Методические материалы по дисциплине:
Паллиативная помощь. Вертебрология и мануальная медицина. Психосоматика. Реабилитационные технологии.

основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета

КОД Наименование ОП - 31.05.01 "Лечебное дело"

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. СеченоваМинистерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Институт клинической медицины
им. Н.В. Склифосовского
Кафедра онкологии

Методические материалы по дисциплине: Паллиативная помощь

основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета

КОД Наименование ОП - 31.05.01 "Лечебное дело"

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

1. Чувствительность опухолей яичников к химиотерапии

а высокочувствительная
б низкочувствительная
в относительно чувствительная +
г нечувствительная
д не определена

2. Характеристика рака яичника IA стадии

а поражение одного яичника без прорастания капсулы +
б поражение одного яичника с прорастанием капсулы
в поражение двух яичников без прорастания капсулы
г поражение одного яичника и асцит
д поражение двух яичников и асцит

3. Характеристика рака яичника IB стадии

а поражение двух яичников без прорастания капсулы +
б поражение одного яичника и асцит
в поражение одного яичника и прорастание капсулы
г поражение одного яичника
д поражение двух яичников с прорастанием капсулы

4. Характеристика рака яичника IIC стадии

а метастаз в большом сальнике
б метастазы в малом тазу и асцит +
в метастазы в паховых лимфатических узлах
г поражение обоих яичников и асцит
д поражение одного яичника и метастаз в парааортальном лимфоузле

5. Характеристика рака яичника IIIA стадии

а метастаз на диафрагме
б метастаз в брюшной полости до 2 см
в микрометастазы в большом сальнике +
г метастаз в паховом лимфатическом узле
д метастаз в печени

6. Характеристика рака яичника IIIB стадии

а метастаз до 2 см в брюшной полости +
б прорастание в мочевой пузырь
в метастаз в надключичном лимфатическом узле
г метастаз более 2 см в брюшной полости
д метастаз до 5 см в брюшной полости

7. Тактика при пограничных эндометриоидных кистах яичников у молодых

а радикальная операция и химиотерапия
б радикальная операция
в сберегательная операция +
г сберегательная операция и химиотерапия
д сберегательная операция и лучевая терапия

8. Лечение пограничных муцинозных опухолей яичников у молодых

а сберегательная операция +
б радикальная операция
в радикальная операция и химиотерапия
г сберегательная операция и химиотерапия
д радикальная операция и гормонотерапия

9. Лечение дисгерминомы яичника IA стадии

а радикальная операция и облучение
б радикальная операция и химиотерапия
в сберегательная операция +
г сберегательная операция и химиотерапия
д сберегательная операция и облучение

10. Лечение смешанной дисгерминомы IA стадии

а сберегательная операция
б сберегательная операция и химиотерапия +
в радикальная операция и химиотерапия
г радикальная операция
д радикальная операция и лучевая терапия

11. Лечение дисгерминомы яичника с метастазами в парааортальных лимфатических узлах

а аднексэктомия с лимфаденэктомией
б аднексэктомия, лучевая терапия, химиотерапия
в аднексэктомия, химиотерапия, лучевая терапия +
г аднексэктомия, лучевая терапия
д экстирпация матки с придатками и резекция большого сальника

12. Эндоскопическая диагностика рака тела матки

а гистероскопия +
б кольпоскопия
в лапароскопия
г кольпомикроскопия
д пельвиоскопия

13. Гистологические формы рака эндометрия

а плоскоклеточный рак
б аденокарцинома +
в эндометриальная стромальная опухоль
г мелкоклеточный рак
д мезенхимальная опухоль

14. Показания к модифицированной расширенной экстирпации матки с придатками

а опухоль в дне полости матки
б опухоль занимает всю полость матки +
в инфильтрация параметриев
г инфильтрация влагалища
д переход на шейку матки

15. Показания к операции Вертгейма при раке эндометрия

а метастазы в яичнике
б поражение всей полости матки
в переход на цервикальный канал +
г инфильтрация параметриев
д инфильтрация влагалища

16. Рак эндометрия IA стадии

а поражения в дне полости матки
б размеры опухоли до 1 см
в поражение слизистой оболочки +
г инвазия до 3 мм
д инвазия до 5 мм

17. Рак эндометрия IB стадии

а опухоль до 2 см в диаметре
б инвазия до 1 см +
в инвазия более 1 см
г прорастание серозы
д метастаз в яичнике

18. Рак тела матки IC стадии

а метастазы в яичнике
б прорастание серозы
в инвазия более 1 см без прорастания серозы +
г метастазы в подвздошных лимфатических узлах
д переход на цервикальный канал

19. Рак тела матки II стадии

а поражение цервикального канала +
б прорастание серозы
в метастазы в яичниках
г метастазы в подвздошных лимфатических узлах
д метастазы в паховых лимфатических узлах

20. Рак тела матки IIIA стадии

а метастазы в сальнике
б прорастание серозы +
в метастазы в парааортальных лимфатических узлах
г метастазы в придатках
д метастазы в подвздошных лимфатических узлах

21. Рак тела матки IVA стадии

а метастазы в легких
б метастазы в паховых лимфатических узлах
в прорастание соседних органов+
г метастазы в надключичных лимфатических узлах
д метастазы в печени

22. Гормонотерапия рака эндометрия

а эстрадиол
б производные прогестеронов +
в андрогены
г прогестерон
д глюкокортикоиды

23. Лечение атипической гиперплазии эндометрия в постменопаузе

а лучевая терапия
б операция +
в гормонотерапия
г операция и гормонотерапия
д гормонотерапия и операция

24. Лечение атипической гиперплазии эндометрия у молодых

а хирургическое
б гормонотерапия +
в химиотерапия
г хирургическое + гормонотерапия
д лучевое

25. Лечение метастазов рака эндометрия в легких

а химиотерапия
б гормонотерапия и химиотерапия +
в гормонотерапия и лучевая терапия
г облучение
д хирургическое, химиотерапия

26. Опухолевый маркёр для трофобластической болезни

а ХГ +
б ЛГ
в РГЛГ
г АФП
д СА-125

27. Неблагоприятные прогностические факторы при хорионкарциноме

а выявление после аборта
б выявление после родов +
в возраст моложе 30 лет
г возраст старше 40 лет
д наличие миомы

28. Лечение пролиферирующего пузырного заноса

а лучевое лечение
б экстирпация матки
в эвакуация и химиотерапия +
г экстирпация матки и химиотерапия
д химиотерапия, эвакуация

29. Лечение неметастатической хорионкарциномы матки

а операция
б монохимиотерапия
в полихимиотерапия +
г гормонотерапия

д монохимиотерапия и гормонотерапия

30. Показана ли лучевая терапия при лейомиосаркоме матки

а показана
б не показана +
в показана в сочетании с гормонотерапией
г показана в сочетании с химиотерапией
д показана в сочетании с химиогормонотерапией

31. Гистологические формы наиболее частых форм рака влагалища

а плоскоклеточный рак +
б железистый
в светлоклеточный
г аденосквамозный
д недифференцированный

32. Методы лечения рака влагалища II стадии

а лучевой +
б хирургический
в химиотерапевтический
г хирургический и лучевой
д лучевой и хирургический

33. Рак влагалища I стадии

а переход на шейку матки
б инфильтрация клетчатки
в изолированное поражение влагалища +
г инфильтрация стенки мочевого пузыря
д инфильтрация уретры

34. Рак влагалища III стадии

а метастазы в яичниках
б метастазы в паховых лимфатических узлах +
в метастазы в поясничных лимфатических узлах
г метастазы в надключичных лимфатических узлах
д прорастание в мочевой пузырь

35. Рак влагалища II стадии

а инфильтрация клетчатки таза до стенки не доходит +
б поражение уретры
в поражение ануса
г метастазы в паховые л/у
д метастазы в тазовые л/у

36. Объем операции при раке фаллопиевой трубы

а экстирпация матки с придатками
б модифицированная расширенная экстирпация матки с придатками
в экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника +
г операция Вертгейма
д надвлагалищная ампутация матки с придатками

37. Наиболее частые злокачественные опухоли гениталий у девочек

а саркома матки
б рак шейки матки
в опухоли яичников +
г саркомы влагалища
д рак тела матки

38. Основной гистотип злокачественных опухолей влагалища и вульвы у девочек

а плоскоклеточный рак
б железистый рак
в лейомиосаркома
г рабдомиосаркома +
д мезонефроидный рак

39. Антиэстрогенные препараты, используемые для лечения рака эндометрия

а тамоксифен +
б мегестрол
в туринал
г норколут
д депостат

40. При каких морфологических формах рака шейки матки целесообразно проводить дополнительные курсы химиотерапии

а плоскоклеточный ороговевающий
б плоскоклеточный неороговевающий
в плоскоклеточный малодифференцированный +
г аденокарцинома

41. Адекватный вариант лечения местнораспространенного рака шейки матки IIIб стадии

а сочетанное лучевое лечение
б химиотерапия
в химиолучевое лечение +
г операция

42. Рак эндометрия 1 стадии, высокодифференцированная аденокарцинома, пациентке 70 лет. Какой вид лечения предпочтительнее

а гормонотерапия
б оперативное лечение
в внутриполостная гамматерапия
г сочетанное лучевое лечение
д гормонотерапия + сочетанная лучевая терапия +

43. Что является этиологическим фактором в развитии рака эндометрия

а гиперэстрогения +
б вирус папилломы человека
в химические факторы
г вагинальная инфекция
д вирус простого герпеса

44. Рак шейки матки у женщин молодого возраста чаще локализуется на

а влагалищной порции шейки матки +
б в нижней трети влагалища
в в средней трети цервикального канала

г в верхней трети цервикального канала
д одинаково часто

45. У девушки 18 лет на операции выявлена герминогенная опухоль левого яичника. Какой объем оперативного вмешательства следует выбрать

а надвлагалищная ампутация матки с придатками + резекция большого сальника
б надвлагалищная ампутация матки с придатками
в удаление опухоли со срочным гистологическим исследованием
г удаление придатков на стороне опухоли + резекция контрлатерального яичника + резекция большого сальника +

46. У больной 50 лет − рак эндометрия. До операции при комплексном обследовании установлена инвазия аденокарциномы до серозной оболочки матки. Объем лечения

а экстирпация матки с придатками
б экстирпация матки с придатками + лимфаденэктомия
в расширенная экстирпация матки с придатками
г экстирпация матки с придатками + лимфаденэктомия + лучевая терапия +

47. У женщины 40 лет − рак вульвы. Опухоль размерами до 1,5 см в диаметре без инфильтрации тканей располагается в верхней трети большой половой губы. Ваш выбор метода лечения

а гемивульвэктомия + операция Дюкена
б лучевая терапия
в гемивульвэктомия + лучевая терапия
г гемивульвэктомия +

48. У женщины 55 лет по поводу миомы матки произведена операция − экстирпация матки с придатками. При гистологическом исследовании в одном из узлов, расположенных в дне матки выявлена лейомиосаркома. Ваша тактика

а наблюдение +
б лучевая терапия
в химиотерапия
г химиотерапия + лучевая терапия

49. В каком случае рака молочной железы УЗИ имеет преимущества перед маммографией

а при диагностике опухоли внутренней локализации
б при диагностике минимального рака
в при диагностике неинвазивного рака
г при диагностике у женщин моложе 35 лет +
д при диагностике у женщин старше 35 лет

50. Доброкачественные заболевания кожи с наименьшим риском малигнизации:
а) лентиго
б) меланоз Дюбрея
в) внутридермальный невус +
г) пигментная ксеродерма

51. Отметьте показание для органосохраняющей операции при раке молочной железы

а размер опухоли до 3 см (при адекватном соотношении опухоль/молочная железа) +
б локализация опухоли
в отсутствие признаков связи опухоли с кожей
г возраст больных до 40 лет
д наличие признаков связи опухоли с кожей

52. Какой препарат является препаратом выбора для адъювантной гормонотерапии у больных РМЖ при положительных эстроген-рецепторах

а тамоксифен +
б производные эстрогена
в преднизолон
г мегейс
д тио-ТЭФ

53. В каком случае УЗИ имеет преимущества перед маммографией

а при диагностике внутрипротоковых папиллом
б при диагностике минимального рака
в при диагностике неинвазивного рака
г при диагностике кист +
д при расположении опухоли на периферии молочной железы

54. Укажите обязательное условие для начала любого специального противоопухолевого лечения по поводу рака молочной железы

а отсутствие признаков отдаленных метастазов
б отсутствие признаков врастания опухоли в грудные мышцы
в морфологическая верификация диагноза +
г отсутствие выраженной лейкопении
д все неверны

55. Что является показанием для радикальной мастэктомии по Холстеду

а массивное метастатическое поражение подмышечных лимфоузлов
б связь опухоли с кожей
в ограниченная подвижность опухоли +
г размер опухоли более 5 см
д условия 2 и 3

56. Что является абсолютным показанием для проведения адъювантного лечения после мастэктомии по поводу рака

а размер опухоли более 5 см
б размер опухоли более 10 см
в расположение опухоли во внутренних квадрантах и центральной зоне молочной железы
г регионарные метастазы +
д все неверны

57. Какая из перечисленных характеристик рака молочной железы наиболее точно позволяет прогнозировать эффективность планируемой гормонотерапии

а высокая степень дифференцировки опухоли
б глубокая менопауза
в преклонный возраст больной
г положительный эстроген-рецепторный статус +
д свободный интервал более 2 лет

58. При каких вариантах первично-неоперабельного рака молочной железы нет оснований рассчитывать на успех гормонотерапии

а опухоль врастает в грудную стенку
б подмышечные метастазы врастают в стенки аксиллярной впадины
в опухоль изъязвлена
г отечно-инфильтративный и острые варианты рака +
д все верны

59. У 50-летней женщины выделения из соска одной груди серозного характера. При пальпации и маммографии патологии в молочных железах не обнаружено. Укажите наиболее вероятную причину этих

выделений

а листовидная фиброаденома
б внутрипротоковая папиллома +
в медуллярная карцинома
г мастопатия
д все верны

60. У 57-летней женщины выделения из сосков молозивоподобного характера. При пальпации и маммографии патологии в молочных железах не обнаружено. Укажите наиболее вероятную причину рассматриваемых выделений

а листовидная фиброаденома
б внутрипротоковая папиллома +
в аденома гипофиза
г рак
д все верны

61. У 57 летней женщины, вскормившей грудью 5 детей, выделения из сосков молозивоподобного характера. При пальпации и маммографии патологии в молочных железах не обнаружено. Укажите наиболее вероятную причину рассматриваемых выделений

а оккультный рак
б многократная лактация в прошлом +
в аденома гипофиза
г галактоцеле
д все верны

62. Укажите наиболее вероятную причину выделений из соска одной или обеих молочной железы, имеющих «грязный» вид. Пальпация и маммография не обнаружили патологию в молочных железах

а галактофорит +
б хронический абсцесс
в внутрипротоковая папиллома
г рак
д все верны

63. Укажите наиболее вероятную причину выделений из соска одной или обеих молочной железы, имеющих зеленовато-серый вид. Пальпация и маммография не обнаружили патологию в молочных железах

а протоковый рак
б медуллярная карцинома
в дуктэктазия +
г галактоцеле
д все верны

64. У 40-летней женщины выделения из соска одной груди серозно-геморрагического характера. При пальпации и бесконтрастной маммографии патологии в молочных железах не обнаружено. Укажите наиболее целесообразный метод уточняющей диагностики

а эксцизионная биопсия
б контрастная маммография +
в парастернальная флебография
г УЗИ
д все верны

65. Какие опухоли молочной железы относятся к TIS

а инвазивный рак размером до 2 см
б инвазивный рак размером до 1 см
в неинвазивные протоковый и дольковый раки, рак Педжета соска +

г только рак Педжета соска
д все верны

66. Какие опухоли молочной железы относятся к TIS

а минимальный рак размером до 1 см
б протоковый и дольковый неинвазивные раки и рак Педжета соска +
в доброкачественные опухоли
г саркомы
д все верны

67. Какие опухоли молочной железы обозначаются как T1

а раковые опухоли до 2 см
б раковые опухоли без регионарных метастазов
в любые злокачественные опухоли до 2 см
г раковая опухоль без признаков связи с кожей
д раковая опухоль до 2 см включительно +

68. Какие опухоли молочной железы обозначаются как T2

а все опухоли до 5 см
б все опухоли до 5 см включительно
в опухоли более 2 см до 5 см включительно +
г опухоли с одиночными подмышечными метастазами
д все верны

69. Какие опухоли молочной железы обозначаются как T2

а опухоли, не связанные с кожей
б опухоли до 5 см включительно
в опухоли более 2 см – до 5 см включительно +
г опухоли до 3 см включительно без регионарных метастазов
д все верны

70. Какие опухоли молочной железы обозначаются как T3

а опухоли от 5 см до 10 см
б все опухоли до 10 см включительно
в опухоли более 5 см +
г опухоли с множественными подмышечными метастазами
д все верны

71. Как симптом «втяжения соска» имеет значение на оценку РМЖ по параметру Т

а не имеет значения
б имеет I и II степени +
в имеет I, II и III степени
г имеет I-IV степени
д делится на истинный и ложный

72. Как симптом «втяжения кожи» над опухолью влияет на оценку РМЖ по параметру Т

а не влияет +
б наличие симптома относит опухоль к T2
в наличие симптома относит опухоль к T3
г наличие симптома относит опухоль к T4а
д наличие симптома относит опухоль к T4в

73. Какой из перечисленных признаков является характеристикой T4а при раке молочной железы

а прорастание опухоли в грудную стенку (ребра, межреберные мышцы и т. п.) +
б любой отек кожи по типу «лимонной корки»
в только диффузный отек по типу «лимонной корки»
г втяжение кожи II степени над опухолью
д все верны

74. Какой из перечисленных симптомов является признаком Т4а при раке молочной железы

а только диффузный отек по типу лимонной корки
б прорастание опухоли в грудную стенку (ребра, межреберные мышцы и т. п.) +
в прорастание опухоли в грудные мышцы
г изъязвление опухоли
д варианты 1 и 3

75. Какой из перечисленных симптомов является признаком Т4б при раке молочной железы

а только диффузный отек по типу лимонной корки
б неподвижность опухоли +
в изъязвление кожи над опухолью
г ограниченная подвижность опухоли
д метастазы-сателлиты

76. Какой из перечисленных симптомов является одной из характеристик Т4б при раке молочной железы

а диффузный отек по типу лимонной корки +
б прорастание опухоли в грудную стенку
в втяжение кожи над опухолью II степени
г прорастание опухоли в грудные мышцы
д все верны

77. Какой из перечисленных симптомов является одной из характеристик Т4б при раке молочной железы

а прорастание опухоли в грудную стенку
б втяжение кожи над опухолью II степени
в прорастание опухоли в грудные мышцы
г изъязвление опухоли +
д все верны

78. Какой из перечисленных симптомов является одной из характеристик Т4в при раке молочной железы

а прорастание опухоли в грудную стенку
б втяжение кожи над опухолью II степени
в прорастание опухоли в грудные мышцы
г метастазы-сателлиты +
д все верны

79. Какой из перечисленных симптомов является одной из характеристик Т4в при раке молочной железы

а опухоль в виде инфильтрата без определимых границ +
б прорастание опухоли в грудную стенку
в втяжение кожи над опухолью II степени
г прорастание опухоли в грудные мышцы
д все верны

80. Какие признаки являются характеристиками Т4с при раке молочной железы

а признаки псевдомастита
б признаки псевдорожистого воспаления
в изъязвление + прорастание опухоли в грудную стенку +
г метастазы-сателлиты
д все верны

81. Какой из перечисленных симптомов является характеристикой T4d при раке молочной железы

а метастазы-сателлиты в коже молочной железы
б прорастание опухоли в грудную стенку (ребра, межреберные мышцы и т. п.)
в признаки псевдорожистого воспаления +
г обширное изъязвление опухоли
д все верны

82. Какой из перечисленных симптомов является характеристикой T4d при раке молочной железы

а метастазы-сателлиты в коже молочной железы
б прорастание опухоли в грудную стенку (ребра, межреберные мышцы и т. п.)
в признаки псевдомастита +
г обширное изъязвление опухоли
д все верны

83. Укажите характеристики N2 при раке молочной железы

а множественные подмышечные лимфоузлы с признаками метастазов
б пальпируются, но нет признаков их поражения метастазами
в пальпируется одиночный подмышечный метастаз
г подмышечный метастаз с признаками подрастания к коже +
д все верны

84. Укажите характеристики N2 при раке молочной железы

а множественные подмышечные лимфоузлы с признаками метастазов
б пальпируются лимфоузлы без признаков поражения метастазами
в пальпируется одиночный подмышечный метастаз
г неподвижный подмышечный метастаз +
д все верны

85. Укажите признаки N3 при раке молочной железы

а пальпируются неподвижный подмышечный метастаз
б пальпируются конгломерат лимфоузлов, пораженных метастазами
в парастернальные метастазы +
г надключичный метастаз
д все верны

86. В каких случаях применяется градация TX при раке молочной железы

а если нет морфологического подтверждения опухоли
б если трудно оценить размеры и местное распространение опухоли
в если нет уверенности в диагнозе
г если описание опухоли в документе не позволяет оценить ее по TNM, а уточняющий осмотр больной невозможен +
д все неверны

87. В каких случаях применяется градация NX при раке молочной железы

а если описание лимфоузлов в документе не позволяет оценить ее по TNM, а уточняющий осмотр больной невозможен +
б пальпируются лимфоузлы без четких признаков поражения метастазами
в подмышечные лимфоузлы не пальпируются
г пальпируются контрлатеральные подмышечные лимфоузлы
д все неверны

88. Основным методом первичной диагностики рака молочной железы является

а пальпаторное определение опухоли
б маммография
в УЗИ молочных желез
г цитологическое исследование +

89. Показаниями для назначения адъювантной терапии при раке молочной железы является

а наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах +
б наличие отдаленных метастазов
в молодой возраст больных (до 40 лет)
г высокий уровень рецепторов эстрогенов

90. Адекватный метод лечения отечно-инфильтративной формы рака молочной железы

а хирургический
б лучевой
в химиолучевой
г химиогормонолучевая терапия +

91. Больная по поводу рака молочной железы в течение 2-х лет принимала тамоксифен. Появились сукровичные выделения из половых путей. Ваша тактика

а увеличить дозу тамоксифена
б отменить тамоксифен
в гемостатическая терапия
г гистероцервикоскопия с прицельной биопсией эндометрия +

92. Пассивное распространение опухоли почки в почечную или полую вены относятся к символу

а T3 +
б T4
в N1
г M1

93. Поражение регионарных лимфатических узлов при раке мочевого пузыря относят к

а I стадии
б II стадии
в III стадии
г IV стадии +

94. Наиболее частая гистологическая форма рака мочевого пузыря

а плоскоклеточный
б переходноклеточный +
в аденокарцинома
г мелкоклеточный

95. Термин «феохромоцитома» означает

а доброкачественная опухоль почки
б злокачественная опухоль почки
в доброкачественная опухоль надпочечника +
г злокачественная опухоль надпочечника

96. Термин «гипернефрома» означает

а доброкачественная опухоль почки
б злокачественная опухоль почки +

в доброкачественная опухоль надпочечника
г злокачественная опухоль надпочечника

97. Саркомы Юинга наиболее часто встречаются в возрасте

а до 25 лет +
б от 30 до 40 лет
в от 40 до 50 лет
г от 50 до 60 лет
д от 60 до 70 лет

98. К костномозговым саркомам относятся

а остеогенная саркома
б саркома Юинга +
в хондросаркома
г периостальная саркома
д перихондрома

99. Остеогенная саркома, как правило, метастазирует

а в легкие +
б в кости
в в лимфатические узлы
г в печень
д в головной мозг

100. При лечении саркомы Юинга ведущая роль отводится

а лучевой терапии + химиотерапии +
б хирургическому лечению
в хирургическому лечению с последующей послеоперационной химиотерапией
г лучевой терапии
д все ответы верные

101. Для хондросаркомы высокой степени морфологической зрелости свойственно

а медленное развитие с малой выраженностью симптомов +
б быстрый рост
в наличие сильных постоянных болей
г частые патологические переломы
д все ответы верные

102. У больной 48 лет выявлена хондросаркома бедренной кости II степени злокачественности. Наиболее целесообразно проведение

а комплексного лечения
б только хирургического лечения +
в лучевого лечения
г лекарственного лечения
д динамического наблюдения

103. Первичной саркомой Юинга могут поражаться

а только длинные трубчатые кости
б только плоские кости
в длинные трубчатые и плоские кости +

104. Лучевая терапия нецелесообразна

а при остеоме +

б при гигантоклеточной опухоли
в при эозинофильной гранулеме
г при ретикулосаркоме
д при саркоме Юинга

105. Наиболее радиочувствительной является

а хондросаркома
б остеогенная саркома
в саркома Юинга +
г фибросаркома
д ретикулосаркома

106. Лучевая терапия является ведущим методом лечения

а при хондросаркоме
б при фибросаркоме
в при саркоме Юинга +
г при ретикулосаркоме
д при хондроме

107. Функция конечностей при саркоме мягких тканей нарушается

а редко
б как правило, при запущенных процессах +
в всегда
г никогда
д все ответы верны

108. К костномозговым опухолям относятся

а саркома Юинга +
б остеобластокластома
в остеогенная саркома
г ретикулосаркома
д хондросаркома

109. Феохромоцитома и хемодектома относятся к опухолям

а параганглионарных структур +
б периферических нервов
в мезотелиальной ткани
г кроветворной ткани
д костномозговой ткани

110. Какому лечению следует отдавать предпочтение при локализованных формах сарком мягких тканей

а физиотерапия, включая рассасывающую
б экономное иссечение опухоли
в комбинированное лечение +
г химиотерапия

111. Для злокачественной опухоли кости наиболее характерны

а боли, усиливающиеся при ходьбе
б боли, усиливающиеся по ночам +
в боли, усиливающиеся под влиянием физиотерапии
г боли, усиливающиеся при иммобилизации

112. Наиболее частым симптомом злокачественной опухоли кости является

а патологический перелом
б наличие опухолевидного образования
в боли +
г ограничение подвижности в суставе

113. Наиболее частой локализацией злокачественной опухоли кости являются

а метаэпифизы длинных трубчатых костей +
б плоские кости
в диафизы длинных трубчатых костей
г позвоночник

114. Самостоятельное хирургическое лечение показано при

а остеогенной саркоме
б саркоме Юинга
в хондросаркоме+
г ретикулосаркоме

115. При остеогенной саркоме лечебной тактикой выбора является

а предоперационная лучевая терапия с отсроченной ампутацией
б предоперационная лучевая терапия с ампутацией и адъювантной химиотерапией
в предоперационная химиолучевая терапия с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией
г 2-4 курса неоадъювантной химиотерапии с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией +
д предоперационная лучевая терапия со срочной ампутацией

116. Наиболее часто саркомы костей метастазируют в

а печень
б легкие +
в лимфатические узлы
г кости
д желудок

117. Показателем адекватности при удалении саркомы мягких тканей является

а удаление опухоли с окружающей ее капсулой
б иссечение опухоли с окружающими ее мышцами, отступя на 1 см краев новообразования
в удаление опухоли с мышечно-фасциальным футляром, в котором она расположена +
г удаление опухоли с отступом на 3 см от ее краев
д удаление опухоли без капсулы

118. У девушки 19 лет агрессивный фиброматоз мягких тканей нижней конечности. Инфильтрат распространяется от паховой складки до средней трети голени. Что следует предпринять

а экзартикуляцию
б ампутацию
в лучевую терапию
г химиогормонолучевое лечение +
д лекарственное лечение

119. Клинические проявления забрюшинных неорганных опухолей в первую очередь обусловлены

а гистологической структурой опухоли
б размерами опухоли

в локализацией опухоли
г размерами и локализацией опухоли +
д гистологической структурой и размерами опухоли

120. При забрюшинных неорганных опухолях чаще встречается

а прорастание различных органов опухолью
б сдавление или смещение органов опухолью +
в с одинаковой частотой встречается как прорастание, так и сдавление или смещение органов опухолью

г правильного ответа нет

121. Среди интраоперационных осложнений по поводу забрюшинных неорганных опухолей чаще всего встречается

а кровотечение в связи с ранением крупных магистральных сосудов
б кровотечение при ранении мелких сосудов во время мобилизации опухоли +
в ранение полых органов
г ранение паренхиматозных органов
д ранение брыжеечных сосудов

122. В настоящее время наиболее часто в лечении больных с неорганными забрюшинными опухолями используется

а хирургический метод +
б химиотерапевтическое лечение
в лучевая терапия
г комбинированные методы лечения
д с одинаковой частотой используются все перечисленные методы лечения

123. При возникновении рецидива забрюшинной неорганной опухоли что целесообразно

а попытка его хирургического удаления +
б попытка химиотерапевтического лечения
в попытка лучевого лечения
г проведение симптоматической терапии

124. Первые клинические проявления забрюшинных неорганных опухолей

а воспаление
б сдавление окружающих структур +
в кровотечение
г пальпируемая опухоль

125. Из каких клеток развивается меланома кожи

а из фибробластов
б из меланоцитов +
в из эпителиальных клеток
г из макрофагов
д из гистиоцитов

126. Заболеваемость меланомой кожи

а остается неизменной
б увеличивается +
в уменьшается
г увеличивается в детском возрасте
д увеличивается только в средних широтах

127. При какой меланоме кожи имеются наибольшие диагностические трудности

а при меланоме, развившейся из пигментного невуса
б при меланоме, развившейся на фоне меланоза Дюбрейля
в при меланоме, развившейся de novo +
г при меланоме, сопровождающейся изъязвлением
д при меланоме, сопровождающейся наличием сателлитов

128. Лентиго-меланома обычно развивается на фоне

а голубого пигментного невуса
б меланоза Дюбрейля +
в неизмененной кожи
г пограничного невуса
д гигантского пигментного невуса

129. На какое расстояние при иссечении пигментного невуса следует отступать от его края

а на 0,5 см
б на 1,0 см +
в на 2,0 см
г на 3,0 см
д граница иссечения не имеет значения

130. Сколько уровней инвазии по Кларку различают при меланоме кожи

а один уровень
б два уровня
в три уровня
г четыре уровня
д пять уровней +

131. Какая толщина меланомы кожи классифицируется как pT1

а до 0,75 мм +
б до 1,5 мм
в более 1,5 мм
г до 4,0 мм
д более 4,0 мм

132. Какая толщина меланомы кожи классифицируется как pT2

а до 0,75 мм
б до 1,5 мм +
в более 1,5 мм
г до 4 мм
д более 4 мм

133. Какая толщина меланомы кожи классифицируется как pT3

а до 0,75 мм
б до 1,5 мм
в более 1,5 мм
г до 4 мм +
д более 4 мм

134. Какая толщина меланомы кожи классифицируется как pT4

а до 0,75 мм
б до 1,5 мм

в более 1,5 мм
г до 4 мм
д более 4 мм (или сателлиты в пределах 2 см от первичной опухоли) +

135. При I уровне инвазии кожи по Кларку меланома располагается

а над базальной мембраной +
б под базальной мембраной до папиллярного слоя дермы
в инфильтрирует папиллярно-ретикулярный слой дермы
г инфильтрирует глубокий ретикулярный слой дермы
д инфильтрирует подкожную клетчатку

136. При II уровне инвазии кожи по Кларку меланома располагается

а над базальной мембраной
б под базальной мембраной до папиллярного слоя дермы +
в инфильтрирует папиллярно-ретикулярный слой дермы
г инфильтрирует глубокий ретикулярный слой дермы
д инфильтрирует подкожную клетчатку

137. При III уровне инвазии кожи по Кларку меланома располагается

а над базальной мембраной
б под базальной мембраной до папиллярного слоя дермы
в инфильтрирует папиллярно-ретикулярный слой дермы +
г инфильтрирует глубокий ретикулярный слой дермы
д инфильтрирует подкожную клетчатку

138. При IV уровне инвазии кожи по Кларку меланома располагается

а над базальной мембраной
б под базальной мембраной до папиллярного слоя дермы
в инфильтрирует папиллярно-ретикулярный слой дермы
г инфильтрирует глубокий ретикулярный слой дермы +
д инфильтрирует подкожную клетчатку

139. При V уровне инвазии кожи по Кларку меланома располагается

а над базальной мембраной
б под базальной мембраной до папиллярного слоя дермы
в инфильтрирует папиллярно-ретикулярный слой дермы
г инфильтрирует глубокий ретикулярный слой дермы
д инфильтрирует подкожную клетчатку+

140. Символом N1 при меланоме кожи обозначаются

а метастазы до 1 см в наибольшем измерении в любом из регионарных лимфатических узлов
б метастазы до 2 см в наибольшем измерении в любом из регионарных лимфатических узлов
в метастазы до 3 см в наибольшем измерении в любом из регионарных лимфатических узлов+
г метастазы более 3 см в наибольшем измерении в любом из регионарных лимфатических узлов
д метастазы более 4 см в наибольшем измерении в любом из регионарных лимфатических узлов

141. Для радикального иссечения меланомы кожи конечностей и туловища следует отступать от ее наружного края

а не менее 0,5 см
б не менее 1 см
в не менее 2 см
г не менее 3 см +
д не менее 5 см

142. Для радикального иссечения меланомы кожи лица следует отступать от ее наружного края

а не менее 0,5 см
б не менее 1 см
в не менее 2 см +
г не менее 3 см
д не менее 4 см

143. Первичная кожная пластика при меланоме кожи

а недопустима
б допустима +
в допустима только после лучевой терапии
г допустима на фоне химиотерапии
д допустима на фоне иммунотерапии

144. Наиболее эффективным методом лечения меланомы кожи является

а иммунотерапия
б лучевая терапия
в хирургическое иссечение +
г химиотерапия
д гормонотерапия

145. Метастатическое поражение контралатеральных паховых лимфатических узлов при меланоме кожи бедра следует расценивать как

а регионарные метастазы
б отдаленные метастазы +
в транзитные метастазы
г диссеминацию процесса
д гематогенные метастазы

146. Какой химиопрепарат из перечисленных является наиболее эффективным при лечении диссеминированной меланомы кожи

а циклофосфан
б тио-ТЭФ
в DTIC (дакарбазин) +
г метотрексат
д винкристин

147. В каком возрасте предпочтительно удалять пигментные невусы

а в возрасте до 3 лет
б в возрасте до 7 лет
в до наступления полового созревания +
г после 30 лет
д после 40 лет

148. У больного 63 лет плоскоклеточный рак кожи спины диаметром около 2,5 см на фоне рубцовых изменений после ожогов. Ему наиболее целесообразно

а хирургическое удаление +
б лазерная деструкция

в дистанционная □-терапия
г облучение электронами
д близкофокусная рентгенотерапия

149. Базальноклеточный рак наиболее часто локализуется на коже

а волосистой части головы
б лица +
в верхних конечностей
г нижних конечностей
д туловища

150. Наиболее выраженным инфильтративным ростом и тенденцией к метастазированию обладают

а плоскоклеточный рак кожи на фоне пигментной ксеродермы
б плоскоклеточный рак кожи на фоне сифилиса
в люпус-карцинома (на фоне красной волчанки) +
г базальноклеточный рак
д ретикулосаркома

151. У больного раком кожи волосистой части головы, без деструкции костей черепа, размерами 2,5 см, без регионарных метастазов, следует выставить стадию процесса

а I стадия
б II стадия +
в III стадия
г IV стадия
д Ia стадия

152. Рак кожи волосистой части головы без деструкции костей черепа, без регионарных метастазов, размерами более 5 см соответствует

а I стадии
б II стадии
в III стадии +
г IV стадии
д Ia стадии

153. Из нижеперечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому

а папилломатозный невус
б «монгольское» пятно
в невус Ито
г меланоз Дюбрейля +
д внутридермальный невус

154. Наличие дочерних пигментных включений на коже (сателлитов) вокруг меланомы указывает

