

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Зудин Александр Борисович
Должность: Директор
Дата подписания: 06.03.2024 14:32:38
Уникальный программный ключ:
0e1d6fe4fcfd800eb2c45df9ab36751df3579e2c

Приложение № 10
к основной профессиональной образовательной программе
высшего образования по специальности
31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)
подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре
ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья
имени Н.А. Семашко»

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ
«Актуальные вопросы онкологии в общей врачебной практике
(семейной медицине)»

Направление подготовки

31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)

Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Форма обучения: очная

Срок освоения ОП ОП 2 года

Зачет– 1 год обучения

Лекции 6 часов

Практические занятия – 30 часов

Семинары – 12 час

Самостоятельная работа –24 часа

Всего - 72 часа/ 2 ЗЕ

Москва 2023

Содержание рабочей программы

1. Цель и задачи дисциплины

2. Место дисциплины в структуре основной профессиональной образовательной программы ординатуры

3. Планируемые результаты обучения по дисциплине, соотнесенные с планируемыми результатами освоения образовательной программы

4. Объем дисциплины и виды учебной работы

5. Структура дисциплины

6. Содержание дисциплины

7. Организация промежуточной аттестации

8. Средства и методы оценки промежуточного контроля успеваемости

8.1. Оценивание результатов освоения ординаторами программы дисциплины

8.2. Критерии оценивания устного опроса в рамках промежуточного контроля успеваемости

8.3. Критерии оценивания результатов тестирования в рамках промежуточного контроля успеваемости обучающегося

9. Методические указания по освоению дисциплины

10. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

10.1. Основная и дополнительная литература

10.2. Перечень информационных справочных систем, необходимых для освоения дисциплины

10.3. Перечень современных профессиональных баз данных, используемых для освоения образовательной программы

11. Материально-техническое обеспечение дисциплины

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель освоения учебной дисциплины «Актуальные вопросы онкологии в общей врачебной практике (семейной медицине)» состоит овладении знаниями, умениями и практическими навыками по диагностике и лечению онкологических заболеваний в общей врачебной практике (семейной медицине) при оказании первичной медико-санитарной помощи.

Задачи дисциплины:

1. Сформировать и совершенствовать знания у специалиста - врача общей практики (семейного врача) по основным онкологическим заболеваниям.
2. Обучение навыкам по клиническому обследованию пациента с онкологическими заболеваниями в условиях общей врачебной практики.
3. Сформировать знания по диагностике, лечению, профилактике и ведению пациентов с основными онкологическими заболеваниями в рамках компетенций врача общей практики.
4. Обучить навыкам проводить диспансеризацию, профилактические осмотры пациентам с распространенными онкологическими заболеваниями.
5. Сформировать навыки по проведению профилактических и реабилитационных мероприятий при наиболее часто встречающихся онкологических заболеваниях, выявлению основных факторов риска, влияющие на их течение и прогноз.
6. Обучить организации медицинской помощи и маршрутизации пациентов с онкологическими заболеваниями.

2 МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Дисциплина «Актуальные вопросы онкологии в общей врачебной практике (семейной медицине)» изучается на 1 году, относится к части программы, формируемой участниками образовательного процесса. Является дисциплиной по выбору.

Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 3.Е

3. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ, СООТНЕСЕННЫЕ С ПЛАНИРУЕМЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.

Код и наименование компетенции, индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю)	
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте		
УК-1.ИД.1 Анализирует достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знать	-профессиональные источники информации, в т.ч. базы данных; -пользоваться профессиональными источниками информации; -анализировать полученную информацию (от диагноза к симптомам и от симптома(ов) - к диагнозу); -методы абстрактного мышления при установлении истины; -методы научного исследования путем мысленного расчленения объекта и путем изучения предмета в его целостности, единстве его частей.
	Уметь	-Пользоваться профессиональными источниками информации; -анализировать полученную информацию (от диагноза к симптомам и от симптома(ов) - к диагнозу); -анализировать альтернативные варианты решения исследовательских задач и оценивать перспективность реализации этих вариантов.
	Владеть	-технологией сравнительного анализа – дифференциально- диагностического поиска на основании данных обследования и использования профессиональных источников информации; -навыком использования абстрактного мышления при решении проблем, возникающих при выполнении исследовательских работ, навыками отстаивания своей точки зрения
Общепрофессиональные компетенции		
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов		
ОПК-4. ИД.1 Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов	Знать	основы законодательства Российской Федерации о здравоохранении и нормативные правовые акты, регулирующие деятельность медицинских организаций и оказание медицинской помощи населению; клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи пациентам; анатомо-функциональные особенности органов и систем в возрастном аспекте; методику сбора информации о состоянии здоровья; методику клинического обследования; принципы классификации заболеваний; принципы формулировки заключений диагностического решения (предварительный и заключительный клинический диагноз) с учетом действующей МКБ

	Уметь	осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни и анализировать полученную информацию; проводить физикальное обследование; выявлять отклонения, оценивать тяжесть состояния; оценивать показания и объем медицинской помощи
	Владеть	навыками постановки предварительного диагноза на основании собранного анамнеза, жалоб, физикального обследования
ОПК-4. ИД.2 Направляет и интерпретирует результаты клинической диагностики и обследования пациент	Знать	методы лабораторных и инструментальных исследований; возможности и значение лабораторных и инструментальных методов исследования для дифференциальной диагностики заболеваний; нормативные показатели лабораторных и инструментальных показателей с учетом возраста
	Уметь	определять показания и назначать лабораторные исследования у пациентов; определять показания и назначать инструментальные исследования у пациентов
	Владеть	навыками назначения лабораторных и инструментальных исследований пациентам с заболеваниями и (или) состояниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями; навыками интерпретации лабораторных и инструментальных исследований
Профессиональные компетенции		
ПК-1. Способен к оказанию медицинской помощи пациентам в амбулаторных условиях		
ПК-1. ИД.1 Проводит обследование пациентов с целью постановки диагноза	Знать	-Знать патологические состояния, симптомы, синдромы, онкологических заболеваний, нозологических форм; -Характерные жалобы, факторы риска и клиническую картину, принципы диагностики опухолей различной локализации; -Принципы и порядок организации медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических, диспансеризации, диспансерного наблюдения; -Клинические рекомендации и стандартную документацию о профилактических осмотрах онкологических больных, по объемам и срокам их проведения;
	Уметь	-Назначить необходимое обследование в соответствии с локализацией опухоли, возможными путями метастазирования и функциональным состоянием пациента; -Сформулировать диагноз и заполнять медицинскую документацию, подбирать вариант лечения, анализировать клинические симптомы заболеваний -Организовывать проведение медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
	Владеть	-Навыками клинического осмотра пациента с различными онкологическими заболеваниями (сбор анамнеза, пальпация, аускультация, перкуссия), оценки общего

		состояния больного и периферических лимфоузлов, визуальной оценки и пальпаторного обследования.
ПК-1. ИД.4 Проводит и контролирует эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Знать	-Основные методы лабораторной и инструментальной диагностики при различных видах опухолей; -Общую и частную онкологию; -Нормы, объемы и сроки проведения диспансеризации; -Показатели эффективности медицинских осмотров, в том числе предварительных и периодических, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
	Уметь	-Анализировать результаты исследований органов и систем организма человека; -Выявлять специфические для конкретного заболевания и синдромы заболеваний органов и систем организма человека, -оценивать динамику их изменений при диспансерном наблюдении; -Проводить сравнительный анализ полученных данных с результатами предыдущих исследований органов и систем организма человека, а также иных видов исследований; -Анализировать информацию о выявленном опухолевом заболевании и динамике его прогрессировании; -Организовывать маршрутизацию пациентов в случае выявленных изменений при диспансерном наблюдении;
	Владеть	- Навыками интерпретации полученных лабораторных, клинических и инструментальных данных; -Навыками распознавания предопухолевых заболеваний, доброкачественных и злокачественных опухолей; -Методикой проведения дифференциальной оценки и диагностики выявленных изменений с учетом МКБ; -Навыками маршрутизации пациентов в случае выявленных изменений при диспансерном наблюдении; -Навыками определения медицинских показаний для проведения дополнительных исследований.

4. ОБЪЕМ ДИСЦИПЛИНЫ И ВИДЫ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ

Вид учебной работы	Всего, ЗЕТ	часы
Аудиторные занятия (АЗ)		48
Лекции (Л)		4
Практические занятия (ПЗ)		16
Семинары (С)		22
Самостоятельная работа ординатора (СРО)		21
Часы СР на подготовку к зачету с оценкой		9
Общая трудоёмкость дисциплины	2	72

5. СТРУКТУРА ДИСЦИПЛИНЫ

№ п/п	Разделы/темы дисциплины	Зачетные единицы	Всего часов	Вид учебной работы и трудоемкость (в часах)			
				Л	СЗ	ПЗ	СРО
1	Раздел 1 Общие принципы диагностики, лечения,		20	2	6	6	7

	профилактики и реабилитации пациентов с онкологических заболеваний в условиях ОВП/СМ						
2	Раздел 2 Частная онкология		46	2	16	10	14
				4	22	16	21
	Зачет		9		3		6
	Итого	2	72	4	25	16	27

6. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела в дидактических единицах	Оценочные средства	Код компетенции	Методы контроля
Раздел 1 Общая онкология	1.1 Современное состояние онкологии. Основные принципы диагностики и лечения злокачественных образований.	1. Что является поводом для назначения исследования онкомаркеров? 2. В чем заключаются особенности диагностики больного с подозрением на опухоль? 3. Какие вопросы должен решить онколог после верификации диагноза? 4. В чем заключаются особенности лечения онкологического больного? 5. В чем заключаются особенности профилактических осмотров онкологических больных?	УК-1.ИД.1; ОПК-4. ИД.1; ОПК-4. ИД2 ПК-1. ИД.4	Устный опрос
	1.2 Лекарственная терапия злокачественных опухолей	1.Какие основные методы лечения в онкологии существуют? 2.Назовите основные принципы химиотерапии. 3.От чего зависит эффективность химиотерапии? 4.Что значит комплексный метод лечения?		Устный опрос
	1.3. Лучевая	1. Что такое		Устный

	терапия злокачественных опухолей	<p>ионизирующие излучения?</p> <p>2. Какая цель радикальной лучевой терапии?</p> <p>3. Как подразделяются ионизирующие излучения?</p> <p>4. Что такое «доза излучения» и какие бывают дозы?</p> <p>5. Какие методы лучевой терапии относят к контактной радиотерапии?</p>		опрос
Раздел 2 Частная онкология	2.1 Опухоли кожи	<p>1. Какие новообразования относятся к доброкачественным заболеваниям кожи?</p> <p>2. Какие заболевания относятся к факультативному и облигатному предраку кожи?</p> <p>3. Какова частота возникновения меланомы?</p> <p>4. Дайте определение «Меланома».</p> <p>5. Какие основные принципы диагностики базальноклеточного рака кожи и плоскоклеточного рака кожи?</p>	УК-1.ИД.1; ОПК-4.ИД.1; ОПК-4.ИД2 ПК-1.ИД.4	Устный опрос
	2.2. Доброкачественные заболевания и рак молочной железы	<p>1. Что такое мастопатия?</p> <p>2. Какие виды мастопатий вы знаете?</p> <p>3. Что такое рак Педжета?</p> <p>4. Каков алгоритм диагностики больных с подозрением на опухоль молочной железы?</p> <p>5. Клинические проявления внутрипротоковой папилломы.</p> <p>Как зрительно определить отек молочной железы?</p>		Устный опрос

	2.3. Опухоли пищеварительного тракта	1. Факторы риска развития рака желудка? 2. Назовите пути метастазирования рака желудка? 3. Какие заболевания пищевода относят к предраковым? 4. Перечислите пути метастазирования рака ободочной кишки? 5. Какие выделяют варианты клинического течения рака ободочной кишки?		Устный опрос
	2.4 Опухоли головы и шеи	1. Какие предраковые состояния щитовидной железы Вы знаете? 2. Куда метастазирует рак щитовидной железы? 3. Назовите предраковые заболевания и факторы риска, способствующие возникновению рака гортани. 4. Какие инструментальные методы диагностики используют для постановки диагноза рака гортани? 5. Что такое микроларингоскопия?		Устный опрос
	2.5 Рак легкого	1. Какие заболевания легких относят к предраковым? 2. Какие вы знаете факторы риска рака легких? 3. Опишите варианты клинического течения рака легких. 4. Каковы особенности течения рака верхушки легкого. 5. Чем отличается мелкоклочный рак легки от немелкоклеточного?		Устный опрос
	2.6 Опухоли костей и мягких тканей	1. Назовите три, наиболее часто выявляемых, гистологических типа опухолей костей. 2. Назовите основные разновидности злокачественных опухолей мягких тканей. 3. Какие основные методы диагностики используют для постановки диагноза		Устный опрос

		опухоли мягких тканей? 4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику опухолей костей и мягких тканей? 5. Наиболее радиочувствительной является хондросаркома или саркома Юинга?	
	2.7 Злокачественные опухоли женских половых органов	1. Какие патогенетические варианты рака тела матки Вы знаете? 2. Перечислите факторы риска рака тела матки. 3. Что способствует развитию рака шейки матки? 4. Вследствие чего развивается рак яичников? 5. Назовите пути метастазирования рака яичников	Устный опрос
	2.8. Лимфома Ходжкина	1. Кто страдает лимфомой Ходжкина чаще – мужчины или женщины? 2. Имеется ли при ЛХ возрастной пик заболеваемости? 3. Назовите область наиболее частого поражения лимфатических узлов при лимфоме Ходжкина. 4. Назовите программу лечения лимфомы Ходжкина	Устный опрос
	2.9 Злокачественные новообразования мочевыводящей системы и мужских половых органов	1. Клиническая картина рака мочевого пузыря. 2. Гистологические формы рака мочевого пузыря. 3. Клиническая картина рака почки. 4. Венозная инвазия рака почки. 5. Что означает термин «максимальная андрогенная блокада».	Устный опрос

7. ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

- 1) Форма промежуточной аттестации согласно учебному плану – зачет.
- 2) Форма организации промежуточной аттестации: - тестирование, устный (письменный) опрос по вопросам, выполнение практических навыков, решение ситуационных задач.
- 3) Перечень тем, вопросов, практических заданий для подготовки к промежуточной аттестации в форме зачета.

Примеры вопросов:

1. Структура онкологической заболеваемости в РФ.
2. Маршрутизация онкологических пациентов
3. Клиническая картина рака легкого. Диагностика.

Примеры тестовых заданий:

1. Самой частой злокачественной опухолью у женщин в России является:
 - а) рак молочных желез (+)
 - б) рак желудка
 - в) рак легких
 - г) рак толстой кишки

2. Ведущим внешним фактором в развитии злокачественных новообразований является:
 - а) Курение
 - б) Неблагоприятная экология
 - в) Особенности питания (+)
 - г) Алкоголь
 - д) Профессиональные вредности

3. Основная причина запущенности онкологических заболеваний является:
 - а) Недостаточная квалификация врачей
 - б) Скрытое течение болезни
 - в) Несвоевременное обращение пациента за медицинской помощью (+)
 - г) Сложности в диагностике заболевания

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача №1

Женщина, 70 лет. 4 года назад перенесла инфаркт миокарда. При контрольном осмотре у кардиолога предъявила жалобы на чувство быстрого насыщения и ощущение полноты в желудке после приёма небольших порций пищи. Других желудочных и общесоматических жалоб на предъявляла.

Указанные симптомы возникли без видимой причины 2 месяца назад. Никакой динамики за этот период не наблюдалось. Врач направил больную на рентгенографическое обследование и ФГС.

Вопросы к ситуационной задаче по онкологии

1. Обосновано ли направление больной на эти исследования при наличии столь мало выраженных симптомов?
2. Какое заключение должно быть сделано по рентгенограмме?
3. Нуждается ли больная в специальном лечении? Если нуждается, то в каком?
4. Если в хирургическом, то в какой операции?
5. Нуждается ли больная после излечения в диспансерном наблюдении по поводу желудочного заболевания? Если нуждается, то кто его должен осуществлять и какова его продолжительность и периодичность?

Ситуационная задача №2

Больной 52 лет обратился с жалобами на боли в груди, надсадный сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется редко и с трудом. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 2 месяца, за это время нарастает упадок сил и слабость. Температура была повышенной только в первую неделю заболевания. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче справа. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле правого легкого.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какой план обследования вы наметите?

