О. экзаменатора _____«_____» _____ 2024 г.

№	Шифр	Шаги этапа					Суммарный балл	Подпись экзаменатора
		1	2	3	4	5		
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								

9. СВОДНЫЙ АТТЕСТАЦИОННЫЙ ЛИСТ ЭКЗАМЕНУЕМОГО

ШИФР _____ «_____» _____ 2024 г.

Баллы по этапам	Этапы					Суммар-ный балл	%	Оцен-ка
	1	2	3	4	5			
Подпись экзаменаторов								