а на местную распространенность процесса
б на наличие дополнительных невоидных образований
в на рецидив меланомы
г на диссеминацию процесса +
д на замедление роста

155. Наличие инфильтрации меланомы до ретикулярного слоя кожи указывает на степень инвазии по Clark

а I
б II
в III +
г IV

д V

156. Поражение сосочкового слоя кожи при меланоме соответствует степени инвазии по Clark

а I
б II +
в III
г IV
д V

157. Поражение базального слоя кожи при меланоме соответствует степени инвазии по Clark

а I
б II
в III
г IV +
д V

158. Ведущим методом лечения меланомы кожи является

а хирургический +
б лучевая терапия
в комбинированный
г электрокоагуляция
д химиотерапевтический

159. Наихудшей в плане прогноза можно считать локализацию меланомы на коже

а головы
б верхних конечностей
в туловища
г нижних конечностей +
д шеи

160. Пигментные невусы на слизистой оболочке полости рта в основном

а пограничные
б сложные
в голубые +
г злокачественные
д внутридермальные

161. Наиболее предрасположены к метастазированию

а злокачественное лентиго
б злокачественная меланома
в юношеская меланома +
г узелковая меланома
д поверхностная меланома

162. Первичные меланомы слизистой оболочки рта чаще всего локализуются

а на губах
б на языке
в на слизистой оболочке верхней челюсти +
г на слизистой оболочке нижней челюсти
д на миндалинах

163. Люпус-карцинома – это

а одновременное появление у больного туберкулезной волчанки и рака кожи

б одновременное появление у больного красной волчанки и рака кожи
в одновременное появление у больного туберкулезной и красной волчанки
г наличие двух самостоятельных очагов туберкулеза и рака кожи
д появление в старом очаге туберкулезной волчанки рака кожи +

164. Излюбленная локализация базалиомы на коже

а дистальных отделов конечностей
б туловища
в волосистой части головы
г периорбитальной зоны+
д места перехода кожи в слизистую

165. Наиболее часто первым проявлением Лимфоме Ходжкина является поражение лимфатических узлов

а шейно-надключичных +
б средостения
в забрюшинных
г паховых

166. Поражение лимфатических узлов выше диафрагмы и селезенки при Лимфоме Ходжкина трактуется как

а I стадия
б II стадия
в III стадия +
г IV стадия

167. Поражение костного мозга и печени при Лимфоме Ходжкина относят к

а I стадии
б II стадии
в III стадии
г IV стадии +

168. При Лимфоме Ходжкина IIIБ стадии, смешанно-клеточном варианте, предпочтение следует отдать

а курсам химиотерапии
б лучевой терапии на все зоны поражения и зоны возможного субклинического распространения опухоли
в курсам химиотерапии с последующей лучевой терапией на все зоны поражения +
г все варианты одинаково эффективны

169. При Лимфоме Ходжкина IIA стадии с неблагоприятными факторами прогноза предпочтительно показано лечение

а многокурсовая химиотерапия
б лучевая терапия по радикальной программе
в лучевая терапия на зоны поражения с последующими курсами химиотерапии (5-6 курсов)
г 3 курса химиотерапии, лучевая терапия на зоны поражения и субклинического распространения, 3 курса химиотерапии +

170. При III стадии иммунобластной лимфосаркомы показано лечение

а лучевая терапия по радикальной программе +
б лучевая терапия на область поражения
в 3 курса химиотерапии, лучевая терапия на область поражения, 3 курса химиотерапии
г 3 курса химиотерапии, лучевая терапия на область поражения и субклинические зоны
д монокурсовая химиотерапия

171. Адекватным методом лечения лимфоцитарной лимфосаркомы II стадии является

а химиотерапия
б химиоиммунотерапия
в лучевая терапия
г химиолучевое лечение+

172. Основным методом лечения лимфосарком III стадии является

а химиотерапия
б химиоиммунотерапия
в химиолучевое лечение+
г химиолучевое лечение в сочетании с гормоно- и иммунотерапией

173. Наиболее часто встречающийся морфологический вариант Лимфоме Ходжкина у молодых женщин с поражением средостенных лимфоузлов

а лимфогистиоцитарный тип, нодулярный
б лимфогистиоцитарный тип, диффузный
в нодулярный склероз +
г смешанноклеточный тип
д ретикулярный тип

174. При Лимфоме Ходжкина с поражением шейно-надключичных, подмышечных лимфоузлов, расширением тени средостения, распространением инфильтрации на легочную ткань, со спленомегалией, с симптомами интоксикации выставляется стадия

а IIБЕ
б IIIБЕ
в IIIБЕ
г IVБ +
д IVБЕ

175. Для постановки диагноза миеломной болезни необходимо рентгенологическое исследование

а костей черепа
б тазовых костей
в позвоночника
г трубчатых костей
д всех отделов скелета +

176. Основным методом лечения миеломной болезни является

а лекарственный+
б лучевой
в комбинированный (химиолучевой)
г хирургический
д криохирургия

177. У больного 60 лет миеломная болезнь с преимущественным множественным поражением плоских костей. К ранее эффективным химиопрепаратам развилась резистентность. С обезболивающей целью из методов лучевой терапии наиболее целесообразно применить

а введение радиоактивного фосфора
б локальное облучение электронами отдельных зон поражения
в дистанционную гамма-терапию на отдельные зоны поражения +
г дистанционную □-терапию на отдельные зоны поражения
д лучевая терапия нецелесообразна

178. Рак in situ по Международной классификации TNM относится

а к раку +
б к предраку
в к доброкачественным опухолям
г к ретикулоэндотелиальным опухолям
д отношение не определено

179. К Iб клинической группе больных относятся

а больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественное новообразование
б лица, излеченные от злокачественных новообразований
в больные с предопухолевыми заболеваниями +
г все ответы правильные
д все ответы не правильные

180. Методом выбора при лейомиоме пищевода является

а эндоскопическая лазерная деструкция опухоли
б энуклеация опухоли с сохранением целостности слизистой оболочки +
в сегментарная резекция пищевода
г резекция грудного отдела пищевода с одномоментной эзофагопластикой
д все ответы правильные

181. К доброкачественным опухолям молочных желёз относится

а диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
б узловая фиброзно-кистозная мастопатия
в фиброаденома +
г все ответы правильные
д все ответы не правильные

182. Ортоградным лимфогенным метастазированием считается

а метастазирование из лимфатических узлов
б метастазирование против тока лимфы
в метастазирование по току лимфы +
г ни тот, ни другой
д и тот, и другой

183. Гематурия у больного 50 лет, работающего в нефтеперерабатывающей промышленности. Какую патологию можно заподозрить

а гломерулонефрит
б поликистоз почек
в опухоль Вильмса
г рак мочевого пузыря +
д синдром Шенлейн-Геноха

184. Степень гистологической дифференцировки опухоли может быть

а высокой
б средней
в низкой
г все ответы правильны +
д нет правильного ответа

185. Основным свойством клеток злокачественных новообразований является

а обязательное укорочение клеточного цикла
б обязательное удлинение клеточного цикла
в контролируемый рост

г неконтролируемый рост +
д нет правильного ответа

186. Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению

а рака лёгкого
б рака желудка
в рака пищевода
г рака кожи +
д нет правильного ответа

187. Рак in situ отличается от микроинвазионного тем, что

а инфильтрирует и разрушает базальную мембрану
б инфильтрирует ткани в пределах слизистой оболочки
в не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее +
г инфильтрирует слизистую оболочку органа
д инфильтрирует подслизистую оболочку органа

188. Низкодифференцированные опухоли ЖКТ обладают преимущественно

а экзофитным ростом
б смешанным ростом
в инфильтративным ростом +
г неинвазивным ростом
д все перечисленные типы встречается с одинаковой частотой

189. Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является

а повышенное слюноотделение
б дисфагия +
в тошнота
г рвота
д общая слабость

190. Операции Вертгейма – это

а экстирпация матки с придатками
б экстирпация матки с придатками + резекция большого сальника
в надвлагалищная ампутация матки с придатками
г расширенная экстирпация матки с придатками +
д экстирпация придатков матки

191. В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток

а нарушена умеренно
б нарушена выражено
в не нарушена +
г возможны все варианты

192. К облигатному предраку можно отнести

а диффузный семейный полипоз толстой кишки +
б неспецифический язвенный колит
в болезнь Крона
г гиперпластический полип
д все верно

193. К расширенной операции следует относить

а удаление опухоли в пределах здоровых тканей

б удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером
в удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером, всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции +
г удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
д правильного ответа нет

194. К комбинированной операции следует отнести

а удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером
б удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевой процесс +
в удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого заболевания
г все ответы правильные

195. При раке пищевода возможны следующие анатомические типы роста опухоли

а язвенный
б узловой
в инфильтрирующий
г все ответы правильные +

196. Определяющая роль в увеличении заболеваемости населения раком легких принадлежит

а генетическому фактору
б курению +
в профессиональным вредностям
г загрязнению атмосферы
д социальному фактору

197. Лица, составляющие группу повышенного риска заболевания раком легкого

а длительно и много курящие
б больные хроническим бронхитом
в имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями)
г лица с наследственной предрасположенностью
д все верно +

198. По мере роста опухоли при раке легкого скорость нарастания степени нарушения бронхиальной проходимости наиболее выражена

а при раке верхушки легкого
б при пневмониеподобном раке
в при разветвленном раке
г при перибронхиальном узловом раке
д при эндобронхиальном экзофитном раке бронха +

199. Фибробронхоскопия позволяет

а исследовать трахею и бронхи I, II, III, IV порядка
б осмотреть опухоль и определить ее распространенность
в косвенно судить о состоянии лимфатического узла корня легкого и средостения
г получить материал для морфологического исследования
д все верно +

200. Наиболее эффективным методом лечения рака легкого является

а химиотерапия
б лучевой
в хирургический +

г иммунотерапия
д все верно

201. Наиболее достоверный метод диагностики глубины пенетрации при раке пищевода

а КТ
б УЗИ
в эндосонография +
г ЯМРТ
д все верно

202. Периферический рак легкого диаметром 4 см, не прорастающий висцеральной плевры, с одиночными метастазами в бронхопульмональных лимфатических узлах соответствует

а I ст.
б Iа ст.
в IIб ст. +
г IIIа ст.
д IIIб ст.

203. При раке легкого наиболее часто метастазами поражаются группы лимфоузлов

а подмышечные
б надключичные
в внутригрудные +
г забрюшинные
д паховые

204. Одной из наиболее частых причин смерти больных после пневмонэктомии по поводу рака является

а пневмония
б сердечно-сосудистая недостаточность
в бронхиальный свищ и эмпиема плевры +
г тромбоэмболия легочной артерии
д тромбоз вен нижних конечностей

205. Морфологическая верификация диагноза и метастатического поражения лимфоузла и отдаленных органов при раке легкого имеет важное значение в связи с тем, что

а определяет выбор метода лечения
б влияет на выбор объема хирургического вмешательства
в позволяет оценить прогноз заболевания
г все вышеперечисленное верно+
д все неверно

206. Наличие метастатического плеврита при раке легкого соответствует символу

а T1
б T2
в T3
г T4 +
д T0

207. Основной метод диагностики рака щитовидной железы

а радиоизотопное сканирование
б УЗД щитовидной железы
в пункционная биопсия +
г пальпация щитовидной железы
д компьютерная томография

208. Какой рентгенологический симптом характерен для язвенно-инфильтративной опухоли пищевода

а дефект наполнения
б симптом лужицы
в симптом ниши +
г симптом козырька
д правильного ответа нет

209. К химическим канцерогенным веществам относятся

а полициклические ароматические углеводороды и гетероциклические соединения
б ароматические азотосоединения и аминосоединения
в нитрозосоединения
г металлы, металлоиды и неорганические соли.
д все перечисленные +

210. Укажите наиболее информативный метод диагностики рака пищевода

а рентгенография пищевода
б пневмомедиастинография
в радиоизотопное исследование пищевода
г фиброэзофагоскопия с биопсией +
д электрокимография пищевода

211. Гистологическая структура рака пищевода в большинстве случаев

а аденокарцинома
б перстневидно-клеточный рак
в плоскоклеточный рак +
г скиррозная опухоль
д саркома

212. Токсикоанемический синдром более характерен для опухоли какой локализации

а слепая кишка
б восходящая кишка +
в поперечная кишка
г сигмовидная кишка
д прямая кишка

213. При каком осложнении опухолей толстой и прямой кишки может наблюдаться симптом Вааля

а непроходимость +
б перфорация
в пенетрация с образованием свища
г метастазирование
д кровотечение

214. Основной метод лечения рака почки II ст.

а лучевая терапия
б химиотерапия
в гормональная терапия
г нефрэктомия +
д консервативная терапия

215. Какой из указанных метастазов рака желудка назван Крукенберговским

а метастаз в пупке
б метастаз в печени
в метастаз в яичниках +

г метастаз в брюшине Дугласова пространства
д метастаз в надключичном лимфоузле слева

216. Ведущими симптомами при раке молочной железы являются:

а наличие плотного узла, спаянного с кожей, последняя болезненная, гиперемирована
б выделения из соска серозно-гнойного или кровянистого отделяемого
в симптом умбиликации, площадки, лимонной корки +
г гиперемия кожи с четкими границами
д наличие болей в молочной железе в предменструальный период

217. Наиболее часто малигнизируются в толстой кишке полипы

а железистые
б ворсинчатые +
в ювенильные
г гиперпластические
д железисто-ворсинчатые

218. Указать наиболее часто отмечающую локализацию отдаленных метастазов рака молочной железы

а в печени
б в головном мозге
в в легких +
г в спинном мозге
д в селезенке

219. Рак легкого метастазирует

а в печень
б в кости
в в головной мозг
г в противоположное легкое
д все ответы правильные +

220. «Метастаз Вирхова» подразумевает метастаз

а в яичниках
б в клетчатке малого таза
в в левом надключичном лимфоузле +
г в пупке
д в легких

221. Наиболее частым осложнением рака толстой кишки является

а перфорация опухоли
б кишечная непроходимость +
в присоединение воспаления с развитием абсцессов, флегмон
г массивное кишечное кровотечение
д все перечисленные осложнения встречаются примерно с одинаковой частотой

222. Кишечная непроходимость как осложнение рака ободочной кишки чаще наблюдается при локализации опухоли

а в сигмовидной кишке +
б в восходящем отделе
в в поперечно-ободочной кишке
г в нисходящем отделе
д не зависит от локализации опухоли

223. При определении степени злокачественности рака желудка G1 означает

а оценка степени дифференцировки невозможна
б низкая злокачественность +
в умеренная злокачественность
г высокая злокачественность
д недифференцированная опухоль

224. К раннему раку желудка относят

а поражение слизистой и подслизистого слоя без метастазирования в регионарные лимфатические узлы

б поражение слизистой и подслизистого слоя с прорастанием в мышечный слой без метастазирования в лимфатические узлы
в поражение слизистой и подслизистого слоя с единичным метастазом в регионарных лимфатических узлах
г поражение слизистой оболочки желудка без инвазии в подслизистый слой и без метастазирования в регионарные лимфатические узлы +
д поражение слизистой оболочки желудка без инвазии в подслизистый слой и с единичным метастазом в регионарных лимфатических узлах

225. Типичной локализацией остеогенной саркомы является

а диафиз трубчатых костей
б метаэпифизарная зона +
в плоские кости
г бедренная кость
д плечевая кость

226. Наиболее частой локализацией нейрогенных опухолей у детей является

а носоглотка
б заднее средостение
в забрюшинная область +
г область шеи
д мягкие ткани

227. Преимущественная локализация нейрогенных опухолей в средостении

а заднее средостение +
б переднее средостение
в корень легкого
г реберно-диафрагмальный синус
д вилочковая железа

228. Этиологическим фактором рака шейки матки является

а гормональные нарушении
б вирус папилломы человека +
в аутоиммунные нарушении
г психоэмоциональные нарушении
д инфекционные заболевания

229. Что служит для врача сигнальным (опорным) клиническим проявлениям, позволяющим заподозрить рака шейки матки

а боли внизу живота
б боли в пояснице
в кровянистые выделения из половых путей +
г водянистые выделения из половых путей

д общая слабость, утомляемость

230. Отличительным признаком асцита при раке яичников является

а сочетание с гепатомегалией
б предварительное появление отеков на ногах
в сочетание с легочно-сердечной недостаточностью
г сочетание гепатомегалии и отеков на ногах
д отсутствие особых предвестников +

231. Что служит для врача сигнальным (опорным) клиническим проявлениям, позволяющим заподозрить рака яичников

а боли внизу живота
б боли в пояснице
в кровянистые выделения из половых путей
г увеличение объема живота +
д общая слабость, утомляемость

232. Какая гистологическая структура чаще всего при раке яичников

а папиллярная аденокарцинома +
б базальноклеточный рак
в плоскоклеточный рак
г переходноклеточный рак
д светлоклеточный рак

233. Первым онкологическим учреждением в России явился

а Ленинградский институт онкологии
б Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена
в Институт для лечения опухолей им. Морозовых в Москве +
г Институт экспериментальной и клинической онкологии в Москве
д Центральный объединенный онкологический институт Наркомздрава РСФСР и Мосгорздравотдела.

234. Кто является автором первого изданного в России руководства «Общее учение об опухолях»

а Н. Н. Блохин
б Н. Н. Петров +
в Л. А. Зильбер
г Л. Л. Левшин
д П. А. Герцен

235. Основные статистические показатели, характеризующие распространенность злокачественных новообразований среди населения России

а заболеваемость и распространенность
б распространенность и смертность
в структура и наследственность
г заболеваемость и смертность +
д структура и региональность

236. К факторам, способствующие возникновению опухолей не относятся

а наследственность
б эндокринные нарушения

в бактериальная инфекция +
г радиоактивные излучения
д вирусы

237. Что в онкологии понимают под первичной профилактикой

а комплекс медицинских мероприятий, направленных на выявление больных с предраковыми заболеваниями, с последующим их оздоровлением и наблюдение за ними
б комплекс социально-гигиенических мероприятий, направленных на оздоровление населения
в комплекс медицинских мероприятий, направленных на выявление больных злокачественными заболеваниями на ранних стадиях и их своевременное лечение
г комплекс социально-гигиенических мероприятий, направленных на максимальное снижение воздействия канцерогенных факторов внешней среды на организм человека +
д комплекс медицинских мероприятий, направленных на оздоровление больных злокачественными заболеваниями

238. Что в онкологии понимают под вторичной профилактикой

а комплекс медицинских мероприятий, направленных на оздоровление больных злокачественными заболеваниями
б комплекс медицинских мероприятий, направленных на выявление больных с предраковыми заболеваниями, с последующим их оздоровлением и наблюдение за ними +
в комплекс социально-гигиенических мероприятий, направленных на максимальное снижение воздействия канцерогенных факторов внешней среды на организм человека
г комплекс социально-гигиенических мероприятий, направленных на оздоровление населения
д комплекс медицинских мероприятий, направленных на выявление больных злокачественными заболеваниями на ранних стадиях и их своевременное лечение

239. Основными статистическими показателями, характеризующими эффективность лечебного компонента деятельности онкологической службы, являются

а численность вылеченных онкологических больных
б численность взятых на учет и госпитализированных онкологических больных
в численность онкологических больных взятых на учет по отношению к числу умерших больных
г заболеваемость, болезненность, смертность от онкологических заболеваний
д численность контингента больных, состоящих на учете в онкологических учреждениях, и показатель их выживаемости +

240. В задачи онкологической службы не входит

а учет онкологических больных и заболеваний
б анализ заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований
в обеспечение высококвалифицированной специализированной (стационарной или поликлинической) медицинской помощью онкологических больных; осуществление диспансерного наблюдения за онкологическими больными
г социальное и юридическое обеспечение онкологических больных +
д разработка территориальных программ противораковых мероприятий

241. Что понимают под предраковым заболеванием

а состояние, которое переходит в рак с большой степенью вероятности +
б состояние, которое с фатальной неизбежностью перейдет в рак
в carcinoma in situ
г малигнизация, которая выявляется только специальными генетическими исследованиями
д малигнизация, не требующая специальных методов лечения

242. Что относят к облигатному предраку

а дисплазию +
б хронические заболевания, сопровождающиеся атрофическими изменениями тканей с включением регенераторных механизмов

в дисрегенераторные процессы, приводящие к возникновению очагов пролиферации клеток
г метаплазию, приводящую к возникновению очагов пролиферации клеток
д хронические заболевания, сопровождающиеся дистрофическими изменениями тканей с включением регенераторных механизмов

243. Что понимают под неинвазивным раком

а опухолевый процесс ограничен лишь эпителиальным пластом и базальной мембраной
б опухолевый процесс поражает все слои слизистой, но отсутствуют метастазы
в опухолевый процесс ограничен лишь эпителиальным пластом при сохраненной целостности базальной мембраны +
г опухолевый процесс не проникает за пределы серозной оболочки.
д прорастание раковых клеток через базальную мембрану и инвазия в подлежащую ткань

244. Что понимают под инвазивным раком

а опухолевый процесс ограничен лишь эпителиальным пластом и базальной мембраной
б опухолевый процесс поражает все слои слизистой, но отсутствуют метастазы
в опухолевый процесс ограничен лишь эпителиальным пластом при сохраненной целостности базальной мембраны
г опухолевый процесс не проникает за пределы серозной оболочки
д прорастание раковых клеток через базальную мембрану и инвазия в подлежащую ткань +

245. Какая группа признаков не свойственна новообразованиям

а приобретение клетками свойства «бессмертия» (иммортальности), способности делиться в бесконечном количестве генераций
б приобретение клетками люминесцентности, способности воздействовать на другие клетки +
в автономность клеточного роста
г атипия – своеобразие морфологических и функциональных свойств
д приобретение клетками способности делиться в бесконечном количестве генераций

246. Что понимают под метастазированием

а приобретения отторгнутыми клетками опухоли способности воздействия на регенерацию и дифференциацию других клеток и тканей организма человека, ведущей к развитию метастазов
б приобретения отделенными клетками опухоли способности существовать вне поддержки первичного очага, уклоняться от «надзора» иммунной системы, проникать и закрепляться в новом месте, индуцируя опухолевый ангиогенез +
в приобретения отделенными клетками опухоли способности воздействия на иммунную систему организма, подавления ангиогенеза и развития метастазов

247. Что в классификации TNM понимают под категорией T

а выраженность регионарного метастазирования
б местное распространение или степень инвазии первичного узла в органе и окружающих тканях +
в наличие отдаленных метастазов.
г стадия новообразования
д степень дифференцировки или злокачественности опухоли

248. Что в классификации TNM понимают под категорией N

а выраженность регионарного метастазирования +
б местное распространение или степень инвазии первичного узла в органе и окружающих тканях
в наличие отдаленных метастазов
г степень дифференцировки или злокачественности опухоли
д стадия новообразования

249. Что в классификации TNM понимают под категорией M

а выраженность регионарного метастазирования

б местное распространение или степень инвазии первичного узла в органе и окружающих тканях
в наличие отдаленных метастазов +
г стадия новообразования
д степень дифференцировки или злокачественности опухоли

250. Что понимают под своевременным выявлением опухоли

а в запущенной стадии развития опухоли, при которой радикальное лечение невыполнимо, а болезнь уже вошла в финальную фазу
б выявление опухоли при проведении скрининга
в в стадии развития опухоли, при которой выполнимо специальное радикальное лечение, но нет уверенности в отсутствии макро- и микрометастазирования +
г обнаружение опухоли до появления клинических признаков
д когда еще нет распространения на соседние анатомические структуры, а появление местных и отдаленных метастазов маловероятно

251. Скирр – рак с преобладанием _____ клеток.

(ответ - стромальных)

252. Перстневидноклеточный рак возникает из _____ эпителия.

(ответ - железистого)

253. Наиболее частая гистологическая форма рака влагалища - _____ карцинома.

(ответ – плоскоклеточная карцинома)

254. Пигментные невусы на слизистой оболочке полости рта в основном представлены _____ невусом.

(ответ - голубым)

255. Основным методом лечения лимфосарком III стадии является _____ лечение.

(ответ - химиолучевое)

256. К Iб клинической группе относятся больные с _____ заболеваниями.

(ответ - предопухолевыми)

257. расширенная экстирпация матки с придатками называется операцией _____.

(ответ - Вертгейма)

258. Наиболее достоверный метод диагностики глубины пенетрации при раке пищевода является _____.

(ответ - эндосонография)

259. Рентгенологический симптом характерен для язвенно-инфильтративной опухоли пищевода называется симптомом _____.

(ответ – ниши).

260. При _____ опухолей толстой и прямой кишки может наблюдаться симптом Вааля.

(ответ - непроходимости)

261. Опухоль растет вдоль стенки органа при _____ типе роста.

(ответ – экспансивном)

262. Зрелость клеточных элементов опухоли характерна для _____ опухоли.

(ответ - доброкачественной)

263. Вид опухоли, который растет в просвет полого органа или в толщу паренхиматозного - _____.

(ответ – экзофитный).

264. При _____ степени дифференцировки рака чаще всего регистрируются метастазы.

(ответ – низкой).

265. _____ является самым главным признаком клеточного атипизма.

(ответ - патология митоза)

266. Высокая степень дифференцировки рака соответствует символу _____.

(ответ - G1).

267. Недифференцированные раки соответствуют символу _____.

(ответ - G4).

268. _____ является опухолевым маркёром для трофобластической болезни.

(ответ - В-хорионический гонадотропин).

269. _____ является маркёром для опухолей желудочно-кишечного тракта.

(ответ – РЭА).

270. _____ является маркёром для рака простаты.

(ответ - кислая фосфатаза).

271. Несеминомные опухоли яичка относятся к излечимым с помощью _____.

(ответ – химиотерапии).

272. Рак щитовидной железы относится к группе опухолей _____ к химиотерапии.

(ответ – резистентных).

273. _____ можно вводить в очень высоких дозах в связи с существованием антидота данного препарата.

(ответ – метотрексат).

274. Препараты _____ включаются в схему ФАМ при химиотерапии рака желудка.

(ответ - флюороурацил + адриамицин + митомицин С).

275. Внутриартериальное введение цитостатиков при первичном раке печени или ее метастатическом поражении является примером _____ химиотерапии.

(ответ – регионарной).

276. Основным методом противоопухолевого лечения при мелкоклеточном раке легкого является _____.

(ответ - химиотерапия).

277. Блеоцин, блеомицетин, пепломицин чаще всего вызывают _____ реакции.

(ответ – пирогенные).

278. Введение уромитексана (месны) является методом предупреждения _____.

(ответ – нефротоксичности).

279. Эрадикация микрометастазов после излечения первичной опухоли является целью _____лекарственной терапии.

(ответ – адъювантной).

280. Наиболее частой локализацией рака в полости рта является _____.

(ответ – язык).

281. Наиболее частая морфологическая форма злокачественных опухолей орофарингеальной зоны _____.

(ответ – плоскоклеточный рак)

282. Наиболее частая морфологическая форма злокачественных опухолей слюнных желез - _____.

(ответ – аденокарцинома).

282. При _____ может определяться повышенное содержание серотонина в крови.

(ответ – карциноиде бронха).

283. Наиболее информативный метод исследования при рецидивирующих пневмониях в одном и том же сегменте легкого - _____.

(ответ – фибробронхоскопия).

284. С помощью _____ можно верифицировать (морфологически) процесс в средостении.

(ответ – медиастиноскопии).

285. При _____раке легкого повышается уровень нейрон-специфической енолазы.

(ответ – при плоскоклеточном раке).

286. Наиболее часто встречающаяся жалоба при раке пищевода - _____.
(ответ – дисфагия).

287. Основной метод диагностики рака пищевода - _____.

(ответ - эндоскопическое исследование).

288. При _____ форме анатомического роста рака желудка чаще выполняются субтотальные резекции.

(ответ – экзофитной).

289. Основная морфологическая форма рака желудка - _____.

(ответ – аденокарцинома).

290. Диагноз карциноидного синдрома при гастриноме желудка подтверждают определением уровня _____ в крови.

(ответ – серотонина).

291. При локализации опухоли в верхней трети желудка на первый план выходят симптомы _____.

(ответ – дисфагии).

292. При локализации опухоли в нижней трети желудка на первый план выходят симптомы _____.

(ответ – диспепсии).

293. Боли в спине при раке желудка характеризуют распространение опухоли на _____.

(ответ – поджелудочную железу).

294. _____является типовой операцией при раке верхней трети сигмовидной кишки.

(ответ - левосторонняя гемиколэктомия).

295. _____является типовой операцией при раке средней трети сигмовидной кишки.

(ответ - резекция сигмовидной кишки).

296. _____является типовой операцией при раке нижней трети сигмовидной кишки.

(ответ - передняя резекция прямой кишки).

297. _____является типовой операцией при раке ректосигмоидного отдела прямой кишки.

(ответ - передняя резекция прямой кишки).

298. Методом выбора при раке сигмовидной кишки с явлениями кишечной непроходимости является операция _____.

(ответ – операция Гартмана).

299. В _____ чаще всего метастазирует рак толстой кишки.

(ответ – печень).

300. Наиболее часто отдаленные метастазы рака прямой кишки поражают _____.

(ответ – печень).

Вопросы для прохождения промежуточной аттестации

Вопрос 1 Диагностический алгоритм в онкологии: первичная, уточняющая и функциональная диагностика.

Ответ:

Первичная диагностика *– комплекс диагностических методов, направленных на морфологическое доказательство наличия онкозаболевания.*

Уточняющая диагностика *– комплекс диагностических методов, направленных на оценку топографии и степени распространения опухолевого процесса.*

Функциональная диагностика *– комплекс методов, позволяющих оценить функциональное состояние жизненно важных органов и систем организма.*

Различают следующие **уровни диагностики злокачественных опухолей**:

- **ранняя диагностика** злокачественных опухолей – верификация опухоли на начальных стадиях развития, когда наблюдается трансформация нормальной клетки в злокачественную (например, carcinoma in situ), и в случае обнаружения может быть полное излечение;
- **своевременная диагностика** – обнаружение новообразования при его распространенности, соответствующей T12N0M0, когда выполнимо радикальное лечение, и соответственно прогноз – благоприятный;
- **поздняя (несвоевременная) диагностика** – обнаружение злокачественной опухоли, соответствующей T3-4 в сочетании регионарными метастазами (N1-3)или меньшей распространенности, но с отдаленными метастазами (M1), что вызывает сложности при радикальном лечении или делает его невозможным, а прогноз неблагоприятным.

При подозрении на наличие злокачественной опухоли важную роль в диагностике играют инвазивные методы исследования, позволяющие получить материал для **морфологического исследования**, которое является основным методом верификации характера опухолевого процесса. Различают:

- цитологические методы исследуют клеточный состав опухоли и позволяют в основном определить наличие добро или злокачественного роста;
- гистологические методы устанавливают тканевую структуру опухоли.

Вопрос 2 Понятие «ранний рак». Пути улучшения ранней диагностики злокачественных опухолей

Ответ *Ранний рак или микрокарцинома — это стадия развития злокачественной опухоли, следующая за раком in situ. На этой стадии опухоль занимает небольшую площадь, метастазы отсутствуют.*

Пути улучшения ранней диагностики, профилактика рака

- организация скрининговых обследований групп риска;
- регулярные профилактические осмотры;
- онконастороженность врачей первичного звена.

Онкологическая настороженность предусматривает

- знание симптомов злокачественных опухолей в ранних стадиях;
- знание клинической картины предраковых заболеваний;
- проведение параллельного онкологического осмотра при обращении к врачу любой специальности на предмет наличия возможного онкологического заболевания;
- знание принципов организации онкологической помощи и своевременное направление больного с подозрением на опухоль в онкологический диспансер.

Сигналы тревоги – термин, характеризующий появление у пациента тех или иных жалоб, вызывающих у врача онкологическую настороженность.

К таким жалобам могут быть отнесены следующие:

- В полости рта, на губах, языке появилось безболезненное уплотнение, язвочка; Длительный кашель без температуры или с незначительным ее подъемом, не приносит облегчения, имеются прожилки крови в мокроте.
- Необъяснимая потеря веса, слабость, повышенная утомляемость, беспричинно сохраняющаяся повышенная температура, замеченная самим или окружающими бледность кожных покровов.
- Зуд кожных покровов без желтухи, выраженная потливость, увеличились лимфатические узлы.
- Родимое пятно увеличилось в размерах, изменило форму или окраску, появился зуд, кровоточивость, длительно не заживают язвочки и трещины на коже лица, туловища, конечностях, половых органах.
- Нарушение прохождения пищи по пищеводу, чувство жжения за грудиной, снижение аппетита, тошнота, слюнотечение.
- Наличие уплотнений в молочных железах, ассиметричное изменение их формы, появление втяжения на коже железы, изъязвление или мокнутье соска, ареолы, кровянистые выделения их соска.
- Тяжесть в животе, продолжительное урчание, рвота, неприятные ощущения в области прямой кишки, ложные позывы, наличие слизи и крови в каловых массах.
- Затрудненное частое мочеиспускание, появление крови в моче.
- Боли в области промежности, зуд и неприятные выделения из половых органов, появление непонятного уплотнения в животе, кровянистые выделения из половых путей в период менопаузы у женщин.

Вопрос 3 Деонтология в онкологии

Ответ М*едицинская деонтология – наука о врачебном долге; совокупность этических норм при выполнении медиком своих профессиональных обязанностей, основанная на гуманизме.*

Особенности медицинской деонтологии в онкологии

- оптимальное использование диагностических процедур и лечебной помощи должно осуществляться с максимальным щажением психики больного;
- каждый больной злокачественной опухолью подлежит лечению.

Учитывая вышеперечисленное, при общении с пациентов врач должен:

- Успокоить пациента и психологически подготовить его к предстоящему лечению, внушив веру в излечимость заболевания. Информировать пациента о методах лечения, их эффективности, исходя из данных научных исследований или основываясь на благоприятных исходах заболевания у конкретных, известных больному, людей.
- Уметь оказать психологическую коррекцию состояния пациента согласно его стадии адаптации (шок – отрицание – агрессия – депрессия – попытки сговора с судьбой – принятие болезни).
- Индивидуально подходить к вопросу информирования больного о его заболевании 4. Уметь убедить больного в необходимости того или иного метода диагностики или вида операции и др.

Изменения в психике пациентов проходят следующие стадии адаптации

- шок после получения информации о заболевании;
- отрицание, вытеснение информации;
- агрессия, поиск причины болезни;

- депрессия, неверие в лечение и помощь окружающих;
- попытки сговора с судьбой (обращение к нетрадиционным методам лечения, религии, диета, голодание, гимнастика);
- принятие болезни, переосмысление жизни, возникновение новых ценностей.

Вопрос 4 Гормонотерапия в онкологии. Показания. Группы лекарственных препаратов

Ответ Некоторые виды рака используют гормоны для роста. Гормональная терапия в онкологии применяет препараты, чтобы блокировать эффекты гормонов. Для некоторых видов злокачественных опухолей она бесполезна. К данному методу обращаются, когда болезнь чувствительна к этому лечению или гормонально зависима. К таким видам рака относят:

- онкологию молочной железы;
- рак простаты;
- опухоль яичников;
- рак матки;
- злокачественную опухоль почки.

Три направления гормонотерапии

1. Подавление уровня гормонов, стимулирующих рост опухоли.
2. Блокирование стимулирующего дейстия гормонов на клетки опухоли посредством блокирования рецепторов.
3. Повышение чувствительности опухолевых клеток к цитостатиком.

Группы лекарственных препаратов

- Андрогены (метилтестостерон, тестостерона пропионат, данол, даназол и др.).
- Женские половые гормоны
  - Эстрогены (диэтилсильбестрол, синэстрол, микрофоллин и др.).
  - Прогестины [гестагены] (17 – опк, депопровера, фарлутар и др.).
- Кортикостероиды (преднизолон).
- Гормоны щитовидной железы (тироксин).
- Гормоныцитостатики (эстрацит).
- Синтетические соединения, снижающие уровень ГКС (ориметен, хлодитан, флористон).
- Антиэстрогены (тамоксифен, зитазониум).
- Антиандрогены (андрокур).