3. Что могут показать дополнительные исследования, если ваш диагноз подтвердится?
4. Какие самые частые факторы риска этого заболевания.

Ситуационная задача №3

У больной 30 лет среди полного здоровья внезапно появилась дисфагия, боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Пища проходила лучше после запивания ее теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует провести?
3. Факторы риска заболевания
4. Тактика лечения больного
5. Прогноз.

8. СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ПРОМЕЖУТОЧНОГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ

8.1. Оценивание результатов освоения ординаторами программы дисциплины осуществляется преподавателем кафедры на зачете на основании критериев выставления оценки.

Оценка	Критерии выставления оценки
Зачтено	получены исчерпывающие ответы на все вопросы с минимальным количеством ошибок и неточностей; ординатор последовательно, грамотно и логично излагает теоретический материал; правильно формулирует определения; умеет сделать выводы по излагаемому материалу.
Не зачтено	отсутствуют ответы на большинство поставленных вопросов, допущены грубые ошибки в изложении материала.

8.2. Критерии оценивания устного опроса в рамках промежуточного контроля успеваемости

Оценка	Критерии выставления оценки
«отлично»	Ординатор выполнил задания, сформулированные преподавателем; - демонстрирует глубокие знания по теме дисциплины (в ходе ответа раскрывает сущность понятий принципов, законов, теорий, грамотно использует современную научную терминологию); - грамотно и логично излагает материал, дает последовательный и исчерпывающий ответ на поставленные вопросы; - делает логичные выводы; - демонстрирует умение уверенного пользования необходимым оборудованием, инструментами, обращения с препаратами; - ситуационная задача решена верно, даны исчерпывающие ответы на все вопросы (при наличии ситуационной задачи)
«хорошо»	Ординатор выполнил задания, сформулированные преподавателем; - демонстрирует прочные знания по теме дисциплины (в ходе ответа раскрывает сущность понятий, явлений, принципов, законов, теорий, грамотно использует современную научную терминологию);

	<ul style="list-style-type: none"> - грамотно и логично излагает материал, дает последовательный и полный ответ на поставленные вопросы; - делает логичные выводы; - демонстрирует умение пользования необходимым оборудованием, инструментами, обращения с препаратами. - (при наличии ситуационной задачи) практическая (ситуационная) задача решена правильно, но допущены незначительные ошибки в деталях и/или присутствуют некоторые затруднения в теоретическом обосновании решения задачи. <p>Допускаются мелкие неточности и не более двух ошибок, которые после уточнения (наводящих вопросов) способен исправить.</p>
«удовлетворительно»	<p>Ординатор частично выполнил задания, сформулированные преподавателем;</p> <ul style="list-style-type: none"> - демонстрирует знания основного материала по теме дисциплины (в ходе ответа в основных чертах раскрывает сущность понятий, явлений, принципов, законов, теорий, использует основную научную терминологию); - дает неполный, недостаточно аргументированный ответ; - не делает правильных выводов; - ответил на дополнительные вопросы; - демонстрирует недостаточное умение пользования необходимым оборудованием, инструментами, обращения с препаратами. - (при наличии ситуационной задачи) правильно определен алгоритм решения практической (ситуационной) задачи, но допущены существенные ошибки и/или присутствуют значительные затруднения в теоретическом обосновании решения задачи. <p>Допускаются ошибки и неточности в содержании ответа, которые не исправляются с помощью наводящих вопросов преподавателя.</p>
«неудовлетворительно»	<p>Ординатор частично выполнил или не выполнил задания, сформулированные преподавателем;</p> <ul style="list-style-type: none"> - демонстрирует разрозненные знания по теме дисциплины (в ходе ответа фрагментарно и нелогично излагает сущность понятий, явлений, законов, теорий, не использует или слабо использует научную терминологию); - допускает существенные ошибки и не корректирует ответ после дополнительных и уточняющих вопросов преподавателя; - не делает выводы; - не ответил на дополнительные вопросы; - не умеет пользоваться необходимым оборудованием, инструментами, обращаться с препаратами; или: - отказывается от ответа; или во время подготовки к ответу и самого ответа использует несанкционированные источники информации, технические средства. - ситуационная задача не решена, отсутствуют ответы на большинство поставленных вопросов (при наличии ситуационной задачи)

8.3. Критерии оценивания результатов тестирования в рамках промежуточного контроля успеваемости обучающегося

По результатам тестирования, в зависимости от доли правильно выполненных заданий в тесте (в процентах), обучающемуся выставляется оценка «зачтено», «не зачтено»:

Оценка	Зачтено	Не зачтено
Доля правильно выполненных заданий	$\geq 70\%$	$< 70\%$

9. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ

Самостоятельная работа ординаторов по дисциплинам является обязательным элементом федеральных государственных образовательных стандартов по программам высшего образования – программам подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре.

Самостоятельная работа обучающегося – форма обучения, обеспечивающая управление учебной деятельностью обучающихся по освоению знаний и умений в учебной и научной деятельности без посторонней помощи. Самостоятельная работа обучающихся является специфическим педагогическим средством организации и сопровождения самостоятельной деятельности ординаторов в учебном процессе.

Целями самостоятельной работы является:

- формирование знаний и умений, необходимых обучающимся для саморазвития, самосовершенствования и самореализация;
- развитие исследовательских умений обучающегося;
- фиксирование и систематизирование полученных теоретических знаний и практических навыков;
- формирование навыков и умений, направленных на использование научной, правовой, справочной и специальной литературы;
- развитие познавательных способностей и инициативности ординаторов
- формирование ответственного и организованного специалиста,
- развитие у ординатора стремления к саморазвитию;
- формирование навыка корректного использования полученной ранее информации, собранной в процессе самостоятельного наблюдения, выполнения заданий различного характера.

При обучении используются следующие виды и формы самостоятельной работы ординаторов:

- подготовка к семинарским занятиям;
- подготовка к практическим занятиям;
- работа с лекционным материалом
- подготовка и написание рефератов;
- подготовка докладов на заданные темы рефератов, либо выбранные по заданному направлению;
- изучение и систематизация нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность в сфере обращения лекарственных средств в части организационно-управленческих вопросов с использованием информационно-справочных систем «Консультант Плюс», «Консультант врача», компьютерной сети «Интернет»;
- изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодической литературы с использованием электронных библиотечных

систем, официальных статистических данных, научной периодики; создание презентации;

- подготовка к устному опросу;
- изучение современных профессиональных баз данных
- тестирование;
- решение ситуационных задач;
- подготовка к промежуточной аттестации и государственной итоговой аттестации т.д.

Самостоятельная работа ординатора начинается с изучения рабочей программы дисциплины.

В каждой рабочей программе дисциплины отражена структура и содержание самостоятельной работы, которая является элементом каждого раздела рабочей программы дисциплины.

Планирование времени, необходимого для самостоятельного изучения дисциплин, обучающие должны осуществлять весь семестр, предусматривая при этом регулярное повторение материала.

Материал, законспектированный на лекциях, необходимо регулярно прорабатывать и дополнять сведениями из других источников литературы, представленных не только в программах дисциплин, но и в периодических профильных научных изданиях, материалах конференций.

При изучении дисциплин необходимо по каждой теме прочитать рекомендованную литературу и составить краткий конспект основных положений, терминов, сведений, требующих запоминания и являющихся основополагающими в этой теме для освоения последующих тем курса. Для расширения знания по дисциплине рекомендуется использовать Интернет-ресурсы; проводить поиски в различных системах и использовать материалы сайтов, рекомендованных преподавателем.

При выполнении самостоятельной работы по написанию реферата ординатору необходимо: прочитать теоретический материал в рекомендованной литературе, периодических изданиях, на Интернет-сайтах; творчески переработать изученный материал и представить его для отчета в форме реферата, проиллюстрировав схемами, диаграммами, фотографиями и рисунками.

10. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ, ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

10.1 Основная и дополнительная литература

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания
	Основная литература
1	Клиническая онкология : избр. Лекции : [учеб. пособие для мед вузов] / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009.

2	Клиническая онкология [Электронный ресурс] : избр. лекции : [учеб. пособие для мед. вузов] / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 496 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .
3	Онкология [Электронный ресурс]: модульный практикум: [учеб. пособие для мед. вузов и последиплом. образования врачей] / М. И. Давыдов, Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков и др. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 315 с. : табл. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .
4	Онкология [Электронный ресурс] : [учеб. для высш. проф. образования] / [Г. Р. Абузарова и др.] ; под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 559 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .
5	TNM: Классификация злокачественных опухолей [Электронный ресурс] / под ред. Л. Х. Собина и др. – Москва: Логосфера, 2018. – 304 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .
	Дополнительная литература
1	Диагностика и лечение нейроэндокринных опухолей внутригрудной локализации [Электронный ресурс] : учебное пособие / М. М. Давыдов, А. Г. Абдуллаев, В. А. Хайленко и [др.] ; Нац. мед. иссл. центр онкологии им. Н. И. Блохина, РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - Москва, 2018. - Adobe Acrobat Reader. - http://rsmu.informsystema.ru/loginuser?login=Читатель&password=010101 .
2	Лечение пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы [Электронный ресурс] : учебное пособие / Родоман Г. В. и др. – М.: РНИМУ, 2017.- Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .
3	Паллиативная помощь онкологическим больным [Электронный ресурс]: учебное пособие для студентов/ В.Ю. Погребняков [и др.] — Электрон. текстовые данные.— Чита: Читинская государственная медицинская академия, 2010.— 102 с.— Режим доступа: http:// iprbookshop.ru

10.2. Перечень информационных справочных систем, необходимых для освоения дисциплины:

1. Официальный сайт РНИМУ: адрес ресурса – <https://rsmu.ru.ru/>, на котором содержатся сведения об образовательной организации и ее подразделениях, локальные нормативные акты, сведения о реализуемых образовательных программах, их учебно- методическом и материально-техническом обеспечении, а также справочная, оперативная и иная информация. Через официальный сайт обеспечивается доступ всех участников образовательного процесса к различным сервисам и ссылкам, в том числе к Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АСПКВК);

2. ЭБС РНИМУ им. Н.И. Пирогова – Электронная библиотечная система;

3. ЭБС IPRbooks – Электронно-библиотечная система;

4. ЭБС Айбукс – Электронно-библиотечная система;

5. ЭБС Букап – Электронно-библиотечная система;

6. ЭБС Лань – Электронно-библиотечная система;

7. ЭБС Юрайт – Электронно-библиотечная система.

Другие ИСС:

1. <http://www.consultant.ru/>
2. <https://www.monikiweb.ru>
3. <https://emll.ru/newlib/>
4. <http://www.elibrary.ru>

10.3. Перечень современных профессиональных баз данных, используемых для освоения образовательной программы:

1. <http://pravo-minjust.ru/>
2. <https://minzdrav.gov.ru/documents/>
3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
4. <https://www.elibrary.ru/defaultx.asp>
5. <https://grls.rosminzdrav.ru>

11. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Материально-техническая база соответствует действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивает проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической работы обучающихся, предусмотренной учебным планом.

Материально-технического обеспечения по дисциплине включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

Помещения для симуляционного обучения, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства.

Аудитории для проведения занятий, укомплектованные специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающих тематические иллюстрации.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся: оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.

N п/п	Название дисциплины	Наименование объекта (помещения) и перечень основного оборудования	Местоположение осуществления образовательной программы
	Актуальные вопросы онкологии в общей врачебной практике (семейной медицине)	Лекционный зал, оборудованный персональным компьютером и мультимедийными средствами обучения Оборудование: столы, стулья, шкафы Медицинское оборудование: Тонометр. Стетоскоп. Фонендоскоп. Термометр. Пикфлоуметр	ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко»

		<p>Кабинет самостоятельной подготовки, оборудованный компьютерами подключенными к сети «Интернет» и доступом к электронной информационно-образовательная среде Института</p>	
		<p>Кабинеты врача общей практики, смотровые кабинеты, процедурная, прививочная, кабинеты, помещения клинических баз медицинских организаций, которые предусмотрены для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и (или) медицинскими изделиями: сумка - укладка для врача общей практики; тонометр; стетоскоп; фонендоскоп; термометр; медицинские весы; ростометр; динамометр; молоточек неврологический; угломер; электрокардиограф; пульсоксиметр; негатоскоп, спирометр; измеритель пиковой скорости выдоха (пикфлоуметр) со сменными мундштуками; штатив для длительных инфузионных вливаний; портативный, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий;. дефибриллятор с функцией синхронизации; малый хирургический набор; роторасширитель одноразовый; языкодержатель; таблицы для исследования цветоощущения, диагностический набор для офтальмоскопии и отоларингоскопии (отоларингоофтальмоскоп); набор линз для подбора очков, аппарат для определения полей зрения (периметр), тонометр дистанционный для измерения внутриглазного давления; лампа щелевая для осмотра глаза; лупа обыкновенная, лупа налобная бинокулярная, ушные воронки разных размеров; световод-карандаш (фонарик) для осмотра зева; камертон медицинский; щипцы гортанные для извлечения инородных тел); набор для коникотомии; аппарат магнитотерапевтический</p>	<p>ГКБ имени А. К. Ерамишанцева 129327, г. Москва, ул. Ленская, д. 15, отделение терапии</p> <p>ГБУЗ МО "Московский областной госпиталь для ветеранов войн" 141551, Московская область, Солнечногорский район, д.Жилино, д.20</p> <p>ГАУЗ МО «Химкинская ОБ» 141407, Московская область, город Химки, Куркинское шоссе, дом 11</p>

		<p>малогабаритный для применения в амбулаторных и домашних условиях; устройство для теплового лечения придаточных пазух носа и гортани в амбулаторных и домашних условиях; аппарат для лечения интерференционными и диадинамическими токами, аппарат для УВЧ (ДМВ) – терапии; облучатель ультрафиолетовый, гелиотерапевтический, ингалятор ультразвуковой; небулайзер; тест-система для экспресс-диагностики различных антигенов, экспресс-анализатор уровня холестерина в крови портативный, экспресс-анализатор кардиомаркеров гемоглобинометр, портативный коагулочек (для контроля международного нормализованного отношения), глюкометр с тест полосками; алкотестер; расходные материалы облучатель бактерицидный; стерилизатор.</p>	
--	--	--	--

Фонд оценочных средств к дисциплине.

Вопросы для подготовки к зачету.

Раздел 1.

1. Этиология, патогенез распространенных онкологических заболеваний.
2. Факторы риска (курение, алкоголь, иммунодефицит, ожирение, контакты с канцерогенами, гамма-излучением, СВЧ и магнитными полями, радиолокация)
3. Методы диагностики и профилактики онкологических заболеваний.
4. Комплексное лечение онкологических заболеваний и реабилитация.
5. Соблюдение принципов абластики и антиабластики
6. Раннее ускоренное послеоперационное восстановление онкологических пациентов «fast track surgery».
7. Медицинская реабилитация (фитотерапия с помощью адаптогенов, кинезотерапия, психотерапия, ЛФК, физиотерапия, санаторно-курортное лечение).
8. Социальная реабилитация.

К разделу 2.

1. Рак пищевода, профилактика, диагностика, комплексное лечение, реабилитация.
2. Рак желудка, профилактика, диагностика, комплексное лечение, реабилитация.
3. Колоректальный рак, профилактика, диагностика, комплексное лечение, реабилитация.
4. Рак поджелудочной железы. Профилактика, диагностика, комплексное лечение, реабилитация.
5. Рак желчного пузыря, желчных протоков, гепатоцеллюлярный рак печени, профилактика, диагностика, комплексное лечение, реабилитация.
6. Рак молочной железы. Профилактика, диагностика, комплексное лечение, реабилитация. Практические навыки.
7. Принцип зональности и футлярности при удалении злокачественных опухолей опорно-двигательного аппарата по Ракову.
8. Рак лёгкого. Профилактика, диагностика, комплексное лечение, реабилитация.
9. Рак предстательной железы. Профилактика, диагностика, комплексное лечение, реабилитация.
10. Рак мочевыводящих путей. Профилактика, диагностика, комплексное лечение, реабилитация.
11. Рак щитовидной железы. Профилактика, диагностика, комплексное лечение, реабилитация.
12. Рак языка. Профилактика, диагностика, комплексное лечение, реабилитация.
13. Рак слизистой полости рта. Профилактика, диагностика, комплексное лечение, реабилитация.