Показания

- рак молочных желез в неинвазивной форме (к примеру, карцинома);
- опухоль, развивающаяся в молочной железе;
- рецидивирующая опухоль;
- метастатический рак;
- повышенный риск и склонность к заболеванию раком молочных желез (например, семейная предрасположенность, высокий уровень генетической аномалии, результаты биопсии с высокими показателями роста аномальных клеток);
- рак молочной железы на последней стадии.

Противопоказания

- Предрасположенность к развитию эстрогензависимых опухолей (наличие

рака молочной железы, рака слизистой оболочки матки у близких родственников: мамы, бабушки и т.д.).

- Меланома (рак кожи).
- Любые формы наследственных и приобретенных тромбофилий (склонность к образованию тромбов), тем более осложненные тромбозом глубоких вен и/или тромбоэмболией в анамнезе.
- Аутоиммунные заболевания (системная красная волчанка и другие).
- Заболевания печени и желчевыводящих путей (только для пероральных препаратов).
- Кровотечения из половых путей неясного происхождения. Они могут говорить о том, что в матке есть патологически измененная ткань, возможно, раковая.

Вопрос 5 Химиотерапия опухолей. Основные группы лекарственных противоопухолевых препаратов

Ответ *Химиотерапия — метод лечения онкологических больных с использованием лекарственных препаратов, тормозящих пролиферацию или необратимо повреждающих злокачественные клетки.*

Противоопухолевый эффект достигается:

- прямым действием (основной механизм);
- увеличением времени генерации клеток;
- нанесением раковой клетке повреждений, из-за которых она перестает метастазировать г) стимуляцией иммунных и регуляторных реакций.

Адъювантная химиотерапия − направлена на уменьшение риска развития рецидива заболевания путем воздействия на микрометастазы после хирургического или лучевого излечения первичной опухоли.

Неоадъювантная химиотерапия − применение химиопрепаратов до операции или лучевой терапии с целью уменьшения размеров опухоли.

Виды химиотерапии:

- Системная − рассчитана на общий противоопухолевый эффект.
- Региональная − препараты вводятся в сосуды, питающие опухоль.
- Локальная – нанесение ЛС на поверхностые очаги, в серозные полости, спинномозговой канал.

Основные группы лекарственных противоопухолевых препаратов

1. Алкилирующие препараты: замещают атом водорода на алкилирующую группу; активны в фазе G2 и M:
   - хлорэтиламины – производные бис (бетахлорэтил) амина (азотистые аналоги иприта);
   - этиленимины;
   - производные нитрозометилмочевины.
2. Антиметаболиты: являются антагонистами веществ, обеспечивающих нормальный метаболизм; активны в фазе G2 и S:
   - антагонисты фолиевой кислоты (метотрексат);
   - аналоги пурина (кладрибин);
   - аналоги пиримидина (цитарабин).
3. Антибиотики: взаимодействуют с ДНК, изменяя ее матричную активность в процессах репликации и транскрипции; активны в фазе M:

- антрациклины (доксорубицин), блеомицин, актиномицин Д, брунеомицин, рубомицин и др.

4. Вещества растительного происхождения: нарушают митоз; активны в фазе М или G2:
   - алкалоиды (винкристин, винбластин, колхамин и др.) – активны в фазе М;
   - эпиподофиллотоксины (этопозид, VP 16, VP 16213) активны в фазе G2;
   - таксаны (доцетаксел).
5. Производные платины: взаимодействуют с ДНК; активны в фазе М: - цисплатин, карбоплатин, платидиам.

Показания

- При заболеваниях, излечения или ремиссии которых можно достигнуть только химиотерапией. К ним относятся: лейкозы и некоторые другие гемобластозы, опухоль Беркитта, хорионкарцинома, опухоль Вильмса, рабдомиосаркома.
- Как дополнение к другим терапевтическим методам при опухолях молочной железы, яичка, предстательной железы, яичников и некоторых других органов.
- С целью профилактики метастазирования. Обнадеживающие результаты такого рода лечения получены при раке молочной железы и яичника, а также при остеогенных саркомах.
- В качестве попытки перевода опухоли из неоперабельной стадии в операбельное состояние, например, при раке яичников.
- В виде паллиативного лечения при большинстве злокачественных опухолей, в первую очередь при опухолях головы и шеи, кишечника, саркомах, опухолях у детей.

Противопоказания к химиотерапии

- нечувствительность опухоли;
- запущенный процесс в сочетании с кахексией;
- декомпенсация хронических заболеваний;
- беременность;
- глубокая старость и возраст менее 6 месяцев;
- наличие метастазов в ЦНС (относительное противопоказание);
- первичные изменения в крови (лейкоциты<3000; тромбоциты <100 000).

Вопрос 6 Лучевая терапия в онкологии. Правило Бергонье-Трюбондо. Источники излучения, классификация методов облучения по цели и методологии. Показания и противопоказания к лучевому противоопухолевому лечению

Ответ *Лучевая терапия – метод лечения опухолей при помощи ионизирующих излучений.*

Источники излучения:

- Искусственные или естественные радионуклиды.
- Электрофизические аппараты (бетатрон, рентгеновские аппараты, линейные ускорители электронов).

Методы облучения по методологии:

- Дистанционные методы:

- гамматерапия;
- тормозное излучение;
- быстрые электроны;
- рентгенотерапия.

Каждый из методов может быть статическим или динамическим.

- Контактные методы:
  - внутриполостной;
  - внутритканевой;
  - аппликационный;
  - радиохирургический
  - короткофокусная рентгенотерапия;
  - метод избирательного накопления радиофармпрепарата.

Методы облучения по цели:

- радикальная лучевая терапия;
- профилактическая лучевая терапия;
- паллиативная лучевая терапия;
- симптоматическая лучевая терапия.

Условия для проведения лучевой терапии

- морфологическая верификация диагноза;
- радиочувствительность опухоли:
  - чувствительные опухоли: лимфомы; все низкодифференцированные опухоли; мелкоклеточный рак легкого; семинома; тимома; базалиома; саркома Юинга;
  - не чувствительные опухоли: плоскоклеточный рак (все локализации), аденокарцинома (все локализации), все высокодифференцированные опухоли, меланома, мягкотканные злокачественные опухоли.
- отсутствие противопоказаний:
  - геморрагического синдрома;
  - активного туберкулеза;
  - нарушения функций печени и почек;
  - инфаркта миокарда острого и в течение 6 мес. после него.

Однако облучение не обладает высокой избирательностью. Радиочувствительность опухолей и нормальных тканей часто оказывается сходной, поэтому предложены методы радиомодификации:

- ГБО (гипербарическая оксигенация);
- нормобарическая гипоксирадиотерапия;
- гипертермия;
- гипергликемия;
- электроноакцепторные соединения;
- химиопрепараты;
- использование радиопротекторов.

Показания и противопоказания к лучевой терапии

Показания к лучевой терапии злокачественных опухолей. В настоящее время показания к лучевому лечению злокачественных опухолей достаточно широки – 65--70% онкологических больных как в неоперабельной, так и в операбельной стадиях заболевания подлежат такому лечению.

Показания к лучевой терапии определяются на основании всесторонней оценки состояния органов и систем больного и характеристики выявленного опухолевого

поражения. Поэтому с помощью клинических, лучевых, инструментальных и лабораторных методов определяют состояние органов и систем больного, локализацию и характер роста опухолей, стадию ее развития. Там, где это возможно, стадию устанавливают по системе TNM, где Т – параметры опухоли, N – наличие или отсутствие вовлечения лимфоузлов, а М – наличие или отсутствие отдаленных метастазов. Требуется морфологическое подтверждение клинического диагноза посредством биопсии, цитологического изучения пунктатов или смывов. Главной стратегической основой успешности хирургического, лучевого и медикаментозного лечения является ранняя диагностика опухолевого процесса. В онкологической клинике применяют три основных (специальных) варианта лечения больного: хирургический, лучевой и химиотерапевтический. План лечения определяется консилиумом в составе: хирурга (онколога), лучевого терапевта и химиотерапевта, а также других специалистов в зависимости от клинической ситуации.

Противопоказания к лучевой терапии:

- Распад опухоли с нагноением и/или кровотечением.
- Прорастание в полые органы.
- Наличие отдаленных (особенно множественных) метастазов.
- Общее тяжелое состояние больного за счет интоксикации.
- Кахексия.
- Выраженная анемия, лейкопения, тромбоцитопения.
- Септические заболевания, активный туберкулез легких.
- Недавно перенесенный инфаркт миокарда (менее года назад).
- Декомпенсация кровообращения, функции печени и почек.

Правило Бергонье-Трюбондо: радиочувствительность тканей прямо пропорциональна пролиферативной активности и обратно пропорциональна степени дифференцировки.

Опухоли наиболее радиочувстительны в фазе премитоза и митоза клеточного цикла, менее чувствительны – в фазе пресинтеза и синтеза.

Этапы воздействия излучения

- физикохимическая стадия;
- химические повреждения (образование свободных радикалов);
- биомолекулярные повреждения (белков, нуклеиновых кислот);
- ранние биологические эффекты (гибель клеток организма);
- отсроченные биологические эффекты (возникновение опухоли).

Виды клеточной гибели: интерфазная; репродуктивная.

Вопрос 7 Виды хирургических вмешательств в онкологии. Принципы радикальных хирургических операций, отличие от операций при неопухолевой патологии

Ответ Хирургические методы лечения направлены на удаление опухоли с помощью иссечения скальпелем, электроножом, лучом лазера и др.

Операции подразделяют на: радикальные, паллиативные, симптоматические, циторедуктивные, косвенно действующие.

Радикальная операция − удаление первичного очага опухоли в пределах здоровых тканей с регионарными лимфатическими узлами и окружающей клетчаткой. Микроскопически видимых остатков опухоли в организме при этом не остается.

Значение паллиативных и симптоматических операций соответствует названию этих

методов (см. выше). Пример паллиативных операций: гастроэнтеростомия при неоперабельной опухоли пилорического отдела желудка, нарушающей пассаж пищи. Пример симптоматической операции: остановка кровотечения (прошиванием) из распадающейся опухоли мягких тканей. Сами опухоли при этих методиках не удаляются.

Циторедуктивные операции − производится уменьшение объема опухоли для улучшения условий последующего консервативного лечения.

Косвенно действующие операции − выполняются на эндокринных органах для повышения эффективности последующего консервативного лечения (сальпингоовариоэктомия, орхоэпидидимэктомия)

Принципы радикальных хирургических операций в онкологии, их отличие от операций при неонкологической патологии.

Радикальные операции предполагают полное удаление всех очагов опухолевого роста.

Принципы радикальных операций в онкологии:

- соблюдение абластики (хирургической профилактики рецидивов и метастазирования злокачественной опухоли) и антибластики (совокупности хирургических мероприятий по очищению раны от раковых клеток);
- опухоль удаляется в пределах здоровой ткани вместе с органом или его частью в едином блоке с регионарными л.у.;
- орган вместе с опухолью удаляется в пределах закрытого тканевого футляра; футляр выделяется послойно; все сосуды и нервы обрабатываются экстрафутлярно.

Для всех онкологических операций в отличие от неонкологических характерны радикализм и соблюдение принципов абластики и антибластики.

Принципы комбинированного лечения. Комплексное лечение при опухолях

Комбинированное лечение предполагает использование обязательно оперативного лечения вместе с лучевой терапией или химиотерапией.

Комплексное лечение – применение химиотерапии и лучевого лечения.

Лучевая терапия и химиотерапия в составе комбинированного лечения могут быть:

- неоадъювантными (предоперационными) – при местнораспространенном процессе дает возможность значительно уменьшить размеры первичной опухоли и регионарных метастазов, достич операбельности; рано воздействовать на возможные отдаленные метастазы; выявить опухоли, не чувствительные к данному режиму химиотерапии и таким образом определить более рациональное послеоперационное лечение;
- адъювантными (послеоперационными) – комплекс дополнительных лечебных мероприятий, направленных на уничтожение скрытых микрометастазов после хирургического удаления первичной опухоли; ее цель – улучшение безрецидивной и общей выживаемости.

Вопрос 8 Классификация методов лечения в онкологии. Понятие «комбинированное», «комплексное» и «сочетанное» лечение

Ответ Методы лечения в онкологии

- хирургический;
- лучевой;
- химиотерапия;

- комбинированный – хирургическое + лучевое / химиотерапия;
- комплексный – лучевое + лекарственное (2 и более консервативных);
- сочетанный – два варианта одного метода (например, внутритканевая + наружная лучевая терапия).

1. Хирургические методы лечения направлены на удаление опухоли с помощью иссечения скальпелем, электроножом, лучом лазера и др.

Операции подразделяют на: радикальные, паллиативные, симптоматические, циторедуктивные, косвенно действующие.

Радикальная операция − удаление первичного очага опухоли в пределах здоровых тканей с регионарными лимфатическими узлами и окружающей клетчаткой. Микроскопически видимых остатков опухоли в организме при этом не остается.

Значение паллиативных и симптоматических операций соответствует названию этих методов (см. выше). Пример паллиативных операций: гастроэнтеростомия при неоперабельной опухоли пилорического отдела желудка, нарушающей пассаж пищи. Пример симптоматической операции: остановка кровотечения (прошиванием) из распадающейся опухоли мягких тканей. Сами опухоли при этих методиках не удаляются.

Циторедуктивные операции − производится уменьшение объема опухоли для улучшения условий последующего консервативного лечения.

Косвенно действующие операции − выполняются на эндокринных органах для повышения эффективности последующего консервативного лечения (сальпингоовариоэктомия, орхоэпидидимэктомия).

2. Лучевая терапия основана на значительно более высокой чувствительности быстроделящихся клеток опухоли к облучению по сравнению со здоровыми клетками. Ионизирующие излучение необходимо подводить к опухоли дозировано, в определенных фракциях и интервалах времени.

Основные методы лучевой терапии:

- Дистанционный − источник излучения вне тела больного;
- Контактный − источник непосредственно контактирует с опухолью;
- Фотодинамическая терапия.

3. Химиотерапия в онкологии − это использование лекарственных средств, тормозящих пролиферацию или необратимо повреждающих опухолевые клетки.

Адъювантная химиотерапия − направлена на уменьшение риска развития рецидива заболевания путем воздействия на микрометастазы после хирургического или лучевого излечения первичной опухоли.

Неоадъювантная химиотерапия − применение химиопрепаратов до операции или лучевой терапии с целью уменьшения размеров опухоли.

Виды химиотерапии:

- Системная − рассчитана на общий противоопухолевый эффект.
- Региональная − препараты вводятся в сосуды, питающие опухоль.
- Локальная – нанесение ЛС на поверхностые очаги, в серозные полости, спинномозговой канал.

4. Гормональная и антигормональная терапия включают:

- Подавление уровня гормонов, стимулирующих рост опухоли.
- Блокирование стимулирующего действия гормонов на клетки опухоли посредством блокирования рецепторов.
- Повышение чувствительности опухолевых клеток к цитостатикам.

5. Иммунотерапия основана на антигенности опухолей, что позволяет для борьбы с новообразованием использовать клеточные и цитотоксические иммунные защитные реакции. С этой целью используются: активная иммунизация, например, облученными убитыми клетками опухоли; пассивная иммунизация, например, противолимфоцитарной сывороткой, иммуноглобулинами, изолированными антителами, комплементом.
6. Симптоматическая терапия онкологических больных включает: обезболивающие, седативные, антидепрессанты, антикольвульсанты, снотворные, спазмолитики, глюкокортикоиды, слабительные и др.

Вопрос 9 Методы диагностики в онкологии. Виды биопсий
Ответ

- Методы лучевой диагностики: рентгенография, рентгеноскопия, ультразвуковое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография, применение радионуклидов.

Эти методы позволяют диагностировать патологические процессы в любой области тела.

- Эндоскопические исследования: видеоэзофагогастродуоденоскопия, видеобронхоскопия, торакоскопия, медиастиноскопия, лапароскопия, видеоколоноскопия, цистоскопия. Методы лучевой и эндоскопической диагностики сочетаются при исследованиях: эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, бронхография.

Эти исследования дополняются биопсией для последующего цитологического и гистологического исследования. Только морфологическая идентификация опухоли позволяет начать ее лечение в полном объеме.
Биопсия − это забор участка органа для дальнейшего морфологического исследования.
Биопсия бывает:

- эксцизионная − удаление образования целиком;
- инцизионная − иссечение части органа;
- аспирационная − взятие клеток путем засасывания их через иглу;
- пункционная − взятие для исследования микростолбика ткани;
- трепанобиопсия − получение ткани (костной) с помощью специальной иглы.

В онкологии активно развиваются новые методы диагностики. Один из них − это определение опухолевых маркеров − химических соединений, повышение уровня которых характерно для конкретной опухоли. Известно уже более 500 маркеров, которые используются для контроля рецидивов и диагностики в онкологии. Например, альфа-фетопротеин (гепатома, эмбриональный рак яичка, яичников), раково-эмбриональный антиген (рак толстой и прямой кишок), специфический антиген предстательной железы (рак предстательной железы), бета-хорионический гонадотропин (хорионэпителиома), углеводный антиген рака желудка (рак желудка), углеводный антиген рака поджелудочной железы (рак поджелудочной железы) и т.д.

Вопрос 10 Классификация TNM: основные и дополнительные элементы,

принципы. Стадии заболевания. Структура диагноза онкологического заболевания

Ответ Впервые предложена в 1944 г. Пьером Дено.

Выделяют клиническую классификацию – cTNM и патоморфологическую – pTNM.

Классификация cTNM/pTNM

- T – первичная опухоль:
  - варьирует от T1 до T4;
  - дополнительные категории Tis (in situ), T0, Tx;
- N – регионарные метастазы варьирует от N0 до N3:
  - дополнительные категории Nx;
- M – отдаленные метастазы:
  - варьирует от M0 до M1;
  - дополнительные категории Mx.
- T — первичная опухоль
  - TX — первичная опухоль не может быть оценена; T0 — отсутствие данных о первичной опухоли; Tis — карцинома in situ;
  - T1-T4 — увеличение размеров и/или степени распространённости первичной опухоли.
- N — регионарные лимфатические узлы
  - NX — регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены; N0 — нет метастазов в регионарных лимфатических узлах;
  - N1-N3 — увеличение степени вовлечённости регионарных лимфатических узлов.
- M — отдалённые метастазы
  - M0 — нет отдалённых метастазов; M1 — есть отдалённые метастазы.

Ранее применявшаяся категория MX (отсутствие данных об отдалённых метастазах) признана нецелесообразной последней редакцией классификации TNM, т.к. оценка отдалённых метастазов может быть основана только на данных физикального исследования (категория MX не может быть определена).

Основные принципы TNM

- T – для наружных локализаций и паренхиматозных опухолей классифицируется по размеру опухолевого очага, а для полых органов (ЖКТ) по глубине инвазии.
- N – регионарные метастазы классифицируются по локализации, по их количеству или по размерам.
- M – наличие или отсутствие регионарных метастазов.

Группировка категорий T, N и M позволяет получить общий интегральный показатель – стадию заболевания. Основная характеристика стадии – она не меняется в ходе лечения и является фактором прогноза заболевания.

Специальные символы pTNM

G – степень дифференцировки:

- G1 – высоко дифференцированный рак;
- G2 – умеренно дифференцированный рак;
- G3 – низко дифференцированный рак;
- G4 – недифференцированный рак.

R – резидуальный рак:

- R0 – нет;

- R1 – микроскопические данные;
- R2 – макроскопические данные.

1. c – TNM установлена клинически;
2. p – TNM установлена постгистологически;
3. s – TNM установлена хирургически;
4. a – TNM установлена на аутопсии.

Стадии заболевания

1. I стадия − опухоль локализована, занимает ограниченный участок, не прорастает стенку органа, метастазов нет;
2. II стадия − опухоль умеренных размеров, не распространяется за пределы органа, возможны одиночные метастазы в регионарные лимфатические узлы;
3. III стадия − опухоль больших размеров прорастающая стенку органа, а иногда и окружающие ткани, или опухоль меньших размеров, но с множественными метастазами в регионарные лимфатические узлы;
4. IV стадия − опухоль прорастающая в окружающие органы, в том числе неудалимые, имеются отдаленные метастазы.

Клинические группы

1. I клиническая группа — лица с предраковыми заболеваниями, фактически здоровые:
   - Iа — больные с заболеванием, подозрением на злокачественное новообразование (по мере установления окончательного диагнозаснимаются с учёта или переводятся в другие группы);
   - Iб — больные с предопухолевыми заболеваниями;
2. II клиническая группа — лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат радикальному лечению;
3. III клиническая группа — лица с доказанными злокачественными опухолями, которые окончили радикальное лечение и находятся в ремиссии;
4. IV клиническая группа — лица с доказанными злокачественными опухолями, которые по тем или иным причинам не подлежат специальному противоопухолевому лечению, но подлежат паллиативному лечению.

Клиническая группа в обязательном порядке указывается в диагнозе больного.

Структура онкологического диагноза

1. Для эпителиальных опухолей: [Рак] [локализация] [TNM] [стадия] [клиническая группа]
2. Для неэпителиальных опухолей: [Гистологический вариант опухоли] [локализация] [TNM] [стадия] [клиническая группа]

Вопрос 11 Профилактика онкологических заболеваний (первичная, вторичная, третичная)

Ответ *Первичная профилактика – комплекс санитарногигиенических мероприятий, устраняющих влияние факторов риска и повышающих противоопухолевую резистентность организма.*

Примеры: санпросветработа, борьба с вредными привычками, пропаганда рационального питания, охрана окружающей среды, защита рабочих мест.

Рациональное питание и режим

- ежедневно фрукты до 5 раз в день (минимум 400 г.);
- уменьшение потребления говядины, баранины, жирного мяса;

- увеличение потребления рыбы и растительного масла;
- сохранение стабильного правильного веса;
- ограниченное употребление алкоголя, отказ от курения;
- избегать прямого солнечного воздействия;
- подвижный и активный образ жизни.

Медицинская (вторичная) профилактика – выявление лиц с высокой степенью риска, их диспансеризация, систематический контроль и лечение хронических заболеваний. При выявлении злокачественной опухоли на ранней стадии многократно повышается вероятность ее успешного лечения. Своевременное обнаружение предопухолевых заболеваний и злокачественных опухолей на доклинической стадии возможно только в результате скрининга онкологических заболеваний.

Третичная профилактика – снижение и предотвращение смертности от рака путем лечения уже существующего заболевания, предупреждения его рецидивов, а также развития другой формы рака.

Вопрос 12 Этиология опухолей. Определяющие факторы и внешние этиологические факторы. Канцерогенез

Ответ Этиологические факторы

- Определяющие – оказывают постоянное влияние на организм (пол, возраст, этническая принадлежность, наследственность):
  - рак молочной железы встречается у женщин в 100 раз чаще, чем у мужчин, а рак щитовидной железы – в 5 раз чаще;
  - рак легкого в 10 раз чаще возникает у мужчин и т.д.;
  - мутации генов BRCA1 и BRCA2 (23% рака молочной железы). Наличие мутаций приводит к риску РМЖ 5080%;
  - семейные опухолевые синдромы (LiFraumeni множественные семейные опухоли различных локализаций; Gorlin базалиома, медуллобластома; MENIIA, MENIIB – рак щитовидной железы, феохромоцитома, опухоль паращитовидных желез);
  - в процессе деления в каждой клетке человека возникает 5000 спонтанных повреждений ядерной и митохондриальной ДНК; спонтанная нестабильность генома в 1 млн раз превышает индуцированную.
- Модифицирующие (внешние) – не влияют на организм постоянно (место жительства, условия труда и быта, вредные привычки и т.д.):
  - неправильное питание – 35%;
  - курение – 30%;
  - инфекции – 12%;
  - репродуктивный статус – 7%;
  - профессиональные вредности – 5%;
  - генетические дефекты – 4%;
  - геофизические факторы – 3%;
  - ятрогении – 1%.

Канцерогенез (основные этапы воздействия канцерогена на организм)

1. Воздействие канцерогенного вещества на человека, которое характеризуется:
   - наружной дозой – конценрацией канцерогена в окружающей среде;

- внутренней дозой – концентрацией канцерогена во внутренней среде организма (кровь, моча, ткани и т.д.);
- биологически эффективной дозой – количеством экзогенного канцерогена или его метаболита, которое связывается с ДНК или белками.

2. Ранний биологический эффект: повреждение генетического аппарата клетки, активация онкогенов и инактивация геновсупрессоров с появлением хромосомных аберраций, микроядер и др.
3. Клиническое проявление злокачественной опухоли.

В реализации всех этих этапов важное значение имеют особенности генетической / метаболической репарации ДНК, иммунный статус, питание и ряд других факторов.

Роль внешних факторов в развитии рака
(инфекции, химические, физические и механические факторы)

1. Инфекционные факторы (вирусы, микроорганизмы и паразиты):
   - вирус ЭпштейнБарра (EBV) вызывает лимфому Беркита, рак носоглотки, опухоль Ходжкина. Мишень – В-лимфоцит;
   - вирус HTLV Тклеточный лимфолейкоз. Мишень – Т-лимфоцит;
   - вирус HPV – рак шейки матки. Мишень – многослойный плоский эпителий;
   - вирус гепатита В (HBV) – рак печени (у носителей антигена HBs рак печени бывает в 1520 раз чаще);
   - ВИЧ – саркома Капоши;
   - Helicobacter pylori – рак желудка;
   - гемолитическая шистосома – рак мочевого пузыря.
2. Физические факторы:
   - УФО рак кожи и меланома;
   - радиация – рак щитовидной железы, легкого, гемобластозы, рак кожи;
   - термический фактор – рак кожи, слизистой рта;
   - СВЧ и микроволновое излучение – рак почки, гемобластозы, опухоли ЦНС.
3. Механические факторы:
   - меланома кожи в 50% наблюдений развивается из поврежденных невусов;
   - опухоли яичка у наездников.
4. Химические факторы: мышьяк и его производные; асбест; бензидин; хром и его производные; изопропиловый спирт; иприт; сажа, смолы, минеральное масло; винилхлорид; производство кожи, ремонт обуви; деревообработка; эстрогены; циклофосфан; афлотоксин; бензпирен; бериллий и его соединения; оральные контрацептивы; никель и его соединения; ДДТ; кадмий и его производные; адриамицин; цисплатин; хлороформ; гербициды с феноксиуксусной кислотой.

Самый сильный химический канцероген – тринитробензантрон, полученный в дизельных выбросах.

Вопрос 13 Метастазирование. Основные этапы лимфогенного и гематогенного метастазирования

Ответ *Метастазирование — одно из фатальных проявлений атипизма опухолевого роста — перенос клеток бластомы на расстояние от основного (материнского)*

узла и развития опухоли того же гистологического строения в другой ткани или органе.

Пути метастазирования опухоли

- Лимфогенный путь метастазировния опухоли (с током лимфы по лимфатическим сосудам). Это наиболее частый путь метастазирования опухолей, особенно карцином. Даже при небольшом размере новообразования возможен перенос отдельных его клеток по лимфатическим сосудам и фиксация их в регионарных и отдалённых лимфоузлах.
- Гематогенный путь метастазировния опухоли (с током крови по кровеносным сосудам). Этим путём чаще метастазируют клетки сарком.
- Тканевой или имплантационный путь метастазировния опухоли. Метастазирование таким путём осуществляется при соприкосновении опухолевой клетки с поверхностью нормальной ткани или органа (например, при контакте рака желудка с поверхностью брюшины или рака лёгкого с плеврой); при имплантации бластомных клеток, находящихся в жидкостях организма, например, брюшной, плевральной полости, в ликворе и др., на поверхность органов, соответственно брюшной и грудной полости, спинного и головного мозга.
- Нередко опухоли метастазируют по нескольким путям одновременно или последовательно.

Этапы метастазирования

1. появление группы опухолевых клеток, опухолевый ангиогенез (происходит изза синтеза опухолевыми клетками ангиогенных факторов);
2. отделение клетки от очага (с помощью протеаз);
3. инвазия окружающей опухолью стромы и интравазация (проникновение опухоли в сосудистое русло); в сосудистом русле выживает только 0,1% проникших в него клеток;
4. циркуляция опухолевых клеток с током крови и лимфы;
5. экстравазация опухолевых клеток;
6. иплантация опухолевых клеток;
7. формирование колонии.

Так, клетки рака лёгкого чаще метастазируют в кости, печень, головной мозг; рака желудка —в яичники, ткани дна таза; рака молочной железы — в кости, лёгкие, печень.

Вопрос 14 Основные свойства опухолей

Ответ

1. Беспредельность роста (иммортальность):
   - опухоль растет и развивается беспредельно;
   - деление опухолевых клеток происходит в геометрической прогрессии;
   - опухолевые клетки становятся иммортальными (обязательный этап злокачественного перерождения).
2. Относительная автономность:
   - снижение вплоть до полной утраты зависимости размножения раковых клеток от эндогенных и экзогенных факторов;
   - проявляется в повышенном метаболизме аминокислот, глюкозы, низкомолекулярных компонентов сыворотки;

- опухоль способна к синтезу собственных факторов роста, обеспечивающих независимость деления.

3. Атипия — отличие от интактных клеток, из которых возникла опухоль:
   - структурная: полиморфизм, необычные размеры и форма клеток, изменение ядер, ядрышек, отсутствие секреторных гранул и т.д.;
   - функциональная: утрата специализированных функций в результате дедифференцировки.
4. Метастазирование:
   - процесс возникновения дочерних очагов опухолевого роста на какомто удалении от первичного очага.

Виды метастазирования: лимфогенный; гематогенный; имплантационный; периневральный.

Этапы метастазирования

1. появление группы опухолевых клеток, опухолевый ангиогенез (происходит изза синтеза опухолевыми клетками ангиогенных факторов);
2. отделение клетки от очага (с помощью протеаз);
3. инвазия окружающей опухолью стромы и интравазация (проникновение опухоли в сосудистое русло); в сосудистом русле выживает только 0,1% проникших в него клеток;
4. циркуляция опухолевых клеток с током крови и лимфы;
5. экстравазация опухолевых клеток;
6. иплантация опухолевых клеток;
7. формирование колонии.

Нарастание злокачественности: чем больше исходный объем опухоли, тем короче сроки удвоения ее объема; чем больше объем опухоли, тем больше в ней низкодифференцированных элементов.

Вопрос 15 Определение понятий «опухоль» и «рак». Классификация опухолей

Ответ *Онкология – наука об опухолях, изучающая этиологию, механизмы их развития, клинику диагностику, лечение и профилактику.*

Опухоль – патологическое разрастание тканей, состоящее из клеток с особыми свойствами размножения и дифференцировки. Опухоль – это новообразование = неоплазма (доброкачественное или злокачественное).

Рак – злокачественное новообразование из эпителия, саркома – злокачественное новообразование из неэпителиальных тканей.

Классификация опухолей

1. Доброкачественные.
2. Местно-деструирующие.
3. Злокачественные:
   - системные (лейкемия, лимфома);
   - солидные (рак органа);
   - солитарные;
   - множественные.
- Первичные;
- первично-множественные;
- вторичные (метастатические).

По происхождению:

- Эпителиальные (папиллома, аденокарцинома).
- Мезенхимальные (липома, липосаркома).
- Опухоли нервной системы (астроцитома, астробластома).

По стадиям:

1. I стадия − опухоль локализована, занимает ограниченный участок, не прорастает стенку органа, метастазов нет;
2. II стадия − опухоль умеренных размеров, не распространяется за пределы органа, возможны одиночные метастазы в регионарные лимфатические узлы;
3. III стадия − опухоль больших размеров прорастающая стенку органа, а иногда и окружающие ткани, или опухоль меньших размеров, но с множественными метастазами в регионарные лимфатические узлы;
4. IV стадия − опухоль прорастающая в окружающие органы, в том числе неудалимые, имеются отдаленные метастазы.

Вопрос 16 Рак кожи – гистологические формы. Формы опухолевого роста. Особенности разных форм рака, метастазирование

Ответ Гистологическая классификация (приведены наиболее часто встречающиеся гистологические типы, исключая меланому).

- Плоскоклеточные опухоли.
- Плоскоклеточная карцинома in situ.
- Плоскоклеточная карцинома без дополнительных уточнений, БДУ.
- Плоскоклеточная карцинома, ороговевающая, БДУ.
- Плоскоклеточная карцинома, неороговевающая, БДУ.
- Железистоплоскоклеточная карцинома.
- Плоскоклеточная карцинома, веретеноклеточная.
- Базальноклеточные опухоли.
- Базальноклеточная карцинома, БДУ.
- Мультицентрическая базальноклеточная карцинома.
- Базальноклеточная карцинома, склеродермоподобная.
- Базальноклеточная карцинома, фиброэпителиальная.
- Метатипическая карцинома. Опухоли придатков кожи.
- Карцинома придатков кожи.
- Аденокарцинома потовых желез.
- Аденокарцинома жировых желез.
- Другие опухоли.
- Недифференцированная карцинома, БДУ.
- Болезнь Педжета, экстрамаммарная.

Базалиома

Формы:

- Язвенная форма (ulcus rodens).
- Узловатая.
- Поверхностная.
- Пигментированная.

Не дает метастазов, но способен к инвазии окружающих тканей.

Типичная локализация открытые участки тела, подверженные УФО. Поражаются преимущественно пожилые люди. Имеет первично множественный характер.

Плоскоклеточный рак

- Язвенная форма.
- Узловатая.
- Поверхностная.

Дает регионарные и отдаленные метастазы (инвазия в окружающие ткани, регионарные л/у, легкие, кости, печень).
Чаще появляется на открытых участках кожи (передняя поверхность голени и др.).
Имеет первично множественный характер.
Различают следующие клинические формы рака кожи

- *Поверхностный тип* – образование в виде слегка возвышающейся над кожей бляшки или плоское розового цвета пятно с элементами шелушения, может напоминать экзему, часто имеет валикообразный перламутровый край, отличается медленным поверхностным ростом, возможно рубцевание в центре, инвазивный компонент отсутствует или слабо выражен.

Поверхностный тип характерен для базалиомы.

- *Экзофитный (узловой) тип* – бугристое образование на широком основании, иногда в виде бородавчатого разрастания или гриба. Узловая форма базалиомы имеет розовый цвет, гладкую поверхность, плотную консистенцию, в центре может быть поверхностное изъязвление или сухая корочка. Узловая форма плоскоклеточного рака имеет вид «цветной капусты», поверхность ярко-розового или темно-коричневого цвета, нередко с некрозом, изъязвлением, зловонным отделяемым, быстро растет, инфильтрируя подлежащие ткани.
- *Язвенный тип* вначале проявляется поверхностной язвочкой неправильной формы или трещиной, имеет приподнятый валикообразный край, дно покрыто плотными корочками, после снятия которых обнажается темно-красного цвета бугристая поверхность. Опухоль может инфильтрировать подлежащие структуры, в том числе хрящи и кости. Язвенная форма плоскоклеточного рака возникает нередко на фоне рубцов, трофических и лучевых язв, вокруг свищевых ходов, представляет собой кратер с возвышающимся краем, быстро увеличивается в размерах, глубоко проникает в подлежащие ткани, может приводить к деструкции костных и хрящевых структур, распаду опухоли с обильным гнойно-кровянистым отделяемым. При значительном инфильтративном компоненте опухоль относят к *язвенно-инфильтративной форме*.

Лимфогенные метастазы (при плоскоклеточном и метатипическом раке) отличаются плотностью, фиксацией к окружающим тканям, врастанием в кожу с изменением цвета ее, нередко в центре происходит некроз с изъязвлением и обильным зловонным отделяемым.

Вопрос 17 Методы лечения пациенток больных раком яичников. Виды операций. Химиотерапия и лучевое лечение

Ответ Основным методом лечения, а также диагностики и стадирования РЯ является хирургическое вмешательство – циторедуктивная операция.
Любая опухоль яичника, независимо от ее размеров должна быть удалена и отправлена на срочное гистологическое исследование. Исключение составляют кисты желтого тела, фолликулярные кисты, за которыми можно наблюдать не более 4 недель, а если они не исчезают, то и их следует удалить.
Цель циторедуктивной операции

- поставить диагноз;

- определить стадию;
- выполнить полную циторедукцию.

В случае, если невозможно удалить весь опухолевый объем тканей, т.е. выполнить полную циторедукцию, то делается:

- оптимальная циторедукция (остаточная опухоль до 1 см);
- субоптимальная циторедукция (остаточная опухоль от 1 до 2 см);
- неоптимальная циторедукция (остаточная опухоль > 2 см).

По срокам выполнения операция может быть:

- первичной;
- промежуточной (интервальной);
- вторичной.

Смывы из брюшной полости для срочной цитологии, яичник с опухолью – на гистология.

Кроме выполнения гистерэктомии с придатками и удаления большого сальника, в тех случаях, когда опухоль прорастает другие органы таза и брюшной полости, следует сделать по показаниям одну из операций:

- резекцию смежных органов (кишечника, печени и т.д.);
- спленэктомию;
- аппендэктомию (при муцинозном раке);
- стриппинг диафрагмы;
- иссечение мягких тканей передней брюшной стенки;
- тазовую и парааортальную лимфадиссекцию.

Для определения стадии злокачественного процесса необходимо сразу после лапаротомии:

- сделать смывы из брюшной полости или взять всю асцитическую жидкость и отправить на срочное цитологическое исследование;
- удалить опухолевоизмененный яичник и отправить его на срочное гистологическое исследование;
- тщательно обследовать и пропальпировать всю брюшину;
- взять мазок или биопсию с нижней поверхности диафрагмы справа;
- удалить большой сальник;
- резецировать или взять биопсию с любых спаек;
- удалить все имплантационные образования на брюшине, если их нет, выполнить биопсию с участков нормальной брюшины;
- выполнить селективную тазовую и парааортальную лимфадиссекцию; выполнить гистерэктомию I типа с двусторонней сальпингоофорэктомией и с иссечением имеющихся опухолевых очагов.

После операции всем пациенткам, кроме молодых женщин с IAстадией высоко- (G1) или умереннодифференцированной цистаденокарциномы (G2), проводят 6 однодневных курсов ПХТ: карбоплатин + паклитаксел.

При РЯ выполняются другие операции: эксплоративная (пробная) лапаротомия и паллиативная вторичная операция (наложение нефростомы, гастростомы, колостомы или кишечных анастомозов). В тех случаях, когда первичная циторедукция оказалась невыполнима и объем хирургического вмешательства ограничился эксплоративной операцией, пациентке следует проводить ПХТ.

Лучевая терапия при РЯ используется редко, как паллиативный метод, лишь в тех случаях, когда опухоль резистентна к цитостатикам, а хирургическое лечение невозможно.

Показания:

- Опухоль резистентна к химии.
- Хирургическое лечение ограничено или невозможно.

Противопоказания:

- асцит;
- опухолевая инфильтрация кишечника;
- крупные MTS в печени, забрюшинных лимфоузлах и в селезенке.

Вопрос 18 Методы диагностики рака яичников

Ответ После сбора анамнеза проводится:

- общий осмотр, аускультация легких и пальпация всех периферических лимфатических узлов, живота, области пупка;
- осмотр половых органов в зеркалах, вагинально и ректовагинально;
- развернутый общий анализ крови, биохимический анализ крови;
- исследование крови на онкомаркеры СА-125, b-ХГТ и АФП, Са-19,9, НЕ4 с расчетом показателя ROMA.

ROMAtm (Risk of Ovarion Malignancy Algorithm) учитывает уровень НЕ4, СА-125 и зависит от состояния менструальной функции.

Высокий риск наличия РЯ:

- в пременопаузе ROMAtm > 12,9%;
- в постменопаузе ROMAtm > 24,7%.

Уточняющая диагностика

- УЗИ ОБП, таза, забрюшинного пространства, паховых и надключичных л/у;
- ФГДС, колоноскопия, ирригоскопия;
- рентгеногафия легких;
- взятие аспирата из полости матки и мазков для цитологического исследования из шейки и цервикального канала;
- раздельное диагностическое выскабливание слизистой полости матки и цервикального канала и кульдоцентез;
- маммография.

По показаниям назначают компьютерную и/или магнитно-резонансную томографию; лапароскопию.

Вопрос 19 Классификация рака яичников. Метастазирование

Ответ Классификация рака яичников

- Стадия I — опухоль ограничена одним яичником.
- Стадия II — опухоль поражает один или оба яичника с распространением на область таза.
- Стадия III — распространение на один или оба яичника с метастазами по брюшине за пределы таза и/или метастазы в забрюшинных лимфатических узлах.
- Стадия IV — распространение на один или оба яичника с отдаленными метастазами.

По морфофункциональным особенностям делятся на 7 подгрупп: серозные, муцинозные, эндометриоидные, светлоклеточные, злокачественные опухоли Бреннера, серозно-муцинозные карциномы и недифференцированные карциномы.

Наиболее часто РЯ представлен серозной (72,0%), эндометриоидной (15,0%) и муцинозной (6,6%) формами.

- Серозный рак представлен двумя разновидностями: одна из которых имеет низкую степень злокачественности (low-grade), вторая – высокую (high-grade). Карцинома имеет солидное, реже кистозное строение, с перегородками или сосочками в виде «цветной капусты» по внутренней поверхности. Размеры образования небольшие, часто наблюдается асцит.
- Муцинозная карцинома состоит из клеток желудочно-кишечного типа, содержащих интрацитоплазматический муцин, локализуется в одном яичнике, имеет большие размеры, гладкую поверхность, кистозно-солидное строение и множество камер, содержимое которых при попадании в брюшную полость приводит к развитию псевдомиксомы брюшины.
- Эндометриоидный рак напоминает эндометриоидную карциному матки, в 42% случаев возникает из очагов эндометриоза, имеет округлую форму, размеры от 2 до 35 см и состоит из одной или нескольких камер, заполненных жидкостью шоколадного цвета.
- Светлоклеточный рак образуется в 50-70% случаев из очагов эндометриоза и состоит из клеток с прозрачной цитоплазмой, эозинофильных клеток, которые объединяются в тубуло-кистозные, папиллярные и солидные структуры. Опухоль односторонняя, многокамерная, имеет небольшие размеры.
- Злокачественная опухоль Бреннера встречается в виде одностороннего образования размерами до 16-20 см, напоминает инвазивную уротелиальную карциному, для которой характерно наличие эстрогенной активности, кровотечения из половых путей, увеличения живота в объеме и болевого синдрома.
- Серозно-муцинозная карцинома состоит из клеток серозного и муцинозного эпителия эндоцервикального типа, имеет средние размеры до 12 см, бывает двухсторонней и многокамерной с кистозно-солидными участками.
- Недифференцированный рак – редкие опухоли без дифференцировки, в виде сосочковых образований с кистозными и солидными участками и обширными некрозами.

По степени дифференцировки РЯ делится на высокодифференцированный (G1), умереннодифференцированный (G2) и низкодифференцированный (G3).

Метастазирование

- РЯ происходит в основном имплантационным путем, реже лимфогенным и гематогенным.
- Опухоль прорастает капсулу яичника и переходит на брюшину, покрывающую петли кишечника, мочевой пузырь, большой сальник и диафрагму.
- Регионарными лимфатическими узлами при лимфагенном метастазировании являются тазовые, поясничные и паховые.
- При гематогенном метастазировании раковые клетки попадают в печень, плевру, легкие и область пупка. Метастаз в пупок называется узелком Марии Джозеф и встречается при РЯ в 10% случаев.

Вопрос 20 Рак яичников. Группы риска. Возможные причины развития рака

Ответ Рак яичников в мире занимает первое место в структуре смертности от опухолей репродуктивной системы женщин.

Группы риска

1. 1 группа. Женщины с нарушением функции яичников (менструальной, детородной).
2. 2 группа. Женщины с кровянистыми выделениями в постменопаузе.
3. 3 группа. Женщины, длительно состоящие на диспансерном наблюдении по поводу.
4. 4 группа. Женщины, у которых в анамнезе имеются оперативные вмешательства по поводу доброкачественных опухолей матки.
5. 5 группа. Ранее оперированные женщины по поводу рака молочной железы, желудка и других злокачественных опухолей.
6. 6 группа. Женщины с отягощенным наследственным фоном 7 группа. Женщины с осложнениями беременности.

Возможные причины развития рака

- Злокачественные опухоли репродуктивной системы в анамнезе.
- Хронические аднекситы в анамнезе (+миома, эндометриоз и др.).
- Операции по поводу доброкачественных образований.
- Сахарный диабет, ожирение.
- Первичное бесплодие.
- Менархе до 12 лет.

К группе риска относятся нерожавшие женщины и пациентки, имеющие в прошлом большое количество беременностей. Рак яичников у женщин может возникнуть в случае, если среди ближайших родственниц уже имеются особы с онкологией яичников или груди. Однако непрерывный приём противозачаточных контрацептивов в течение пяти лет уменьшает вероятность развития заболевания почти на 50%.

Причины

- Возраст.
- Ожирение.
- Репродуктивная функция (нерожавшие).
- Гинекологические операции (лигирование маточных труб, гистерэктомия).
- Лекарственные препараты для лечения бесплодия (Кломид увеличивает риск).
- Андрогены (Даназол увеличивает риск).
- ГЗТ эстрогеном.
- Наличие рака яичников, молочной железы или колоректального рака у членов семьи (BRCA1 и BRCA2 + рак молочной железы).
- Наличие рака молочной железы у самой женщины.
- Обезболивающие препараты (Ацетаминофен и аспирин).
- Курение и алкоголь.

Вопрос 21 Рак тела матки – методы лечения

Ответ Основным методом лечения РТМ является оперативный. Объем операции зависит от целого ряда факторов, которые выявляются в процессе хирургического стадирования: стадии заболевания, гистотипа и степени дифференцировки опухоли, глубины инвазии рака в миометрий, распространение опухоли на трубы и яичники, наличия опухолевых эмболов в сосудах, размеров первичной опухоли, диссеминации раковых клеток по брюшине, метастазов в лимфатических узлах.

Для выбора объема хирургического вмешательства РТМ I стадии делится на 3 группы риска: низкую, промежуточную и высокую.
У пациенток, вошедших в группу низкого риска выполняется гистерэктомия I типа с двусторонней сальпингоофорэктомией.
При промежуточном риске данная операция дополняется двусторонней тазовой лимфодиссекцией, при высоком – объем хирургического вмешательства расширяется до поясничной лимфаденэктомии. До начала операции в обязательном порядке берутся перитонеальные смывы и отправляются на срочное цитологическое исследование.
При наличии в них раковых клеток, при метастазах в яичниках и при таких гистотипах неэндометриоидного рака, как серозный, светлоклеточный, низкодифференцированный, плоскоклеточный и эндометриоидной карциноме G3 следует удалить большой сальник.
Показанием к тазовой лимфадиссекции при РТМ I стадии служат:

- инвазия опухоли в миометрий более чем на ½ его толщины;
- распространение опухоли за пределы матки;
- размеры опухолевого процесса в полости матки более 2 см;
- наличие эндометриоидной аденокарциномы G3 и некоторых гистотипов неэндометриоидного РТМ (серозный, светлоклеточный, плоскоклеточный и недифференцированный);
- переход опухоли на перешеек матки.

При РТМ II стадии в обязательном порядке выполняется тазовая лимфадиссекция.
В РБ при РТМ I и II стадиях за 24 часа до операции проводится сеанс внутриполостной гаммaтерапии в дозе 13,5 Гр для профилактики развития рецидивов и метастазов.
В послеоперационном периоде выполняется дистанционная лучевая терапия органов таза в СОД 4045 ГР, или внутриполостная брахитерапия культи влагалища (СОД 21 Гр, РОД — 3 Гр) при РТМ IB и II стадиях.
При РТМ III-IV стадий лечение проводится с учетом распространенности опухолевого процесса, с обязательным выполнением операции, если опухоль резектабельна. В отдельных случаях можно сделать циторедуктивную операцию с неоадъювантной или адъювантной лучевой терапией, химиотерапией или гормонотерапией.
При проведении хирургического вмешательства с лимфадиссекцией общая частота осложнений составляет около 20%, при этом 6% из них являются тяжелыми.
К интраоперационным осложнениям относятся: повреждение мочеточника, ранение мочевого пузыря, повреждение тонкой и толстой кишок, ранение сосудов.
В группу послеоперационных осложнений входят: вторичное кровотечение, тромбозы вен нижних конечностей, ТЭЛА, спаечная кишечная непроходимость, инфекционные осложнения и образование мочевой и кишечной фистул.
Сочетанная лучевая терапия и брахитерапия используются для лечения пациенток в случае отказа последних от хирургического вмешательства. При самостоятельной брахитерапии проводится 10 сеансов по 5 Гр 2 раза в неделю до СОД – 50 Гр. Сочетанная лучевая терапия начинается с ДЛТ на область таза, а после 10-12 Гр присоединяется брахитерапия РОД 5 Гр 2 раза в неделю до СОД 40-50 Гр.
При проведении ПХТ основными являются 2 схемы:

- Однодневная цитостатиками доксорубицином и цисплатином.
- Восьмидневная – химиопрепаратами: винорельбином, этопозидом и

цисплатином.
При наличии метастазов в тазовых лимфатических узлах с профилактической целью показана ДЛТ поясничных лимфатических узлов в дозе 45-50 Гр.
Показатели 5-летней выживаемости при РТМ I стадии составляют 80-90%, II – 70--77%, III – 47-65%, IV – 2-7%.
Популяционного скрининга РТМ не существует, имеется селективный, при котором обследуются группы риска.
Ампутация матки
Надвлагалищная ампутация матки (в буквальном переводе отсечение матки) или субтотальная гистерэктомия представляет собой удаление тела детородного органа с сохранением шейки матки. Такая операция имеет целый ряд преимуществ:

- операция легче переносится пациентками;
- сохраняется связочный материал, что препятствует опущению внутренних органов малого таза;
- ниже вероятность развития осложнений со стороны мочевыводящей системы; реже встречаются нарушения в сексуальной сфере.

Операция показана молодым женщинам на самых ранних стадиях развития заболевания, в тех случаях, когда нет дополнительных факторов риска развития рака шейки матки.
Экстирпация матки
Экстирпация матки или тотальная гистерэктомия представляет собой удаление матки вместе с шейкой. Стандартный объем операции при раке тела матки I стадии по FIGO (опухоль ограничена телом матки) – удаление матки вместе с шейкой и придатками.
На второй стадии заболевания, когда повышена вероятность распространения злокачественных клеток по лимфатическим сосудам, операция дополняется двусторонней лимфаденэктомией (удалением тазовых лимфатических узлов) с проведением биопсии парааортальных лимфатических узлов (для исключения наличия метастазов в лимфоузлах расположенных близ аорты).
Лучевая терапия при раке тела матки, как правило, применяется в комплексе других мер. Данный метод лечения могут использовать перед операцией для уменьшения объема опухоли и снижения вероятности метастазирования или/и после операции для профилактики развития рецидивов.
Показаниями к назначению лучевой терапии могут быть следующие состояния:

- переход опухоли на шейку матки, влагалище или окружающую клетчатку;
- злокачественные опухоли с низкой степенью дифференцировки;
- опухоли с глубоким поражением миометрия и/или с распространением процесса на придатки матки.

Кроме того, лучевая терапия может быть назначена в комплексном лечении неоперабельных стадий заболевания, а также у пациенток с тяжелыми сопутствующими патологиями, когда хирургическое вмешательство противопоказано.
В таких случаях данный метод лечения позволяет добиться ограничения опухолевого роста и снижения симптомов раковой интоксикации, а, следовательно, продлить жизнь пациентки и повысить ее качество.
При раке тела матки применяют внешнее и внутреннее облучение. Внешнее облучение производят, как правило, в условиях поликлиники при помощи

специального аппарата, который направляет пучок высокочастотных лучей на опухоль.
Внутреннее облучение проводится в стационаре, при этом во влагалище вводят специальные гранулы, которые закрепляются при помощи аппликатора и становятся источником излучения.
По показаниям возможно сочетанное проведение внутреннего и внешнего облучения.
Гормонотерапию используют при гормонозависимом варианте рака тела матки. При этом предварительно оценивается степень дифференцировки опухолевых клеток и с помощью специальных лабораторных тестов определяется чувствительность злокачественной опухоли к изменению гормонального фона.
В таких случаях назначают антиэстрогены (вещества так или иначе подавляющие активность женских половых гормонов – эстрогенов), гестагены (аналоги женских половых гормонов – антагонистов эстрогенов) или сочетание антиэстрогенов и гестагенов.
Как самостоятельный метод лечения гормонотерапию назначают молодым женщинам на начальных стадиях высокодифференцированного гормоночувствительного рака тела матки, а также в случае атипической гиперплазии эндометрия.
В подобных ситуациях гормонотерапия проводится в несколько этапов. Цель первого этапа – добиться полного исцеления от онкологической патологии, которое должно быть подтверждено эндоскопически (атрофия эндометрия).
На втором этапе с помощью комбинированных оральных контрацептивов восстанавливают менструальную функцию. В дальнейшем добиваются полной реабилитации функции яичников и восстановления фертильности (способности к деторождению) по индивидуальной схеме.
Кроме того, гормонотерапию сочетают с другими методами лечения рака тела матки при распространенных формах гормоночувствительного рака тела матки.

Вопрос 22 Методы диагностики рака тела матки
Ответ В обязательном порядке пациенткам проводят:
- тщательный сбор анамнеза;
- общий осмотр и пальпацию всех групп периферических лимфатических узлов; осмотр (в зеркалах) и пальпация (вагинально и ректовагинально) женских половых органов;
- развернутый общий анализ крови, биохимический анализ крови, кровь на онкомаркер Ca125;
- УЗИ органов брюшной полости, таза и забрюшинного пространства абдоминальным и вагинальным датчиками с обязательным осмотром большого сальника, брюшины и определением степени инвазии опухоли в миометрий;
- рентгеногафию легких;
- аспират из полости матки, мазки для цитологии из шейки и цервикального канала; гистероскопию с прицельной биопсией и раздельным диагностическим выскабливанием слизистой полости матки и цервикального канала.

По показаниям выполняют следующие методы обследования:
- цистоскопию;

- колоноскопию;
- экскреторную урографию;
- сцинтиграфию костей скелета;
- компьютерную или магнитнорезонансную томографию;
- доплеровское картирование вен нижних конечностей и подвздошных вен.

Перечисленных методов недостаточно, чтобы правильно установить стадию злокачественного процесса, поэтому окончательное стадирование РТМ выполняется во время хирургического вмешательства.

Диагностика рака тела матки необходима для составления индивидуального плана лечения пациентки и включает:

- установление диагноза злокачественного новообразования;
- определение точной локализации первичной опухоли;
- оценка стадии развития заболевания (распространенность опухолевого процесса, наличие пораженных опухолью лимфатических узлов и отдаленных метастазов);
- выяснение степени дифференцировки опухолевой ткани;
- исследование общего состояния организма (наличие осложнений и сопутствующих заболеваний, которые могут быть противопоказаниями к тому или иному виду лечения).

Характерные жалобы

Диагностика рака тела матки начинается с традиционного опроса, во время которого выясняется характер жалоб, изучается история заболевания, устанавливается наличие факторов риска развития злокачественной опухоли эндометрия.

- Гинекологический осмотр

Затем врач проводит осмотр на гинекологическом кресле с использованием зеркал. Такой осмотр позволяет исключить наличие злокачественных новообразований шейки матки и влагалища, которые нередко имеют сходные симптомы (мажущие выделения, бели, ноющие боли внизу живота).

После проведения двуручного влагалищнобрюшностеночного исследования можно будет судить о размерах матки, состоянии маточных труб и яичников, наличии патологических инфильтратов (уплотнений) в малом тазу. Следует отметить, что данное обследование не выявит патологии на ранних стадиях заболевания.

- Аспирационная биопсия

Наличие злокачественного новообразования в полости матки может быть подтверждено при помощи аспирационной биопсии, которая осуществляется в амбулаторных условиях.

У женщин репродуктивного возраста манипуляцию выполняют на 2526й день менструального цикла, а у женщин в постменопаузе – в любой день. Аспирация проводится без расширения канала матки. Это малоинвазивная (малотравматичная) и абсолютно безболезненная методика.

С помощью специального наконечника в полость матки вводится катетер, через который в шприц Брауна аспирируется (засасывается при помощи шприца) содержимое матки.

К сожалению, метод недостаточно чувствителен в отношении ранних стадий рака тела матки (выявляет патологию только в 37% случаев), при распространенных же процессах этот показатель значительно выше (более 90%).

- УЗИ

Ведущим методом в диагностике рака тела матки сегодня является ультразвуковое

исследование, которое выявляет злокачественные новообразования на ранних стадиях развития и позволяет определить:

- точную локализацию новообразования в полости матки;
- тип роста опухоли (экзофитный – в полость матки или эндофитный – прорастание в стенку органа);
- глубину прорастания опухоли в мышечный слой матки;
- распространенность процесса на шейку матки и окружающую клетчатку; поражение опухолевым процессом придатков матки.

К сожалению, при ультразвуковом исследовании не всегда удается исследовать лимфатические узлы малого таза, которые являются мишенями раннего метастазирования рака тела матки.

Поэтому при подозрении на распространенный процесс данные УЗИ дополняются результатами компьютерной или магнитно-резонансной томографии, которые позволяют с предельной точностью судить о состоянии органов и структур малого таза.

- Гистероскопия

В список обязательных исследований при подозрении на рак тела матки входит гистероскопия с прицельной биопсией. При помощи эндоскопа врач осматривает внутреннюю поверхность матки и производит забор ткани опухоли на гистологическое исследование. Точность такого исследования достигает 100%, в отличие от других методов получения материала для определения дифференцировки опухоли.

На ранних стадиях заболевания нередко используется такой новый перспективный метод эндоскопической диагностики как флуоресцентное исследование с использованием опухолевотропных фотосенсибилазаторов или их метаболитов (аминолевулиновая кислота и др.). Данный метод позволяет определить микроскопические новообразования величиной до 1 мм при помощи предварительного введения фотосенсибилизаторов, которые накапливаются в опухолевых клетках.

Гистероскопия, как правило, сопровождается раздельным гинекологическим выскабливанием матки. Сначала производят соскоб эпителия цервикального канала, а затем производят фракционный кюретаж полости матки. Такое исследование позволяет получить данные о состоянии эпителия различных отделов полости матки и шеечного канала и обладает достаточно высокой диагностической точностью.

Все пациентки с подозрением на рак тела матки проходят общее исследование организма, для получения сведений о противопоказаниях к проведению того или иного метода лечения злокачественной опухоли. План обследования составляется индивидуально и зависит от наличия сопутствующих патологий.

При подозрении на наличие отдаленных метастазов, проводят дополнительные исследования (УЗИ почек, рентгенографию органов грудной полости и т.п.).

Вопрос 23 Клиника рака тела матки

Ответ У женщин имеют место следующие симптомы, связанные с наличием опухоли в полости матки:

- бели (жидкие, водянистые), появляющиеся после физических нагрузок – наиболее ранний признак, на который пациентки не обращают внимания;
- зуд наружных половых органов за счет выделений из влагалища;

- аномальные маточные кровотечения в репродуктивном периоде: метроррагия, меноррагия, гиперполименорея, в виде «мясных помоев»;
- кровянистые выделения или кровотечения в постменопаузе;
- гнойные выделения из половых путей;
- боли:
  - ноющие внизу живота и пояснице с иррадиацией в нижние конечности в связи с метастазами в лимфатических узлах или сдавлением нервных стволов опухолевыми инфильтратами,
  - схваткообразные внизу живота, связанные с наличием гематометры, пиометры или серозометры; (из-за непроходимости цервикальный канал)
- нарушение функции смежных органов (появление кала или мочи из влагалища) при прорастании опухоли в мочевой пузырь или прямую кишку.

Поскольку РТМ возникает у большинства женщин в возрасте 60 лет и старше, то преобладающим клиническим симптомом этого заболевания являются кровянистые выделения из половых путей в постменопаузе, встречающиеся у 70-90% пациенток. В случае наличия запущенных стадий РТМ появляются признаки интоксикации: повышение температуры тела, похудение, слабость.

Особенно сложно поставить диагноз РТМ у женщин молодого возраста, поскольку кровянистые выделения из половых путей врачи иногда принимают за ановуляторные кровотечения, связанные с нарушением функции яичников. Как правило эти женщины, страдают ожирением и бесплодием и до начала гормонального лечения им необходимо исключить наличие рака в эндометрии. Допускаются врачами ошибки и в группе женщин, находящихся в пременопаузе, так как существует мнение, что обильные кровянистые выделения из половых путей в этот период не могут быть признаком рака. Однако для пременопаузы характерны более короткие и менее обильные менструации. В 5% случаев РТМ может протекать бессимптомно.

Основными симптомами рака тела являются маточные кровотечения, бели и болевой синдром. Следует отметить, что в 8% случаев ранние стадии развития злокачественной опухоли протекают абсолютно бессимптомно.

Клиническая картина рака тела матки отличается у женщин репродуктивного и нерепродуктивного возраста. Дело в том, что ацикличные кровянистые выделения разной степени выраженности (скудные, мажущие, обильные) встречаются приблизительно в 90% случаев данной патологии.

Если у пациентки еще не наступил период менопаузы, то диагностировать начальные стадии патологии можно, заподозрив наличие злокачественного процесса при нарушениях менструального цикла.

Однако ациклические маточные кровотечения у женщин репродуктивного возраста неспецифичны и встречаются при различных заболеваниях (патология яичников, нарушения нейроэндокринной регуляции и др.), поэтому нередко правильный диагноз устанавливают с запозданием.

Маточные кровотечения

Появление маточных кровотечений у женщин в постменопаузе является классическим симптомом рака тела матки, так что в таких случаях, как правило, заболевание удается выявить на относительно ранних стадиях развития.

Бели

Эти выделения характеризуют, другой характерный симптом рака тела матки,

который чаще всего появляется уже при значительных размерах первичной опухоли. В некоторых случаях выделения могут быть обильными (лейкорея). Накопление белей в полости матки вызывает тянущие боли внизу живота, напоминающие болевой синдром при менструациях.

Гнойные выделения

При стенозе шейки матки может произойти нагноение белей с образованием пиометры (скопление гноя в полости матки). В таких случаях развивается характерная картина (боли распирающего характера, повышение температуры тела с ознобом, ухудшение общего состояния пациентки).

Водянистые выделения

Наиболее специфичны для рака тела матки обильные водянистые бели, однако, как показывает клинический опыт, злокачественная опухоль может также проявляться кровянистыми, кровянистогнойными или гнойными выделениями, что, как правило, свидетельствует о вторичном присоединении инфекции. При распаде опухоли бели приобретают вид мясных помоев и неприятный запах. Несвязанные с кровотечениями и лейкореей боли появляются уже на поздних стадиях развития рака тела матки. При прорастании опухолью серозной оболочки детородного органа возникает болевой синдром грызущего характера, в таких случаях, как правило, боли чаще беспокоят пациенток ночью.

Боли

Нередко болевой синдром появляется уже при распространенном процессе с множественными инфильтратами в малом тазу. Если опухоль сдавливает мочеточник, появляются боли в пояснице, возможно развитие приступов почечной колики.

При значительных размерах первичной опухоли боли сочетаются с нарушениями мочеиспускания и дефекации, такими как:

- боли при мочеиспускании или дефекации;
- частые болезненные позывы к мочеиспусканию, которые нередко имеют приказной характер;
- тенезмы (болезненные позывы к дефекации, как правило, не завершающиесявыделениемкаловыхмасс).

Вопрос 24 Хирургический, комбинированный и сочетанный лучевые методы в лечении пациенток с раком шейки матки

Ответ Методами радикального лечения РШМ служат хирургический, комбинированный, комплексный и химиолучевой.

Виды операций (3 гр.):

- Ампутация ШМ, трахелэктомия – удаление ШМ полностью при IA, IB
- Гистероэктомии
- Экзентераций (эвисцераций): передняя — удаление МП, полная – удаление прямой кишки и МП, задняя – удаление прямой кишки).

Сочетанная лучевая терапия представлена:

- дистанционная – на область таза (опухолевый очаг и л/у);
- брахитерапия- на область опухолевого очага.

Лучевая терапия проводится в виде послеоперационного или самостоятельного метода лечения. Химиолучевая терапия (СЛТ + цитостатики). На фоне сочетанной лучевой терапии используют цисплатин, карбоплатин, 5-фторурацил и цисплатин с

гентабином 1 раз в нед.
Роль химиотерапии: паллиативный метод (когда противопоказана операция или лучевая терапия); адъювантная и неоадъювантная.
Гистерэктомия + сальпингоофорэктомия (по показаниям):

- I тип (простая гистерэктомия) – удаление матки и верхнего участка влагалища до 1 см при раке in situ и IA1 стадии.II тип (модифицированная радикальная гистерэктомия) – удаление матки и до 2 см влагалища с участком параметральной клетчатки при РШМ IA1, IA2 и IB1.
- III тип (радикальная гистерэктомия) – удаление матки, парацервикальной и паравагинальной клетчатки, обеих маточнокрестцовых связкок и верхней трети влагалища. Операция выполняется при РШМ IB1-IIA1 стадий.
- IV тип (расширенная радикальная гистерэктомия) – аналогична по объему гистерэктомии III типа, но при ней удаляют 3/4 влагалища. Используется только при РШМ IIA2 стадии.
- V тип (частичная экзентерация) – IV тип операции дополняют удалением терминального отдела мочеточника и/или участка мочевого пузыря и/или толстой кишки. Операцию делают при первичной неизлеченности опухоли на шейке матки, а также при центральных или изолированных рецидивах в малом тазу.

Начиная с гистерэктомии II типа, показана регионарная двухсторонняя тазовая лимфодиссекция. Удаление придатков зависит от возраста пациентки и наличия в них метастазов, чаще их сохраняют у женщин в возрасте до 45 лет.
Экзентерация таза выполняется при РШМ IVA стадии в случаях прорастания опухолью слизистой мочевого пузыря и/или прямой кишки при отсутствии инфильтратов в параметральной клетчатке (удаляют матку с придатками, мочевой пузырь и/или прямую кишку).
Лучевая терапия РШМ проводится в виде адъювантного или самостоятельного методов лечения. Последний может быть реализован по трем программам:

- радикальной, которая направлена на полное излечение за счет подведения канцерицидных доз (к основному очагу – до 80 Гр, к зонам метастазирования – до 60 Гр);
- паллиативной, способствующей уменьшению размеров опухоли, метастазов и приводящей к стабилизации злокачественного процесса, при этом СОД составляет не более 40-50 Гр;
- симптоматической, которая уменьшает степень выраженности симптомов, ухудшающих качество жизни пациентки, чаще всего при болевом синдроме в связи с метастазами в поясничном отделе позвоночника.

Радикальный метод лечения РШМ – химиолучевая терапия (ХЛТ). Она состоит из дистанционной лучевой терапии (ДЛТ) и внутриполостной гаммaтерапии, которая является одним из видов брахитерапии. При ДЛТ применяется лучевая терапия на линейных ускорителях или гаммaтерапевтических установках с 2-х противоположных полей, РОД 2 Гр до СОД 44-50 Гр. Для повышения чувствительности к облучению еженедельно применяют цитостатики, среди которых наиболее эффективным оказался цисплатин в дозе 40 мг/м². При метастатическом поражении общих подвздошных и/или парааортальных лимфатических узлов их облучают в дозе 45-50 Гр.
При проведении ЛТ применяют 2 методики лечения: непрерывный и расщепленный курсы.
Непрерывный курс ЛТ состоит на первом этапе из ДЛТ (СОД 44-50 Гр), проводимой

в режиме традиционного фракционирования и 6 фракций внутриполостной гамма-терапии, которую начинают сразу после завершения наружного облучения. Сеансы выполняют два раза в неделю до СОД 30 Гр. Внутриполостная гамма-терапия проводится на аппарате «MicroSelectronHDR» радиоактивным источником 192Ir, который вводится в эндостаты во влагалище и полость матки.
Для расщепленного курса ЛТ характерно наличие в середине облучения перерыва в 2-3 недели, который необходим для снижения числа лучевых реакций и уменьшения опухолевой интоксикации. На I этапе проводится курс ДЛТ по 2 Гр ежедневно до СОД – 30 Гр на область таза, а затем делается перерыв, после которого лечение продолжается уже в виде химиолучевой терапии. Внутриполостная гамма-терапия проводится по 5 Гр два раза в неделю до СОД – 30 Гр, между сеансами которой продолжается ДЛТ таза с 2-х противолежащих полей с блоком. СОД за оба курса облучения составляет 50-60 Гр. Хирургическое вмешательство при РШМ может быть также дополнено предоперационным, интраоперационным и послеоперационным облучением.
При предоперационном облучении применяют 2 метода: дистанционный и внутриполостной. Первый используется для перевода опухоли в резектабельное состояние. При появлении условий для удаления опухоли выполняется операция, в противоположном случае лечение продолжается в виде 2-го этапа ЛТ. Предоперационная брахитерапия проводится за день до операции при резектабельном РШМ дозой в т. А 13,5Гр, которая эквивалентна СОД 40 Гр.
Послеоперационная ДЛТ таза проводят при наличии удаленных либо неудаленных лимфатических узлов с метастазами, а также при обнаружении раковых клеток в крае резекции опухоли, поражении параметриев и при факторах риска, свидетельствующих о прогрессии злокачественного процесса. Химиотерапия РШМ относится к дополнительным или паллиативным методам терапии. Неоадъювантная химиотерапия показана, когда лечение сочетанным лучевым методом местнораспространенного РШМ может привести к серьезным осложнениям. При этом используют 3 курса ПХТ препаратами цисплатин, винкристин и блеомицин. Через 3 недели после лечения при резектабельной опухоли выполняют операцию. При первичной неизлеченности РШМ назначают 6 курсов полихимиотерапии.

Вопрос 25 Диагностика рака шейки матки
Ответ Физикальное обследование включает общий осмотр пациентки (цвет кожи, видимых слизистых, нижних конечностях); пальпацию лимфатических узлов, органов брюшной полости; перкуссию легких, живота; аускультацию легких и сердца; осмотр женских половых органов и шейки матки (в зеркалах, вагинально, ректовагинально). Осмотр в зеркалах и ректовагинальный необходимы для первичной оценки состояния шейки и тела матки, яичников, параметральной клетчатки, маточно-крестцовых связок и прямой кишки.
При осмотре в зеркалах вид шейки зависит от локализации опухоли. В случае расположения на экзоцервиксе карцинома имеет вид экзофитного образования различных размеров, переходящего на стенки влагалища с очагами некроза, с кровоточащими участками или без них, может иметь вид язвы или «кратера», покрытого некротической тканью. При локализации карциномы в эндоцервиксе на влагалищной части шейки матки опухоль не визуализируется. При этом экзоцервикс обычного цвета, но гипертрофирован, плотный, имеет бочкообразную форму и по

размерам, особенно в постменопаузе, больше тела матки.
Поставить диагноз помогает мазок, взятый из цервикального канала, и метод эхоскопии с цветным допплеровским картированием. При переходе рака на влагалище его слизистая становится плотной и может кровоточить при дотрагивании.
Мазки для цитологического исследования необходимо брать из шейки матки и цервикального канала.
Лабораторная диагностика*:* общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, кровь на ВИЧ, коагулограмма, исследование на ВПЧ.
Неинвазивные диагностические методы:

- кольпоскопия шейки матки для определения зоны поражения и выбора места прицельной биопсии;
- УЗИ ОБП, таза и забрюшинного пространства, надключичных и паховых лимфатических узлов;
- МРТ органов малого таза для определения стадии заболевания и распространенности рака, поскольку этот метод позволяет выявить переход опухоли на другие органы и ткани (параметральную клетчатку, мочевой пузырь, прямую кишку, регионарные лимфатические узлы) и определить размеры опухоли;
- рентгенография органов грудной клетки;
- колоноскопия при подозрении на прорастание слизистой прямой кишки опухолью;
- внутривенная урография при отсутствии МРТ;
- цистоскопия при подозрении на инвазию слизистой мочевого пузыря;
- остеосцинтиграфия при наличии соответствующих жалоб;
- последние годы для выявления метастазов применяется ПЭТ.