Тесты по онкологии для ПМСП:**КОЖА, МЕЛАНОМА, РАК ГУБЫ (23 вопроса)**

1. Пациентка 78 лет обратилась к терапевту с жалобами на появление изъязвления в области правого крыла носа. Изменения в этой области появились несколько лет назад. Сначала появилось бляшкообразное образование с небольшим зудом. На этом месте постепенно появилась «небольшая» язвочка, присоединилась болезненность.

Появление данных симптомов пациентка связывала с постоянным механическим повреждением в связи с зудом. Ваша тактика:

- 1) **направить к онкодерматологу;**+
- 2) назначить присыпку;
- 3) назначить физиолечение;
- 4) назначить гормональные мази.

2. Белокожая, светловолосая девушка с множеством родимых пятен обратилась к терапевту с просьбой разъяснить ей, может ли она посещать солярий без риска развития меланомы. Ваш ответ:

- 1) может, но не более 10 минут за один сеанс, при этом количество сеансов, может быть, не ограничено;
- 2) Может при ограничении по времени при условии консультации дерматолога
- 3) **посещение солярия у людей данного фенотипа значительно повышает риск развития меланомы;**+
- 4) может, без ограничения по времени.

3. На прием терапевта обратилась светлокожая девушка с жалобами на наличие пигментного образования на шее. Образование врожденное, за последние годы не изменило цвет, чувствительность и размеры. Ваш предварительный диагноз:

- 1) меланома;
- 2) вирусная бородавка;
- 3) сложный невус;
- 4) **врожденный пигментный невус («родимое пятно»).**+

4. Пациент 35 лет обратился к терапевту с жалобами на появившуюся кровоточивость невуса. Из анамнеза удалось выяснить, что примерно 15 лет назад появилось образование около 1,5 мм в диаметре, болезненности не было. На момент осмотра в области левой лопатки имеется образование размером 3-4 мм, ассиметричный контур, волосяной покров отсутствует, признаки кровоточивости с образовавшимися сухими корочками. Ваша тактика:

- 1) продолжить наблюдение без активной лечебной тактики;
- 2) провести дополнительное исследование коагулограммы с последующим определением тактики;
- 3) провести местное лечение кровоостанавливающей губкой;
- 4) **направить к онкологу для решения вопроса о дальнейшей тактике.**+

5. Пациент 54 лет обратился к врачу-терапевту по поводу повышенных цифр артериального давления. При осмотре доктор обратил внимание на образование губы, которое появилось около года назад. Началось с небольшого уплотнения, которое постепенно увеличивалось, появилась болезненность и чувство постоянного жжения в этой области, повышенное слюноотделение. В последние недели появилось

«неприятное и необычное» ощущение при приеме пищи, которое пациент не может конкретизировать. За весь период развития данного процесса пациент неоднократно обращался за медицинской помощью. Проводилась противовирусная терапия, эффекта от которой не наблюдалось. Ваш предварительный диагноз:

- 1) **рак губы;+**
- 2) герпетическое поражение губы;
- 3) папиллома;
- 4) туберкулезная язва.

6. На прием к врачу-терапевту обратилась девушка 18 лет, у мамы которой была диагностирована меланома, с просьбой разъяснить, может ли она заболеть этим заболеванием. Выберите правильный ответ:

- 1) риск развития меланомы отсутствует;
- 2) риск развития меланомы не передается по женской линии;
- 3) **может и риск развития данного заболевания достаточно высок, входит в группу риска;+**
- 4) данные события не связаны между собой.

7. На прием к терапевту обратился пациент 76 лет с жалобами на образование «язвочки» в области задней поверхности шеи. Первые проявления заболевания отметил примерно месяц назад, когда без видимых причин появилось небольшое изъязвление, постепенно увеличивающиеся в размерах – «становилось шире и глубже». При осмотре под увеличением края язвы приподняты над поверхностью, имеют вид валика, и углубление плавно спускается вниз. Ваша тактика:

- 1) направить к хирургу для обработки дефекта и проведения местной терапии;
- 2) провести исследование общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимических показателей; при наличии изменений – провести системную противовоспалительную терапию, при отсутствии – рекомендовать записаться на прием через месяц;
- 3) назначить самостоятельно местную противовоспалительную терапию с оценкой динамики через две недели от начала лечения;
- 4) **направить к онкологу для решения вопроса о дальнейшей тактике.+**

8. Пациентка 23 лет, светлокожая, обратилась на прием терапевта с просьбой разъяснить, на что обращать внимание при наблюдении за родимым пятном. Ваши рекомендации:

- 1) необходимо контролировать сухость кожи;
- 2) наблюдать за ростом образования;
- 3) **необходимо следить за изменением окраски, чувствительности, размеров и очертания образования;+**
- 4) необходимо смотреть за уровнем сахара крови.

9. На прием терапевта обратилась светлая девушка с жалобами на наличие пигментного образования на шее. Образование врожденное, за последние годы не изменило цвет, чувствительность и размеры. Единственное, что беспокоит пациентку это постоянное контактное воздействие на область пигментного пятна воротников одежды и шарфов. Вы порекомендуете:

- 1) **направить на консультацию к онкологу;**+
- 2) провести противовоспалительную терапию;
- 3) удалить у хирурга образование;
- 4) продолжить наблюдение и повторно обратиться через год.

10. На прием терапевта обратился мужчина в возрасте 46 лет с жалобами на образование в области спины. За последний месяц пациент отметил появление зуда в области опухоли, кровоточивости и изменение окраски. При осмотре под увеличительным стеклом врач обнаружил появление дочерних узелков в коже вокруг образования. Ваша тактика:

- 1) назначить исследования общего анализа крови, общего анализа мочи, при отсутствии изменений продолжить наблюдение в течение одного года;
- 2) получить биопсию образования с дальнейшим определением тактики;
- 3) продолжить наблюдение, при увеличении размеров по горизонтали вдвое от настоящих размеров — обратиться за консультацией к косметологу;
- 4) **направить на консультацию к онкологу.**+

11. Пациентка 19 лет обратилась к терапевту с жалобами на появившуюся болезненность в области ступни. При осмотре в области четвертого пальца со стороны ступни определяется пигментированное образование с изъязвлением в центре, болезненное. Со слов пациентки неоднократно проходила лечение у хирурга, проводилось физиотерапевтическое лечение, положительного эффекта не отмечалось. Ваша тактика:

- 1) продолжить лечение с применением местных методов лечения;
- 2) направить к хирургу для иссечения пораженной области;
- 3) **требуется консультация онколога;**+
- 4) провести лечение с использованием системных антибактериальных препаратов.

12. При проведении профилактического осмотра на предприятии, работники которого находятся под воздействием УФ-радиации, следует выделить группу людей с дополнительным риском возникновения меланомы кожи. Укажите правильные критерии для отбора группы для дополнительного наблюдения:

- 1) часто болеющие люди;
- 2) **работники, длительно принимающие гормональные препараты (эстрогены), со светлым фенотипом и имеющие родственников, больных меланомой кожи;**+
- 3) люди с темным фенотипом;
- 4) мужчины со стажем курения более 15 лет.

13. Пациент 37 лет обратился к врачу терапевту с жалобами на появившееся шелушение поверхности невуса с образование сухих «корочек». При осмотре под увеличением кожный рисунок на поверхности невуса не определяется, очертание образования неправильное, волосяного покрова на поверхности нет. Ваша тактика:

- 1) направить на консультацию к онкологу;+**
- 2) назначить местную терапию;
- 3) направить к хирургу для определения дальнейшей тактики;
- 4) продолжить наблюдение.

14. При проведении осмотра врач-терапевт для формирования группы риска по развитию меланомы кожи должен выделить следующие категории населения:

- 1) женщины в постменопаузальном периоде с нарушениями углеводного и липидного обменов;
- 2) пациенты, занимающиеся тяжелым физическим трудом, связанным с повышенным риском травматизма с длительным анамнезом курения;
- 3) люди старшей возрастной категории, повышенного питания с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией;
- 4) пациенты светлого фенотипа, находящиеся под длительным воздействием ультрафиолетовой радиации, у прямых родственников которых диагностирована меланома кожи.+**

15. На прием к терапевту обратилась беременная женщина, с вопросом может ли беременность быть фактором, провоцирующим развитие меланомы. Ваш ответ:

- 1) может, родинки надо удалить;
- 2) может, но только в случае наследственной предрасположенности к данному заболеванию;
- 3) нет, не может;
- 4) женщины в период беременности и лактации относятся к группе риска по развитию меланомы кожи.+**

16. На прием к терапевту обратился пациент 76 лет с жалобами на образование «язвочки» в области боковой поверхности шеи. Первые проявления заболевания отметил примерно месяц назад, когда без видимых причин появилось небольшое изъязвление, постепенно увеличивающееся в размерах, – «становилось шире и глубже». Ваш предварительный диагноз:

- 1) рак кожи;+**
- 2) язвенный дефект воспалительной природы;
- 3) вирусная бородавка;
- 4) свищ.

17. К врачу-терапевту обратилась женщина с невусом на коже живота. Ее пугает возможность «перерождения» невуса и она просит разъяснить тактику поведения,

чтобы уменьшить риски. Образование врожденное, за последние годы не изменило цвет, чувствительность и размеры. Ваши рекомендации:

- 1) дополнительных рекомендаций не требуется;
- 2) в рекомендации необходимо включить уменьшение количества углеводов в пище и увеличение физических нагрузок;
- 3) **в повседневной жизни необходимо ограничить ультрафиолетовое воздействие, не травмировать невус и воздержаться от применения эстрогенов;**+
- 4) необходимо удалить невус.

18. Молодой человек 17 лет обратился к терапевту с просьбой разъяснить, насколько опасно курение в плане развития рака губы. Ваши разъяснения:

- 1) с целью снижения риска развития рака губы необходимо курить сигареты с ментолом;
- 2) **курение значительно повышает риск развития рака губы;**+
- 3) данное заболевание не связано с курением и является наследственным по своей природе;
- 4) риск развития рака губы повышают только сигары.

19. На прием обратился молодой человек с жалобами на повреждение невуса, просит доктора разъяснить тактику поведения. Ваши рекомендации:

- 1) **обратится к онкологу для определения дальнейшей тактики;**+
- 2) обратиться к хирургу с целью удаления образования;
- 3) применить местные средства для остановки кровоточивости;
- 4) ничего дополнительного делать не стоит.

20. Пациентка 48 лет обратилась к терапевту с жалобами на увеличение бляшки розового цвета на боковой поверхности шеи. Со слов пациентки около двух лет назад выше описанной области появилось розовато-телесная бляшка. Пациентка отмечает, что внимание на нее сразу не обратила, так как на коже имеются похожие врожденные родинки. Однако в последние месяцы заметила увеличение образования, «сползание» его вниз. При осмотре — в указанной локализации поверхностная бляшка, состоящая из двух частей. Верхняя часть розовато-коричневатого цвета, нижняя — серовато-белесоватая. Границы образования округлые, местами бляшка слегка возвышается. Ваш предварительный диагноз:

- 1) **меланома (беспигментная форма);**+
- 2) голубой невус;
- 3) гемангиома;
- 4) базалиома
- 5) псориатическая бляшка.

21. На осмотр к врачу-терапевту обратился мужчина 28 лет. Поводом для обращения послужило наличие пигментной линии под ногтевым ложем большого пальца левой ноги. При сборе анамнеза выяснилось следующее: данные изменения

появились около 6 месяцев назад, за этот временной промежуток пигментная полоса увеличилась примерно в два раза, появилась болезненность и продольное расщепление ногтя. Предварительный диагноз:

- 1) подногтевое кровоизлияние в результате ушиба ;
- 2) гемангиома;
- 3) **меланома;**+
- 4) саркома Капоши

22. На прием к врачу терапевту обратился пациент 34 лет с жалобами на появившееся пигментное образование на животе. Впервые пациент обратил на него внимание примерно 6 месяцев назад. В течение этого времени оно не увеличивалось в размере, не травмировалось, не изменяло свою окраску. Однако несколько дней назад появилось сильное чувство жжения в этой области, что и заставило пациента обратиться к врачу. Ваш предварительный диагноз:

- 1) вирусная папиллома;
- 2) врожденный пигментный невус;
- 3) акне;
- 4) **меланома.**+

23. На прием терапевта обратился мужчина в возрасте 46 лет с жалобами на образование в области спины. За последний месяц пациент отметил появление зуда в области образования, кровоточивости и изменение окраски. Ваши предположения по диагнозу:

- 1) приобретенный пигментный невус;
- 2) **меланома;**+
- 3) вирусная бородавка;
- 4) сложный невус.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ (28)

24. У мужчины 53 лет при отсутствии жалоб во время диспансеризации по данным рентгенологического исследования органов грудной клетки выявлено очаговое образование в средней доле правого легкого размером около 1.5 см в диаметре с «дорожкой» к корню. Ваш предварительный диагноз:

- 1) очаговая пневмония в средней доле правого легкого;
- 2) саркоидоз легких
- 2) туберкулез легких;
- 3) **злокачественное новообразование правого легкого.**+

25. У мужчины 53 лет при отсутствии жалоб во время диспансеризации по данным рентгенологического исследования органов грудной клетки выявлено очаговое

образование в средней доле правого легкого размером около 1.5 см в диаметре с «дорожкой» к корню. Первичная диагностика рака на уровне врача первичного звена предусматривает:

- 1) провести КТ, после чего направить к онкологу;;
- 2) морфологическую верификацию данного очага;
- 3) направить к онкологу;+**
- 4) исключить туберкулез, а после направить к онкологу.

26. У пациента 48 лет с учетом клинических и рентгенологических данных диагностирована верхнедолевая пневмония справа. После проведенного курса лечения температура нормализовалась, улучшилось общее самочувствие. Контрольная рентгенография не выполнялась. Через четыре месяца вновь установлен диагноз верхнедолевой пневмонии справа. Ваша тактика:

- 1) назначить бронхоскопию и цитологическое исследование полученного материала;+**
- 2) назначить активную физиотерапию;
- 3) поставить больного на диспансерный учет по поводу хронической пневмонии и провести рентгенологический контроль через 1 месяц;
- 4) рекомендовать дыхательную гимнастику.

27. Мужчина 46 лет заболел остро 2 месяца назад, когда поднялась температура до 38°C, появились сухой кашель, одышка, слабость, потливость. Проводилось амбулаторное лечение антибиотиками, отхаркивающими в течение 3 недель, состояние улучшилось. Ухудшение в течение 10-ти дней, когда усилился кашель, появился субфебрилитет. Рентгенологически: в нижних отделах правого легкого определяется гиповентиляция, правый корень расширен, правое легкое уменьшено в объеме. Предварительный диагноз:

- 1) злокачественное новообразование легкого;+**
- 2) остаточные явления пневмонии;
- 3) туберкулез легких;
- 4) абсцедирующая пневмония.

28. Больной 50 лет жалуется на постоянный сухой кашель, одышку, похудание. При осмотре — шея и лицо одутловаты. Пульс 120 уд./мин, АД 170/100 мм рт. ст. Над ключицей слева пальпируются плотные лимфатические узлы диаметром до 3 см, практически безболезненные при пальпации. Ваша тактика на первом этапе:

- 1) назначить пробную антибактериальную терапии;
- 2) назначить рентгеновское исследование органов грудной клетки; +**
- 3) назначить ЭКГ и ЭХО-КГ;
- 4) назначить пункцию узла.

29. На приеме у участкового врача женщина 71 года. Полтора месяца назад перенесла пневмонию в нижней доле правого легкого, лечилась в стационаре.

Самочувствие улучшилось, но отмечает слабость. При выписке из стационара на рентгене легких сохранялись остаточные изменения, был рекомендован контроль. В настоящее время при контрольном рентгенологическом исследовании дано заключение об очаговом пневмофиброзе (очаг 1,5 см) в нижней доле правого легкого. В анамнезе – пациентка курила около 30 лет, 10 лет бросила в связи с нарастанием одышки при повседневной активности. Ваши действия в настоящее время:

- 1) назначить контроль еще через 3 месяца;
- 2) направить на лечебную физкультуру;
- 3) **направить на КТ грудной клетки;**+
- 4) направить на биопсию легкого.