Инвазивные диагностические методы:
Взятие биоптата с опухоли шейки матки под контролем кольпоскопа при экзофитной форме роста. При эндофитной форме выполняется раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки. При смешанной форме РШМ одновременно выполняют биопсию и раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала. Для взятия биоптата из экзоцервикса оптимально использовать радиоволновой аппарат «Сургитрон-ЕМСТМ».
Лапароскопия при местнораспространенном РШМ выполняется в случае наличия метастазов или образований в яичниках.

Вопрос 26 Клиника рака шейки матки (инвазивного и местнораспространенного)
Ответ Инвазивный рак шейки матки представляет собой распространение опухолевых клеток на ткани, расположенные под поверхностной эпителиальной оболочкой шейки матки. Причиной подобного процесса является вирус папилломы человека, который вызывает дисплазию эпителиальных клеток шейки матки, с последующим раковым перерождением.
Клиника инвазивного рака
Клинические симптомы РШМ делятся на ранние и поздние.
К ранним проявлениям относятся выделения из половых путей: обильные, без запаха, водянистые выделения (лимфорея), возникающие в результате прорастания опухолью лимфатических сосудов, и кровянистые, наиболее часто связанные с

половым актом, спринцеванием или осмотром гинеколога.
В репродуктивном возрасте бывают ациклические кровянистые выделения, в постменопаузе – периодические или постоянные.
Поздними симптомами (местнораспространенный) РШМ являются болевой синдром, отеки на ногах, нарушения со стороны актов мочеиспускания и дефекации, неприятный запах из влагалища и кровотечение.
Боли (чаще ночные) локализуются в нижних отделах живота и пояснице, иррадиируют в ноги, чаще в левую. Отеки нижних конечностей встречаются в большинстве случаев на левой ноге, что связано с наличием опухолевого инфильтрата в левом параметрии. Иногда возникает тромбофлебит нижних конечностей или внутренних подвздошных вен. Развитию некроза в опухоли сопутствует неприятный запах из влагалища, что может быть вызвано задержкой выделений во влагалище, но чаще с присоединением инфекции.
При распаде опухоли эрозируются сосуды на шейке матки, в связи с чем может возникнуть обильное кровотечение, остановить которое возможно нередко только путем эмболизации обеих маточных либо внутренних подвздошных артерий.
При сдавлении опухолью нижних отделов мочеточников, расположенных в параметральной клетчатке, возникает одно- или двусторонний гидроуретеронефроз, чаще слева, что клинически проявляется тошнотой, слабостью, болями в пояснице, снижением количества выделяемой мочи, вплоть до анурии, и повышением в крови уровня мочевины и креатинина. В этих случаях необходимо наложение нефростомы или стентирование мочеточника. При больших размерах опухоль способна прорастать мочевой пузырь и/или прямую кишку с образованием везиковагинальной и ректовагинальной фистул, что клинически проявится отхождением кала и мочи через влагалище.
Местно-распространенный РШМ — это рак IIB, IIIA, IIIB и IVA стадии.

Вопрос 27 Классификация рака шейки матки. Метастазирование
Ответ
Классификация
Для характеристики РШМ существует 5 классификаций:
- *по анатомическим формам*, определяющим локализацию опухоли на шейке: экзофитная (на влагалищной части), эндофитная (в цервикальном канале), смешанная (одновременная в экзо- и эндоцервиксе);
- *по стадиям: 1) TNM и 2) FIGO.* Для обозначения стадии по FIGO используются римские цифры и заглавные буквы, по TNM – арабские цифры и прописные буквы;
- *по гистотипам*: плоскоклеточный (80%) и аденогенный (15-19%) раки и прочие (1,0-5,0%), которые представлены светлоклеточной, эндометриоидной, нейроэндокринной и мелкоклеточной структурой;
- *по степени дифференцировки*: карцинома высокодифференцированная (G1), умереннодифференцированная (G2), низкодифференцированная и недифференцированная (G3).

Метастазирование
РШМ лимфогенным путем метастазирует в регионарные (обтураторные, внутренние, наружные и общие подвздошные) и отдаленные лимфатические узлы (парааортальные, медиастинальные, надключичные, подмышечные, паховые). При

гематогенном метастазировании опухолевые очаги появляются в легких, печени, костях, головном мозге и редко в других органах. Имплантационное распространение раке наблюдается крайне редко и при этом поражаются преимущественно яичники (1-2%).

Вопрос 28 Рак шейки матки. Этиология. Фоновые и предраковые заболевания. Методы профилактики рака. Виды скрининга
Ответ
Рак шейки матки – злокачественная опухоль, развивающаяся из незрелого метаплазированного или резервного эпителия переходной зоны, которая локализуется в экзо- или эндоцервиксе.
Расположение переходной зоны на шейке матки зависит от возраста пациентки, наличия беременности и проведенных ранее деструктивных методов лечения. До 23 лет и во время беременности эта зона располагается на экзоцервиксе, в возрасте от 24 до 45 лет – в области наружного зева цервикального канала, старше 45 лет и после специальной терапии фоновых и предраковых заболеваний в цервикальном канале.
Заболеваемость
Ежегодно в мире РШМ диагностируется у 530 232 женщины (79% проживает в развивающихся странах), умирают от него 275 008. В структуре онкологической заболеваемости эта патология составляет 4,2%, смертности – 3,6%. Стандартизованный показатель заболеваемости РШМ равен 15,2 0/0000, смертности – 7,8 0/0000. Среди опухолей женских половых органов в мире РШМ занимает 1е место. Наибольшая заболеваемость в Замбии (76,4 0/0000), минимальная – в Египте (2,3 0/0000).
Этиология
Причиной развития РШМ являются высокогенные штаммы вируса папилломы человека (ВПЧ), которых известно в настоящее время 15 (16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 68, 73, 82). Наиболее распространены 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58 и 35 типы ВПЧ, при плоскоклеточном раке преобладает 16 тип, при аденогенном – 18. РШМ относится к вирусным инфекциям, передаваемым половым путем, и является клинической формой проявления вируса папилломы человека.
Фоновые и предраковые заболевания
Фоновые заболевания, их еще в последние годы стали называть доброкачественными, — это заболевания, на фоне которых могут развиваться предраковые. К ним относятся: лейкоплакия, эритроплакия, полип, папиллома, плоская и остроконечная кондиломы, хронический эндоцервицит, эндометриоз, истинная эрозия и посттравматические или послеродовые разрывы шейки матки.
Предраковые заболевания — это в большинстве случаев приобретенная патология и крайне редко врожденная, возникающая на экзо или эндоцервиксе, связанная с наличием в эпителии онкогенных типов ВПЧ, на основе которой могут в дальнейшем развиваться злокачественные опухоли. РШМ возникает только из одного предрака, у которого к настоящему времени уже существуют три названия: дисплазия, цервикальная интраэпителиальная неоплазия (CIN) и изменения плоского эпителия низкой (LSIL — low grade squamous intraepithelial lesions) или высокой степени злокачественности (HSIL — high grade squamous intraepithelial lesions), которые в отечественной литературе иногда обозначаются как ИНЗ и ИВЗ. Предраковые процессы развиваются из метаплазированного эпителия. Он может

располагаться как в цервикальном канале, так и на влагалищной части шейки матки. Дисплазии, или CIN, представляют морфологические изменения в метаплазированном эпителии, для которых характерно нарушение нормальной стратификации клеточных слоев и появление атипичных клеток, имеющих измененное ядро (полиморфное, гиперхромное, уродливое) и обладающих митотической активностью.

- Для легкой дисплазии, или CIN I, характерны изменения только в нижней трети эпителиального пласта, остальные участки не изменены. Соответствует LSIL.
- При умеренной дисплазии, или CIN II, имеет место клеточная атипия и многочисленные митозы уже в нижней половине эпителия, покрывающего экзо или эндоцервикс. Соответствует HSIL.
- Для тяжелой дисплазии, или CIN III, характерны аналогичные нарушения, но поражено больше половины пласта эпителия. Соответствует HSIL.

Когда поражен весь слой метаплазированного эпителия, изменения уже относят к раку in situ, или интраэпителиальному раку. Понятие CIN III включает тяжелую дисплазию и рак in situ, т. е. при ней могут быть изменения как во всем эпителиальном слое, так и в отдельных его участках, площадь которых составляет более 50 %.

Характерной визуальной клинической картины дисплазии не имеют, и специфические изменения для этой патологии на шейке отсутствуют. Их можно увидеть только при кольпоскопии. Дисплазии, как правило, скрываются под маской других заболеваний или протекают бессимптомно. Пациентки чаще всего предъявляют жалобы на различные выделения из половых путей, характерные для других гинекологических заболеваний, но не для предрака.

Для выявления дисплазий на первом этапе необходимо брать 2 мазка для цитологического исследования: один — из шейки матки, а другой — из цервикального канала.

Профилактика

Первичная профилактика

Основным мероприятием первичной профилактики РШМ в экономически развитых странах является вакцинация, в большинстве из них она носит государственный характер. Созданы 3 вакцины, две из которых нашли широкое применение: «Гардасил-4» и «Церварикс». Вакцины лучше вводить до начала половой жизни, в этом случае их защитный эффект максимальный. Можно проводить профилактику РШМ и при наличии половой жизни всем женщинам до 45 лет, однако эффективность вакцинации в этом случае снижается.

Вторичная профилактика

Скрининг РШМ представлен 3 видами: оппортунистическим, селективным и популяционным.

Оппортунистический скрининг – это обследование здоровых женщин, самостоятельно обращающихся к врачу.

Селективный скрининг рака шейки матки – это организованное обследование женщин, входящих в группы риска, которым рекомендуют регулярное обследование по плану диспансеризации.

Популяционный скрининг рака шейки матки– это организованное обследование популяции здоровых женщин, предварительно подписавших согласие на взятие мазков из экзо- и эндоцервикса с выполнением Pap-теста (окраска цитологического материала по Папаниколау).

В Канаде, США, Швеции, Финляндии, Китае и некоторых других странах популяционный скрининг привел к существенному снижению заболеваемости (на 78%) и смертности (на 72%) от него. В РБ популяционный скрининг находится в настоящее время на этапе организации.
Третичная профилактика представлена противоопухолевым лечением.
РШМ и направлена на предотвращение развития метастазов и рецидивов. Эта профилактика требует больших материальных затрат и не так эффективна, как популяционный скрининг.

Вопрос 29 Клиника, диагностика и методы лечения рака гортани
Ответ
Рак гортани метастазирует лимфогенно – в поверхностные и глубокие лимфатические узлы шеи и гематогенно – в легкие, головной мозг.

- Рак надскладочного отдела гортани наиболее агрессивен, быстро распространяется как местно (чаще прорастает язычные валекулы, корень языка, преднадгортанное пространство), так и в регионарные лимфоузлы, встречается у 60-70% больных раком гортани. Вначале такой рак протекает бессимптомно и только при значительном распространении процесса возникают первые признаки заболевания: першение, царапание, покалывание, ощущение инородного тела в глотке. Затем присоединяется тупая боль при проглатывании грубой пищи иногда с иррадиацией ухо, поперхивание во время еды, охриплость, затрудненное дыхание. Выявляются увеличенные лимфатические узлы на шеи.
- Рак голосовых складок (среднего отдела гортани) встречается в 20-30% случаев, обладает более доброкачественным течением, так как в этой области слабо развита лимфатическая и кровеносная система. Первый симптом при данной локализации опухоли – дисфагия.

Охриплость прогрессирует, далее появляется афония и одышка при физической нагрузке.
Инфильтрация и изъязвление боковых отделов гортани может вызвать неподвижность гортани, попадание слюны и пищи в гортань, вызывая развитие аспирационной пневмонии.

- Рак подсвязочного отдела гортани распространяется чаще всего вниз к трахее, а также кверху на голосовые связки. В 6-7% случаев наблюдается прорастание в щитовидную железу. Первым признаком является затрудненное дыхание в связи с нарастанием стеноза гортани.

Диагностика

- Сбор анамнеза.
- Осмотр и пальпация шеи.
- УЗИ шеи.
- Орофарингоскопия, ларингоскопия, гипофарингоскопия (зеркальная или эндоскопическая, фиброларингоскопия). По показаниям для осмотра применяется местная анестезия.
- Биопсия опухоли, лимфатических узлов.
- Рентгенография органов грудной клетки. КТ, МРТ органов шеи по показаниям.
- Эзофагоскопия, бронхоскопия по показаниям.

Основное значение имеет непрямая ларингоскопия. Ведущим диагностическим

приемом является фиброскопия гортани. Для осмотра подсвязочного отдела гортани эффективна двойная зеркальная ларингоскопия. Ценную информацию дает рентгенологическое, рентгентомографическое исследование, КТ, при которых оценивается состояние гортанных желудочков, голосовых связок, грушевидных синусов.

Лечение

При раке гортани применяют хирургический, лучевой, комбинированный, химиолучевой методы, крио- и лазеротерапию, фотодинамическую терапию. Выбор способа лечения строго индивидуален, определяется локализацией опухоли, распространенностью процесса, общим состоянием больного.

При опухолях надскладочного и среднего отдела гортани I-II стадии эффективность лучевого и хирургического лечения (резекция гортани) равноценно, но функциональные результаты лучше при лучевом лечении. Лучевое лучение более эффективно при раке надскладочного отдела гортани и одностороннем поражении гортани. При III-IV ст. рака гортани проводится комбинированное лечение: лучевое, а затем хирургическое в объеме ларингэктомии или расширенной ларинэктомии.

Химиолучевое лечение выполняется пациентам, отказавшимся от операции, а также при невозможности оперативного вмешательства из-за распространенности опухолевого процесса или в связи с выраженной сопутствующей патологией. По показаниям до начала лечения ряду больных выполняется трахеостомия. Наиболее эффективны химиотерапевтические препараты: производные платины (цисплатин), фторурацил, блеомицин.

По показаниям выполняют операции на лимфатическом аппарате шеи в объеме, соответствующем метастатическому поражению лимфатических узлов. Обязательное условие для выполнения операции на лимфатическом аппарате – излечение первичной опухоли.

Фасциально-футлярная лимфодиссекция выполняется при единичных смещаемых метастазах, в ряде случаев профилактически. Удаление шейных лимфоузлов в объеме операции Крайла включает удаление подчелюстных, подбородочных, поверхностных и глубоких шейных лимфоузлов с внутренней яремной веной, окружающей клетчаткой, фасцией и грудиноключичной мышцей. Показанием к такой операции является инвазия метастазов во внутреннюю яремную вену и грудинно-ключично-сосцевидную мышцу.

Вопрос 30 Клиника рака языка и слизистой полости рта. Метастазирование. Диагностика и лечение

Ответ

Рак языка локализуется наиболее часто в передних 2/3 органа. Превалирующими симптомами являются боль, затруднение при глотании и разговоре. При визуальном осмотре можно увидеть опухолевую язву или инфильтрат, представленный при пальпации плотной тканью. Решающее значение имеет глубина инфильтрата. Регионарные метастазы, как правило, диагностируются в лимфатических узлах шеи. Отдаленные метастазы встречаются нечасто.

Рак слизистой оболочки дна полости рта в начале заболевания может быть представлен группой неспецифических симптомов таких, как неприятные ощущения, визуально определяемые участки уплотнения, изъявления или измененного цвета. По мере роста определяется опухолевая язва или инфильтрат

патологической плотности, появляется боль, слюнотечение, неприятный запах изо рта. Больные не могут широко открыть рот из-за тризма мимической мускулатуры. Метастазы представлены, как правило, поражением подчелюстных, подбородочных и глубоких шейных лимфоузлов. При запущенной форме заболевания это все может составлять единый опухолевый инфильтрат без четких границ. Отдаленные метастазы встречаются редко.

Метастазирование

Рак языка метастазирует, по сравнению с другими злокачественными опухолями, очень рано. Вначале метастазы появляются в подчелюстных лимфоузлах одноименной стороны, затем в поверхностных и глубоких лимфоузлах шеи на стороне поражения. Значительно позже поражаются лимфоузлы противоположной поражению стороны. Возникновение метастазов на другой стороне без начального поражения лимфоузлов стороны, где имеется первичный процесс, наблюдался всего у 5% больных. Возможно также при значительном распространении метастазов прорастание опухолью крупных сосудов шеи, сонной артерии и яремной вены.

Диагностика

Диагностические мероприятия начинают с пальпации первичного очага и зон регионарного метастазирования. Пациентам выполняется УЗИ органов шеи. Применяется рентгенологическое исследование органов грудной клетки и ортопантомография или КЛКТ нижней и верхней челюсти (при подозрении на вовлечение в опухоль костных структур). При необходимости обследование может быть дополнено компьютерной томографией, МРТ, ангиографией. Морфологическая верификация опухоли достигается путем инцизионной биопсии, при необходимости выполняется пункционная или эксцизионная биопсия регионарных лимфоузлов

Лечение

Рак языка. Лечение пациентов с раком языка заключается в предоперационной лучевой терапии, включающей первичный очаг и зоны регионарного метастазирования в дозе 40-50 Гр с последующей операцией. Лучевую терапию в СОД 70 Гр при Т1-2 можно использовать в качестве единственного метода лечения. При опухолях Т3-4 пациенты нуждаются в сложных операциях, включающих частичное или полное удаление языка, резекцию тканей дна полости рта и частичную резекцию нижней челюсти и формированием оростомы. При наличии пальпируемых шейных метастазов необходима радикальная шейная лимфодиссекция.

Рак слизистой оболочки дна полости рта. Лечение проводится в зависимости от стадии заболевания. При I-II стадиях назначается дистанционная, брахитерапия или сочетанная лучевая терапия в СОД 40-70 Гр, включая подчелюстную зону регионарного метастазирования. При недостаточной эффективности после СОД 40Гр выполняют резекцию мягких тканей полости рта. При III стадии на первом этапе проводят химиолучевое лечение и при радиорезистентности производят операцию (по показаниям – резекцию дна полости рта, глубоких мышц языка, нижней челюсти). При IV стадии лечение комплексное: неоадъювантная химиотерапия, лучевая терапия и при отсутствии противопоказаний операция. При отдаленных метастазах проводят паллиативное химиолучевое лечение.

Вопрос 31 Рак губы, предраковые заболевания. Клиника рака нижней губы.

Метастазирование. Диагностика и методы лечения
Ответ
Этиология
- Курение.
- Чрезмерное употребление алкоголя, горячая и острая пища.
- Длительное раздражение зубными протезами.
- Лейкоплакия.
- Эритроплакия.
- Вирус папилломы человека, вирус герпеса (рот).

Предраковые заболевания: лейкоплакия, эритроплакия, дисплазия.
Метастазирование
Метастазирует рак губы преимущественно лимфогенно в регионарные лимфатические узлы — подбородочные, подчелюстные, в район яремной вены. При I стадии метастазы наблюдаются в 58% случаев, во II — 15-20 %, в III — 35%, при IV — в 70% случаев.
Гематогенное метастазирование наблюдается реже — в 2% случаев, обычно — в лёгкие.
Клиника
Рак губы может иметь различную клиническую картину. Проявляется в виде экзофитной, язвенной формы или их сочетания. В зависимости от процесса пациенты могу предъявлять жалобы на образование язвочки, или участка уплотнения на губе. Начало заболевания, как правило, выглядит безобидно и не настораживает больного. По мере роста клиническая картина становится все более явной и при позднем обращении может быть представлена огромной опухолью, разрушающей красную кайму, прорастающей подлежащие ткани, в том числе костные структуры. Опухоль метастазирует в подчелюстные, подбородочные и глубокие шейные лимфоузлы. Отдаленные метастазы развиваются нечасто, и встречаются, как правило, в легких.
Диагностика
При диагностике рака нижней губы используют данные опроса, осмотра, пальпации, морфологического исследования. Для уточнения распространенности опухоли выполняют рентгенографию нижней челюсти, органов грудной клетки. Проводят ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи. При осмотре желательно пользоваться лупой.
Пальпировать необходимо как саму опухоль, так и лимфатические узлы шеи. Выполняют цитологическое исследование мазковотпечатков или соскоба с опухолевой язвы, а также пункционного материала из метастатических лимфатических узлов. При отрицательном ответе цитологического исследования производят биопсию опухоли.
Лечение
Лечение пациентов с раком губы заключается в предоперационной лучевой терапии, включающей первичный очаг и зоны регионарного метастазирования в дозе 40-50 Гр с последующей резекцией губы и шейной лимфодиссекцией.
Лучевая терапия (близкофокусная, дистанционная, брахитерапия, сочетанная) в СОД 70 Гр может применяться, как единственный метод, при небольших поверхностных опухолях, соответствующих стадии Т1-2.
При больших инфильтративно растущих опухолях Т3-Т4 используют комбинированное лечение (лучевая или химиолучевая терапия и операция).

При опухолях, врастающих в ткани дна полости рта или в нижнюю челюсть, производят сложные хирургические вмешательства, включающие частичное или полное удаление губы, резекцию тканей дна полости рта и резекцию нижней челюсти с замещением дефектов местными тканями, лимфодиссекцию и формированием оростомы.
Для профилактики затека слюны в верхние дыхательные пути накладывают трахеостому. При IVC стадии проводят паллиативную химиолучевую терапию

Вопрос 32 Классификация опухолей слюнных желез. Доброкачественные и злокачественные опухоли. Клиника рака слюнных желез
Ответ
Опухоли могут развиваться в больших слюнных железах (околоушная, подчелюстная и подъязычная) и малых слюнных железах (слизистая оболочка полости рта, неба, небный язычок, дно полости рта, задняя треть языка, ретромолярная область, глотка, гортань, придаточные пазухи носа).
Злокачественные опухоли слюнных желез в структуре онкологической заболеваемости составляют менее 0,5% от всех злокачественных новообразований и 35% всех злокачественных опухолей головы и шеи.
Классификация
- Доброкачественные опухоли:
  - эпителиальные: полиморфная аденома, мономорфные аденомы (аденолимфома, оксифильная аденома и др.);
  - неэпителиальные: гемангиома, фиброма, невринома и др.
- Местнодеструирующие опухоли (промежуточная группа):
  - ацинозноклеточная опухоль.
- Злокачественные опухоли:
  - эпителиальные: аденокарцинома, эпидермоидная карцинома, недифференцированная карцинома, аденокистозная карцинома, мукоэпидермоидная опухоль;
  - злокачественные опухоли, развившиеся в полиморфной аденоме;
  - неэпителиальные опухоли (саркома);
  - вторичные (метастатические) опухоли.

Клиника рака слюнных желез
В начале своего развития опухоли слюнных желез протекают бессимптомно. Новообразование чаще всего возникает с одной стороны. Преимущественно поражаются большие слюнные железы и среди них чаще – околоушные. Для доброкачественных опухолей характерно формирование четко очерченного, безболезненного округлого узла, часто определяемого самим пациентом. Злокачественные опухоли имеют тенденцию к возникновению опухолевого очага без четких границ, вовлекающего в процесс окружающие ткани. Вначале все опухоли растут медленно, а затем рост злокачественных принимает более агрессивное течение.
Пациенты отмечают онемение лицевых мышц на стороне поражения, сухость во рту или усиление саливации. Присоединяется стойкий болевой синдром, возникает фиксация кожи над опухолью, возможно формирование участков флюктуации с распадом. Выявляются увеличенные регионарные лимфоузлы. Иногда метастатические узлы увеличиваются в размерах быстрее первичной опухоли. До

момента установления диагноза проходит от 1 месяца до 2-3 лет.
Диагностика
Диагностический алгоритм при подозрении на опухоль слюнной железы включает:
- физикальный осмотр пациента с оценкой функции мимической мускулатуры, пальпаторное исследование больших слюнных желез, подчелюстных, подбородочных и шейных лимфоузлов с обеих сторон;
- орофарингоскопию;
- рентгенографию легких и ортопантомографию нижней челюсти (при подозрении на опухолевую инвазию);
- УЗИ органов шеи и зоны локализации опухоли;
- тонкоигольную биопсию опухоли или по показаниям инцизионную биопсию;
- при прорастании опухоли в смежные структуры КТ или МРТ;
- при подозрении на метастазы в кости — сцинтиграфия костей с технецием-99;
- лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, серологическую реакцию на сифилис.

Лечение
Доброкачественные опухоли — экскохлеация – удаление опухоли в пределах собственной капсулы или резекция слюнной железы с опухолью с сохранением лицевого нерва. При локализации неоплазмы в поднижнечелюстной железе выполняется экстирпация железы с опухолью. Хирургическое удаление опухоли является ведущим компонентом радикального лечения злокачественных новообразований слюнных желез. Основным видом оперативного вмешательства является паротидэктомия с/без сохранением лицевого нерва. Шейная лимфодиссекция показана при наличии метастазов в лимфатических узлах.
Лучевая и химиотерапия применяются при комбинированном лечении опухолей промежуточной и высокой степени злокачественности и самостоятельно исключительно при лечении нерезектабильных опухолей.

Вопрос 33 Методы лечения рака предстательной железы
Ответ Возможными вариантами лечения локализованного РПрЖ являются:
- Радикальная простатэктомия ± адъювантная лучевая терапия.
- Лучевая терапия по радикальной программе.
- Комбинация лучевой и гормональной терапии.
- Активное наблюдение (отсроченное лечение).
- Гормонотерапия.

Радикальными методами лечения РПрЖ являются радикальная простатэктомия и лучевая терапия по радикальной программе.
Радикальная простатэктомия является основным методом лечения при T1b–2N0M0, ожидаемой продолжительности жизни более 10 лет и отсутствии медицинских противопоказаний к операции. Операция также показана у молодых пациентов в стадии T1aN0M0 с предполагаемой продолжительностью жизни 15 лет и более, особенно при низкодифференцированных опухолях. Радикальная операция включает удаление предстательной железы, семенных пузырьков и простатического отдела уретры. В ходе операции выполняется тазовая лимфаденэктомия с удалением лимфоузлов кзади от наружных подвздошных артерий по ходу наружных

подвздошных вен, внутренних подвздошных артерий и из запирательной ямки. Может выполнятся открытая, лапароскопическая или робот-ассистированная операция. Нервосберегающая радикальная простатэктомия предполагает сохранение симпатических нервов, проходящих в составе сосудисто-нервных пучков кзади и латеральнее предстательной железы, что способствует сохранению эректильной функции в 50–70% случаев, однако может ухудшить онкологические результаты операции, поэтому проводится тщательный отбор пациентов для нервосберегающей простатэктомии.
Адъювантная лучевая терапия показана при наличии опухоли по краю резекции, прорастании опухоли за капсулу (pT3a) или в семенные пузырьки (pT3b) по данным гистологического исследования препарата. Лучевая терапия проводится в условиях 3D планирования. Альтернативным подходом может быть проведение лучевой терапии после возникновения «биохимического рецидива» (достижение уровня ПСА 0,5-1,0 нг/мл). Лучевая терапия по радикальной программе проводится при наличии противопоказаний к хирургическому лечению и при отказе пациента от операции. Для лечения РПрЖ используется дистанционная лучевая терапия на телегаммааппаратах или на линейных ускорителях, внутритканевая лучевая терапия (брахитерапия).
Гормонотерапия назначается пациентам с локализованным РПрЖ Т1–2 и выраженными симптомами при наличии противопоказаний к другим видам лечения из-за тяжести состояния или сопутствующих заболеваний
Лечение РПрЖ с отдаленными метастазами
Стандартным методом лечения распространенного РПрЖ является хирургическая или фармакологическая кастрация.
Хирургическая кастрация. Преимуществами метода является быстрое снижение уровня тестостерона в крови и низкая стоимость лечения. Побочными эффектами кастрации являются снижение либидо и потенции, общая слабость, утомляемость, анемия, потеря мышечной силы, остеопороз, иногда приводящий к патологическим переломам, приливы и гинекомастия.
Медикаментозная кастрация заключается в использовании аналогов ЛГРГ, приводящих к первоначальному выбросу лютеинизирующего гормона с последующим истощением его выработки, что ведет к подъему, а затем стойкому снижению уровня тестостерона в крови до кастрационных значений.
Комбинированная блокада андрогенов (максимальная андрогенная блокада) – сочетание хирургической или медикаментозной кастрации с применением антиандрогенов.
Интермиттирующая гормональная терапия является альтернативой непрерывной терапии у пациентов, готовых строго выполнять предписанное лечение. Интермиттирующая гормонотерапия не менее эффективна, чем непрерывная, однако лучше переносится, менее нарушает качество жизни пациента и потенциально сопровождается меньшим количеством побочных эффектов.

Вопрос 34 Клиника первичного и метастатического рака предстательной железы

Ответ На ранних стадиях РПрЖ имеет бессимптомное течение. Вначале признаки заболевания нижней части мочеполового тракта такие, как гематоспермия и дискомфорт в области промежности, связывают с имеющимся простатитом. По мере

роста новообразования и его распространения клиническая картина становится выраженной. Нарастают дизурические явления: затрудненное мочеиспускание, никтурия, гематурия, острая задержка мочи. Боли в ребрах, часто в спине, в костях таза могут быть признаками отдаленных метастазов в кости.

Симптомы локализованного рака носят неспецифический характер и могут быть следующими:

- учащенное мочеиспускание;
- затрудненное начало мочеиспускания;
- ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря;
- вялая струя мочи;
- императивные позывы на мочеиспускание;
- недержание мочи.

Симптомы местно-распространенного рака. Симптомы обструкции мочевыводящих путей сопровождаются вовлечением в опухолевый процесс соседних анатомических структур и сопровождаются рядом других проявлений болезни:

- при прорастании опухолью простатической части уретры возникает гематурия и болезненное мочеиспускание;
- при поражении сфинктера мочеиспускательного канала развивается недержание мочи;
- прорастание опухолевой инвазии сосудисто-нервного пучка, проходящего вдоль боковой поверхности простаты, может сказаться на потенции пациента;
- инвазия промежуточного или надлобкового нерва вызывает боли в промежности;
- прорастание опухоли в прямую кишку и сдавление ее просвета вызывает тенезмы, выделение слизи и крови из прямой кишки, запоры вплоть до непроходимости.

Симптомы отдаленных метастазов:

- боли в костях, чаще всего боли в пояснице и костях таза;
- параплегия, ишалгия из-за сдавления спинного мозга;
- отеки нижних конечностей, связанные с поражением лимфатических узлов и сдавлением вен;
- боль в пояснице вследствие обструкции мочеточников вплоть до олигурии и анурии;
- похудание, кахексия.

Вопрос 35 Рак предстательной железы: этиология, диагностика, скрининг

Ответ Во всем мире имеют место быстрые темпы роста заболеваемости раком предстательной железы (РПрЖ). В ряде стран эта опухоль вышла на 1-2 место в структуре онкологических заболеваний у мужчин.

Этиология. Факторы риска

- *Возраст.* Средний возраст мужчин на момент установления диагноза составляет 72 года. Более 75% случаев рак простаты диагностируется у мужчин в возрасте старше 65 лет.
- *Семейный анамнез.* Риск развития РПрЖ увеличивается у пациента, отец или брат которого имел эту опухоль. Для мужчины, трое родственников которого были больны РПрЖ, риск заболеть повышается в 10 раз.

- *Расовая принадлежность.* Афроамериканцы имеют самый высокий в мире риск заболеть РПрЖ, который в три раза выше, чем у белого населения Америки.
- *Гормональный дисбаланс андрогенов, факторов роста – инсулиноподобного фактора роста-1.* Подтверждением гормональной гипотезы развития РПрЖ послужили успехи в лечении эстрогенами, которые подавляют образование андрогенов. Тестостерон и его метаболит дигидротестостерон необходимы для нормального роста и развития предстательной железы. Доказана возможность индуцирования РПрЖ в результате длительного воздействия андрогенами, поэтому пациенты, получающие андрогены, относятся к группе риска по возникновению РПЖ и требуют тщательного наблюдения.
- *Характер питания.* У мужчин, употребляющих жирную пищу, риск возникновения рака простаты возрастает в 2 раза. При употреблении животных жиров снижается всасывание витамина А и, как следствие, бетакаротина, который является фактором защиты от некоторых злокачественных опухолей. В рационе жителей азиатских стран, где заболеваемость РПрЖ самая низкая, содержится много витамина А и эстрогенов растительного происхождения, нейтрализующих действие андрогенов на предстательную железу. За последние годы отмечается прирост заболевания РПрЖ и в этих странах, что связывают с влиянием европейской кухни.
- *Курение.* Контакт с кадмием, который содержится в табачном дыме, а также в аккумуляторах, сварочных материалах также повышает риск возникновении РПрЖ.
- Предполагается роль *вазэктомии* предстательной железы (хирургическая стерилизация мужчин) в развитии РПрЖ.

Диагностика*:* Увеличение концентрации PSA при скрининговом обследовании в отсутствии жалоб пациента позволяет заподозрить РПрЖ у мужчин в возрасте старше 50 лет. После этого анализа выполняется пальцевое ректальное исследование простаты.

Обязательные методы:

1. Лабораторные показатели: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (белок, креатинин, мочевина, билирубин, электролиты, щелочная фосфатаза).
2. Определение уровня (ПСА) – гликопротеина с протеазной активностью, секретируемого эпителием предстательной железы. По сравнению с другими методами ПСА является наиболее чувствительным методом диагностики. Пороговый уровень ПСА, который позволят заподозрить РПрЖ и служит показанием к биопсии. В настоящее время следует ориентироваться на уровень 4 нг/мл. Однако следует учитывать возрастные границы маркера.

Возрастные границы уровня ПСА

Уровень ПСА может повышаться при доброкачественных заболеваниях предстательной железы (доброкачественная гиперплазия предстательной железы [ДГПЖ], острый простатит, клинически выраженное обострение хронического), а также после биопсии, трансуретральной резекции предстательной железы (ТУРП), аденомэктомии, массажа и пальцевого ректального исследования предстательной железы, езды на велосипеде, эякуляции накануне исследования.

3. Пальцевое ректальное исследование при локальном опухолевом процессе позволяет определить один или несколько плотных узловых образований, которые могут располагаться в одной или обеих долях. В запущенных случаях в

предстательной железе пальпируется неподвижная опухоль каменистой плотности, суживающая просвет прямой кишки. Отмечается локализация опухоли и ее распространенность (поражение одной или обеих долей, выход за капсулу, инвазия семенных пузырьков, распространение на прямую кишку или стенку таза).

4. Трансректальное ультразвуковое исследование (ТрУЗИ). Классической картиной РПрЖ является наличие гипоэхогенного узла или зоны в периферическом отделе предстательной железы. Однако значительная часть опухолей может быть изоэхогенной и неотличимой от нормальной ткани железы.

5. Биопсия предстательной железы под контролем ТрУЗИ выполняется как минимум из 6-12 точек (систематическая биопсия), особенно из заднелатеральных отделов железы, поскольку поражение этих зон встречается чаще всего. Противопоказаниями к выполнению биопсии являются острый простатит и неконтролируемая коагулопатия.

6. Рентгенологические методы исследования и радиоизотопная диагностика применяются для выявления метастазов в костях, легких, печени, регионарных и отдаленных лимфатических узлах. При наличии жалоб на боли в костях, клинически местно-распространенном РПрЖ (Т3-4), уровне ПСА>20 нг/мл и сумме Глисона≥7 показано выполнение остеосцинтиграфии и рентгенологического исследования зон гиперфиксации изотопа. Для оценки состояния регионарных лимфатических узлов выполняется КТ/МРТ таза.

7. Тазовая лимфаденэктомия (ЛАЭ) может выполняться открытым способом либо лапароскопически и является «золотым стандартом» диагностики состояния тазовых лимфоузлов. Эта операция показана при планировании радикального хирургического лечения и может выполняться перед проведением лучевой терапии РПрЖ.

Дополнительные исследования (по показаниям):

- УЗИ ОБП, забрюшинного пространства и малого таза;
- КТ или МРТ органов малого таза, брюшной полости;
- посев мочи на флору и чувствительность (перед операциями со вскрытием мочевых путей);
- рентгенологическое обследование костей таза.

Вопрос 36 Классификация опухолей яичек. Факторы риска. Метастазирование опухолей яичка. Диагностика и лечение

Ответ

Факторы риска

К факторам риска относится:

- крипторхизм в анамнезе, эктопия яичка (хирургическое опущение яичка не предотвращает появление рака яичка, но позволяет наблюдать пациентов группы риска);
- атрофия яичка, независимо от причины;
- рак яичка в анамнезе;
- пациенты, серопозитивные к ВИЧ.

Метастазы

- Местное распространение опухолей яичка проявляется увеличением размеров яичка,прорастанием в другие его отделы (придаток, семенной канатик, оболочки яичка). На этойстадии (когда нет ближайших и отдаленных метастазов)

удается выявлить около 40% пациентов. Именно для данной группы результаты лечения наиболее благоприятны.

- Гематогенное и лимфогенное метастазирование.

Классификация. Гистологическая классификация

1. Герминогенные опухоли (95%).
   1. Опухоли одного гистологического типа (60%). Семинома (40-50%).
      - Сперматоцитная семинома.
      - Эмбриональный рак.
      - Опухоль желточного мешка (эмбриональный рак инфантильного типа; опухоль эндодермального синуса).
      - Полиэмбриома.
      - Хорионэпителиома.
      - Тератома: зрелая; незрелая; со злокачественной трансформацией.
   2. Опухоли более чем одного гистологического типа (40%).
      - Эмбриональный рак и тератома (тератокарцинома).
      - Хорионэпителиома и любые другие типы герминоклеточных опухолей.
      - Другие комбинации.
2. Опухоли стромы полового тяжа (12%):
   1. Лейдигома.
   2. Злокачественная лейдигома.
   3. Сертолиома.
   4. Злокачественная сертолиома.
   5. Гранулезаклеточная опухоль.
   6. Текома /фиброма.
   7. Другие опухоли.

Клиника

Рак яичка, как правило, выявляется у молодых мужчин от 20 до 40 лет. Первым признаком опухоли является безболезненное увеличение или уплотнение яичка без указания на недавнюю травму мошонки. Нередко начало заболевания характеризуется нормальными размерами яичка, его обычной консистенцией и присутствием небольшого пальпируемого узелка, который может быть расположен в различных анатомических отделах органа.

Отсутствие боли при пальпации увеличенного яичка в первую очередь должно навести врача на мысль о злокачественной опухоли. Менее чем в 50% случаев увеличение яичка может сопровождаться болевыми ощущениями в связи с кровоизлиянием в опухоль или её инфарктом. Со временем яичко теряет свою форму и консистенцию, опухоль сливается с придатком, который в данной ситуации невозможно пальпировать отдельно, по мере увеличения опухоль начинает определяться визуально.

Дальнейшее прогрессирование приводит к появлению метастазов в паховых лимфатических узлах и, как следствие, к их увеличению. Следующий значимый симптом заболевания – гинекомастия, которая возникает вследствие повышения концентрации хорионического гонадотропина (ХГЧ) в периферической крови. Боль в животе и пояснице возникает при метастазах в забрюшинных лимфатических узлах. Выявление у лиц мужского пола метастазов в легких без явного первоисточника, сопровождающихся кровохарканьем, одышкой и болями в грудной

клетке, является показанием к обследованию яичек для исключения первичной злокачественной опухоли. У четверти пациентов семинома, хорионкарцинома и эмбриональный рак протекают под маской острого эпидидимита, поэтому провести дифференциальную диагностику и своевременно выявить злокачественную опухоль достаточно трудно, особенно у лиц молодого возраста.

Диагностика

Обязательный объем обследования:

- физикальное обследование (пальпация мошонки является наиболее важным моментом в постановке диагноза);
- опухолевые маркеры (АФП, βХГТ, ЛДГ) с оценкой их динамики после удаление первичной опухоли;
- лабораторные исследования: общий анализ мочи, общий анализ крови, биохимический анализ крови (белок, креатинин, мочевина, билирубин, глюкоза, ионы K, Na, Cl), группа крови, резусфактор, RW;
- рентгенография органов грудной клетки;
- КТ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза.

По показаниям выполняются:

- УЗИ мошонки (датчик 7,5 МГц), диафаноскопия мошонки (при нечетких клинических данных);
- КТ/МРТ органов грудной клетки (при патологии, выявляемой на рентгенограмме легких или увеличенных забрюшинных лимфоузлах);
- экскреторная урография (перед лучевой терапией или забрюшинной лимфаденэктомией);
- остеосцинтиграфия и рентгенография конкретных областей скелета при подозрении на метастатическое поражение;
- МРТ (предпочтительнее) либо КТ головного мозга (при наличии неврологической симптоматики поражения головного мозга);
- чрескожная либо открытая биопсия яичка мошоночным доступом до начала всех видов лечения не выполняется и считается грубым нарушением стандартов лечения рака яичка. При нечетких клинических данных за рак яичка выполняется ревизия яичка паховым доступом, эксцизионная биопсия с экспресс-морфологическим исследованием и высокая орхиэктомия при подтверждении рака яичка.

Лечение

Несмотря на то, что герминогенные опухоли яичка высокочувствительны к химио- и лучевой терапии, лечение должно начинаться с хирургического удаления первичной опухоли. Высокая орхфуникулэктомия с удалением оболочек яичка является стандартной операцией при данной патологии. Недопустимо выполнение только одной орхэктомии с опухолью.

При семиноме I и II стадии после орхфуникулэктомии показана лучевая терапия на лимфоузлы забрюшинного пространства. При семиноме стадии IIC и III достаточно 2-х курсов химиотерапии по схеме BEP (блеомицин, этопозид, цисплатин).

Пациенты с несеминомными опухолями яичка вместе с охфуникулэктомией нуждаются в проведении забрюшинной нервосберегающей лимфодиссекции для адекватного стадирования и стратификации по группам риска. Повышенный уровень опухолевых маркеров, большие метастазы в забрюшинных лимфатических узлах служат показанием к проведению полихимиотерапии по схеме BEP.

Пациентам с высоким риском рецидива назначается 4 курса ВЕР, с низким – 3 курса. Последующий ПЭТ контроль иногда позволяет выявить остаточную опухоль в забрюшинном пространстве. При ее отсутствии и нормализации маркеров лечение завершают. Если есть остаточная опухоль, продолжают курсы полихимиотерапии с использованием препаратов платины, этопозида. Препаратами 2-й линии могут быть таксаны, винкристин. В случае резистентности рассматриваются показания к высокодозной полихимиотерапии с алло- или аутотрансплантацией стволовых клеток.

Вопрос 37 Классификация опухолей забрюшинного пространства. Основные клинические проявления. Диагностика и принципы лечения

Ответ

Диагностика

- ОАК, ОАМ (катехоламины), БХ (электролиты, кальций, катехоламины (А, НА)) УЗИ, КТ, МРТ забрюшинного пространства.
- Стернальная пункция и аспирация КМ (метастазы) Биопсия (под контролем анестезиолога).
- Определение NSE – нейробластома.

Принципы лечения

- Тератома – хирургическое лечение.
- Нейробластома – хирургический и комбинированный, комплексное (химио+хирург), лучевая терапия (паллиатив и контроль рецидива) Предпринимаются попытки применения высокодозной химиотерапии с трансплантацией стволовых клеток или аллогенной трансплантацией костного мозга для больных с плохим прогнозом и рецидивом заболевания.

В целом, будущая стратегия медикаментозного лечения нейробластомы сводится к следующим положениям:

- Синтез, идентификация новых противоопухолевых препаратов и подбор наиболее эффективной их комбинации.
- Использование биологических агентов, селективно индуцирующих апоптоз опухолевых клеток.
- Использование веществ, индуцирующих дифференцировку опухолевых клеток, таких как ретиноевая кислота или фактор роста нервов.
- Применение веществ, тормозящих ангиогенез.
- Развитие генной терапии.

- Феохромацитома – до операции – альфа-АБ (феноксибензамин) + бета-АБ (пропранолол), коррекция КЩС (альфа-метилтирозин).

Вопрос 38 Опухоли мочевого пузыря: факторы риска, предраковые заболевания. Клиника рака. Методы диагностики и лечения.

Ответ Этиология рака мочевого пузыря в развитии заболевания играет роль ряд факторов риска:

- ароматические красители (их конечные метаболиты — облигатные канцерогены; при контакте с чистым бетанафтиламином частота опухолей мочевого пузыря – 100%);
- курение;

- хроническая инфекция мочевых путей;
- бильгарциоз — заболевание мочевых путей и кишечника, вызываемое паразитированием глистов трематод из семейства шистосоматид. д) обструкция мочевых путей;
- прием фенацетина.

Предраковые заболевания

- фоновые (способствуют развитию рака мочевого пузыря): хронический непролиферативный цистит, разные формы пролиферативного (эпителиальные гнезда Брунна, кистозный, железистый) цистита, лейкоплакия (плоскоклеточная метаплазия);
- факультативный предрак те же заболевания, но с очагами дисплазии – при цистите, с акантозом, кератинизацией и очагами дисплазии – при лейкоплакии;
- облигатный предрак: переходноклеточная папиллома, эндометриоз, аденома;
- полипы и папилломы.

Клиника рака мочевого пузыря

Клиническая картина болезни – гематурия разной интенсивности и продолжительности. По мере роста опухоли начинают появляться и другие симптомы болезни. Пациенты жалуются на дизурию, что может быть связано с хронической задержкой мочи и присоединением инфекции. Появляются боли над лоном, первоначально связанные с актом мочеиспускания, в последующем постоянные, позже присоединяются боли в промежности, в области крестца.

Методы диагностики рака мочевого пузыря

- физикальное обследование;
- лабораторные исследования (общий анализ мочи и его цитологическое исследование; общий анализ крови, биохимический анализ крови);
- УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза, трансректальное или трансвагинальное УЗИ;
- уретроцистоскопия + биопсия опухоли и подозрительных участков слизистой и/или трансуретральная резекция (ТУР) мочевого пузыря, бимануальная пальпация.

Методы лечения рака мочевого пузыря

Хирургическое:

- трансуретральная резекция + внутрипузырная химиотерапия или иммунотерапия;
- открытая или лапароскопическая резекция + рядом л/у;
- радикальная цистэктомия (открытая, лапароскопическая или робот-ассистированная) – удаление единым блоком вместе с мочевым пузырем и перивезикальной клетчаткой у мужчин – предстательной железы и семенных пузырьков с прилегающей клетчаткой, проксимальной части семявыносящих протоков и 12 см проксимальной уретры; у женщин – матки с придатками и уретры с передней стенкой влагалища.

Вопрос 39 Заболеваемость раком почки. Клиника рака. Методы диагностики и лечения

Ответ

Клинические симптомы

Симптомы при раке почки делятся на *ренальные* (тотальная безболевая макрогематурия, пальпируемое образование в подреберье, боль в подреберье и/или поясничной области) и *экстраренальные* (варикоцеле, синдром сдавления нижней полой вены, артериальная гипертензия, паранеопластические синдромы, симптомы метастазов).
Классическая триада симптомов (макрогематурия, боль в поясничной области и пальпируемое объемное образование).

- системные проявления: усталость, недомогание, потеря аппетита, тошнота, снижение массы тела, лихорадка, ночная потливость;
- синдром сдавления нижней полой вены: варикоцеле и отеки нижних конечностей;
- признаки метастазов: боли в костях, персистирующий кашель и центральная неврологическая симптоматика.

Методы диагностики рака почки

- Осмотр.
- Пальпация.
- ОАК и мочи (микрогематурия).
- БХ (мочевина, креатинин, ЩФ, ЛДГ, альбумины, СКФ).
- Коагулограмма.
- Rграфия легких.
- УЗИ ОБП.
- Экскреторная урография.
- Ретропневмоперитонеум.
- Ангиография.
- КТ/МРТ ОБП и забрюшинного пространства.
- Биопсия опухоли.

Лечение рака почки
Хирургическое лечение:

- Резекция почки – при локальной форме и при размерах до 4 см.
- Радикальная нефрэктомия – во всех стадиях рака почки. Проводится с удалением паранефральной клетчатки, л/у и иногда надпочечником.
- Расширенная нефэктомия – иссекаются ткани опухоли, распространившиеся на окружающие органы.
- Паллиативная операция или циторедуктивная операция– при метастатическом раке, для уменьшения боли, интоксикации, макрогематурии.
- Криоабляция – попеременная заморозка-разморозка опухоли.
- Радиочастотная абляция – уничтожении опухоли с помощью зонда, генерирующего высокую температуру

В дополнение к хирургическому методу используются иммунотерапия, химиотерапия, таргетная терапия.

Вопрос 40 Методы диагностики и принципы лечения пациентов с саркомами мягких тканей

Ответ

Первым этапом диагностики является тщательное изучение анамнеза.
Пальпация. Опухоль обычно плотно-эластической консистенции, хотя ее консистенция зависит от гистологического варианта саркомы. Липосаркомы и

некоторые ангиосаркомы более мягкие, фибросаркомы и опухоли из синовиальной ткани – более плотные и даже деревянистые, миксомы – желеобразные. На ранних стадиях саркома довольно хорошо смещается в поперечном направлении, при прорастании в надкостницу или кость опухоль становиться не смещаемой.
Инструментальная диагностика. Обязательным является рентгенография или компьютерная томография органов грудной клетки и УЗИ органов брюшной полости. Остеосцинтиграфия выполняется при подозрении на метастатическое поражение костей.
Для установления гистологического типа и степени дифференцировки опухоли выполняют трепанобиопсию или открытую биопсию. При глубокозалегающих опухолях трепанобиопсию выполняют под УЗ-, КТ- или МРТ-контролем. Для цитологического исследования при изъязвленной опухоли берут мазки-отпечатки из язвы, при неизъязвленной опухоли – мазки-отпечатки биопсийного материала.
Лечение
Хирургический метод – самостоятельно только при высокодифференцированных поверхностных опухолях до 5 см. Радикальной органосохраняющей операцией является широкое иссечение опухоли в мышечно-фасциальном футляре в пределах анатомической зоны прикрепления пораженной мышцы, без ее обнажения. Опухоли межмышечного пространства удаляют с участками прилежащих мышц. Вместе с опухолью удаляется место предшествующей биопсии. Границы резекции отмечаются металлическими скобками для планирования послеоперационной лучевой терапии. При невозможности выполнить органосохраняющую операцию производят ампутацию или экзартикуляцию конечности.
Лучевая терапия – в предоперационном и послеоперационном периоде. Послеоперационная дистанционная лучевая терапия – СОД 60-70 Гр. Контактное облучение(брахитерапия).
Химиотерапия — предоперационная – для уменьшения размеров опухоли.

Вопрос 41 Классификация опухолей мягких тканей. Метастазирование сарком. Клиника сарком
Ответ
Классификация опухолей мягких тканей: из примитивной мезенхимы развивается более 30 морфологических варианта, наиболее частые из них:

- злокачественная фиброзная гистиоцитома;
- липосаркома;
- синовиальная саркома;
- рабдомиосаркома;
- фибросаркома;
- ангиосаркома и лимфангиосаркома;
- дерматофибросаркома;
- саркома Капоши.

Метастазирование
Для сарком мягких тканей характерно преимущественно гематогенное метастазирование с излюбленной локализацией в легких, реже в костях. Саркомы брюшной полости и малого таза чаще метастазируют в печень. Липосаркомы могут иметь метастазы в забрюшинном пространстве. Метастазы в регионарных лимфатических узлах встречаются примерно в 10-17% случаев и чаще при

рабдомиосаркоме, синовиальной, эпителиоидной и альвеолярной саркомах. Местнодеструирующие опухоли, как правило, не дают отдаленные метастазы, но обладают инфильтративным ростом и часто рецидивируютпосле хирургического лечения. К таким опухолям относятся абдоминальный и экстраабдоминальный десмоид, эмбриональная фиброма, эмбриональная липома, миксома, дифференцированная фибросаркома, миксоидная липосаркома.

Клиническая картина зависит от локализации и размеров опухоли, поражения окружающих органов и тканей. Первым и ведущим клиническим симптомом саркомы является наличие опухоли, причем у большей частибольных – это единственное проявление заболевания.

Саркомы мягких тканей, в отличие от доброкачественных опухолей, не имеют истинной капсулы, а формируют псевдокапсулу — слой сдавленных, уплотненных опухолевых клеток с фиброваскулярной зоной реактивных изменений и воспалительным компонентом.

Вопрос 42 Опухоли желчного пузыря и внепеченочных протоков. Этиология. Клиника рака желчного пузыря и внепеченочных протоков

Ответ

Опухоли желчного пузыря

- Доброкачественные опухоли желчного пузыря (папилломы, папилломатоз, фибромы, миомы, аденомы).
- Рак желчного пузыря.
- Холангиоцеллюлярный рак внепеченочных протоков.

Клиника РЖП

- Желтушная форма проявляется слабостью, недомоганием, снижением аппетита и массы тела, болями в правом подреберье, затем желтухой, субфебрильной температурой.
- Опухолевая форма характеризуется упорными болями в правом подреберье и нарушением общего состояния.
- При диспептической форме выражены признаки интоксикации и кахексии
- Септическая форма характерна для гнойных осложнений – холангита, острого холецистита, абсцессов и протекает с высокой лихорадкой, ознобом, потом, резкими болями в правом подреберье.
- При немой форме клинические признаки связаны с метастазами рака в отдаленные органы, а симптомы поражения ЖП отсутствуют.

Диагностика

При *УЗИ* признаками РЖП являются: полипообразные образования в просвет ЖП, утолщение и грубая деформация его стенки с неравномерным контуром, паравезикальная инфильтрация ткани печени, увеличение лимфоузлов гепатодуоденальной связки, расширение внутрипеченочных желчных протоков при распространении опухоли на гепатодуоденальную связку, метастазы в печени.

ЭРХПГ показана при механической желтухе и служит для уточнения уровня обтурации желчных протоков и дифференциальной диагностики РЖП и доброкачественных заболеваний (холедохолитиаз, стриктура холедоха).

Лечение

Радикальное хирургическое лечение и его объем зависят от стадии опухолевого

процесса. При локализации опухоли в пределах слизистой желчного пузыря (T1a) выполняется холецистэктомия; при T1b, T2 дополнительно удаляют V и IVБ сегменты печени с лимфодиссекцией гепатодуоденальной связки. При распространении опухоли на правый печеночный проток возможна правосторонняя гемигепатэктомия.

Вопрос 43 Классификация опухолей печени. Этиология, факторы риска, предопухолевые заболевания. Первичный и метастатический рак
Ответ
Классификация злокачественных опухолей печени

- Эпителиальные доброкачественные опухоли: печеночно-клеточная аденома, аденома внутрипеченочных желчных протоков, цистаденома внутрипеченочных желчных протоков.
- Эпителиальные злокачественные опухоли: гепатоцеллюлярный рак, холангиокарцинома, цистаденокарцинома желчных протоков, смешанный гепатохолангиоцеллюлярный рак, гепатобластома, недифференцированный рак.
- Неэпителиальные опухоли: гемангиома, инфантильная гемангиоэндотелиома, гемангиосаркома, эмбриональная саркома.
- Различные другие типы опухолей: тератома, карциносаркома.
- Неклассифицируемые опухоли.
- Опухоли кроветворной и лимфоидной тканей.
- Метастатические опухоли.

Этиология гепатоцеллюлярного рака – к развитию заболевания приводят следующие факторы риска:

- цирроз печени с крупными узлами регенерации, особенно пигментный, алкогольный и постнекротический (предраковое состояние, в 60% случаев на фоне цирроза есть дисплазия гепатоцитов);
- хронические формы вирусного гепатита В и С;
- повышеннное содержание в пищевых продуктах афлотоксина (вырабатывается плесневым грибком, коканцероген при гепатите В);
- прием гормональных контрацептивов;
- гельминтозы;
- метастатическое поражение.

Метастазирование

- Гематогенный (основной) путь: печень, легкие; реже – кости, надпочечники, почки.
- Лимфогенный путь: лимфоузлы гепатодуоденальной связки, панкреатодуоденальные л/у.
- Имплантационный путь: париетальная и висцеральная брюшина, диафрагма.

Клиническая картина рака печени

- ухудшение общего состояния пациента при наличии предшествующего гепатита или цирроза;
- похудание, потеря аппетита, чувство переполнения желудка после еды, тошнота и рвота;
- появление периодических, а затем постоянных болей в верхних отделах живота, правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и подлопаточную область; боль может иррадиировать в правую надключичную область при раздражении

диафрагмы и/или ее прорастании;

- необъяснимое повышение температуры тела;
- при значительных размерах опухоли она может пальпироваться в правом подреберье и эпигастральной области в виде плотного бугристого без- или малоболезненного образования;
- увеличение селезенки, как проявление синдрома портальной гипертензии;
- увеличение живота в объеме за счет асцита;
- сдавление или вовлечение в опухолевый процесс внутри- и внепеченочных протоков ведет к развитию синдрома механической желтухи;
- на фоне увеличенного живота могут определяться расширенные вены на передней брюшной стенке (синдром портальной гипертензии);
- варикозно расширенные вены пищевода могут осложняться пищеводножелудочным кровотечением.

Методы диагностики и лечения рака печени

Методы диагностики рака печени:

- Физикальное исследование.
- Лабораторные методы исследования: биохимические показатели, коагулограмма.
- Опухолевые маркеры (повышение альфафетопротеина > 2000 нг/мл при норме 20 нг/мл, повышение уровня щелочной фосфатазы).
- Ультразвуковое исследование и цветное дуплексное сканирование органов брюшной полости.
- КТ (МРТ) с внутривенным болюсным усилением.
- Тонкоигольная пункционная цитобиопсия печени.
- Ангиография.
- Прямые методы контрастирования желчных протоков.
- Гепатосцинциграфия.
- Оценка функциональных резервов печени, исследование ЖКТ (эндоскопическое и рентгенологическое).
- Лапароскопия.

Лечение рака печени:

При отсутствии цирроза печени при II-III стадии гепатоцеллюлярного рака выполняется стандартная анатомическая резекция в объеме гемигепатэктомии или расширенной гемигепатэктомии, при небольших поверхностных опухолях возможна сегментарная резекция печени.

При нерезектабельном раке возможно применение:

- внутриартериальная химиоэмболизация (в печеночную артерию вводят адриамицин или цисплатин, растворенный в липоиде или смешанный с микроэмболами – гидрогелем);
- криохирургия (интраоперационное охлаждение опухоли жидким азотом, подаваемым в специальный наконечник).

Протонная терапия — относительно новый метод лучевой терапии, суть которого заключается в воздействии на опухолевые ткани пучком протонов, ускоренном в циклотроне до огромных скоростей.

Первичный рак печени резистентен к большинству химиопрепаратов. Для уменьшения размера опухоли наиболее эффективны такие препараты, как доксорубицин (адриамицин), 5флюороурацил, цисплатин. Химиотерапия может

применяться в виде системной химиотерапии и более эффективной селективной внутриартериальной, путем введения препарата в печеночную артерию. В качестве препаратов используются флоксуридин, цисплатин, митомицин С и доксорубицин.

Вопрос 44 Диагностика рака поджелудочной железы. Методы лечения
Ответ
Физикальное обследование и лабораторная диагностика

- оценку цвета кожных покровов, склер и видимых слизистых, выявление следов расчесов на коже, кожного венозного рисунка, оценка цвета мочи и кала (обесцвечивание);
- пальпацию живота в положении на спине, на правом и левом боку (выявление увеличения печени и селезенки, симптома Курвуазье, шума плеска в желудке);
- общий анализ крови и мочи;
- биохимический анализ крови;
- гемостазиограмму;
- оценку нарушений сердечно-сосудистой и легочной систем (ЭКГ, ультрасонография сердца, функция внешнего дыхания);
- определение опухолевых маркеров: СА 19-9, РЭА.

Инструментальные методы диагностики

- *УЗИ органов брюшной полости* позволяет выявить опухоль поджелудочной железы, увеличение размеров поджелудочной железы, желчного пузыря, печени, селезенки, лимфатических узлов, расширение вне- и внутрипеченочных желчных протоков, вирсунгова протока, увеличение диаметра воротной вены, наличие опухолевых образований в печени, асцит;
- *КТ/МРТ* дает информацию о локализации, размерах, структуре опухоли и лимфатических узлов, соотношение ее с окружающими органами и структурами, о размерах желчного пузыря, наличия расширения вне- и внутрипеченочных желчных и вирсунгова протоков, наличии и структуре опухолевых образований в печени;
- *рентгеноскопия (графия) желудка и 12-перстной кишки, пассаж бариевой взвеси* позволяют оценить размеры органов, скорость эвакуации из желудка, выявить разворот подковы 12-перстной кишки;
- *рентгенография органов грудной полости* дает информацию о наличии метастазов;
- *чрескожную тонкоигольную аспирационную биопсию* опухоли или *трепан-биопсию под контролем УЗИ или КТ* с цитологическим/ морфологическим исследованием пунктата;
- *трансдуоденальная пункционная биопсия* головки поджелудочной железы при дуоденоскопии;
- *ФГДС* с оценкой слизистой желудка и 12-перстной кишки и проходимости пилородуоденальной зоны, биопсией слизистой 12-перстной кишки при прорастании опухолью, выявлением варикозно расширенных вен пищевода и желудка; при наличии желтухи возможно стентирование общего желчного протока как альтернатива чрескожному чреспеченочному дренированию желчных протоков;
- э*ндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)* для дифференциальной диагностики с холедохолитиазом, стриктурами холедоха, опухолью Клацкина;
- *чрескожное чреспеченочное дренирование* желчного пузыря и/или

внутрипеченочных желчных протоков под контролем УЗИ/КТ с фистулографией; при механической желтухе используется в качестве предоперациоонной подготовки для профилактики послеоперационных осложнений (печеночной недостаточности, кровотечения), а при неоперабельности процесса или тяжелом состоянии пациента – как метод симптоматического лечения;

- *лапароскопия (по показаниям)* для оценки распространенности опухолевого процесса (наличие регионарных и отдаленных метастазов) и операбельности, биопсии опухоли и метастазов, забора асцитической жидкости для цитологического исследования.

Лечение

Выбор хирургического пособия зависит от локализации опухоли (головка, тело, хвост), распространенности опухолевого процесса, возраста пациента и сопутствующей патологии. К радикальным относят панкреатодуоденальные резекции в разных модификациях, резекцию тела и хвоста железы, тотальную панкреатодуоденэктомию.

Обычно проводится дистанционная лучевая терапия суммарной очаговой дозой 55-75 Гр. на зону опухоли.

В настоящее время стандартом первой линии химиотерапии является монотерапия гемцитабином. Возможна полихимиотерапия с включением гемцитабина и цисплатина, а также фторурацила и цисплатина.

Вопрос 45 Рак пожелудочной железы. Основные клинические проявления в зависимости от локализации и степени распространения опухоли

Ответ

Клиника

- локальная форма,
- местно-распространенная,
- распространенный рак.

По начальным проявлениям болезни выделяют:

- болевую форму (25-30%);
- иктерообтурационную форму (35-40%);
- маскированные формы (30-35%), включающие псевдопневмонические, диабетоидные, тромботические, геморрагические и др.

Течение локальной формы у большинства пациентов бессимптомное. Может отмечаться прогрессирующее похудании, потеря аппетита, субфебрильная температура. Клинические проявления местно-распространенной формы связаны с вовлечением в патологический процесс близлежащих органов и тканей, что проявляется болью, желтухой, диспептическими симптомами, нарушением эвакуации из желудка, асцитом. Желтуха нередко является первым признаком рака головки поджелудочной железы, носит механический характер, обычно стойкая, интенсивная, проявляется желтушным окрашиванием кожи и слизистых, кожным зудом, ахоличным калом и потемнением мочи, нарушением функции печени, сердечно-сосудистой и нервной системы, а также нарушениями обмена белков и углеводов. При осмотре пациента можно выявить симптом Курвуазье – безболезненное мягко-эластическое образование в правом верхнем квадранте живота, увеличение печени (край острый, безболезненный). При длительной холемии и развитии печеночной недостаточности развивается геморрагический

синдром, проявляющийся носовыми кровотечениями, кровавой рвотой, меленой. Частым симптомом является значительное похудание, связанное с нарушением пищеварения из-за нарушения пассажа желчи и панкреатического сока в кишечник. Прорастание рака головки поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку ведет к развитию непроходимости с симптомами стеноза, кишечному кровотечению и холангиту.

Вопрос 46 Клиника рака ободочной и прямой кишки. Группы симптомов. Клинические формы рака ободочной кишки, связь с локализацией
Ответ

Особенности течения рака ободочной кишки

- медленное нарастание клинических симптомов;
- наличие возрастных масок;
- преобладание осложненных форм;
- увеличение сроков диагностики;
- высокий процент малигнизации предраков.

Группы симптомов и клинические признаки рака ободочной кишки

- боль в области опухоли (80%) связана с нарушением функции илеоцекального клапана; воспалением в опухоли и окружающих тканях; перерастяжением кишки;
- нарушение функции кишечника (60%): запор или понос; смена запоров поносами; урчание в животе; кишечная колика;
- кишечный дискомфорт: чувство тяжести и распирания в животе, отрыжка, тошнота, иногда рвота; в основе – рефлекторные расстройства функции смежных органов (желудка, печени, желчного пузыря и т.д.);
- хроническая (реже острая) кишечная непроходимость (30-35%);
- патологические выделения из заднего прохода: кровь, слизь, гной;
- общие расстройства состояния больных (40-50%): недомогание; быстрая утомляемость; немотивированная потеря массы тела; потеря аппетита;
- анемия без видимого кровотечения (15-20%) (чаще рак справа);
- лихорадка (16–18%);
- обнаружение опухоли в брюшной полости (2-3%) (чаще сигма, слепая).

Клинические формы рака ободочной кишки

- токсико-анемическая;
- энтероколитическая;
- диспептическая;
- обтурационная;
- псевдовоспалительная;
- опухолевая (атипичная).

Клинические формы рака прямой кишки

- Воспалительно-геморрагическая форма. Выделения из ануса, слизь в кале, зловонный запах, кровь в кале. Нерегулярность дефекации, поносы-запоры, тенезмы, вторичный геморрой.
- Анальная форма. Постоянный или периодический зуд, ощущение инородного тела, выделения, зияние сфинктера, болезненность, лентовидный стул.
- Стенотическая форма. Упорные запоры, схваткообразные болями в животе, периодической рвотой, вздутием живота, задержка газов.
- Осложненная форма. Боли в животе, крестце, поясничном отделе, при

мочеиспускании.

- Бессимптомная форма. Анальный зуд, дискомфорт, тенезмы.

Вопрос 47 Колоректальный рак. Заболеваемость и смертность от колоректального рака. Предраковые заболевания ободочной и прямой кишки. Методы диагностики колоректального рака

Ответ

Возраст является значимым фактором риска: колоректальный рак встречается редко до 40 лет, в основном это семейные и наследственные формы. Самые высокие показатели заболеваемости регистрируются в возрастных группах 75-79 и 80-84 лет. Тревожным фактом является высокий уровень летальности от КРР на 1-м году жизни после установления диагноза, от запущенных форм умирает каждый четвертый пациент

Пути улучшения ранней диагностики: организация профилактических осмотров в группах риска; онконастороженность врачей первичного медицинского звена при заболеваниях кишечника.

Предраковые заболевания

Полипы. Основная опасность полипов заключается в том, что часть из них способна к злокачественному перерождению. Полипы делятся на :

- неопухолевые: гиперпластические, ювенильные (гамартомы), ретенционные, мфоидные полипы и псевдополипы (воспалительные);
- аденоматозные: железистые, ворсинчатые и смешанные.

Регулярная колоноскопия с удалением полипов способна снизить заболеваемость раком толстой кишки на 90%.

Около 70% полипов, удаляемых при колоноскопии – аденоматозные, из них 7580% железистые, 1025% смешанные и менее 5% ворсинчатые. Около 6% аденом содержат дисплазию высокой степени, 5% инвазивный рак. Риск злокачественного перерождения зависит от размера полипа, доли ворсинчатого компонента, степени дисплазии в ворсинчатом компоненте и возраста больного.

Неспецифический язвенный колит – у 1% больных раком толстой кишки в анамнезе было это заболевание. Чем раньше возник колит, тем выше риск развития рака. Через 10 лет риск рака составляет 2%, через 20 лет – 8%, через 30 лет – 18%. При тяжелом распространенном колите длительностью более 8 лет рекомендуют колоноскопию 12 раза в год, чтобы определить показания к колопроктэктомии.

Болезнь Крона с поражением толстой кишки повышает риск рака, но в меньшей степени, чем при НЯК: в 1,52 раза по сравнению с населением в целом.

Прямокишечно-промежностный свищ, актиномикоз параректальной клетчатки, эндометриоз прямой кишки и др. малигнизируются крайне редко –в 1% случаев.

Диагностика

- Анамнез (наследственность, онко у родственников, жалобы).
- Физикальное обследование (бледность, ассиметрия живота, притупление звука над опухолью).
- Ректальное пальцевое исследование.
- У женщин влагалищное исследование.
- Лабораторные исследования (ОАК- анемия, лейкоитоз, повышение СОЭ; БХ- гипопротеинемия, гипоальбуминемия, увеличение мочевины при нормальном креатинине, повышение ЩФ).

- Исследование опухолевых маркеров (РЭА-толстой кишки больше 10 нг/мл; СА-19-9 прогноз, если больше 37 ед/мл – плохо).
- Иструментальные методы (ректороманоскопия (30 от ануса), колоноскопия (до купола слепой кишки, ирригоскпия с двойным контрастированием).
- Трехмерная МР-колонография.
- КТ и МРТ для уточнения опухоли и метастазов.
- Лапароскопия.

Вопрос 48 Заболеваемость раком пищевода. Факторы риска, предопухолевые заболевания. Клиника и диагностика рака пищевода. Лечение
Ответ
Факторы риска
- хроническое воздействие на слизистую пищевода:
  - алкоголь — 95% больных раком пищевода – ежедневно употребляют алкоголь;
  - табак – более 70% больных – курильщики;
  - горячая пища, соленое, острое;
  - грубая (твердая) пища;
  - нитрозамины и анилиновые красители;
- наследственная предрасположенность;
- тилоз (гиперкератоз ладоней и подошвенных поверхностей стопы).

Предопухолевые заболевания
- Сидеропенический синдром или сидеропеническая дисфагия (синдром Пламмера-Винсона).
- Ахалазия пищевода (мегаэзофагус).
- Гастроэзофагальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).
- Лейкоплакия.
- Тилоз.

Клиника рака пищевода
Ранним проявлением рака пищевода является ощущение дискомфорта – жжение или царапанье в пищеводе, прилипание пищевого комка к стенкам органа. Однако еще до появления местных симптомов пациенты отмечают нарастающую общую слабость, снижение трудоспособности, апатию, похудание. Более чем у 80% больных раком пищевода первым проявлением заболевания является дисфагия, но, к сожалению, относится она к поздним симптомам.
Вначале пациенты отмечают затруднение прохождения по пищеводу твердой пищи. Тщательное пережевывание пищи, запивание ее водой позволяет улучшить проходимость пищевода. Но по мере прогрессирования заболевания эти приемы не помогают, далее пациенты испытывают трудности при приеме и жидкой пищи, а в последующем может наступить полная непроходимость пищевода.
Выделяют 4 степени дисфагии:
- I степень – затруднение при проглатывании твердой пищи;
- II степень – затруднение при проглатывании кашицеобразной пищи;
- III степень – затруднение при проглатывании жидкости;
- IV степень – полная непроходимость.