30. К терапевту обратился мужчина 56 лет для проведения диспансерного обследования. Пациент хочет исключить у себя наличие рака легкого, поскольку год назад его друг (ровесник) умер от рака легкого. Пациент курил с 18 лет, бросил курить год назад (после смерти друга). Относится ли данный пациент к группе высокого риска развития рака легкого:

- 1) да, любой человек имеет высокий риск развития рака легкого;
- 2) нет, так как пациент год назад уже бросил курить;
- 3) нет, не доказана связь курения с раком легкого;
- 4) **да, к группе высокого риска относятся курящие более 30 лет или бросившие курить менее 15 лет назад.**+

5) курение всегда имеет риск развития рака легкого и стаж не имеет значения

31. Пациент 44 лет обратился к терапевту для проведения диспансеризации. Жалоб активно не предъявляет, курит по полпачки сигарет в день более 15 лет. Отец пациента умер 2 года назад от рака легкого. Пациент уточняет, как ему лучше обследоваться. Какое обследование необходимо провести для исключения рака легкого на данном этапе?:

- 1) спирометрия;
- 2) КТ легких;
- 3) бронхоскопия;
- 4) **рентгенография легких.**+

32. Мужчина 42 лет, курильщик, при диспансерном обращении к врачу-терапевту сообщил, что нашел информацию об «отсутствии вреда для здоровья при выкуривании сигарет с ментолом». Ваши комментарии — сигареты с ментолом:

- 1) позволяют снизить риск рака полости рта;
- 2) **создают лишь ощущение свежести, «холодок» и уменьшают никотиновый запах;**+
- 3) нейтрализуют канцерогены табачной смолы;
- 4) позволяют снизить риск рака легких.

33. Мужчина 46 лет заболел остро 2 месяца назад, когда поднялась температура до 38°C, появились сухой кашель, одышка, слабость, потливость. Проводилось амбулаторное лечение антибиотиками, отхаркивающими в течение 3 недель, состояние улучшилось. Ухудшение в течение 10-ти дней, когда усилился кашель, появился субфебрилитет. Рентгенологически: в нижних отделах правого легкого определяется гиповентиляция, правый корень расширен, правое легкое уменьшено в объеме. Ваша тактика: 1) назначить интенсивную физиотерапию; 2) продолжить курс лечения антибиотиками и оценить ситуацию через 2-3 недели; 3) назначить проведение компьютерной томографии легких; 4) рекомендовать консультацию онколога. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 2;
- 2) 3, 4;+
- 3) 1, 4;
- 4) 1, 2.

34. На приеме у участкового врача женщина 71 года. Полтора месяца назад перенесла пневмонию в нижней доле правого легкого, лечилась в стационаре. В настоящее время у пациентки сохраняется незначительный кашель, слабость. При контрольном рентгенологическом исследовании дано заключение об очаговом пневмофиброзе (очаг 1,5 см) в нижней доле правого легкого. В анамнезе – пациентка курила около 30 лет, 10 лет бросила в связи с нарастанием одышки при повседневной активности. Врач направил больную на КТ органов грудной клетки. Данное исследование при подозрении на рак легкого НЕ позволяет:

- 1) получить информацию о размерах лимфатических узлов средостения и корней легких;
- 2) точно локализовать опухоль;
- 3) определить гистологическую структуру опухоли;+
- 4) определить размеры опухоли.

35. У мужчины 63 лет при профилактическом осмотре по данным рентгенологического исследования органов грудной клетки выявлено округлое «шаровидное» образование диаметром 1.7 см, расположенное субплеврально. Изменений в окружающей легочной ткани нет. Жалоб у пациента нет. Ваша тактика:

- 1) рекомендовать повторно обратиться в поликлинику при возникновении жалоб (боли, кашель, кровохарканье, повышение температуры тела);
- 2) провести курс антибиотикотерапии с повторным рентгенологическим исследованием;
- 3) наблюдать в динамике (повторное обращение в поликлинику через 6 месяцев);
- 4) в срочном порядке направить к онкологу для уточнения диагноза.+

36. К терапевту обратился мужчина 50 лет, стаж курильщика 18 лет. При рентгенологическом исследовании грудной клетки выявлено очаговое образование 9 мм в средней доле правого легкого. При дополнительном обследовании данных за пневмонию, туберкулез легких не получено. Тактика врача определяется следующим

факторами: 1) размерами очага; 2) возрастом; 3) мужским полом; 4) наличием факторов риска. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 1, 4;+
- 2) 2, 4;
- 3) 1, 2;
- 4) 2, 3.

37. У пациента 48 лет с учетом клинических и рентгенологических данных диагностирована верхнедолевая пневмония справа. После проведенного курса лечения температура нормализовалась, улучшилось общее самочувствие. Контрольная рентгенография не выполнялась. Через четыре месяца вновь установлен диагноз верхнедолевой пневмонии справа. Вы считаете, что у пациента вероятнее всего:

- 1) туберкулез;
- 2) пневмофиброз;
- 3) хроническая пневмония;
- 4) рак легкого.+

38. Больной 58 лет обратился к терапевту по поводу обострения ХОБЛ. При проведении рентгенологического исследования грудной клетки выявлены перибронхиальные изменения. Ваши действия на первом этапе:

- 1) направить на бронхоскопию;
- 2) назначить анализ мокроты на атипичные клетки;
- 3) **направить на компьютерную томографию;+**
- 4) назначить терапию с последующим рентгенологическим контролем через 2 недели.

39. У женщины 48 лет без факторов риска при диспансерном обращении по данным рентгенологического исследования грудной клетки выявлен очаг 5 мм в нижней доле левого легкого (пневмофиброз?). Диаскин-тест отрицательный. Вы рекомендуете рентгенологический контроль через:

- 1) 6 месяца;
- 2) 9 месяца;
- 3) **12 месяца;+**
- 4) 3 месяца.

40. Пациент 43 лет обратился к терапевту для проведения диспансеризации. Жалоб активно не предъявляет, не курит, наследственность по раку легкого не отягощена. Пациент уточняет, как часто ему следует проводить рентгенографию легких. Вы рекомендуете в данной ситуации (при отсутствии факторов риска развития рака легкого) проведение рентгенографии легких:

- 1) 1 раз в 2 года;+
- 2) только при появлении симптомов (кашля, одышки);
- 3) 1 раз в 5 лет;
- 4) ежегодно.

41. У мужчины, курильщика, 54 лет с хронической обструктивной болезнью легких при рентгенологическом исследовании грудной клетки выявлено очаговое образование 9 мм в средней доле правого легкого. При дополнительном обследовании данных за пневмонию, туберкулез легких не получено. Тактика врача:

- 1) рентгенологический контроль в динамике через 3 месяца и консультация онколога;+
- 2) рентгенологический контроль в динамике через 6 месяцев и консультация онколога;
- 3) рентгенологический контроль в динамике через 12 месяцев и консультация онколога;
- 4) направление на физиопроцедуры.

42. У мужчины 63 лет при профилактическом осмотре по данным рентгенологического исследования органов грудной клетки выявлено округлое «шаровидное» образование диаметром 1.7 см, расположенное субплеврально. Изменений в окружающей легочной ткани нет. Жалоб у пациента нет. НАИМЕНЕЕ вероятен у пациента:

- 1) доброкачественная опухоль легкого;
- 2) центральный рак легкого;+
- 3) периферический рак легкого;
- 4) метастатическое поражение легкого.

43. У мужчины 62 лет при диспансерном обращении в отсутствие жалоб по данным рентгенологического исследования грудной клетки выявлен очаг 4 мм (фиброз?) в верхней доле правого легкого. При уточнении анамнеза выяснено, что в течение 10 лет работал в угольной шахте, отец умер от рака легкого в возрасте 66 лет. При дополнительном обследовании данных за пневмонию, туберкулез легких не получено. Ваша тактика: 1) рентгенологический контроль в динамике через 3 месяца; 2) направление к онкологу; 3) рентгенологический контроль в динамике через 6 месяцев; 4) направление на физиолечение. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 2, 3;+
- 2) 1, 4;
- 3) 4;
- 4) 3, 4.

44. У больного 60 лет, длительно страдающего ХОБЛ, усилился кашель и одышка, появились прожилки крови в мокроте, отметил повышение температуры тела. Вы рекомендуете:

- 1) санаторно-курортное лечение;
- 2) физиопроцедуры;
- 3) курс лечения бронхолитическими препаратами;
- 4) рентгенографию легких.+

45. Пациент 48 лет обратился к терапевту для проведения диспансеризации. Работает на шинном заводе почти 20 лет. Его коллега умер от рака легкого полгода назад. Пациент уточняет, как часто ему следует проводить рентгенографию легких с учетом работы на вредном производстве. Вы рекомендуете в данной ситуации проведение рентгенографии легких:

- 1) 2 раза в год;
- 2) 1 раз в 2 года;
- 3) ежегодно;+
- 4) только при появлении симптомов (кашля, одышки).

46. У женщины 48 лет без факторов риска при диспансерном обращении по данным рентгенологического исследования грудной клетки выявлен очаг 5 мм в нижней доле левого легкого (пневмофиброз?). Диаскин-тест отрицательный. Дальнейшая тактика ведения пациентки определяется: 1) размерами очага; 2) принадлежностью к женскому полу; 3) отсутствием факторов риска; 4) возрастом пациентки. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 1, 3;+
- 2) 2, 3;
- 3) 3, 4;
- 4) 1, 2.

47. У больного 61 года с длительным сухим кашлем и болями в области левой ключицы проведено рентгеновское исследование грудной клетки. Выявлено деструкция 1 и 2 ребра слева, изменения в верхушке левого легкого. Ваша тактика:

- 1) провести курс антибактериальной терапии и повторное рентгенологическое исследование чрез 1 месяц;
- 2) направить к травматологу;
- 3) направить к физиотерапевту для ингаляций;
- 4) направить к онкологу.+

48. У больного 61 года с длительным сухим кашлем и болями в области левой ключицы проведено рентгеновское исследование грудной клетки. Выявлено деструкция 1 и 2 ребра слева, изменения в верхушке левого легкого. Ваш предварительный диагноз:

- 1) туберкулез с поражением легких и ребер;
- 2) верхнедолевая пневмония + посттравматическое поражение ребер;

- 3) рак легкого с метастазами;+
- 4) лимфома.

49. К терапевту обратился мужчина 36 лет для проведения диспансерного обследования. Жалоб не предъявляет. Пациент хочет исключить у себя наличие рака легкого, поскольку полгода назад его отец умер от рака легкого в возрасте 59 лет. Пациент не курит. Профессиональных вредностей не имеет (работает в офисе). Относится ли данный пациент к группе высокого риска развития рака легкого?

- 1) да, любой человек имеет высокий риск развития рака легкого;
- 2) да, к группе высокого риска относятся лица с семейным анамнезом рака легкого;+
- 3) нет, только курение определяет высокий риск развития рака легкого;
- 4) нет, так как наследственность не определяет группу высокого риска.

50. К группе высокого риска в отношении рака легкого НЕ относятся: 1) пациенты с бронхиальной астмой; 2) лица, контактирующие с больными раком легкого; 3) лица, работающие в условиях постоянной высокой концентрации пыли; 4) лица с наследственным раком легкого. Выберите правильную комбинацию ответов (одна комбинация):

- 1) 2, 3;
- 2) 1, 3;
- 3) 2, 4;
- 4) 1, 2.+

51. Больной 50 лет жалуется на постоянный сухой кашель, одышку, похудание. При осмотре — шея и лицо одутловаты. Пульс 120 уд./мин, АД 170/100 мм рт. ст. Над ключицей слева пальпируются плотные лимфатические узлы диаметром до 3 см, практически безболезненные при пальпации. Ваш предварительный диагноз:

- 1) хронический медиастинит с обструкцией верхней полой вены;
- 2) адгезивный перикардит;
- 3) туберкулез легких;
- 4) рак легкого с метастатическим поражением надключичных лимфатических узлов.+

Пищевод (4)

52. Пациент 43 лет на приеме у терапевта предъявляет жалобы на изжогу, чувство тяжести в эпигастрии, отрыжку после еды, периодически срыгивание принятой пищей. Симптомы в течение месяца. Ранее не обследован. Ваша тактика:

- 1) рекомендовать соблюдение диеты, режима приема пищи, динамическое наблюдение через месяц;
- 2) провести курс лечения и назначить повторный осмотр через месяц;
- 3) на первом этапе достаточно обследовать пациента на наличие *H. pylori*;

4) назначить обследование, в том числе обязательное проведение эзофагогастроскопии.+

53. Пациент 38 лет, периодически беспокоит изжога, принимает омепразол с хорошим эффектом. При гастроскопии выявлены признаки пищевода Баррета, подтвержденные результатами биопсии. Пациент обратился к терапевту для получения рекомендаций. Ваши рекомендации:

- 1) рекомендуете курс физиопроцедур;
- 2) консультация и лечение у гастроэнтеролога;+**
- 3) провести антихеликобактерную терапию
- 4) рекомендуете ситуационно принимать омепразол

54. У пациента 38 лет при гастроскопии выявлены признаки пищевода Баррета, подтвержденные результатами биопсии. Пациент обратился к терапевту. Вы считаете, что пищевод Баррета — это

- 1) функциональное состояние пищевода, не требующее терапии;
- 2) врожденное заболевание, не требующее лечения;
- 3) рак пищевода;
- 4) предраковое состояние, требующее длительного лечения и наблюдения.+**

55. Пищевод Баррета это:

- 1) Дисплазия эпителия
- 2) Гиперплазия эпителия
- 3) Метаплазия эпителия+**
- 4) Замещение слизистой соединительной тканью

ЖЕЛУДОК (9)

56. Пациент 42 лет, наблюдается у терапевта по поводу язвенной болезни желудка. Проведен курс противоязвенной терапии в течение месяца, при контрольной гастроскопии язва прежних размеров. Биопсия не была проведена по техническим причинам. Ваша тактика:

- 1) продолжить прежнее лечение еще в течение месяца и провести затем повторную гастроскопию;
- 2) продолжить медикаментозное лечение и добавить физиопроцедуры;
- 3) поменять схему лечения, назначить терапию еще на месяц, затем провести повторную гастроскопию;
- 4) провести в ближайшие дни гастроскопию с обязательной биопсией.+**

57. Пациентка 52 лет обратилась к терапевту с результатами гастроскопии и биопсии слизистой желудка. При гастроскопии – признаки атрофического гастрита. По данным гистологического заключения – картина атрофического гастрита с неполной кишечной метаплазией, фокусами умеренной и тяжелой дисплазии. Пациент обеспокоен результатами биопсии. Вы считаете, что дисплазия — это

- 1) предъязвенное состояние слизистой, необходимо соблюдать диету;
- 2) врожденные изменения в слизистой оболочки желудка, не требует наблюдения;
- 3) предраковое состояние слизистой оболочки, пациенту необходимо обследование и лечение;+**
- 4) вариант нормы, не требует наблюдения.

58. Пациентка 52 лет обратилась к терапевту с результатами гастроскопии и биопсии слизистой желудка. При гастроскопии – признаки атрофического гастрита. По данным гистологического заключения – картина атрофического гастрита с неполной кишечной метаплазией, фокусами умеренной и тяжелой дисплазии. Ваша тактика:

- 1) на первом этапе рекомендовать обследование на хеликобактер пилори;
- 2) назначить лечение обволакивающими препаратами и повторную гастроскопию через 3 месяца;
- 3) рекомендовать консультацию гастроэнтеролога/онколога;+**
- 4) рекомендовать динамическое наблюдение и повторную гастроскопию с биопсией через 6 месяц.

59. Пациентка 39 лет предъявляет жалобы на дискомфорт в эпигастрии после еды, отрыжку воздухом, чувство страха, канцерофобию. Указанные симптомы появились после смерти подруги пациентки от рака желудка. Ваши рекомендации:

- 1) назначить седативные препараты и повторный осмотр через месяц;
- 2) назначить гастроскопию и по результатам провести лечение;+**
- 3) порекомендовать консультацию психотерапевта;
- 4) назначить лечение травами и повторный осмотр через месяц.

60. Больной 46 лет предъявляет жалобы на изжогу, чувство тяжести в желудке, отрыжку после еды, периодически срыгивания принятой пищи. В общем анализе крови – гемоглобин 100 г/л, эритроциты $4.0 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,75, лейкоциты в норме, СОЭ 30 мм/ч. Ваши рекомендации:

- 1) назначить омепразол и повторный осмотр через месяц;
- 2) назначить гастроскопию;+**
- 3) назначить лечение анемии препаратами железа и повторный осмотр через месяц;
- 4) назначить антацидные препараты и динамическое наблюдение.