По мере распространения опухоли и ее распада развивается раковая интоксикация и кахексия. У части пациентов наблюдается кашель и поперхивание при глотании, что

возникает либо при локализации опухоли в верхних отделах пищевода с нарушением запирательного аппарата гортани, либо при развитии пищеводно-трахеального или пищеводно-бронхиального свища. Перфорация пищевода в средостение, в легкие, в плевральную полость сопровождается клинической картиной гнойного медиастинита, пневмонии и плеврита

Диагностика

При первичной диагностике изучают жалобы пациента, анамнез заболевания, проводят рентгенологическое и эндоскопическое исследования с гистологическим исследованием биоптата. Всем больным проводится рентгеноскопия и рентгенография. Наиболее эффективным методом первичной диагностики является эзофагоскопия (ФЭГДС) с обязательной биопсией всех участков слизистой пищевода, подозрительных к опухолевым, определением уровня и протяженности опухолевого поражения. Уточняющая диагностика основана на комплексном использовании инвазивных и неинвазивных диагностических методов.

К инвазивным диагностическим методам относятся:

- торакоскопия, целью которой является выявление истинного врастания опухоли в соседние структуры, определения метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.
- лапароскопия позволяет получить материал для подтверждения метастазов в лимфатических узлах, ОБП, выявить канцероматоз брюшины.

Лечение больных раком пищевода

Хирургическое вмешательство является основным методом лечения рака грудного отдела пищевода. Общепризнанным стандартом является радикальная операция в объеме субтотальной резекции или экстирпации пищевода с регионарной лимфодиссекцией и одномоментной пластикой удаленного пищевода желудком или тонкой и толстой кишкой. При этом пищевод резецируют с отступлением от краев опухоли более 5 см с выполнением двухзональной регионарной лимфодиссекции.

Вопрос 49 Рак желудка: принципы лечения. Радикальные и паллиативные операции. Показания к лучевой и лекарственной противоопухолевой терапии

Ответ

Единственным радикальным методом лечения при раке желудка является хирургический. Химиотерапия и лучевое лечение как самостоятельные методы применяются при противопоказаниях к операции. Объем операции определяется с учетом локализации, распространенности и стадии рака желудка, а также общего состояния пациента.

- Лимфодиссекция D1 предусматривает удаление перигастральных лимфатических узлов в связочном аппарате желудка.
- Лимфодиссекция D2, которая в настоящее время определена как стандартный объем радикального вмешательства, предполагает удаление, кроме перигастральных, лимфатических узлов вдоль чревного ствола и его ветвей – левой желудочной, общей печеночной, селезеночной артерий и лимфоузлов ворот селезенки (всего не менее 16 лимфатических узлов). Паллиативные и симптоматические операции показаны при осложнениях, вызванных неоперабельной опухолью. При стенозе выходного отдела желудка накладывается обходной гастроэнтероанастомоз; тяжелая дисфагия при раке проксимальных отделов желудка является показанием к гастростомии или еюностомии для питания либо к эндоскопической реканализации лазером, а также к установке пищеводно-

желудочного эндопротеза (стентирование).
Показания к лучевой терапии

- Предоперационная радиотерапия назначается как подготовка онкоопухоли к удалению, когда ее размеры и обширная локализация не дают провести резекцию.
- Цель послеоперационной манипуляции — профилактика рецидива, который возможен при остаточных мелких очагах в организме.
- Интраоперационная проводится вместе с органосохраняющей операцией.
- Самостоятельно она проводится при выявлении медицинских ограничений относительно химиотерапии и хирургического вмешательства. В таком случае методику классифицируют так:
  - Паллиативная — при обширном метастазировании, когда речь идет о продлении жизни.
  - Симптоматическая — для снятия болевого симптома, когда другие обезболивающие средства не дают результатов.

Вопрос 50 Методы диагностики рака желудка
Ответ
При первичной диагностике изучают анамнез заболевания, жалобы, проводят физикальное обследование, которое включает осмотр, пальпацию, перкуссию эпигастральной области и зон отдаленного метастазирования (пальпация надключичных областей, пупочной области, печени; у женщин бимануальный, ректовагинальный осмотр для исключения метастазов Крукенберга и Шницлера, у мужчин – пальцевое исследование прямой кишки). Лабораторные методы диагностики включают исследование периферической крови, желудочного сока, кала на скрытую кровь, определение уровня опухолевых маркеров (РЭА, СА 19-9, СА 50, СА 72-4).
ФГДС позволяет определить характер роста опухоли, ее анатомическую форму, локализацию и границы распространения по органу, выполнить ее биопсию с цитологическим и морфологическим исследованием. Одновременно может выполняться внутриполостная эхография (эндосонография – ЭХО-ФГДС), которая позволяет оценить глубину инвазии стенки желудка, выявить распространение опухоли на соседние органы, оценить состояние перигастральных лимфатических узлов.
При инфильтративной форме оценить границы распространения опухоли при эндоскопическом исследовании не всегда возможно, поэтому обязательным является выполнение рентгеноскопии желудка.
Для уточняющей диагностики (выявления метастазов и поражения смежных органов) используют УЗИ и КТ ОБП, забрюшинного пространства и шейно-надключичных зон. Последние годы с этой же целью используется ПЭТ. При обнаружении метастазов выполняется пункционная аспирационная или трепан-биопсия. В сомнительных случаях прибегают к диагностической лапароскопии и/или лапаротомии, которые позволяют с уверенностью подтвердить или снять диагноз рака желудка и оценить истинную его распространенность.

Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

Больной Н., 55 лет, направлен в онкологический диспансер с жалобами на кашель с примесью крови в мокроте, боль в правой половине грудной клетки, нарастающую слабость.

Из анамнеза установлено, что болен в течение 2-х месяцев, когда впервые появились кашель, слабость, подъемы температуры до 38ºС. Участковым врачом был выставлен диагноз пневмонии и назначена противовоспалительная терапия. Состояние несколько улучшилось, но при контрольной рентгенографии легких выявлено образование в правом легком.

Данные объективного обследования: состояние удовлетворительное, пульс 80 ударов в 1 минуту, АД 140/75 мм рт ст. При аускультации правого легкого дыхание жесткое. При перкуссии – справа и сзади на уровне угла лопатки перкуторный звук с коробочным оттенком.

Рентгенография органов грудной клетки: в нижней доле правого легкого в верхушечном сегменте (S6) полосное образование 5,0х5,0см, стенки которого неравномерно утолщены. Наружные контуры образования нечеткие, лучистые, поверхность бугристая, по внутреннему контуру края образования подрытые.

Компьютерная томография: образование верхушечного сегмента нижней доли правого легкого соединяется с дренирующим субсегментарным бронхом (В6), просвет бронха неравномерно сужен, стенки неровные. В области корня правого легкого увеличенные лимфатические узлы до 1,5-2,0 см диаметром. Контрастированный барием пищевод оттеснен влево и кзади.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Какие методы нужно использовать для уточнения диагноза?
4. Установите стадию заболевания.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 1

1. Диагноз: подозрение на полосную форму периферического рака правого легкого.
2. Дифференциальная диагностика между раком легкого, туберкулезом легкого с распадом, эхинококкозом легкого и острым абсцессом легкого.
3. Для уточнения диагноза необходимо использовать: а) до пункции опухоли - туберкулиновые пробы, исследование мокроты на наличие туберкулеза и частей эхинококкового пузыря, внутрикожную аллергическую пробу Кацони б) после исключения туберкулеза и эхинококкоза - бронхоскопию с использованием

промывных вод и последующим цитологическим их исследованием, трансторакальную пункционную биопсию опухоли с морфологическим исследованием биоптата; для оценки распространенности опухолевого процесса – УЗИ органов брюшной полости, остеосцинтиграфию, КТ головного мозга и биопсию костного мозга (при мелкоклеточном раке).
4. Стадия заболевания IIa T2N1M0.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2.

Больная Т., 39 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на контактные кровянистые выделения и водянистые бели из половых путей.
При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки в виде мелкобугристых разрастаний, напоминает цветную капусту, покрыта темными корками. При пальпации: тело матки нормальных размеров, область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.
Вопросы:
1. Ваш предполагаемый диагноз? Клиническая группа?
2. Составьте план дополнительных методов обследования для уточнения характера заболевания и оценки распространенности процесса.
3. Составьте план лечения больной.
4. Как организовать маршрутизацию больных с патологией шейки матки

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 2.
1. Подозрение на рак шейки матки, клиническая группа Ia.
2. Пальцевое исследование прямой кишки, цитологическое исследование мазков из зоны стыка цилиндрического и многослойного плоского эпителия в области наружного зева шейки матки, расширенная кольпоскопия, прицельная биопсия, цистоскопия, ректороманоскопия, УЗИ женских половых органов и подвздошных лимфоузлов, УЗИ печени, рентгенография органов грудной клетки.
3. Комбинированное лечение: предоперационная дистанционная лучевая терапия с последующей контактной лучевой терапией, расширенная экстирпация матки (операция Вертгейма).
4. Смотровой кабинет; женская консультация, гинекологические отделения, онкогинекологическое отделение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3.

Больной Р., 47 лет, обратился в поликлинику с жалобами на постоянные боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в лопатку, головные боли, одышку, общую слабость.
Заболел год назад.
На рентгенограммах грудной клетки в верхнемедиальном отделе левого легочного поля в проекции заднего сегмента выявляется интенсивная гомогенная, округлой формы с чётким нижне-наружным контуром тень – размеры 6х7 см., которая медиальным краем сливается с тенью II – III грудных позвонков.
Вопросы:

1. Какой предположительный диагноз?
2. Какие методы исследования нужно провести для уточнения диагноза?
3. Какова лечебная тактика?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 3.

1. Рентгенологическая картина характерна для неврогенных опухолей средостения.
2. Необходимо провести компьютерную томографию, пневмомедиастинографию, при необходимости – искусственный пневмоторакс.
3. При отсутствии абсолютных противопоказаний необходимо больного оперировать – удалить опухоль.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4.

Больной Л., 56 лет обратился в поликлинику с жалобами на отрыжку с неприятным запахом, обильное слюноотделение, периодически возникающую тупую боль за грудиной после еды. Облегчение наступало после срыгивания принятой пищи. Худеет, потерял в весе 6кг, на протяжении последнего года отмечал периодически возникающие затруднения при глотании пищи с неприятными ощущениями за грудиной. При рентгенологическом исследовании выявлено значительное расширение пищевода с наличием в нем жидкости. Контрастная масса стойко задерживается в пищеводе над суженным кардиальным отделом.
Данные объективного обследования: резко пониженного питания. Кожные покровы и слизистые бледные. Склеры слегка желтушны. В легких везикулярное дыхание. Пульс - 68 ударов в 1 мин. АД—110/70 мм рт ст. Тоны сердца приглушены. На коже живота выраженная венозная сеть. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее плотный. Селезенка не пальпируется. Периферические лимфоузлы не пальпируются.
Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Составьте план обследования больного.
4. Составьте план лечения больного.
5. Прогноз трудоспособности больного?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 4.

1. Диагноз – подозрение на рак пищевода, клиническая группа Iа.
2. Дифференциальная диагностика – рак пищевода, ахалазия пищевода, сдавление пищевода извне.
3. План обследования: фиброэзофагогастроскопия с биопсией, морфологическое исследование, УЗИ органов брюшной полости, КТ органов грудной клетки, лапароскопия.
4. План лечения – а) при метастатическом поражении печени – паллиативное лечение: наложение гастростомы или стентирование пищевода, б) при его отсутствии – хирургическое лечение, лучевая терапия, комбинированное или комплексное с учетом распространенности опухолевого процесса.

5. Прогноз сомнительный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5.

В приемное отделение ЦРБ доставлен мужчина 70 лет, астенического телосложения. Больной жалуется на невозможность глотать пищу и даже воду. Такое состояние у него продолжается около 3 суток. Из анамнеза известно, что затруднения при глотании появились около года назад, вначале при проглатывании твердой пищи, затем и жидкой.
Данные объективного обследования. Кожные покровы землистого цвета. Тургор тканей снижен. В левой надключичной области пальпируется конгломерат лимфатических узлов размером 5х7 см, плотной консистенции, подвижность его ограничена. Язык сухой, интенсивно обложен серым налетом. Живот втянут, в акте дыхания принимает неравномерное участие. При пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, где определяется образование, размером 6х8 см, плотное, неподвижное, без четких границ, резко болезненное. Печень увеличена, выходит из-под края реберной дуги на 3 см.
Вопросы:
1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Стадия заболевания по клинической и международной классификации?
4. Составьте план дополнительных диагностических мероприятий..
5. Составьте план лечения больного.
6. Прогноз больного?
7. Перечислите лимфогенные метастазы при раке желудка.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 5.
1. Диагноз – подозрение на кардиоэзофагеальный рак желудка, клиническая группа Iа.
2. Дифференциальная диагностика – рак пищевода, рубцовое сужение пищевода, сдавление пищевода опухолью извне.
3. Предполагаемая стадия IV T4NxM1.
4. Дополнительные диагностические мероприятия: УЗИ органов брюшной полости, КТ, трепанобиопсия лимфоузла левой надключичной области, морфологическое исследование биоптата.
5. План лечения – паллиативное лечение: наложение гастростомы.
6. Прогноз плохой.
7. Лимфогенные метастазы при раке желудка: метастаз Шницлера; Крукенберга; Вирховский, метастаз сестры Джозефины.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6.

Больная В., 62 лет, обратилась с жалобами на похудание, тошноту, изредка рвоту, боли в эпигастральной области. За 3 месяца похудела на 13 кг.
Данные объективного обследования. В левой надключичной области пальпируется увеличенный лимфоузел. При перкуссии грудной клетки надо всеми полями ясный легочный звук, аускультативно - дыхание проводится во все отделы легких. Живот

мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области.
Данные эзофагогастродуоденоскопии: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12-ти перстной кишки.
Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома.
УЗИ органов брюшной полости: в печени имеется 3 округлых образования, без четких границ, размерами до 2 см в диаметре, забрюшинное пространство без очаговых образований, в брюшной полости определяется свободная жидкость.
Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Стадия заболевания по клинической и международной классификации?
3. Составьте план дополнительных диагностических мероприятий.
4. Составьте план лечения больной.
5. Прогноз трудоспособности больной?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 6.

1. Диагноз – рак желудка, клиническая группа IV.
2. Стадия рака желудка IV TxNxM1 (hepar).
3. План обследования - рентгенологическое исследование желудка, органов грудной клетки, УЗИ лимфоузлов, ТИАПБ надключичного лимфоузла слева, УЗИ органов малого таза, КТ, лапароскопия.
4. План лечения – учитывая наличие асцита, метастатического поражения печени, метастазов Вирхова - симптоматическое лечение.
5. Прогноз неблагоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7.

К хирургу поликлиники на прием пришла больная Д., 62 лет, с жалобами на слабость, запоры, наличие примеси крови в кале, боли внизу живота с иррадиацией в крестец. Считает себя больной в течение года, когда запоры приобрели упорный характер, а появление крови перед актом дефекации стало постоянным. Однако больная за медицинской помощью не обращалась. Лечилась домашними средствами с переменным успехом.
Из анамнеза известно, что больная на протяжении 30 лет страдает геморроем.
Данные объективного обследования. Больная правильного телосложения и удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. При наружном осмотре в области анального отверстия на 6, 9, 12 и 15 часах определяются спаявшиеся геморроидальные узлы. При пальцевом исследовании на расстоянии 8 см от ануса определяется экзофитное образование, циркулярно суживающее просвет кишки.
Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Составьте план обследования больной.
4. Составьте план лечения больной.
5. Составьте план мероприятий по ранней диагностике рака.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи №7.

1. Диагноз – подозрение на рак прямой кишки, клиническая группа Iа.
2. Дифференциальная диагностика – рак прямой кишки, геморрой, ворсинчатая опухоль.
3. Объем диагностических мероприятий: ректороманоскопия с биопсией опухоли, колоноскопия, КТ органов малого таза, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинных лимфоузлов, гинекологическое обследование, лапароскопия, цистоскопия.
4. План лечения – органосохраняющее оперативное лечение, при необходимости послеоперационная лучевая терапия.
5. Мероприятия по ранней диагностике рака: регулярные пальцевые исследования прямой кишки акушеркой в смотровом кабинете и хирургом, у которого больная наблюдалась по поводу геморроя.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8.

У больной К., 52 лет, при профилактическом осмотре в смотровом кабинете участковой поликлиники обнаружено увеличение в объеме правого яичника. Больная жалоб не предъявляет.

Данные анамнеза: менструации с 12 лет, регулярные, установились сразу. Имеет двоих детей. Абортов не было. В менопаузе 4 года. Мать умерла от рака молочной железы.

Данные гинекологического осмотра: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. При осмотре в зеркалах слизистая влагалища и шейки матки чистая. При бимануальном влагалищном исследовании: тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное, пальпируется увеличенный до7-8см правый яичник, безболезненный.

УЗИ органов малого таза: матка не увеличена, толщина М-эха 5мм, объемное образование правого яичника размером до 7х8 см, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Увеличенных забрюшинных лимфоузлов не выявлено.

При лапароскопическом исследовании: множественные метастатические очаги по брюшине.

Цитологическое исследование опухолевой ткани яичников: аденокарцинома.

Исследование асцитической жидкости: обнаружены опухолевые клетки.

Маркер СА 125 - 620 Ед/мл.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Назначьте план дополнительных методов обследования для дифференциальной диагностики и определения распространенности опухолевого процесса.
3. Определите стадию заболевания?
4. Какова лечебная тактика при данной стадии заболевания?
5. Показана ли химиотерапия при данном заболевании?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 8.

1. Рак яичников.

2. Рентген органов грудной клетки, ЭФГДС, ирригография.
3. St. IIIC T3c N0M0
4. Экстирпация матки с придатками, экстирпация большого сальника.
5. Показана полихимиотерапия по схеме САР (Цисплатин, Циклофосфан, Адриобластин).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9.

Больная 70 лет, обратилась к гинекологу женской консультации с жалобами на кровянистые выделения из половых путей, которые появились в последние 3 месяца. Менопауза 23 года. Страдает сахарным диабетом, гипертонической болезнью.
Объективно: больная повышенного питания
Данные гинекологического осмотра: женские половые органы развиты правильно. При осмотре в зеркалах слизистая влагалища и шейки матки чистая. При бимануальном влагалищном исследовании установлено, что тело матки увеличено до 7-8 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие. Прямая кишка при пальцевом исследовании не изменена.
Вопросы:
1. Ваш предположительный диагноз? Клиническая группа?
2. Назначьте план дополнительных методов обследования для определения распространенности опухолевого процесса.
3. Определите стадию заболевания, если по данным обследования установлено, что опухоль ограничена телом матки и отсутствует метастатическое поражение регионарных лимфоузлов и отдаленных органов.
4. Составьте план лечения больной.
5. Каков прогноз у больной.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 9.
1. Подозрение на рак тела матки. Клиническая группа Ia.
2. УЗИ женских половых органов; аспирация содержимого полости матки с цитологическим исследованием аспирата для дифференциальной диагностики с раком маточной трубы; раздельное диагностическое выскабливание слизистой цервикального канала и полости матки или гистероскопия с прицельной биопсией и последующее гистологическое исследование препарата; УЗИ мочевого пузыря, печени, забрюшинных лимфоузлов, почек; рентгенологическое исследование органов грудной клетки; иммуногистохимическое исследование опухоли матки (РЭ, РП); ирригоскопия, колоноскопия, маммография – исключение опухолей молочных желез и толстой кишки; при подозрении на метастатическое поражение костей – сцинтиграфия костей скелета.
3. Стадия заболевания I T1N0M0.
4. Лечение рака эндометрия стадии I T1N0M0 включает: внутриполостную контактную лучевую терапию фракцией 13,5Гр в день операции, операцию в объеме экстирпации матки с придатками и нижней третью влагалища, послеоперационное дистанционное облучение зон регионарного лимфооттока до СОД 60ГР. При высокой гормональной чувствительности опухоли – гормонотерапия.
5. Прогноз относительно благоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10.

В районную ЦРБ обратилась больная К. 55 лет, с жалобами на слабость, потерю аппетита, периодически повышающуюся температуру до 38 градусов, периодически кровь в моче. Указанные выше симптомы появились около месяца назад. За медицинской помощью не обращалась. За последнюю неделю гематурия приобрела постоянный характер, появились боли в поясничной области.
Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание. Пульс 88 ударов в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания положительный справа.
Данные КТ исследования: левая почка увеличена в размерах, латеральный контур в средней трети выбухает за счет объемного образования диаметром 4см. Плотность образования 32 ед., плотность паренхимы почки 35 ед. Граница между образованием и паренхимой почки не определяется. В центре образования участок пониженной плотности (25 ед.), с неровными, нечеткими контурами. Синус почки деформирован. При в/в усилении образование накапливает контрастное вещество до 80 ед., паренхима почки до 70 ед. В центре образования участок, плохо накапливающий контрастное вещество (35 ед.). В отсроченную фазу: выделительная функция почки сохранена, средняя чашечка деформирована.
Вопросы:
1. Ваш предположительный диагноз.
2. Необходимые методы обследования.
3. Ваша тактика лечения.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 10.
1. Рак почки.
2. КТ (брюшной полости, малого таза), R-графия или КТ органов грудной клетки, УЗИ почек, общие клинические анализы, остеосцинтиграфия. R-графия костей малого таза, биопсия новообразования почки.
3. Хирургическое (нефрэктомия).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11.

Больной 55 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на учащенное болезненное мочеиспускание, выделение крови с мочой. Болен в течение 4 месяцев. Живот мягкий безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Предстательная железа не увеличена с гладкой поверхностью, безболезненная.
На обзорном снимке мочевой системы теней подозрительных на конкременты нет.
За время пребывания в клинике у больного появилась тотальная безболевая макрогематурия с бесформенными сгустками крови, в связи с чем, была произведена срочная цистоскопия.
Цистоскопия: на левой боковой стенке мочевого пузыря обнаружена грубоворсинчатая опухоль в три поля зрения цистоскопа, на широком основании, не

отбрасывающая тень. Правое устье мочеточника расположено в типичном месте, щелевидной формы. Левое устье мочеточника не определяется.
Вопросы:
1. Ваш предположительный диагноз.
2. Необходимые методы обследования.
3. Какова лечебная тактика?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 11.
1. Подозрение на рак мочевого пузыря.
2. КТ (органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза), цистоскопия, УЗИ малого таза, ТРУЗИ, общие клинические анализы.
3. Хирургическое лечение, лучевая терапия, внутрипузырная химиотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 12.

Больной 59 лет в течение 6 месяцев отмечает затрудненное вялой тонкой струей мочеиспускание. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. При пальцевом исследовании предстательная железа увеличена, бугристая, хрящевой консистенции, безболезненная.
По данным общего анализа крови анемия, ускоренная СОЭ, протеинурия, в анализе мочи - микрогематурия.
На рентгенограммах изменение костного рисунка лобковых и седалищных костей.
На цистограмме пузырь приподнят, имеется дефект наполнения с неровными контурами.
При урофлоуметрии снижение объемной скорости потока мочи, увеличение времени мочеиспускания, ПСА 41 нг/мл.
Вопросы:
1. Ваш предположительный диагноз.
2. Необходимые методы обследования.
3. Ваша тактика лечения.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 12.
1. Подозрение на рак предстательной железы.
2. КТ (органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза), остеосцинтиграфия, ТРУЗИ, общие клинические анализы.
3. Хирургическое лечение, лучевая терапия, химиотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13.

Больной В. 56 лет, обратился к урологу с жалобами слабость, потерю аппетита боли в области мошонки, увеличение грудных желез. Считает себя больным в течение нескольких месяца, когда появились указанные выше жалобы.
Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание. Пульс 77 ударов в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания (с-м Пастернацкого) положительный справа.
Локальный статус: Мошонка отечна, при пальпации болезненна, отмечается

увеличение правого яичка. Паховые лимфоузлы не пальпируются.
Вопросы:
1. Ваш предположительный диагноз.
2. Необходимые методы обследования
3. Ваша тактика лечения.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 13.
1. Подозрение на опухоль яичка
2. КТ (органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза), УЗИ мошонки, паховых лимфоузлов, общие клинические анализы.
3. Оперативное лечение – орхфуникулэктомия, гистологическое исследование опухоли. С учетом гистогенеза образования уточнение тактики дальнейшего лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14.

В ЦРБ обратился больной К. 68 лет, с жалобами на слабость, рези при мочеиспускании, язвенное новообразование на коже полового члена. Указанные выше симптомы появились около 2-х месяцев назад. За медицинской помощью не обращался. Лечился самостоятельно прижиганиями чистотелом.
Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание. Пульс 75ударов в минуту. АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого положительный справа.
Локальный статус: на коже полового члена язвенное образование с нечеткими неровными контурами до 2,5 см в диаметре.
Вопросы:
1. Ваш предположительный диагноз.
2. Необходимые методы обследования.
3. Какова тактика лечения?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 14.
1. Подозрение на рак полового члена.
2. КТ (органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза), УЗИ паховых лимфоузлов, общие клинические анализы, инцизионная биопсия.
3. Хирургическое, химиолучевое лечение в зависимости от распространенности опухолевого процесса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15.

Больная Х., 23 лет. Жалобы на боли в левой ноге, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время.
Данные объективного обследования: в области латеральной поверхности средней трети левого бедра пальпируется опухолевидное образование, малоподвижное, каменистой плотности, размерами 5х6 см. Паховые лимфоузлы увеличены, плотноэластической консистенции, размерами от 1 до 2 см, безболезненны.
Больной выполнено РКТ: опухоль располагается в средней трети бедренной кости,

протяженностью до 6см, выходит за пределы кортикального слоя.
В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ.
Вопросы:
1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли?
3. Какова схема лечения?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 15.
1. Диагноз – подозрение на остеогенную саркому левого бедра, клиническая группа Iа.
2. Трепанобиопсия опухоли с гистологическим исследованием.
3. Схема лечения – химиотерапия, последующее органосохраняющее хирургическое лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 16.

К терапевту в поликлинику обратился мужчина 57 лет с жалобами на наличие опухоли в области мягких тканей верхней трети правого плеча, которую обнаружил самостоятельно 2 месяца тому назад. За это время роста опухоли не отмечает. Травму плеча получил во время боевых действий на службе по контракту 20 лет назад.
Данные объективного обследования: больной удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски. Пульс - 80 ударов в 1 мин, ритмичный, удовлетворительных качеств. АД - 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. В легких дыхание везикулярное с единичными рассеянными сухими хрипами. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3см. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.
Локальный статус: В верхней трети правого плеча в толще дельтовидной мышцы пальпируется опухоль, размером 3х3 см без четких границ, подвижность ограничена, костной плотности. Кожа не изменена. В подмышечной области справа пальпируется лимфатический узел, размером 1х1,5 см тугоэластической консистенции, подвижный, безболезненный. Надключичные и шейные лимфоузлы с обеих сторон не пальпируются.
Вопросы:
1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Назначьте план дополнительных методов обследования.
4. Составьте план лечения больного.
5. Прогноз трудоспособности больного?
6. Обозначьте режим диспансерного наблюдения.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 16.
1. Диагноз – подозрение на саркому мягких тканей правого плеча, клиническая группа Iа.
2. Дифференциальная диагностика – саркома мягких тканей, доброкачественная

опухоль мягких тканей.
3. Инцизионная биопсия опухоли, рентгенологическое исследование органов грудной клетки и правого плеча, УЗИ правого плеча и брюшной полости, КТ или МРТ, морфологическое исследование.
4. План лечения – хирургическое лечение. В дальнейшем в зависимости от морфологического типа опухоли возможна лучевая терапия, химиотерапия.
5. Прогноз – сомнителен.
6. Режим диспансерного наблюдения: 1 год - 1 раз в 3 месяца, 2 год – каждые 6 месяцев, далее и пожизненно – 1 раз в год с обязательным КТ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 17.

Больной Б., 53 лет. В течение 2 месяцев беспокоят боли в поясничной области. Проходил лечение у терапевта и невропатолога с диагнозом: остеохондроз поясничного отдела позвоночника, без эффекта. 5 дней беспокоит лихорадка до 38,50С, потливость, усилились боли - госпитализирован.
При осмотре: пальпируются увеличенные надключичные и шейные лимфоузлы слева. При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено увеличение забрюшинных лимфоузлов.
Вопросы:
1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие исследования нужны для установления диагноза, в том числе определения стадии заболевания.
3. Определите вид лихорадки по степени подъема температуры тела.
4. Какое лечение необходимо назначить больному.
5. Нуждается ли больной в реанимационных мероприятиях?

Эталон ответов на вопросы ситуационной задачи № 17.
1. Предварительный диагноз: лимфопролиферативное заболевание (лимфосаркома или Лимфома Ходжкина).
2. Дополнительное обследование: эксцизионная биопсия надключичного или шейного лимфоузла, при отсутствии результата (возможно, эти узлы реактивно изменены) будет показана лапаротомия с биопсией забрюшинных лимфатических узлов. Для установления стадии заболевания необходимы: рентгенография органов грудной клетки, КТ органов грудной клетки, КТ или МРТ органов брюшной полости, ПЭТ/КТ, для определения поражения костного мозга - трепанобиопсия.
3. Фебрильная (умеренная) лихорадка.
4. Лечение: в данном случае речь идет о Ш стадии болезни (поражение лимфоузлов по обе стороны диафрагмы), при дообследовании может быть доказана и 1У стадия, следовательно больному необходимо проведение курсов полихимиотерапии с последующей лучевой терапией.
5. В реанимационных мероприятиях больной не нуждается. Тяжесть состояния обусловлена настоящим заболеванием больного с симптомами интоксикации.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18.

Больная Ж., 50 лет. В анамнезе: зоб, наблюдается у эндокринолога. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы.
Обратилась с жалобами на увеличение темпа роста зоба, появление уплотнения в ткани железы.
Данные объективного обследования: температура тела в норме, в легких - везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень - по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется.
Щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ.
По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина.
При сцинтиграфии костей скелета выявлены очаги повышенного накопления радиофармпрепарата в бедренных костях, которые расценены как метастатические.
Вопросы:
1. Ваш предположительный диагноз? Клиническая группа?
2. Какие дополнительные диагностические мероприятия необходимо провести больной?
3. Какова лечебная тактика?
4. Прогноз трудоспособности больной?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 18.
1. Предположительно – Рак щитовидной железы (медуллярный), клиническая группа Iа.
2. Дополнительные методы обследования: УЗИ щитовидной железы и периферических лимфоузлов, ТИАПБ узла щитовидной железы с гистологическим или цитологическим исследованием, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, кровь на тиреоидные гормоны (ТТГ, Т3,Т4), рентгенография бедренных костей.
3. Хирургическое лечение – тиреоидэктомия, последующее лечение костных метастазов радиоактивным йодом.
4. Прогноз сомнительный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 19.

Больной К., 58 лет, обратился к врачу с жалобами на опоясывающие боли в верхней части живота, не связанные с приемом пищи и временем суток. Для облегчения болей принимал баралгин. Впервые боли появились около 1 месяца назад, за последнее время усилились. Похудел на 8кг. Курит, алкоголь употребляет умеренно, страдает сахарным диабетом.
Данные объективного обследования: состояние больного средней тяжести. Пульс 90 ударов в 1 минуту, АД 140/85 мм рт ст. Со стороны легких и сердца патологических изменений не выявлено. Живот увеличен в размерах, в положении лежа на спине распластан. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука во фланках. При пальпации живот болезненный в области эпигастрия и левого подреберья, где

определяется ограниченное в смещении уплотнение без четких границ. Симптомов раздражения брюшины нет.
Общий анализ крови: Hb – 90г/л, лейкоциты – 11 тысяч, тромбоциты – 610 тысяч/мл, СОЭ – 54 мм/час.
Биохимический анализ крови: липаза – 2400 Ед/мл, амилаза – 510 Ед/л, щелочная фосфатаза - 610 Ед/л.
Данные компьютерной томографии: значительное количество жидкости в брюшной полости. Тело поджелудочной железы уплотнено, расширено до 30 мм. В гепатодуоденальной связке группа увеличенных и уплотненных лимфатических узлов.
Вопросы:
1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциально-диагностический ряд заболеваний:
3. Перечислите объем дополнительных диагностических мероприятий, необходимых для уточнения диагноза и определения стадии заболевания.
4. Каков план лечения больного?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 19.
1. Предполагаемый диагноз: рак тела поджелудочной железы.
2. Дифференциальная диагностика между раком тела поджелудочной железы, острым панкреатитом и раком желудка.
3. Для уточнения диагноза и определения стадии опухолевого процесса обследование необходимо дополнить: фиброгастродуоденоскопией, лапароскопией с биопсией или биопсией опухоли под контролем УЗИ или КТ.
4. Лечение симптоматическое в виду распространенности опухолевого процесса (асцит).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20.

Больная 56 лет поступила в хирургический стационар с жалобами на ноющие боли в правом подреберьи, желтуху.
Из анамнеза известно, что в тече¬ние трех месяцев беспокоит неустойчивый стул, запоры, нарас¬тает слабость. Похудела на 6 кг. 10 лет назад перенесла вирусный гепатит С.
Данные объективного обследования: Состояние больной средней тяжести. Склеры бледно-желтые. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется увеличенная, плотная с неровной поверхностью печень. Нечетко определяется асцит.
Общий анализ крови: Hb – 80г/л, лейкоциты – 6 тысяч, СОЭ – 54 мм/час.
Биохимический анализ крови: щелочная фосфатаза – 780 Ед/л, билирубин - 58 мкмоль/л
Вопросы:
1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Составьте план дополнительных диагностических мероприятий..
3. Составьте план лечения больного.
4. Прогноз трудоспособности больного?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 20.

1. Предполагаемый диагноз: первичный рак печени.
2. Дополнительные диагностические мероприятия: УЗИ с доплеровским картированием и КТ органов брюшной полости, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, фиброгастродуоденоскопия, ангиография печени, биопсия печение под контролем УЗИ, гапатосцинтиграфия печени
3. При операбельности больного и резектабельности опухоли выполняют резекцию или гепатэктомию с трансплантацией печени, при нерезектабельном гепатоцеллюлярном раке – внутриартериальную химиоэмболизацию с последующей оценкой эффекта и выполнением радикальной операции при переводе процесса в операбельное состояние.
4. Прогноз трудоспособности больного неблагоприятный.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 21.

В приемный покой ЦРБ поступила больная Г. 48 лет, с жалобами на слабость, потерю аппетита, похудение за последний месяц сбросила порядка 10 кг, боли внизу живота. Выше указанные симптомы появились около 2 месяцев назад. За медицинской помощью не обращалась. За последний месяц отмечает увеличение размеров живота, запоры.
Объективно: Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание. Пульс 75 ударов в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот напряжен, вздут, безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный. При КТ брюшной полости в забрюшинном пространстве слева определяется объемное образование округлой формы размерами 20х18х23 см.
Вопросы:
1.Ваш предположительный диагноз.
2. Необходимые методы обследования.
3. Ваша тактика лечения.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 21.
1. Опухоль забрюшинного пространства .
2. КТ (ОГК, брюшной полости, малого таза), ЭФГДС , Ректороманоскопия, УЗИ брюшной полости, Пункция новообразования .
3. Хирургическое.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22.

На прием к хирургу обратился больной Г., 28 лет с жалобами на появление опухоли в левой паховой области, которую заметил около 2-х недель назад. В последнее время опухоль несколько увеличилась в размерах. Пациент связывает заболевание с появлением резей при мочеиспускании и красноватой сыпи на внутренней поверхности бедер и животе после приема лекарств, которыми лечился самостоятельно. За медицинской помощью не обращался. В прошлом - ангины, аллергические реакции на сульфаниламиды и антибиотики. Туберкулез и венерические заболевания - отрицает.