61. К терапевту обратился пациент 40 лет с результатами гастроскопии. Диагностирован полип малой кривизны желудка 7 мм на широком основании. Биопсия

не проведена. Пациент жалоб не предъявляет, гастроскопия проведена в рамках диспансеризации. Ваши рекомендации:

- 1) рекомендуете оперативное лечение — проведение гастрэктомии;
- 2) проведение повторной гастроскопии для биопсии полипа в ближайшие сроки (в течение недели);+**
- 3) лечение травами (чистотел) и повторная гастроскопия через 3 месяца;
- 4) проведение повторной гастроскопии для биопсии полипа через 6 месяцев.

62. Пациентка 47 лет обратилась к терапевту с жалобами на плохой аппетит, тошноту после приема пищи, отрыжку воздухом, иногда тухлым. Гастроскопию выполняла год назад, со слов пациентки был выявлен гастрит. Ваша тактика:

- 1) назначить лечение антацидными препаратами, прокинетиками и повторный осмотр через месяц;
- 2) рекомендовать санаторно-курортное лечение;
- 3) назначить гастроскопию;+**
- 4) рекомендовать уреазный дыхательный тест.

63. Пациентка 52 лет обратилась к терапевту с результатами гастроскопии. При гастроскопии выявлен полип малой кривизны желудка. По данным гистологического заключения – картина аденоматозного полипа с фокусами умеренной и тяжелой дисплазии. Ваша тактика:

- 1) рекомендовать динамическое наблюдение и повторную гастроскопию с биопсией через 6 месяцев;
- 2) рекомендовать консультацию онколога;+**
- 3) назначить лечение обволакивающими препаратами и повторную гастроскопию через 3 месяца;
- 4) лечение травами (чистотел) и повторная гастроскопия через 3 месяца.

64. Пациент 45 лет обратился к терапевту для диспансерного обследования. Жалоб не предъявляет, однако обеспокоен тем, что его мать умерла в возрасте 47 лет от рака желудка. Физикальный осмотр отклонений от нормы не выявил. С целью ранней диагностики рака желудка Вы рекомендуете пациенту

- 1) проведение УЗИ брюшной полости;
- 2) проведение гастроскопии;+**
- 3) сдать анализ крови на онкомаркеры – достаточно для диагностики рака желудка;
- 4) сдать анализ кала на скрытую кровь.

Толстая кишка(7)

65. Больная 64 лет, обратилась к терапевту с жалобами на примесь крови в кале, запоры и боли в животе. Больна 3 месяца. Боли в животе и запоры беспокоят последние две недели. При пальпации живота умеренная разлитая болезненность, пневматоз кишечника. Ваши действия:

- 1) рекомендовать лечение в условиях санатория;
- 2) направить на обследование (ирригоскопию, колоноскопию, УЗИ брюшной полости и консультация проктолога или хирурга);+**
- 3) назначить лечение слабительными препаратами и ректальными свечами, контрольный осмотр через 1 месяц;
- 4) назначить курс очистительных клизм и повторный осмотр через 1 месяц.

66. Больная 48 лет, на приеме у терапевта. Жалобы в последние 3 месяца имеется задержка стула. В левой подвздошной области пальпируется опухолевидное, умеренное подвижное образование. Ваша тактика:

- 1) обследование (проведение ректороманоскопии, ирригоскопии, колоноскопии, лапароскопии), консультация хирурга (проктолога);+**
- 2) назначение гастроскопии;
- 3) лечение противовоспалительными препаратами и спазмолитиками и повторный осмотр через 3 месяца;
- 4) динамическое наблюдение через месяц.

67. Пациенту 58 лет в поликлинике по месту жительства выполнена колоноскопия, диагностирован полип поперечно-ободочной кишки. Биопсия не проведена. Обратился к участковому терапевту для получения рекомендаций. Вы рекомендуете провести повторную колоноскопию для выполнения биопсии полипа

- 1) через 3 месяца;
- 2) через 6 месяцев;
- 3) в ближайшие сроки (1-2 недели);+**
- 4) через 1 год.

68. Больная 42 лет, обследуется у терапевта по поводу постоянных болей в животе, частого жидкого стула с примесью крови. При колоноскопии диагностирован тотальный полипоз ободочной кишки. Вы считаете, что тотальный полипоз ободочной кишки — это

- 1) доброкачественный процесс, не озлокачивается;
- 2) показание для лечения травами;
- 3) облигатный предрак и часто озлокачивается;+**
- 4) показание для лечения сульфасалазином.

69. В поликлинику к терапевту обратился больной 54 лет, у которого 3 дня назад появились боли в животе схваткообразного характера. Последние 2 месяца пациент стал отмечать вздутие живота, приступообразные тупые боли в нижних отделах живота, склонность к запорам. Температура тела в норме. Живот умеренно вздут, в правой подвздошной области болезненный, там же пальпируется плотный инфильтрат, общими размерами до 6-8 см в диаметре. Ваш предварительный диагноз:

- 1) болезнь Крона;
- 2) опухоль слепой кишки;+
- 3) периаппендикулярный инфильтрат;
- 4) синдром раздраженного кишечника.

70. В поликлинику к терапевту обратился больной 54 лет, у которого 3 дня назад появились боли в животе схваткообразного характера. Последние 2 месяца пациент стал отмечать вздутие живота, приступообразные тупые боли в нижних отделах живота, склонность к запорам. Температура тела в норме. Живот умеренно вздут, в правой подвздошной области болезненный, там же пальпируется плотный инфильтрат, общими размерами до 6-8 см в диаметре. Ваши действия:

- 1) назначить спазмолитики, слабительные и динамический контроль через 1 месяц;
- 2) назначить курс очистительных клизм;
- 3) провести курс лечения антибиотиками и противовоспалительными препаратами, а затем решить вопрос о направлении к онкологу;
- 4) незамедлительно направить на обследование: ирригоскопию, колоноскопию, УЗИ брюшной полости, консультацию колопроктолога.+

71. Больная 52 лет, жалуется на неприятные ощущения в области заднего прохода, акт дефекации – за 2-3 приёма. Ваши действия:

- 1) рекомендовать санаторно-курортное лечение;
- 2) назначить диету и лечение для нормализации стула с повторным осмотром через месяц;
- 3) назначить консультацию проктолога (или хирурга) для проведения ректального исследования, ректороманоскопии;+
- 4) рекомендовать физиопроцедуры.

Рак желчевыводящих путей и поджелудочной железы (6)

72. На прием обратился пациент 58 лет с жалобами на желтушность склер и кожных покровов, светлый кал, темную мочу. Боли не беспокоят, температура тела в норме. При объективном осмотре живот мягкий, несколько вздут, безболезненный. Наиболее вероятная причина желтухи:

- 1) механическая желтуха опухолевой природы;+
- 2) вирусный гепатит;

- 3) холедохолитиаз;
- 4) острый холецистит.

73. У пациентки 59 лет при УЗИ брюшной полости заподозрено наличие гипэхогенного образования в головке поджелудочной железы. Вы рекомендуете дообследование, в том числе анализ крови на онкомаркеры. Для рака поджелудочной железы наиболее характерно повышение уровня

- 1) СА 19-9;+
- 2) альфа-фетопротеина;
- 3) ПСА;
- 4) СА 125.

74. Пациент 49 лет, злоупотребляет алкоголем. В анамнезе неоднократные обострения хронического панкреатита. Около 2-х месяцев назад стали беспокоить боли в верхней половине живота опоясывающего характера, появилась слабость, похудел на 5-6 кг. Наиболее вероятный диагноз в данном случае:

- 1) обострение хронического панкреатита;
- 2) обострение холецистита;
- 3) токсический гепатит;
- 4) рак поджелудочной железы.+

75. У пациентки 66 лет с желчно-каменной болезнью при УЗИ брюшной полости заподозрено наличие гипэхогенного образования в головке поджелудочной железы. Вы рекомендуете:

- 1) на первом этапе выполнить КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием;+
- 2) направить к хирургу для холецистэктомии;
- 3) провести лечение ферментными препаратами и повторно выполнить УЗИ через месяц;
- 4) курс физиопроцедур.

76. На прием к терапевту обратился пациент 52 лет с результатами обследований: уровень онкомаркера СА19-9 превышает норму в 6 раз, по данным УЗИ – множественные образования в печени. Наиболее вероятная причина:

- 1) рак печени;
- 2) рак легкого;
- 3) рак простаты;
- 4) рак поджелудочной железы. +

77. Пациентка 69 лет обследуется по поводу болей в эпигастрии. При УЗИ брюшной полости выявлен камень в желчном пузыре и гипэхогенное образования в головке поджелудочной железы. Наиболее вероятно у пациентки:

- 1) билиарный панкреатит;
- 2) калькулезный холецистит;
- 3) **рак головки поджелудочной железы;**+
- 4) холангит.

Молочные железы и грудные у мужчин (23)

78. Пациентка 75 лет обратилась к врачу-терапевту по результатам диспансеризации. Больной выполнена маммография, на которой обнаружены единичные кальцинаты до 1,5 см. Ваши рекомендации:

- 1) выполнение исследования сосудов сердца;
- 2) **направление к онкологу;**+
- 3) выполнение УЗИ молочных желез для уточнения диагноза;
- 4) динамическое наблюдение, т.к. в этом возрасте кальцинаты являются нормальной находкой на маммографии.

79. Женщина 55 лет обратилась на диспансерный прием к терапевту и сообщила, что регулярно посещает солярий. Объективно при пальпации молочных желез без патологии. Ваши рекомендации по обследованию с целью раннего выявления рака молочной железы:

- 1) учитывая то, что инсоляция является фактором риска развития рака молочной железы, проведение маммографии каждые 6 месяцев;
- 2) **проведение маммографии ежегодно;**+
- 3) проведение маммографии каждые 2 года;
- 4) достаточно провести УЗИ молочных желез.

80. Женщина 50 лет обратилась к врачу-терапевту по результатам диспансеризации. При пальпации молочных желез патологии не выявлено. При маммографии описаны возрастные изменения. Ваши рекомендации: 1) самостоятельный осмотр молочных желез ежемесячно; 2) ежегодное проведение маммографии; 3) проведение маммографии через 5 лет; 4) с учетом возраста проведение маммографии в будущем не целесообразно. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 1, 4;
- 2) 4;
- 3) **1, 2;**+
- 4) 1, 3.

81. Женщина 48 лет обратилась к врачу-терапевту с жалобами на изменения кожи вокруг соска левой молочной железы. При объективном осмотре левой молочной железы выявлены изменения кожи по типу экземы, пальпаторно узловые образования в молочных железах не определяются. Ваша тактика:

- 1) направить к дерматологу;
- 2) рекомендовать физиолечение;
- 3) направить на маммографию и консультацию онколога;+**
- 4) рекомендовать местное лечение противовоспалительными кремами и динамическое наблюдение.

82. Женщина 50 лет обратилась к врачу-терапевту на диспансерный прием. При пальпации молочных желез патологии не выявлено. Женщина внимательно относится к своему здоровью и просит провести максимальное обследование для раннего выявления рака молочной железы. Ваш выбор оптимального объема обследования с целью раннего выявления рака молочной железы включает:

- 1) УЗИ молочных желез;
- 2) маммография;+**
- 3) определение онкомаркера РЭА (раково-эмбриональный антиген) в крови;
- 4) определение мутации BRCA в крови.

83. Пациентка 43 лет обратилась к участковому врачу-терапевту с жалобами на наличие уплотнения в молочной железе, которое больная обнаружила после травмы – во время игры с ребенком в область молочной железы попал мяч. Объективно при пальпации: в правой молочной железе определяется уплотнение размером 1,5 см, умеренно болезненное при пальпации. Ваши рекомендации по обследованию больной:

- 1) консультация травматолога;
- 2) консультация физиотерапевта;
- 3) УЗИ молочных желез и маммография;+**
- 4) динамическое наблюдение через 6 месяцев.

84. Пациентка 43 лет обратилась к участковому врачу-терапевту с жалобами на наличие уплотнения в молочной железе, которое больная обнаружила после травмы – во время игры с ребенком в область молочной железы попал мяч. Объективно при пальпации: в правой молочной железе определяется уплотнение размером 1,5 см, умеренно болезненное при пальпации. Ваш предположительный диагноз:

- 1) фиброаденома молочной железы;
- 2) гематома молочной железы;
- 3) рак молочной железы;+**
- 4) мастит.

85. Женщина 30 лет обратилась к врачу-терапевту на диспансерный прием. При пальпации молочных желез патологии не выявлено. Женщина внимательно относится к своему здоровью и просит провести максимальное обследование для раннего выявления рака молочной железы. Ваш выбор оптимального объема обследования с целью раннего выявления рака молочной железы у 30-летней женщины в данной ситуации включает:

- 1) маммография;
- 2) определение мутации BRCA в крови;
- 3) УЗИ молочных желез;+
- 4) определение онкомаркера СА 15-3 в крови.

86. Женщина 30 лет обратилась к врачу-терапевту на диспансерный прием. При пальпации молочных желез патологии не выявлено. Женщина сообщила, что у мамы и бабушки был выявлен рак молочной железы. Она обеспокоена этим фактом и просит провести максимальное обследование для раннего выявления рака молочной железы. Ваш выбор оптимального объема обследования с целью раннего выявления рака молочной железы в данном случае включает в себя: 1) проведение УЗИ молочных желез; 2) проведение маммографии; 3) определение мутации BRCA в крови; 4) проведение ПЭТ КТ. Выберите наиболее правильную комбинацию ответов:

- 1) 1, 4;
- 2) 2, 4;
- 3) 1, 2;
- 4) 1, 3.+

87. Пациентке 53 лет врач-гинеколог назначил заместительную гормональную терапию. Больная обратилась к врачу-терапевту с вопросом о том, нужно ли ей проводить дополнительное обследование для раннего выявления рака молочной железы. Ваши рекомендации:

- 1) пациентке необходимо проходить маммографию каждые 6 месяцев, т.к. заместительная гормональная терапия повышает риск развития рака молочной железы;
- 2) пациентке необходимо проводить самостоятельный осмотр молочных желез каждые 2 недели, т.к. заместительная гормональная терапия повышает риск развития рака молочной железы;
- 3) пациентке необходимо выполнять маммографию ежегодно;+
- 4) пациентке достаточно выполнять УЗИ молочных желез ежегодно.

88. Женщина 28 лет обратилась с жалобами на припухлость и болезненность лимфатических узлов в левой подмышечной области. При объективном осмотре в молочных железах узловые образования не определяются, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный до 2 см и болезненный лимфатический узел. Ваша тактика:

- 1) рекомендуете физиолечение;
- 2) направите на УЗИ молочных желез и на консультацию к онкологу;+
- 3) направите к онкологу для удаления увеличенного лимфатического узла и гистологического исследования;
- 4) рекомендуете пациентке проведение антибактериальной терапии антибиотиками широкого спектра в течение 7 дней и осмотр в динамике.

89. Женщина 42 лет обратилась к врачу-терапевту с жалобами на наличие уплотнения в молочной железе, которое она обнаружила 6 месяцев назад. Пациентка сообщила, что за 6 месяцев уплотнение никак не изменилось и не увеличилось в размерах. Ваша тактика:

- 1) назначаете Мастодинон как эффективный гомеопатический препарат;
- 2) рекомендуете проведение маммографии и консультацию онколога;+**
- 3) рекомендуете консультацию физиотерапевта;
- 4) учитывая отсутствие динамики, рекомендуете дальнейшее наблюдение.

90. У женщины 60 лет 10 лет назад выполнена правосторонняя мастэктомия по поводу рака молочной железы. Пациентка обратилась на диспансерный прием к врачу-терапевту. Ваша тактика:

- 1) рекомендуете выполнение маммографии левой молочной железы;+**
- 2) рекомендуете выполнение УЗИ левой молочной железы;
- 3) рекомендуете анализ крови на онкомаркер СА 125;
- 4) проведете осмотр левой молочной железы, при отсутствии пальпаторных изменений рекомендуете динамическое наблюдение.

91. Пациентка 50 лет обратилась к врачу-терапевту на диспансерный прием. Маммографию женщина выполняла год назад, результаты не представлены. Ваши рекомендации по оптимальному объему обследования с целью раннего выявления рака молочной железы:

- 1) рекомендуете проведение маммографии через 2 года;
- 2) направьте пациентку к онкологу для оценки необходимости проведения маммографии в рамках диспансеризации;
- 3) рекомендуете проведение маммографию через год, т.к. оптимальным является выполнение маммографии каждые 2 года;
- 4) направьте пациентку на маммографию в рамках диспансеризации.+**

92. Женщина 33 лет обратилась к врачу-терапевту с жалобами на втяжение соска правой молочной железы, которое появилось после окончания грудного вскармливания. Пальпаторно узловые образования в правой молочной железе не определяются. Ваша тактика:

- 1) немедленно отправите на УЗИ молочных желез и на консультацию к онкологу;+**
- 2) объясните женщине, что это нормальные физиологические изменения молочных желез после окончания грудного вскармливания;
- 3) рекомендуете физиолечение;
- 4) рекомендуете динамическое наблюдение и пригласите на прием через 3 месяца, при повторном приеме вновь проведете пальпацию молочных желез.

93. Мужчина 48 лет с избыточным весом обратился к врачу-терапевту с жалобами на увеличение размера грудной железы с одной стороны. Объективно: имеет место некоторое увеличение размера правой грудной железы, в которой пальпируется безболезненное узловое образование размером до 2 см, не спаянное с окружающими тканями. Ваш предположительный диагноз:

- 1) рак грудной железы;+**
- 2) начальная стадия гинекомастии;
- 3) фиброаденома;
- 4) липома.

94. Мужчина 48 лет с избыточным весом обратился к врачу-терапевту с жалобами на увеличение размера грудной железы с одной стороны. Объективно: имеет место некоторое увеличение размера правой грудной железы, в которой пальпируется безболезненное узловое образование размером до 2 см, не спаянное с окружающими тканями. Ваши рекомендации по дообследованию пациента:

- 1) консультация дерматолога;
- 2) УЗИ данного образования и маммография;+**
- 3) динамическое наблюдение через 6 месяцев;
- 4) консультация эндокринолога.

95. Женщина 25 лет обратилась к врачу-терапевту с вопросом о том, нужно ли ей проводить самостоятельный осмотр молочных желез. Ваш совет:

- 1) пациентке нужно регулярно проводить самостоятельный осмотр молочных желез;+**
- 2) объясните, что осмотр молочных желез проводит врач, а врачебного осмотра 1 раз в год достаточно;
- 3) до 30 лет проводить самостоятельный осмотр молочных желез не обязательно;
- 4) до 40 лет проводить самостоятельный осмотр молочных желез не обязательно.

96. Женщина 40 лет с сохраненной менструальной функцией спрашивает Вас, в какое время лучше проводить самостоятельный осмотр молочных желез. Ваши рекомендации:

- 1) осмотр необходимо проводить через 2-3 дня после окончания менструации;+**
- 2) осмотр необходимо проводить 1-го числа каждого месяца;
- 3) направьте ее с этим вопросом к онкологу;
- 4) осмотр необходимо проводить на 1-й день менструального цикла.

97. Женщина 45 лет планирует пластическую операцию по увеличению груди и обратилась к врачу-терапевту для предоперационного осмотра. Пациентка обследована перед операцией в полном объеме, патологии не выявлено. Ваши рекомендации пациентке: 1) предупредите женщину о том, что импланты увеличивают риск развития

рака молочной железы; 2) рекомендуете после операции регулярный самостоятельный осмотр молочной железы; 3) рекомендуете ежегодное проведение маммографии; 4) рекомендуете после операции ежегодно проводить ПЭТ КТ. Выберите наиболее правильную комбинацию ответов:

- 1) 1, 3;
- 2) 1;
- 3) 2, 3;+
- 4) 2, 4.

98. Женщина 35 лет обратилась к врачу-терапевту с вопросом о том, нужно ли ей самостоятельно проводить осмотр молочных желез. Ваши действия:

- 1) объясните, что осмотр молочных желез проводит врач, а врачебного осмотра 1 раз в год достаточно;
- 2) научите женщину проводить самостоятельный осмотр молочных желез и посоветуете проводить его самостоятельно ежемесячно;+
- 3) направьте ее на маммографию;
- 4) направьте ее с этим вопросом к онкологу.

99. Женщина 60 лет в менопаузе спрашивает вас, как часто нужно проводить самостоятельный осмотр молочных желез. Ваши рекомендации:

- 1) 1 раз в 6 месяцев;
- 2) 1 раз в месяц;+
- 3) 1 раз в год;
- 4) 1 раз в 3 месяца.

100. Беременная женщина на сроке беременности 30 недель обратилась к врачу-терапевту с жалобами на наличие небольшого уплотнения в груди. При пальпации молочных желез в правой молочной железе пальпируется уплотнение размером до 1 см, выделений из сосков нет. Ваша тактика:

- 1) немедленно направьте на УЗИ молочных желез и на консультацию к онкологу;+
- 2) рекомендуете динамическое наблюдение через 1 месяц, при росте образования направьте на УЗИ молочных желез и к онкологу для выполнения биопсии;
- 3) рекомендуете динамическое наблюдение и дообследование после родоразрешения, так как приоритетом является создание для беременной охранительного режима.

Рак шейки матки (3)

101. Женщина 40 лет при диспансерном обращении к врачу-терапевту сообщила, что она прочитала в газете про прививку против рака шейки матки и просит направить ее на вакцинацию. Ваши действия:

- 1) объясните, что оптимальный возраст вакцинации против рака шейки матки — это первый год жизни;
- 2) объясните, что вакцины против рака шейки матки не существует, это выдумки журналистов;
- 3) расскажете, что вакцина против рака шейки матки есть, но в возрасте 40 лет вакцинироваться уже поздно;+**
- 4) направите на вакцинацию против вируса папилломы человека при отсутствии противопоказаний к вакцинации.

102. Женщина 40 лет на приеме у врача-терапевта для диспансерного обследования. Хотела бы пройти обследование для исключения рака шейки матки. Ваши рекомендации:

- 1) направить на осмотр гинеколога с цитологическим исследованием мазков;+**
- 2) направить на УЗИ органов малого таза;
- 3) направить на исследование СА 125;
- 4) направить на КТ органов малого таза.

103. Женщина 20 лет при диспансерном обращении к врачу-терапевту сообщила, что она прочитала в газете про прививку против рака шейки матки и просит направить ее на вакцинацию. Ваши действия:

- 1) расскажете, что вакцина против рака есть, но в возрасте 20 лет вакцинироваться уже поздно;
- 2) объясните, что оптимальный возраст вакцинации против рака шейки матки — это первый год жизни;
- 3) объясните, что вакцины против рака не существует, это выдумки журналистов;
- 4) направите на вакцинацию от вируса папилломы человека при отсутствии противопоказаний к вакцинации.+**

Рак яичников (4)

104. Пациентка 40 лет обратилась к терапевту для получения рекомендаций по результатам обследования. Пациентка сдала анализ крови на онкомаркеры. Уровень СА 125 повышен в 2,5 раза. Ваши рекомендации:

- 1) в первую очередь исключить рак кишечника;
- 2) выполнить УЗИ малого таза и обратиться к гинекологу для обследования и исключения в первую очередь рака яичников;+**

- 3) маркер неспецифичный, можно повторить его через 3 месяца;
- 4) в первую очередь исключить рак легкого.

105. Пациентка 50 лет обратилась к врачу-терапевту для интерпретации анализа, который выявил наличие мутации гена BRCA. Ваши рекомендации пациентке: 1) положительный анализ на наличие мутации BRCA означает повышенный риск развития рака молочной железы, поэтому очень важно регулярно проходить маммографию и проводить самостоятельный осмотр молочных желез; 2) положительный анализ на наличие мутации BRCA означает повышенный риск развития рака яичников, поэтому очень важно регулярно проходить УЗИ малого таза и осмотр гинеколога; 3) у пациенток с наличием мутации BRCA в этом возрасте рак молочной железы развивается в 100% случаев, поэтому необходимо выполнить профилактическую мастэктомию; 4) у пациенток с наличием мутации BRCA в этом возрасте рак молочной железы уже не развивается. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 2, 4;
- 2) 1, 2;+
- 3) 4;
- 4) 1, 3.

106. Пациентка 55 лет обратилась к врачу-терапевту по результатам диспансерного обследования. При ультразвуковом исследовании органов малого таза выявлено образование в области правого яичника с солидным и кистозным компонентом. Определение какого онкомаркера в данной ситуации будет наиболее информативно?

- 1) СА 125;+
- 2) альфа-фетопротеин;
- 3) ПСА;
- 4) СА 153.

107. Пациентка 55 лет обратилась к врачу-терапевту по результатам диспансеризации. При ультразвуковом исследовании органов малого таза выявлено образование в области правого яичника с кистозным компонентом. Ваши рекомендации:

- 1) динамическое наблюдение, т.к. в этом возрасте кисты яичников являются нормальной находкой при УЗИ;
- 2) назначить лечение гомеопатическими препаратами (Мастодион) и повторить УЗИ через месяц;
- 3) направить к физиотерапевту;
- 4) направить к гинекологу для дообследования. +

Рак предстательной железы (22)

108. Пациент 60 лет обратился к терапевту. В анамнезе мочекаменная болезнь. В течение 3-х лет отмечает затрудненное мочеиспускание, выделение мочи слабой, тонкой струей. Не обследовался. Данные физикального осмотра без особенностей. В крови повышен уровень ПСА в 3 раза. Ваши рекомендации:

- 1) консультация уролога необходима для дообследования и определения тактики лечения;+**
- 2) сначала провести курс антибактериальной терапии, затем сдать повторно кровь на ПСА, затем решить вопрос о посещении уролога;
- 3) консультация уролога не целесообразна с учетом возраста пациента;
- 4) консультацию уролога можно отложить, понаблюдать динамику уровня ПСА крови через 6 месяцев.

109. На приеме у терапевта мужчина 50 лет. Среди прочих жалоб отмечает, что стал просыпаться ночью 3-4 раза из-за позывов к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Симптомы появились последние 2-3 месяца. У уролога был около 5 лет назад. Для исключения рака предстательной железы пациенту:

- 1) назначить анализ мочи на ПСА;
- 2) достаточно сдать общий анализ мочи;
- 3) назначить анализ крови на ПСА и направить к урологу; +**
- 4) достаточно сделать УЗИ предстательной железы

110. На приеме у терапевта мужчина 54 лет. Среди прочих жалоб отмечает, что стал просыпаться ночью 3-4 раза из-за позывов к мочеиспусканию. Ранее у уролога не наблюдался. Вы рекомендуете:

- 1) принимать спазмолитики препараты на ночь;
- 2) выпивать меньше жидкости на ночь;
- 3) обязательно обратиться к урологу;+**
- 4) объясняете, что это норма в таком возрасте.

111. У пациента 47 лет при диспансерном обследовании выявлено повышение уровня общего ПСА крови в 3 раза от верхней границы нормы. Ваши рекомендации:

- 1) консультация и дообследование у уролога после повторного ПСА крови через 6 месяцев;**
- 2) консультация и дообследование у уролога после повторного ПСА крови через 1 месяц;
- 3) консультация и дообследование у уролога после повторного ПСА крови через 3 месяца;
- 4) консультация и дообследование у уролога сразу после результатов анализа.+**

112. На приеме у терапевта мужчина 48 лет. Среди прочих жалоб отмечает, что стал просыпаться ночью 3-4 раза из-за позывов к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Симптомы появились последние 2-3 месяца. У уролога был около 5 лет назад. В настоящее время в крови повышен уровень ПСА в

4 раза. Пациент боится проведения биопсии предстательной железы и спрашивает у Вас о более щадящем, но эффективном методе верификации рака. Ваши рекомендации:

- 1) для подтверждения диагноза достаточно данных трансректального УЗИ предстательной железы;
- 2) вместо биопсии можно выполнить МРТ малого таза – этот метод не менее достоверный;
- 3) выполнить биопсию обязательно, так как только это исследование верифицирует опухоль предстательной железы;+**
- 4) можно не проводить биопсию, сразу выполнить простатэктомию.

113. Пациент 60 лет на приеме у терапевта. Обследуется по поводу гипертонической болезни. На Ваш вопрос, когда пациент обследовался у уролога, отвечает, что раньше ежегодно сдавал анализ крови на ПСА, а теперь считает, что с возрастом риск развития рака предстательной железы уменьшается. Ваши рекомендации:

- 1) риск развития рака предстательной железы с возрастом уменьшается, поэтому можно не обследоваться;
- 2) для исключения рака предстательной железы достаточно сдать общий анализ мочи;
- 3) для исключения рака предстательной железы достаточно сдать общий анализ крови;
- 4) риск развития рака предстательной железы с возрастом увеличивается, поэтому сдавать анализ крови на ПСА следует ежегодно.+**

114. Мужчина 65 лет обратился к врачу с жалобами на прерывистое, болезненное мочеиспускание. Повышен уровень ПСА в 3 раза. Ваш предварительный диагноз:

- 1) рак предстательной железы;+**
- 2) острый уретрит;
- 3) острый цистит;
- 4) острый простатит.

115. Пациент 40 лет обратился к терапевту для диспансерного обследования. Уточняет у Вас, как обследоваться для исключения рака предстательной железы. Ваши рекомендации:

- 1) УЗИ почек и общий анализ мочи;
- 2) анализ крови на ПСА;+**
- 3) анализ мочи на ПСА;
- 4) консультация нефролога.

116. Пациент 49 лет на приеме у терапевта для диспансерного обследования. Жалоб не предъявляет. Наследственность отягощена по раку предстательной железы (у отца). Для ранней диагностики рака предстательной железы необходимо выполнить

- 1) простатэктомия;
- 2) анализ крови на ПСА;+
- 3) ПЭТ КТ;
- 4) общий анализ крови, общий анализ мочи, УЗИ мочевого пузыря.

117. Пациент 51 года на приеме у терапевта для диспансерного обследования. Жалоб не предъявляет. Наследственность отягощена по раку предстательной железы (у отца). Вы считаете, что в данном случае анализ крови на ПСА

- 1) назначит только уролог;
- 2) необходимо назначить в рамках диспансеризации;+
- 3) нецелесообразен;
- 4) будет назначен при обнаружении изменений в общем анализе мочи.

118. Пациент 63 лет на приеме у терапевта. Он обследован у уролога, ему показана биопсия предстательной железы (повышен уровень ПСА, при УЗИ – узловые образования в железе). Пациент не хочет выполнять биопсию и обратился к Вам за советом. Ваши рекомендации:

- 1) удалить предстательную железу без предварительной биопсии;
- 2) биопсию можно отложить на 6-12 месяцев и вернуться к вопросу после повторного исследования;
- 3) настоятельно рекомендуете прислушаться к рекомендациям уролога и выполнить биопсию;+
- 4) вместо биопсии можно выполнить МРТ малого таза и уточнить диагноз.

119. Пациент 43 лет на приеме у терапевта для диспансерного обследования. Жалоб не предъявляет. Наследственность отягощена по раку предстательной железы (у отца). Вы считаете:

- 1) у пациента риск развития рака предстательной железы повышен, и ему следует сдать анализ крови на ПСА;+
- 2) у пациента риск развития рака предстательной железы не повышен, и ему не имеет смысла сдавать анализ крови на ПСА;
- 3) у пациента риск развития рака предстательной железы повышен, и ему следует провести простатэктомия с профилактической целью;
- 4) у пациента риск развития рака предстательной железы не повышен, но ему следует сдать анализ крови на ПСА.

120. К терапевту обратился пациент 70 лет с жалобами на болезненную эякуляцию, затруднение достижения и сохранения эрекции. Ранее у уролога не наблюдался. Ваши рекомендации:

- 1) назначите курс антибактериальной терапии и повторный осмотр через 7 дней;
- 2) объясняете, что это норма в его возрасте;

- 3) назначите Виагру;
- 4) направите его к урологу.+

121. Пациент 43 лет обратился к терапевту для диспансерного обследования. Уточняет у Вас, нужно ли ему обратиться к урологу, если жалоб у него никаких нет. Ваши рекомендации:

- 1) на первом этапе сразу направить к урологу;
- 2) на первом этапе достаточно определить уровень ПСА (простатспецифического антигена) крови;+
- 3) сначала направить к хирургу для ректального пальцевого исследования;
- 4) на первом этапе назначить МРТ малого таза.

122. Пациент 62 лет обратился к терапевту. В анамнезе мочекаменная болезнь. В течение 3-х лет отмечает затрудненное мочеиспускание, выделение мочи слабой, тонкой струей. Не обследовался. Данные физикального осмотра без особенностей. В крови повышен уровень ПСА в 3 раза. Вероятнее всего у пациента:

- 1) хронический простатит;
- 2) рак предстательной железы;+
- 3) хронический цистит;
- 4) острый простатит.

123. Пациент 62 лет обратился к терапевту. В анамнезе мочекаменная болезнь. В течение 3-х лет отмечает затрудненное мочеиспускание, выделение мочи слабой, тонкой струей. Не обследовался. По данным физикального осмотра — без особенностей. Ваши рекомендации на первом этапе:

- 1) назначить мочегонные препараты для улучшения диуреза и повторный осмотр через 2 недели;
- 2) рекомендовать анализ крови на ПСА и консультацию уролога;+
- 3) рекомендовать УЗИ почек;
- 4) рекомендовать в течение недели контролировать количество выпитой и выделенной жидкости, вести дневник и повторно явиться через неделю.

124. У пациента 48 лет при диспансерном обследовании выявлено повышение уровня общего ПСА крови в 1,5 раза от верхней границы нормы. Пациент спрашивает у Вас, нужно ли ему провести биопсию простаты. Ваши рекомендации:

- 1) да, провести биопсию через 3 месяца после повторного анализа крови на ПСА;
- 2) показания к биопсии предстательной железы будут определены урологом после дообследования;+
- 3) да, в любом случае провести биопсию в ближайшие сроки;
- 4) нет, это очень опасно.

125. На приеме у терапевта пациент 79 лет в сопровождении дочери. Пациент обследуется по поводу хронического обструктивного бронхита, сахарного диабета, артериальной гипертензии. Дочь пациента интересуется, нужно ли ее отцу сдать анализ крови на ПСА, ранее такой анализ никогда не сдавали. На расстройства мочеиспускания пациент не жалуется. Ваши рекомендации:

- 1) рекомендуете анализ крови на все известные онкомаркеры;
- 2) направить к урологу, поскольку мужчины старше 70 лет не подлежат обязательному диспансерному обследованию на предмет выявления рака простаты;+
- 3) рекомендуете провести простатэктомия с профилактической целью;
- 4) назначить анализ крови на ПСА.

126. У пациента 46 лет при диспансерном обследовании выявлено повышение уровня общего ПСА крови в 2 раза от верхней границы нормы. Ваши рекомендации: 1) направить на трансректальное УЗИ предстательной железы; 2) направить к урологу; 3) рекомендовать динамическое наблюдение и контроль через месяц; 4) провести курс антибактериальной терапии по поводу простатита и назначить контроль ПСА после лечения. Выберите правильную комбинацию ответов:

- 1) 1, 2;+
- 2) 2, 3;
- 3) 4;
- 4) 2, 4.

127. Пациент 45 лет обратился к терапевту для диспансерного обследования. Уточняет у Вас, какой анализ крови является скринингом для диагностики рака предстательной железы. Вы рекомендуете сдать анализ крови на онкомаркер:

- 1) РЭА;
- 2) СА 125;
- 3) ПСА;+
- 4) СА 19-9.

128. У пациента 60 лет все предыдущие исследования крови на ПСА были в норме. В связи с этим, пациент спрашивает своего участкового врача, как часто следует повторять этот анализ в дальнейшем. Ваши рекомендации:

- 1) 2 раза в год;
- 2) 1 раз в 2 года;
- 3) каждые 3 года;
- 4) 1 раз в год.+

129. На приеме у терапевта мужчина 48 лет. Среди прочих жалоб отмечает, что стал просыпаться ночью 3-4 раза из-за позывов к мочеиспусканию, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря. Симптомы появились последние 2-3 месяца.

У уролога был около 5 лет назад. Первичным лабораторным тестом для исключения рака предстательной железы является:

- 1) анализ мочи на ПСА;
- 2) общий анализ мочи;
- 3) анализ крови на креатинин;
- 4) **анализ крови на ПСА.+**

130. Мужчина 65 лет обратился к врачу с жалобами на прерывистое, болезненное мочеиспускание, боли в промежности. Ваша тактика:

- 1) назначить спазмолитики и контрольный осмотр через 7 дней;
- 2) назначить курс антибактериальной терапии и контроль через 7 дней;
- 3) **направить к урологу;+**
- 4) направить к физиотерапевту.

Мочевой пузырь и почки (5)

131. Пациент 48 лет обратился к терапевту с жалобами на однократный эпизод безболевого гематурии. Более 20 лет работает маляром, ранее за медицинской помощью не обращался. Хронических заболеваний не отмечает. При осмотре без особенностей. Ваши рекомендации:

- 1) сдать анализ крови на коагулограмму;
- 2) назначить профилактическое лечение Викасолом и Аскорутинном и контроль через месяц;
- 3) **немедленно начать обследование и проконсультироваться у уролога;+**
- 4) динамическое наблюдение и обращение при повторном эпизоде гематурии.

132. Пациент 48 лет обратился к терапевту с жалобами на однократный эпизод безболевого гематурии. Более 20 лет работает маляром, ранее за медицинской помощью не обращался. Хронических заболеваний не отмечает. При осмотре без особенностей. Предварительный диагноз:

- 1) хронический цистит;
- 2) острый цистит;
- 3) **рак мочевого пузыря;+**
- 4) острый простатит.

133. У пациентки 38 лет при УЗИ почек впервые выявлено образование (киста?) в верхнем полюсе левой почки. Ваша тактика на первом этапе:

- 1) рекомендовать повторное УЗИ почек через 3 месяца;
- 2) **назначить компьютерную томографию почек;+**
- 3) рекомендовать повторное УЗИ почек через 6 месяцев;
- 4) назначить в\в урографию.

134. Пациентка 50 лет обратилась к терапевту с жалобами на эпизоды безболевого макрогематурии. Связывает с перименопаузой, нерегулярным менструальным циклом. Температура в норме. Объективный осмотр без отклонений от нормы. Ваши рекомендации:

- 1) динамическое наблюдение, повторный осмотр при повторном появлении крови в моче;
- 2) общий анализ крови, мочи, УЗИ мочевого пузыря, консультация уролога для цистоскопии;+**
- 3) назначить гемостатические препараты и повторный осмотр через 10 дней;
- 4) сначала направите к гинекологу для обследования и подбора заместительной гормональной терапии.

135. Пациентка 50 лет обратилась к терапевту с жалобами на эпизоды безболевого макрогематурии. Связывает с перименопаузой, нерегулярным менструальным циклом. Температура в норме. Объективный осмотр без отклонений от нормы. Ваш предположительный диагноз:

- 1) мочекаменная болезнь;
- 2) рак мочевого пузыря;+**
- 3) пиелонефрит;
- 4) цистит.

Органы кроветворения (28)

136. Пациент 16 лет обратился к врачу с жалобами на наличие носовых кровотечений, кровоизлияния на коже, общую слабость, высокую температуру тела. Заболевание началось после ОРВИ. Лечился дома самостоятельно. При объективном обследовании: бледность кожи, температура тела 38,2°C, кровоизлияние на нижних конечностях размерами от петехий до 1-2 см, увеличение шейных лимфатических узлов, печени, селезенки. Вы подозреваете у пациента острый лейкоз. Для острого лейкоза наиболее характерно:

- 1) панцитопения
- 2) наличие бластных клеток в крови;+**
- 3) снижение СОЭ;
- 4) анемия

137. К терапевту обратился пациент 16 лет с жалобами на слабость, повышение температуры тела, увеличение поднижнечелюстных лимфоузлов. Из анамнеза известно, что в течение последних 3-х месяцев подросток стал уставать, снизился аппетит. Состояние ухудшилось неделю назад, когда повысилась температура тела до 39°C, увеличились поднижнечелюстные лимфоузлы. В крови гемоглобин 86 г/л,

гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$, бласты 76%, палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные 4%, лимфоциты 19%, СОЭ 64 мм/ч. Ваша тактика:

- 1) назначить курс антибактериальной терапии и оценить динамику через 2 недели;
- 2) направить к хирургу для пункции лимфоузла;
- 3) экстренно госпитализировать пациента в гематологическое отделение с направительным диагнозом «Острый лейкоз»;+
- 4) назначить преднизолон 1 мг/кг на 2 недели и оценить динамику.

138. Пациентка 21 год на приеме у терапевта. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, похудание, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, склонность к появлению подкожных кровоизлияний, сильные боли в полости рта и глотки. Из-за болей при глотании затруднен приём пищи и жидкости. Отмечает отсутствие вкуса у пищи, хотя аппетит сохранён. Указанные симптомы в течение 7-8 дней, постепенно нарастали. Лечилась самостоятельно жаропонижающими и общеукрепляющими средствами. При осмотре: бледность кожных покровов. На конечностях множественные мелкие подкожные кровоизлияния. Слизистые полости рта и глотки гиперемированы, кровоточат при дотрагивании, на деснах изъязвления, язык обложен, гнойный налет на миндалинах. Температура $37,3^\circ\text{C}$. ЧД 18 в мин. Пульс 88 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Пальпируется край печени и селезенки. Ваша тактика:

- 1) направить к лор-врачу для лечения ангины;
- 2) направить к стоматологу для лечения стоматита;
- 3) общий анализ крови по cito! и/или госпитализировать в стационар с подозрением на острый лейкоз;+
- 4) назначить антибактериальную и противовирусную терапию и оценить динамику.

139. У терапевта на приеме пациент 21 года. В течение месяца отмечает стойкое повышение температуры до 38°C , похудание, потливость, кожный зуд. При объективном исследовании на левой боковой поверхности шеи и в левой подмышечной области определяются увеличенные, подвижные, безболезненные лимфоузлы тугоэластической консистенции. Кожные покровы над ними не изменены. В анализе крови отмечается умеренная гипохромная анемия 102 г/л, эозинофилия 8%, нейтрофильный лейкоцитоз до 82%, СОЭ 36 мм/час. Ваш предположительный диагноз:

- 1) лимфогранулематоз;+
- 2) ВИЧ инфекция, начало
- 3) пневмония;
- 4) туберкулез.

140. У больного 26 лет около 3 месяцев повышается температура до 38°C , кожный зуд, выраженная потливость, похудание, других жалоб не предъявляет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки определяется увеличение лимфоузлов средостения. Вы заподозрили у больного лимфогранулематоз. Ваши действия:

- 1) назначить анализ крови на онкомаркеры;
- 2) провести курс антибактериальной терапии и оценить динамику;
- 3) **направить к гематологу на дообследование;**+
- 4) назначить преднизолон и оценить динамику.

141. К терапевту обратился пациент 19 лет. В течение месяца отмечает стойкое повышение температуры до 38°C, похудание, потливость, кожный зуд. При объективном исследовании на левой боковой поверхности шеи и в левой подмышечной области определяются увеличенные, подвижные, безболезненные лимфоузлы тугоэластической консистенции до 2 см в диаметре. Кожные покровы над ними не изменены. Вы заподозрили у больного лимфогранулематоз. Какой метод позволит уточнить диагноз?

- 1) УЗИ лимфоузлов;
- 2) **биопсия лимфоузла;**+
- 3) УЗИ брюшной полости;
- 4) рентген легких.

142. У больного 29 лет около 3 месяцев повышается температура до 38°C, кожный зуд, выраженная потливость, похудание, других жалоб не предъявляет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки определяется увеличение лимфоузлов средостения. Ваш предположительный диагноз:

- 1) **лимфогранулематоз;**+
- 2) рак легкого;
- 3) туберкулез;
- 4) малярия.

143. Больная 43 лет обратилась с жалобами на выраженную общую слабость, повышенную утомляемость, немотивированное повышение температуры тела до субфебрильных цифр, чувство тяжести в левом подреберье. Считает себя больной в течение 2-3 лет. Ранее за медицинской помощью не обращалась. При осмотре – бледность кожных покровов и слизистых. Пальпируются шейные и подмышечные лимфоузлы размерами до 1 см в диаметре подвижные, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные, эластической консистенции. Печень +3 см ниже реберной дуги, край плотный. Селезенка значительно увеличена в размерах, нижний полюс пальпируется у входа в малый таз, плотная. При исследовании периферической крови – гемоглобин 78 г/л, эритроциты $2,4 \times 10^{12}/л$, тромбоциты $150 \times 10^9/л$, лейкоциты $245 \times 10^9/л$, промиелоциты 2%, юные 5%, палочкоядерные 15%, сегментоядерные 67%, лимфоциты 5%, моноциты 1%, эозинофилы 5%, СОЭ 25 мм/час. Предположите форму лейкоза:

- 1) **лейкемическая;**+
- 2) сублейкемическая;

- 3) лейкопеническая;
- 4) алейкемическая.

144. У терапевта вызов на дом. Пациент 32 года с температурой 39,0°C, кровотечением из носа. Симптомы в течение недели, лечился по поводу ОРЗ самостоятельно дома. Ухудшение со вчерашнего дня. При осмотре резкая бледность кожных покровов, множественные мелкие кровоизлияния. При осмотре зева – некротическая ангина. Увеличена печень и селезенка. Накануне сдал анализ крови: гемоглобин 65 г/л, эритроцитов $2,1 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель 0,9, ретикулоцитов 2%, лейкоцитов 3×10^9 /л; лейкограмма: миелобластов 64%, промиелоцитов 0, миелоцитов 0, юных 0, палочкоядерных 0, сегментоядерных 23%, базофилов 2%, эозинофилов 6%, лимфоцитов 3%, моноцитов 2%, СОЭ 27 мм/ч. Предварительный диагноз:

- 1) острый лейкоз (миелобластный);+**
- 2) синдром Вегенера;
- 3) хронический лейкоз;
- 4) геморрагическая лихорадка.

145. Пациентка 49 лет обратилась к терапевту с жалобами на слабость, слишком быструю утомляемость, потливость по ночам. Отмечает также тяжесть в левом подреберье. При осмотре мелкие единичные периферические лимфоузлы на шее до 0,5 см, при пальпации органов брюшной полости Вы пропальпировали край селезенки. В клиническом анализе крови гемоглобин 127 г/л, лейкоциты 14×10^9 /л, промиелоциты 2%, миелоциты 7%, метамиелоциты 4%, палочкоядерные нейтрофилы 17%, нейтрофильные лейкоциты 50%, лимфоциты 12%, моноциты 8%, тромбоцитов 170×10^9 /л, СОЭ 12 мм/ч. При ультразвуковом исследовании описана увеличенная селезенка, размеры печени в норме. Вы заподозрили у пациентки хронический миелолейкоз. С учетом отсутствия бластных клеток в крови Вы рекомендуете:

- 1) контроль крови 1 раз в месяц и при обнаружении бластных клеток консультацию у гематолога;
- 2) в настоящее время начать дообследование у гематолога;+**
- 3) консультацию хирурга для решения вопроса о спленэктомии;
- 4) контроль крови 1 раз в 3 месяца, при обнаружении бластных клеток консультацию у гематолога.

146. Больная 45 лет обратилась с жалобами на выраженную общую слабость, повышенную утомляемость, немотивированное повышение температуры тела до субфебрильных цифр, чувство тяжести в левом подреберье. Считает себя больной в течение 3 лет. Ранее за медицинской помощью не обращалась. При осмотре – бледность кожных покровов и слизистых. Пальпируются шейные и подмышечные лимфоузлы размерами до 1 см в диаметре подвижные, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные, эластической консистенции. Печень +3 см ниже реберной дуги, край плотный. Пальпируется край селезенки. При исследовании периферической крови – гемоглобин 78 г/л, эритроциты $2,4 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты 150×10^9 /л, лейкоциты 25×10^9 /л, промиелоциты 2%, юные 5%, палочкоядерные 15%, сегментоядерные 67%,

лимфоциты 5%, моноциты 1%, эозинофилы 5%, СОЭ 25 мм/час. Предположите форму лейкоза:

- 1) алейкемическая;
- 2) лейкемическая;
- 3) лейкопеническая;
- 4) сублейкемическая.+

147. Пациентка 21 год на приеме у терапевта. Предъявляет жалобы на быструю утомляемость, похудание, повышение температуры тела до субфебрильных цифр, склонность к появлению подкожных кровоизлияний, сильные боли в полости рта и глотки. Из-за болей при глотании затруднён приём пищи и жидкости. Отмечает отсутствие вкуса у пищи, хотя аппетит сохранён. Указанные симптомы в течение 7-8 дней, постепенно нарастают. Лечилась самостоятельно жаропонижающими и общеукрепляющими средствами. При осмотре: бледность кожных покровов. На конечностях множественные мелкие подкожные кровоизлияния. Слизистые полости рта и глотки гиперемированы, кровоточат при дотрагивании, на деснах изъязвления, язык обложен, гнойный налет на миндалинах. Температура 38,3°C. ЧД 18 в мин. Пульс 88 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. Пальпируется край печени и селезенки. Наиболее вероятный предварительный диагноз:

- 1) грибковый стоматит;
- 2) острый лейкоз;+
- 3) грипп;
- 4) ангина.

148. Пациент 69 лет обратился к терапевту в связи с ухудшением самочувствия, нарастанием слабости, быстрой утомляемостью. При осмотре состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания, кожа обычной окраски, чистая. Увеличены все группы лимфатических узлов, лимфоузлы размером от 2 до 3,5 см в диаметре, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный, пальпируется край печени на 1,5 см ниже реберной дуги, нижний полюс селезенки на 5 см ниже реберной дуги. В анализе крови: гемоглобин 86 г/л, эритроциты $3,24 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $337 \times 10^9/л$, сегментоядерные нейтрофилы 2%, лимфоциты 98%, тромбоциты $67,3 \times 10^9/л$, СОЭ 10 мм/ч. Вы подозреваете у больного хронический лимфолейкоз. Для уточнения диагноза Вы рекомендуете:

- 1) консультацию гематолога для дообследования и определения лечебной тактики;+
- 2) УЗИ лимфоузлов достаточно для верификации диагноза;
- 3) УЗИ селезенки достаточно для уточнения диагноза;
- 4) с учетом возраста дообследование нецелесообразно.

149. Больной 62 лет обратился к врачу в связи с ухудшением самочувствия, нарастанием слабости, быстрой утомляемостью, похуданием, болями в костях. При

осмотре состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания, кожа бледная, чистая. В легких везикулярное дыхание. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный, пальпируется край печени на 1,5 см ниже реберной дуги. Селезенка не пальпируется. В анализе крови гемоглобин 102 г/л, лейкоциты $9,0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы 3%, сегментоядерные нейтрофилы 73%, эозинофилы 4%, лимфоциты 16%, моноциты 4%, тромбоциты $157,3 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 72 мм/ч. В моче – протеинурия 4,2 г/л. В биохимическом анализе крови повышено содержание общего белка до 105 г/л. Вы предполагаете у больного миеломную болезнь. Какой анализ мочи Вы порекомендуете в данном случае для подтверждения своей гипотезы?

- 1) посев мочи;
- 2) проба по Зимницкому;
- 3) анализ по Нечипоренко;
- 4) белок Бенс-Джонса.+

150. Больной 71 года обратился к врачу в связи с ухудшением самочувствия, нарастанием слабости, быстрой утомляемостью, похуданием, болями в костях. При осмотре состояние удовлетворительное, пониженного питания, кожа бледная, чистая. В легких везикулярное дыхание. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный, пальпируется край печени на 1,5 см ниже реберной дуги. Селезенка не пальпируется. В анализе крови гемоглобин 102 г/л, лейкоциты $9,0 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы 3%, сегментоядерные нейтрофилы 73%, эозинофилы 4%, лимфоциты 16%, моноциты 4%, тромбоциты $157,3 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 72 мм/ч. В моче – протеинурия 4,2 г/л. В биохимическом анализе крови повышено содержание общего белка до 105 г/л. Вы предполагаете у больного миеломную болезнь. Какой биохимический анализ крови Вам необходим для подтверждения гипотезы?

- 1) глюкоза крови;
- 2) креатинин крови;
- 3) М-градиент крови (парапротеины);+
- 4) онкомаркеры.

151. Пациентка 49 лет обратилась к терапевту с жалобами на слабость, слишком быструю утомляемость, потливость по ночам. Отмечает также тяжесть в левом подреберье. Объективные данные без особенностей. В клиническом анализе крови гемоглобин 127 г/л, лейкоциты $14 \times 10^9/\text{л}$, промиелоциты 2%, миелоциты 7%, метамиелоциты 4%, палочкоядерные нейтрофилы 17%, нейтрофильные лейкоциты 50%, лимфоциты 12%, моноциты 8%, тромбоцитов $170 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 12 мм/ч. Предварительный диагноз:

- 1) хронический миелолейкоз;+
- 2) лимфогранулематоз;
- 3) острый миелолейкоз;
- 4) миеломная болезнь.

152. К терапевту обратился пациент 16 лет с жалобами на слабость, повышение температуры тела, увеличение поднижнечелюстных лимфоузлов. Из анамнеза известно, что в течение последних 3-х месяцев подросток стал уставать, снизился аппетит. Состояние ухудшилось неделю назад, когда повысилась температура тела до 39°C, увеличились поднижнечелюстные лимфоузлы. В крови гемоглобин 76 г/л, гиперлейкоцитоз до 220×10^9 /л, бласты 76%, палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные 4%, лимфоциты 19%, СОЭ 64 мм/ч. Наличие бластных клеток в общем анализе крови свидетельствует о наличии у пациента

- 1) сепсиса;
- 2) острого лейкоза;+
- 3) нормальной реакции костного мозга в возрасте 16 лет;
- 4) хронического лейкоза.

153. Пациент 16 лет обратился к врачу с жалобами на наличие носовых кровотечений, кровоизлияния на коже, общую слабость, высокую температуру тела. Заболевание началось после ОРВИ. Лечился дома самостоятельно. При объективном обследовании: бледность кожи, температура тела 38,2°C, кровоизлияние на нижних конечностях размерами от петехий до 1-2 см, увеличение шейных лимфатических узлов, печени, селезенки. Вы подозреваете у пациента острый лейкоз. Ваша тактика на первом этапе:

- 1) общий анализ крови по cito! и госпитализация в стационар;+
- 2) консультация инфекциониста;
- 3) пункция лимфоузла и определение тактики лечения после получения результатов;
- 4) пробный курс антибактериальной терапии и оценка динамики.

154. Пациент 16 лет обратился к врачу с жалобами на наличие носовых кровотечений, кровоизлияния на коже, общую слабость, высокую температуру тела. Заболевание началось после ОРВИ. Лечился дома самостоятельно. При объективном обследовании: бледность кожи, температура тела 38,2°C, кровоизлияние на нижних конечностях размерами от петехий до 1-2 см, увеличение шейных лимфатических узлов, печени, селезенки. Предварительный диагноз:

- 1) осложненное течение ОРВИ;
- 2) подозрение на острый лейкоз;+
- 3) подозрение на геморрагический васкулит;
- 4) острый лимфаденит.

155. Больная 66 лет обратилась к врачу в связи с ухудшением самочувствия, нарастанием слабости, быстрой утомляемостью, похуданием, болями в костях. При осмотре состояние удовлетворительное, пониженного питания, кожа бледная, чистая. В легких везикулярное дыхание. Пульс 80 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные, чистые. Живот мягкий, безболезненный, пальпируется край печени на 1,5 см ниже реберной дуги. Селезенка не пальпируется. В анализе крови гемоглобин 102 г/л, лейкоциты $8,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы

4%, сегментоядерные нейтрофилы 72%, эозинофилы 4%, лимфоциты 16%, моноциты 4%, тромбоциты $157,3 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 72 мм/ч. В моче – протеинурия 3,2 г/л. В биохимическом анализе крови повышено содержание общего белка до 101 г/л.

Предположительный диагноз:

- 1) острый лейкоз;
- 2) амилоидоз почек;
- 3) миеломная болезнь;+
- 4) хронический миелолейкоз.

156. К терапевту обратился пациент 16 лет с жалобами на слабость, повышение температуры тела, увеличение поднижнечелюстных лимфоузлов. Из анамнеза известно, что в течение последних 3-х месяцев подросток стал уставать, снизился аппетит. Состояние ухудшилось неделю назад, когда повысилась температура тела до 39°C , увеличились поднижнечелюстные лимфоузлы. В крови гемоглобин 86 г/л, гиперлейкоцитоз до $200 \times 10^9/\text{л}$, бласты 76%, палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные 4%, лимфоциты 19%, СОЭ 64 мм/ч. Предварительный диагноз:

- 1) сепсис;
- 2) ВИЧ-инфекция;
- 3) туберкулез;
- 4) острый лейкоз.+

157. Больная 43-х лет обратилась с жалобами на выраженную общую слабость, повышенную утомляемость, немотивированное повышение температуры тела до субфебрильных цифр, чувство тяжести в левом подреберье. Считает себя больной в течение 2-3 лет. Ранее за медицинской помощью не обращалась. При осмотре – бледность кожных покровов и слизистых. Пальпируются шейные и подмышечные лимфоузлы размерами до 1 см в диаметре подвижные, не спаянные с окружающими тканями, безболезненные, эластической консистенции. Печень +3 см ниже реберной дуги, край плотный. Селезенка значительно увеличена в размерах, нижний полюс пальпируется у входа в малый таз, плотная. При исследовании периферической крови – гемоглобин 78 г/л, эритроциты $2,4 \times 10^{12}/\text{л}$, тромбоциты $150 \times 10^9/\text{л}$, лейкоциты $245 \times 10^9/\text{л}$, промиелоциты 2%, юные 5%, палочкоядерные 15%, сегментоядерные 67%, лимфоциты 5%, моноциты 1%, эозинофилы 5%, СОЭ 25 мм/час. Вы предполагаете у пациентки сублейкемический лейкоз. Тактика на первом этапе:

- 1) консультация инфекциониста;
- 2) назначить переливание крови;
- 3) консультация хирурга для пункции лимфоузла;
- 4) консультация и дообследование у гематолога.+

158. Пациентка 49 лет обратилась к терапевту с жалобами на слабость, слишком быструю утомляемость, потливость по ночам. Отмечает также тяжесть в левом подреберье. При осмотре мелкие единичные периферические лимфоузлы на шее до 0,5 см, при пальпации органов брюшной полости Вы пропальпировали край селезенки. В

клиническом анализе крови гемоглобин 127 г/л, лейкоциты 14×10^9 /л, промиелоциты 2%, миелоциты 7%, метамиелоциты 4%, палочкоядерные нейтрофилы 17%, нейтрофильные лейкоциты 50%, лимфоциты 12%, моноциты 8%, тромбоцитов 170×10^9 /л, СОЭ 12 мм/ч. При ультразвуковом исследовании описана увеличенная селезенка, размеры печени в норме. Вы заподозрили у пациентки хронический миелолейкоз и рекомендуете для уточнения диагноза выполнить:

- 1) пункцию спинного мозга;
- 2) пункцию увеличенной селезенки;
- 3) пункцию шейного лимфоузла;
- 4) пункцию костного мозга.+

159. К терапевту обратился пациент 59 лет. Жалоб активно не предъявляет, но его настораживают показатели анализа крови. В представленных пациентом анализах отмечается увеличение содержания лимфоцитов за 3 последних года. Динамика лимфоцитоза: 54 – 62 – 69%. Уровень гемоглобина, лейкоцитов и тромбоцитов в норме. Вы рекомендуете:

- 1) продолжить контроль лимфоцитов крови 1 раз в год;
- 2) обратиться к инфекционисту, так как это вероятнее всего, проявление инфекционного заболевания;
- 3) обратиться к гематологу, так как это вероятнее всего, проявление хронического лимфолейкоза;+
- 4) провести курс лечения иммуномодуляторами и повторить анализ крови.

160. Пациент 72 лет обратился к терапевту в связи с ухудшением самочувствия, нарастанием слабости, быстрой утомляемостью. При осмотре состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания, кожа обычной окраски, чистая. Увеличены все группы лимфатических узлов, лимфоузлы размером от 2 до 3,5 см в диаметре, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный, пальпируется край печени на 1,5 см ниже реберной дуги, нижний полюс селезенки на 5 см ниже реберной дуги. В анализе крови: гемоглобин 86 г/л, эритроциты $3,24 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты 137×10^9 /л, сегментоядерные нейтрофилы 2%, лимфоциты 98%, тромбоциты $67,3 \times 10^9$ /л, СОЭ 10 мм/ч. Ваш предварительный диагноз:

- 1) острый лейкоз;
- 2) хронический лимфолейкоз;+
- 3) сепсис;
- 4) туберкулез.

161. У терапевта вызов на дом. Пациент 32 года с температурой $39,0^\circ\text{C}$, кровотечением из носа. Симптомы в течение недели, лечился по поводу ОРЗ самостоятельно дома. Ухудшение со вчерашнего дня. При осмотре обращает внимание резкая бледность кожных покровов, множественные мелкие кровоизлияния. При осмотре зева — некротическая ангина. Увеличена печень и селезенка. Накануне сдал

анализ крови: гемоглобин 65 г/л, эритроцитов $2,1 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель 0,9, ретикулоцитов 2%, лейкоцитов $3,0 \times 10^9$ /л; лейкограмма: миелобластов 64%, промиелоцитов 0, миелоцитов 0, юных 0, палочкоядерных 0, сегментоядерных 23%, базофилов 2%, эозинофилов 6%, лимфоцитов 3%, моноцитов 2%, СОЭ 27 мм/ч. Ваша тактика:

- 1) назначение антибактериальных препаратов, жаропонижающих, полоскание горла и рекомендации завтра явиться в поликлинику для обследования;
- 2) госпитализация в хирургический стационар;
- 3) экстренная госпитализация в отделение гематологии;+
- 4) вызов бригады инфекционистов.

162. Пациент 60 лет обследуется у терапевта в связи с дисциркуляторной энцефалопатией. При осмотре явных отклонений от нормы нет. В клиническом анализе крови повышен уровень лейкоцитов до 26×10^9 /л и лимфоцитов до 70%. Гемоглобин и тромбоциты в норме. Наиболее вероятный диагноз:

- 1) хроническая вирусная инфекция с очагом воспаления;
- 2) острый лимфолейкоз;
- 3) инфекционный мононуклеоз;
- 4) хронический лимфолейкоз.+

163. Пациент 68 лет обратился к терапевту в связи с ухудшением самочувствия, нарастанием слабости, быстрой утомляемостью, похуданием, болями в костях. При осмотре состояние удовлетворительное, пониженного питания, кожа бледная, чистая. В легких везикулярное дыхание. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный, пальпируется край печени на 1,5 см ниже реберной дуги. Селезенка не пальпируется. В анализе крови гемоглобин 102 г/л, лейкоциты $9,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы 3%, сегментоядерные нейтрофилы 73%, эозинофилы 4%, лимфоциты 16%, моноциты 4%, тромбоциты $157,3 \times 10^9$ /л, СОЭ 72 мм/ч. В моче – протеинурия 4,2 г/л. В биохимическом анализе крови повышено содержание общего белка до 105 г/л. Вы подозреваете миеломную болезнь. Окончательный диагноз устанавливается с помощью

- 1) исследования костного мозга;+
- 2) биохимического анализа крови;
- 3) пункции периферических лимфоузлов;
- 4) УЗИ периферических лимфоузлов.

164. Пациентка 76 лет обратилась к терапевту в связи с ухудшением самочувствия, нарастанием слабости, быстрой утомляемостью. При осмотре состояние относительно удовлетворительное, пониженного питания, кожа обычной окраски, чистая. Увеличены все группы лимфатических узлов, лимфоузлы размером от 2 до 3,5 см в диаметре, безболезненные, не спаяны между собой и окружающими тканями. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный, пальпируется край печени на 1,5 см ниже реберной дуги, нижний полюс селезенки на 5 см ниже реберной дуги. В

анализе крови: гемоглобин 96 г/л, эритроциты $3,24 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $167 \times 10^9/л$, сегментоядерные нейтрофилы 11%, лимфоциты 89%, тромбоциты $65,3 \times 10^9/л$, СОЭ 13 мм/ч. Вы подозреваете у больного хронический лимфолейкоз. Ваша тактика:

- 1) назначить пробный курс лечения антибиотиками;
- 2) назначить физиолечение;
- 3) направить к гематологу для дообследования и определения лечебной тактики;+**
- 4) с учетом возраста рекомендовать динамическое наблюдение.