Данные объективного обследования: правильного телосложения, удовлетворительного питания, кожные покровы чистые. На коже поясничной области слева - послеоперационный рубец (4 месяца назад, со слов больного, в салоне красоты удалили азотом «кровоточащую бородавку»). В легких и сердце - без особенностей. Живот мягкий, печень не увеличена, селезенка не пальпируются.
Локальный статус: В левой паховой области под пупартовой связкой определяется плотная, безболезненная, малоподвижная опухоль 2,5х3 см не связанная с кожей. Гиперемия и отечность отсутствуют. На коже левой нижней конечности изменений нет. Кожные покровы половых органов без изменений. Мочеиспускание не нарушено.
Вопросы:
1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Предполагаемая стадия заболевания?
4. Составьте план диагностических мероприятий.
5. Составьте план лечения больного.
6. Прогноз трудоспособности больного?
7. Составьте план мероприятий по профилактике меланомы кожи.
2. Обозначьте режим диспансерного наблюдения.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 22.
1. Диагноз – метастазы меланомы кожи в лимфоузлы левой паховой области?
2. Дифференциальная диагностика – метастазы меланомы кожи в лимфоузлы, лимфаденит неясной природы.
3. Предполагаемая стадия IIIA TxN1Mx.
4. Дополнительное обследование - бактериологический посев мочи, серологический анализ крови, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, УЗИ аксиллярных лимфоузлов, пункция лимфоузла левой паховой области, морфологическое исследование.
5. Операция Дюкена слева, иммунотерапия.
6. Прогноз трудоспособности – сомнительный.
7. План мероприятий по профилактике меланомы кожи: избегать пребывания на солнце, использовать фотозащитные кремы, защита кожи от солнечных ожогов одеждой и широкополыми шляпами. Врачам хирургам – обязательно отправлять для гистологического исследования удаленные образования кожи, врачам ЦРБ – проводить всем больным осмотр кожных покровов.
8. Режим диспансерного наблюдения: 1 год – 1 раз в 3 месяца, 2 год – каждые 6 месяцев, далее и пожизненно – 1 раз в год.ъ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 23.

На прием к участковому терапевту обратилась больная П., 40 лет, работает кассиром в торговом зале. Ее беспокоят запоры, периодические вздутия живота, наличие в кале слизи. Два месяца назад, после погрешности в диете впервые появились указанные симптомы. Лечилась самостоятельно клизмами из лекарственных трав, без улучшения.
Данные объективного обследования. Больная удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски. Живот при пальпации мягкий, безболезненный

во всех отделах. Печень по краю реберной дуги.
При пальцевом ректальном исследовании прямая кишка без патологии.
Анализ кала на скрытую кровь - положительный.
Вопросы:
1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Составьте план дополнительных диагностических мероприятий.
4. Составьте план лечения больной.
5. Прогноз трудоспособности больной?
6. Составьте план мероприятий по профилактике рака.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 23.

1. Диагноз – подозрение на рак толстой кишки. Клиническая группа Iа.
2. Дифференциальная диагностика – рак толстой кишки, ворсинчатая опухоль, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит.
3. Объем диагностических мероприятий - ирригоскопия, колоноскопия с биопсией опухоли, КТ органов брюшной полости, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинных лимфоузлов, гинекологическое обследование, лапароскопия, морфологическое исследование.
4. План лечения – органосохраняющее оперативное лечение
5. Прогноз сомнительный.
6. Мероприятия по профилактике рака: употребление большого количества фруктов, овощей, ограничение приема мясной и жирной пищи; ежегодное проведение гемокульттеста.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24.

Женщина Д., 60 лет обратилась к дерматологу с жалобами на наличие длительно существующей язвочки на боковой поверхности носа.
Из анамнеза установлено, что в течение 3-х лет на коже левой боковой поверхности носа отмечала плоское очаговое образование. За последний год оно увеличилось в размерах, в центре появилась корочка, которая периодически отпадает и появляется вновь.
Данные объективного обследования: на коже боковой поверхности носа слева имеется слегка выступающее над кожей образование 0,5х0,3 см, в центре его - плотно сидящая кровянистая корочка. В области лба, на правой щеке несколько желтоватых, плоских, слегка пигментированных пятен до 0,5 - 1 см в диаметре. Кожа сухая. Лимфатические узлы подчелюстных областей и шеи не увеличены.
Вопросы:
1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Предполагаемая стадия заболевания?
4. Составьте план диагностических мероприятий.
5. Составьте план лечения больного.
6. Прогноз трудоспособности больной?
7. Составьте план мероприятий по профилактике рака.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 24.

1. Базальноклеточный рак кожи на фоне старческого кератоза, клиническая группа 1а.
2. Дифференциальная диагностика – рак кожи, болезнь Боуэна, себорейная кератома.
3. Предполагаемая стадия I T1N0M0.
4. Взятие соскоба с поверхности опухоли, цитологическое исследование.
5. Близкофокусная рентгенотерапия.
6. Прогноз трудоспособности – трудоспособна после лечения заболевания.
7. План мероприятий по первичной и вторичной профилактике рака: избегать длительного пребывания на солнце, использовать фотозащитные кремы, защита кожи от солнечных ожогов одеждой и широкополыми шляпами. Врачам ЦРБ – проводить всем больным осмотр кожных покровов (как в смотровом кабинете, так и на приеме терапевтом) с лечением выявленной патологии.
8. Режим диспансерного наблюдения: наблюдение в течение 5 лет: 1 год - 1 раз в 3 месяца, 2 год – каждые 6 месяцев, далее – 1 раз в год. Если в течение 5 лет не обнаружена еще 1 опухоль кожи – снятие с диспансерного учета.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25.

Больной М., 62 лет, обратился в поликлинику с жалобами на наличие язвы на красной кайме нижней губы.
Из анамнеза известно, что в течение 3-х лет на красной кайме нижней губы справа появлялись серовато-белого цвета корочки, на месте которых под влиянием травмы во время приема пищи возникала эрозия. После применения 5% метилурациловой мази наступило выздоровление. Однако через 3 месяца эрозия появилась вновь. Два месяца назад на месте эрозии появилась язва, которая постепенно увеличивалась в размере. Мазевое лечение оказалось без эффекта. Курит, алкоголь употребляет умеренно.
Данные объективного обследования: общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов — без особенностей.
На красной кайме нижней губы боковой трети справа язва до 1,5см в диаметре, края язвы вывернуты, возвышаются над уровнем красной каймы, плотные, валикообразные и неровные, дно покрыто серой корочкой. Основание язвы и вся окружность ее при пальпации плотные, безболезненные. Подчелюстные лимфоузлы не увеличены.
Вопросы:
1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Стадия заболевания по клинической и международной классификации?
4. Составьте план дополнительных методов обследования.
5. Составьте план лечения больного.
6. Прогноз трудоспособности больного?
7. Составьте план мероприятий по профилактике рака.
8. Обозначьте режим диспансерного наблюдения за больным.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 25.
1. Диагноз – подозрение на рак нижней губы.
2. Дифференциальная диагностика – рак, эритроплакия, язва.

3. Стадия I T1N0M0.
4. Дополнительно: назначить УЗИ лимфоузлов шеи, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, биопсия опухоли губы, цитологическое и морфологическое исследование.
5. План лечения: хирургическое или лучевое лечение (брахитерапия).
6. Прогноз благоприятный.
7. План мероприятий по профилактике рака: санпросвет работа о вреде курения, своевременная санация полости рта.
8. Режим диспансерного наблюдения: 1 год - 1 раз в 3 месяца, 2 год – каждые 6 месяцев, далее и пожизненно – 1 раз в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 26.

К маммологу обратилась женщина 53 лет с жалобами на наличие опухоли в правой молочной железе, которую заметила около недели назад во время купания в душе. Работает поваром. Менопауза 2 года.
Данные объективного обследования: в верхне-наружном квадранте правой молочной железы пальпируется плотная округлой формы опухоль без четких границ, диаметром около 2,5см. Кожа над ней не изменена. Правые аксиллярные лимфоузлы не увеличены. В левой молочной железе на границе наружных квадрантов пальпируется аналогичная опухоль диаметром 1,5см, кожа над ней не изменена. В левой подмышечной области – конгломерат плотных безболезненных лимфоузлов.
При маммографии выставлен диагноз: рак правой и рак левой молочных желез.
Вопросы:
1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какова дальнейшая диагностическая тактика врача-маммолога?
3. Предполагаемая стадия заболевания?
4. Составьте план лечения больной, от чего он будет зависеть?
5. Ваши претензии к коллегам, приведшие к выявлению рака левой молочной железы в III стадии опухолевого процесса.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 26.

1. Предварительный диагноз - первично-множественный синхронный рак правой и левой молочных желез.
2. Дальнейший план обследования больной: УЗИ молочных желез и зон регионарного лимфооттока, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ печени и органов малого таза, осмотр гинеколога, трепанобиопсия опухолей правой и левой молочных желез и лимфоузлов левой подмышечной области, гистологическое и иммуногистохимическое исследование биоптата.
3. Предполагаемая стадия рака правой молочной железы IIa T2N0M0; рака левой молочной железы IIIa T1N2M0.
4. Так как в левой молочной желез процесс первично неоперабельный, то лечение должно начинаться с курсов полихимиотерапии. В зависимости от эффекта возможно использование предоперационной лучевой терапии на левую молочную железу, левые подмышечную, надключичную и парастернальную зоны. Далее оперативное лечение рака правой и левой молочных желез + курсы полихимиотерапии. Выбор дальнейшей лечебной тактики будет зависеть от гормональной чувствительности опухолей, наличия/отсутствия гиперэкспрессии

онкобелка Her-2neu.
5. Больная работает в сфере питания и подлежит профилактическому обследованию у гинеколога каждые 6 месяцев. В данном случае можно говорить о невыполнении или формальном выполнении санитарных требований.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27.

Больная М., 47 лет обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась.
При осмотре: в верхне-наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корки», и пальпируется узловое образование 4х5 см, слабо подвижное. В правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области - единичный плотный лимфатический узел. При морфологическом исследовании биоптата – умеренно дифференцированный протоковый рак.
Вопросы:
1. Какова стадия опухолевого процесса?
2. Объясните формирование стадии на данном примере.
3. Возможно ли в данной стадии радикальное лечение?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 27
1. Рак молочной железы стадия Т4 N2 M 1.
2. Т4 – опухоль любого размера с распространением на кожу, N2 – метастазы в подмышечных лимфатических узлах на стороне поражения, фиксированные друг с другом (конгломерат), М1 – поражение не регионарных, а отдаленных (надключичных лимфоузлов)
3. При такой стадии опухолевого процесса лечение будет паллиативным, а не радикальным, т.к. излечение невозможно.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 28.

На прием к врачу обратилась мама с ребенком 3-х лет. Жалобы на увеличение у мальчика размеров живота, повышение температуры до 38°, боли в животе.
Из анамнеза установлено: ребенок родился здоровым, рос и развивался нормально. За последние 2 месяца мальчик стал менее активным, отказывается играть со сверстниками. Стал плохо есть. Стул и мочеиспускание нормальные.
Данные объективного обследования
Ребенок бледный, цианоз носогубного треугольника. Живот несколько увеличен в размерах, в верхней части живота слева пальпируется образование ≈ 5 см, плотное, бугристое, мало смещаемое.
Вопросы:
1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Назначьте план дополнительных методов обследования.
4. Составьте план лечения больного.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 28
1. Диагноз – подозрение на нефросаркому. Клиническая группа Iа.
2. Дифференциальная диагностика – нефросаркома, нейросаркома.

3. УЗИ почек, забрюшинного пространства, брюшной полости; рентгенологическое исследование органов грудной клетки, КТ, МРТ,
4. План лечения – лапаротомия, удаление первичной опухоли (даже при метастазах), при невозможности удаления опухоли после лапаротомии назначают химио- лучевую терапию с последующим удалением опухоли.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29.

В порядке скорой помощи в дежурную больницу доставлен мужчина 72 лет с жалобами на общую слабость, сильные боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, вздутие живота. Болен 3 месяца. Вначале появилась общая слабость, потеря аппетита, небольшие боли и тяжесть в верхней половине живота. Потеря в весе составила 12 кг. Боли усилились, особенно по ночам. Периодически возникала рвота. За медицинской помощью не обращался, лечился домашними средствами. Последние 3 месяца боли стали нестерпимыми, появилось вздутие живота. В прошлом злоупотреблял алкоголем. Перенес 4 года назад инфаркт миокарда. Многократно лечился по поводу холецистита, панкреатита и гастрита.
Данные объективного обследования
Больной пониженного питания. Кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс - 54 удара в 1 мин, аритмичный, АД - 165/100 мм рт. ст. Живот асимметричен. В эпигастральной области слева выбухает опухоль размером 10х12 см, плотная, бугристая, малоподвижная, болезненная при пальпации. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. В отлогих местах живота - притупление. Симптомов раздражения брюшины нет.
Вопросы.
1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Назначьте план дополнительных методов обследования.
4. Составьте план лечения больного.
5. Прогноз трудоспособности больного?
6. Обозначьте режим диспансерного наблюдения.

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 29

1. Диагноз – подозрение на рак поджелудочной железы, клиническая группа Iа.
2. Дифференциальная диагностика – рак поджелудочной железы, рак желудка.
3. Биохимические анализы крови, рентгенологическое исследование желудка и 12-ти перстной кишки, УЗИ брюшной полости, ЭРХПГ, КТ или МРТ, гастродуоденоскопия со щеточной биопсией, лапароскопия.
4. План лечения – хирургическое лечение или лучевая терапия.
5. Прогноз – неблагоприятный.
6. Режим диспансерного наблюдения: 1 год - 1 раз в 3 месяца, 2 год – каждые 6 месяцев, далее и пожизненно – 1 раз в год.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30.

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен тяжелый больной 46 лет.

Выраженный цианоз лица, шеи, одышка. Лицо отечно. Разговаривает с трудом. Со слов родственников около 2-х месяцев назад появилась общая слабость, недомогание, субфебрильная температура, кашель, осиплость голоса. Обратился к участковому врачу. Был выдач больничный лист и назначено лечение ОРЗ. Состояние несколько улучшилось, однако появилась одышка и умеренная отечность лица, которая были расценена как аллергическая реакция на медикаменты. Был назначен глюконат кальция, димедрол, которые принимал регулярно в течение 10 дней, однако улучшений не наступило. В последние 2 дня резко ухудшилось состояние, усилилась одышка, появился цианоз лица, усилилась отечность лица и шеи. Больной в вынужденном положении. Сидит, уперевшись руками, откинув голову назад.

Данные объективного обследования.

На коже передней грудной стенки, шеи - расширенная венозная сеть, цианоз кожных покровов. Лицо резко отечно, глаза закрыты отечными веками. Пульс - 112 ударов в 1 мин, АД - 90/60 мм рт. ст., частота дыхательных движений - 28 в 1 мин. Тоны сердца глухие, границы расширены. В легких дыхание ослаблено, по всем легочным полям - рассеянные «музыкальные» хрипы.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Назначьте план дополнительных методов обследования.
4. Составьте план лечения больного.
5. Прогноз трудоспособности больного?

Эталоны ответов на вопросы ситуационной задачи № 30

1. Диагноз – синдром сдавления верхней полой вены.
2. Дифференциальная диагностика – лимфома ходжкина с поражением медиастинальных лимфоузлов, рак легкого с метастазами в лимфоузлы средостения, нейробластома средостения, рак пищевода легкого с метастазами в лимфоузлы средостения.
3. Рентгеноскопическое исследование органов грудной клетки, спиральная КТ, МРТ, ларингоскопия, эзофагоскопии, бронхоскопия, медиастиноскопия с биопсией опухоли, морфологическое исследование, УЗИ брюшной полости, КТ головного мозга, исследование функции внешнего дыхания.
4. План лечения – лучевая терапия на область средостения, далее план по уточнении локализации и морфологической характеристики первичной опухоли.
5. Прогноз - сомнительный.

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. СеченоваМинистерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Институт клинической медицины им.Н.В.Склифосовского
Кафедра травматологии, ортопедии и хирургии катастроф

Методические материалы по дисциплине: Вертебрология и мануальная медицина

основная профессиональная образовательная программа
профессионального образования - программа специалитета

31.05.01 – лечебное дело

Тестовые задания для прохождения промежуточной аттестации

	При закрытом переломе диафиза бедра непосредственную опасность представляет:
	А. Развитие тромбоэмболии легочной артерии
	В. Значительная кровопотеря
	С. Выраженный болевой синдром
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При переломе диафиза бедра в верхней трети костные отломки смещаются:
	А. Проксимальный и дистальный – кнаружи и навстречу друг другу с захождением
	В. Проксимальный и дистальный – кнутри и навстречу друг другу с захождением
+	С. Проксимальный – кнаружи, дистальный – кнутри и вверх
	Д. Проксимальный – кнутри, дистальный – кнаружи и вверх
	Е. Дистальный – кзади, проксимальный – кнутри
	При переломе диафиза бедра в нижней трети костные отломки смещаются:
	А. Проксимальный и дистальный – кнаружи и навстречу друг другу с захождением
	В. Проксимальный и дистальный – кнутри и навстречу друг другу с захождением
	С. Проксимальный – кнаружи, дистальный – кнутри и вверх
	Д. Проксимальный – кнутри, дистальный – кнаружи и вверх
+	Е. Дистальный – кзади, проксимальный – кнутри
	При переломе диафиза бедренной кости со смещением происходит ее:
+	А. Абсолютное и относительное укорочение
	В. Абсолютное удлинение и относительное укорочение
	С. Абсолютное укорочение и относительное удлинение
	Д. Только абсолютное укорочение
	Е. Только относительное укорочение
	Приведение и внутренняя ротация бедра характерны для вывиха бедра:
	А. Подвздошного и лонного
+	В. Подвздошного и седалищного
	С. Лонного и седалищного
	Д. Лонного и запирательного
	Е. Седалищного и запирательного
	Отведение и наружная ротация бедра характерны для вывиха бедра:
	А. Подвздошного и лонного
	В. Подвздошного и седалищного
	С. Лонного и седалищного
+	Д. Лонного и запирательного
	Е. Седалищного и запирательного
	После вправления вывиха бедра применяют:
	А. Иммобилизацию гипсовой кокситной укороченной повязкой до 3-4 недель
+	В. Иммобилизацию скелетным вытяжением до 3-4 недель
	С. Иммобилизацию положением в постели (поза Волковича) до 3-4 недель
	Д. Иммобилизацию гипсовой шиной на 1 неделю, после чего разрешают ходить с частичной (1 неделя) и затем полной нагрузкой
	Е. Иммобилизацию не применяют, но исключают нагрузку до 3-4 недель (ходьба на костылях)
	Укажите оптимальную тактику при свежем вывихе бедра.
	А. Закрытое вправление под местной анестезией с последующей активизацией на костылях без нагрузки на больную ногу;
	В. Закрытое вправление под наркозом с последующей активизацией на костылях без нагрузки на больную ногу;
	С. Закрытое вправление под наркозом с последующим наложением гипсовой кокситной повязки;
+	Д. Закрытое вправление под наркозом с последующим наложением скелетного вытяжения;
	Е. Открытое вправление с ушиванием или пластикой капсулы сустава и наложением гипсовой кокситной повязки на 3,5 мес.

	При вправлении вывиха бедра оптимальной является анестезия:
	A. Введение концентрированного (2 %) раствора новокаина в полость сустава
	B. Футлярная анестезия
	C. Блокада седалищного и бедренного нервов
	Д. Внутритазовая блокада по Школьникову
+	E. Наркоз
	Укажите возможные осложнения после заднего вывиха бедра
	A. Рецидив вывиха
	B. Повреждение седалищного нерва
	C. Асептический некроз головки бедра
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Укажите исследования, которые, помимо рентгенографии тазобедренного сустава, показаны при подозрении на вывих бедра
	A. Компьютерная томография (КТ)
	B. Обзорная рентгенография костей таза
	C. Радиоизотопное исследование (сцинтиграфия)
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	При вывихе акромиального конца ключицы возможным методом лечения являтся:
	A. Оперативное лечение;
	B. Повязка - "портупея"
	C. 8-образная повязка
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	При полном вывихе акромиального конца ключицы определяется симптом:
	A. Передней лестничной мышцы
+	B. Клавиши
	C. Умбиликации
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	После вправления заднего вывиха предплечья ошибочными являются действия:
	A. Отказ от иммобилизации с разрешением ранних движений в суставе
	B. Гипсовая иммобилизация до 4 недель с последующей разработкой движений
	C. Физиотерапия (тепловые процедуры) с первого дня для уменьшения реактивного воспаления
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	При заднем вывихе предплечья нарушается:
	A. Линия Маркса
+	B. Треугольник Гютера
	C. Угол Белера
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Укажите возможные ранние осложнения при вывихе голени
	A. Повреждение подколенной артерии
	B. Повреждение малоберцового нерва
	C. Шок
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Укажите возможную лечебную тактику при подтаранном вывихе стопы
	A. Оперативное лечение по экстренным показаниям
	B. Одномоментное закрытое вправление с наложением гипсовой повязки
	C. Скелетное вытяжение
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	В каком суставе из перечисленных наиболее часто происходят вывихи?

	A. Коленный
	B. Тазобедренный
+	C. Плечевой
	Д. Локтевой
	E. Лучезапястный
	При вывихе плеча может возникнуть:
	A. Отрыв хрящевой губы от суставного отростка лопатки (повреждение Банкарта)
	B. Разрыв ротаторной манжеты
	C. Импрессия головки плечевой кости (повреждение Хилла-Сакса)
	Д. Отрыв большого бугорка плечевой кости
+	E. Все перечисленное
	Повреждение Хилла-Сакса – это:
	A. Разрыв сухожилий надлопаточной, малой круглой, подостной и надостной мышц
	B. Отрыв хрящевой губы от переднего края суставного отростка лопатки
+	C. Импрессия головки плечевой кости
	Д. Сочетание вывиха головки плеча с переломом анатомической шейки плечевой кости
	E. Сочетание вывиха плеча с отрывом большого бугорка плечевой кости
	Повреждение Банкарта – это:
	A. Разрыв сухожилий надлопаточной, малой круглой, подостной и надостной мышц
+	B. Отрыв хрящевой губы от переднего края суставного отростка лопатки
	C. Импрессия головки плечевой кости
	Д. Сочетание вывиха головки плеча с переломом анатомической шейки плечевой кости
	E. Сочетание вывиха плеча с отрывом большого бугорка плечевой кости
	Повреждение ротаторной манжеты плеча – это:
+	A. Разрыв сухожилий надлопаточной, малой круглой, подостной и надостной мышц
	B. Отрыв хрящевой губы с капсульно-связочным комплексом от переднего края суставного отростка лопатки
	C. Разрыв дельтовидной мышцы и сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча
	Д. Разрыв капсулы сустава с формированием ее значительного дефекта, провоцирующего рецидивы вывиха
	E. Отрыв большого бугорка плечевой кости с прикрепляющимися к нему сухожилиями
	Укажите оптимальный вариант лечебной иммобилизации после вправления первичного вывиха плеча у молодого трудоспособного пациента
	A. Отводящая шина ЦИТО
+	B. Гипсовая повязка Дезо
	C. Косыночная марлевая повязка
	Д. Повязка-«змейка»
	E. В данном случае внешняя иммобилизация не показана
	Укажите оптимальный вариант анестезии при вправлении первичного вывиха плеча у молодого трудоспособного пациента
	A. Эндотрахеальный наркоз
+	B. Внутривенный наркоз
	C. Эпидуральная анестезия
	Д. Местная анестезия
	E. Первичный вывих плеча вправляют щадящим методом без анестезии
	В чем заключается повышенная опасность вправления вывиха плеча по методу Кохера у пожилых пациентов?
	A. Во время проведения манипуляции возможен перелом шейки плеча на фоне старческого остеопороза
	B. Необходимость выполнении манипуляции под наркозом, что у пожилых представляет дополнительный риск
	C. Нарушение кровоснабжения головки плечевой кости с развитием асептического некроза
+	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	Причиной привычного вывиха плеча может явиться:
	A. Вправление вывиха без адекватного обезболивания
	B. Ранняя (через 1 неделю) функциональная нагрузка после вправления вывиха
	C. Отрыв хрящевой губы от переднего края суставного отростка лопатки (повреждение Банкарта)

	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При лечении привычного вывиха плеча можно применить:
	А. Оперативное лечение по Бойчеву
	В. Артроскопию плечевого сустава
	С. Длительную (до 1,5 месяцев) иммобилизацию с последующей разработкой движений
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Укажите осложнения, которые могут возникнуть вследствие вывиха плеча.
	Контрактура
	Привычный вывих
	Посттравматический плексит
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	После вправления вывиха плеча ватно-марлевый валик, уложенный в подмышечную впадину:
	А. Уменьшает болевой синдром, так как усиливает иммобилизацию
+	В. Препятствует развитию контрактуры плечевого сустава, так как уменьшает вероятность скопления гематомы в кармане Ридера
	С. Предотвращает рецидив вывиха, так как препятствует смещению головки плечевой кости в подмышечную ямку
	Д. Препятствует формированию опрелостей, так как впитывает влагу
	Е. Валик противопоказан, так как давит на подмышечное сплетение и может вызвать плексит
	Симптом баллотирования надколенника НЕ МОЖЕТ развиться вследствие:
	А. Острой механической травмы коленного сустава
	В. Застарелого повреждения мениска
	С. Остеоартроза коленного сустава
+	Д. Хронической венозной недостаточности нижней конечности
	Е. Гнойного артрита коленного сустава
	Симптом баллотирования надколенника является достоверным признаком:
	А. Повреждения передней крестообразной связки коленного сустава
	В. Внутрисуставного перелома мыщелка большеберцовой кости
	С. Гемартроза коленного сустава
+	Д. Гидрартроза коленного сустава
	Е. Хронического синовита коленного сустава
	Что может говорить о наличии гемартроза коленного сустава?
	А. Выбухание верхнего заворота;
	В. Баллотация надколенника
	С. Симптом переднего выдвижного ящика.
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для гемартроза коленного сустава характерно:
	А. Распирающая боль
	В. Ограничение сгибания в коленном суставе
	С. Симптом Байкова
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Повреждения каких структур НЕ МОГУТ вызвать развитие гемартроза коленного сустава?
	А. Менисков
	В. Крестообразных связок
+	С. Коллатеральной малоберцовой связки
	Д. Синовиальной капсулы сустава
	Е. Межмыщелкового возвышения большеберцовой кости
	Переломы диафиза большеберцовой кости хуже всего срастаются:

	A. В верхней трети, так как там затруднена репозиция костных отломков
	B. В верхней трети, так как прикрепляющиеся мышцы создают там значительные боковые и ротационные смещающие нагрузки
	C. В средней трети, так как прикрепляющиеся мышцы создают там значительные боковые и ротационные смещающие нагрузки
	Д. В средней трети, так как кость в этой области хуже всего кровоснабжается
+	E. В нижней трети, так как кость в этой области хуже всего кровоснабжается
	При переломе диафизов костей голени скелетное вытяжение накладывают:
	A. На 5-8 см дистальнее области перелома
+	B. За пяточную кость
	C. За бугристость большеберцовой кости
	Д. За надмыщелки бедра
	E. За надлодыжечную область
	Аппарат внешней фиксации является наиболее предпочтительным методом остеосинтеза перелома диафизов костей голени:
	A. При нестабильном винтообразном переломе большеберцовой кости
	B. При переломах обеих костей голени на одном уровне
+	C. При первично открытом переломе с инфицированием костной раны
	Д. При многооскольчатых переломах
	E. При внутрисуставных переломах
	Для уточнения диагноза при подозрении на импрессионный перелом мыщелка большеберцовой кости помимо стандартной рентгенографии можно выполнить:
	A. Ультразвуковое исследование (УЗИ)
+	B. Компьютерную томографию (КТ)
	C. Стрессовые рентгенограммы коленного сустава с боковой нагрузкой
	Д. Только варианты А и В
	E.Варианты А,В и С
	Укажите наиболее вероятное сопутствующее повреждение при винтообразном переломе большеберцовой кости на границе нижней и средней трети со смещением
	A. Перелом малоберцовой кости на том же уровне
+	B. Перелом малоберцовой кости в верхней трети
	C. Перелом внутренней лодыжки
	Д. Разрыв дистального межберцового синдесмоза
	E. Сопутствующие повреждения для такого перелома не характерны
	Что характерно для изолированного перелома малоберцовой кости?
	A. Нарушение опорности конечности
+	B. Болезненность при осевой нагрузке
	C. Абсолютное укорочение сегмента
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Об интерпозиции мягкими тканями при переломе костей голени свидетельствует:
	A. Симптом умбиликации;
	B. Отсутствие крепитации отломков при первичном осмотре
	C. Патологическая подвижность в зоне повреждения;
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	К достоверным признакам переломов ребер относят:
+	A. Костную крепитацию
	B. Развитие гемо- или пневмоторакса
	C. Симптом прерванного вдоха
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Множественными называют переломы ребер:
	A. Перелом одного ребра в двух местах
	B. Начиная с перелома двух ребер
+	C. Начиная с перелома трех ребер
	Д. Начиная с перелома четырех ребер

	E. Перелом ребер в сочетании с переломами других костей
	Парадоксальное дыхание возникает при переломах ребер:
	A. Множественных
+	B. Окончатых
	C. Двухсторонних
	Д. Осложненных повреждением плевры
	E. Развитие парадоксального дыхания не связано с повреждением ребер
	При парадоксальном дыхании легкое на стороне поражения при вдохе:
	A. Беспорядочно спадается и расправляется во время дыхательных движений
	B. Начав расправляться, останавливается при продолжающемся вдохе
	C. Не меняет объем
	Д. Расправляется
+	E. Спадается
	Вагосимпатическая блокада по А.В.Вишневскому показана при переломах ребер:
	A. Осложненных повреждением легкого
	B. Множественных
	C. Окончатых
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Какой способ не применяют для снижения болевого синдрома, вызванного переломами ребер?
	A. Блокада межреберных нервов
	B. Паравертебральная блокада
	C. Перидуральная анестезия
+	Д. Вагосимпатическая блокада
	E. Стягивающая повязка на грудную клетку
	В лечении неосложненных переломов ребер следует применять:
	Постельный режим, положение полусидячее
+	Дыхательную гимнастику с первого дня
	Иммобилизацию повреждений (стягивающая повязка) на несколько дней
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	При нарушении каркасности грудной клетки на фоне переломов ребер применяют:
	A. Внешние фиксирующие шины
	B. Постоянное вытяжение
	C. Тугое бинтование груди
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	При закрытом переломе ребра может развиться:
	A. Подкожная эмфизема
	B. Напряженный пневмоторакс
	C. Закрытый пневмоторакс
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Для «флотирующих» переломов ребер характерно:
	A. Выраженная одышка
	B. Парадоксальное дыхание
	C. Дислокация органов средостения
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Наиболее часто перелому грудины сопутствует:
	A. Синдром травматической асфиксии
	B. Повреждение легкого
+	C. Ушиб сердца
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Какие инструментальные исследования показаны при подозрении на перелом грудины?
	A. Рентгенография

	B. ЭКГ
	C. Сцинтиграфия
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Шейная вагосимпатическая блокада показана при:
	А. Множественных переломах ребер
	В. Ожоге верхних дыхательных путей
	С. Проникающем ножевом ранении груди
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	У детей, в отличие от взрослых:
	А. Надкостница толще, кости прочнее и срастаются лучше
	В. Надкостница тоньше, но кости прочнее и срастаются лучше
+	С. Надкостница толще, кости менее прочные, но срастаются лучше
	Д. Надкостница толще, кости менее прочные и срастаются хуже
	Е. Надкостница тоньше, кости менее прочные и срастаются хуже
	У ребенка, согласно схеме Дигби, проксимальная эпифизарная зона имеет наибольшее значение для роста костей:
	А. Голени
	В. Плечевой
	С. Предплечья
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Эпифизеолизом называют:
	А. Расплавление кости в зоне эпифиза вследствие гнойного процесса
	В. Разрушение эпифизарной зоны на фоне остеопороза
	С. Кистозная дегенерация кости в зоне эпифиза на фоне остеоартроза
+	Д. Травматическое разрушение росткового эпифизарного хряща у детей
	Е. Околосуставной перелом у детей с переходом на ростковую зону
	Для детского возраста характерны переломы:
	А. Импрессионные
+	В. Поднадкостничные
	С. Многооскольчатые
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При эпифизеолизе со смещением оптимальной лечебной тактикой у ребенка является:
	А. Ранняя функциональная нагрузка без внешней иммобилизации
+	В. Закрытая ручная репозиция с фиксацией гипсовой повязкой
	С. Скелетное вытяжение
	Д. Открытая репозиция и погружная фиксация
	Е. Наложение спицевого или стержневого аппарата
	Резкая тяга ребенка за вытянутую руку (удерживание от падения) часто приводит:
	А. К эпифизеолизу дистального отдела лучевой кости
	В. К перелому локтевого отростка
+	С. К подвывиху головки лучевой кости
	Д. К наружному вывиху предплечья
	Е. К вывиху плеча
	При переломе диафизов длинных трубчатых костей чем младше возраст ребенка, тем больше показаний:
+	А. К консервативному лечению
	В. К экстренному оперативному лечению (погружной остеосинтез)
	С. К оперативному лечению (погружной остеосинтез) в отсроченном порядке
	Д. К фиксации перелома с помощью стержневых или спицевых аппаратов
	Е. На выбор лечебной тактики влияет не возраст, а только конфигурация перелома
	Какие повреждения у ребенка в наибольшей степени представляют опасность развития в последующем деформаций?
+	А. Эпифизеолиз проксимального отдела большеберцовой кости со смещением

	B. Перелом диафиза плеча с неустраненной угловой деформацией 10°
	C. Оскольчатый перелом диафиза бедра со смещением по ширине и укорочением
	Д. Все указанные повреждения
	E. Ни одно из указанных повреждений, так как по мере роста деформации нивелируются
	Какая походка характерна при косолапости?
	A. «Утиная»
	B. Подпрыгивающая
	C. Щадящая хромота
	Д. Нещадящая хромота
+	E. Работа «мельничного колеса»
	Какие симптомы могут говорить о переломе ладьевидной кости кисти?
	A. Болезненная осевая нагрузка по оси I и II пальцев
	B. Болезненность при нажатии в области «анатомической табакерки»
	C. Штыкообразная деформация в области лучезапястного сустава
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	При каком переломе со смещением наиболее вероятно развитие асептического некроза фрагментов поврежденной кости?
	Переломо-вывих основания I пястной кости (Беннета)
+	Ладьевидная кость кисти
	Дистальный метаэпифиз лучевой кости
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	В лечении перелома ладьевидной кости кисти со смещением НЕ ПРИМЕНЯЮТ:
	A. Закрытую репозицию с наложением гипсовой повязки до 10-12 недель
	B. Оперативное лечение (остеосинтез)
	C. Эндопротезирование
+	Д. Функциональное лечение (ранние движения без иммобилизации)
	E. Применяют все указанные методы лечения
	Какое положение кисти отмечается при поражении лучевого нерва?
+	A. «Висящая» кисть
	B. Писчий спазм
	C. «Обезьянья лапа»
	Д. «Когтистая лапа»
	E. «Медвежья лапа»
	Какое положение кисти отмечается при поражении локтевого нерва?
	A. «Висящая» кисть
	B. Писчий спазм
	C. «Обезьянья лапа»
+	Д. «Когтистая лапа»
	E. «Медвежья лапа»
	Какое положение кисти отмечается при поражении срединного нерва?
	A. «Висящая» кисть
	B. Писчий спазм
+	C. «Обезьянья лапа»
	Д. «Когтистая лапа»
	E. «Медвежья лапа»
	В случае поражения локтевого нерва при сжатии кисти в кулак не сгибаются:
	A. Только I палец
	B. I и II пальцы
	C. I, II и III пальцы
	Д. III, IV и V пальцы
+	E. IV и V пальцы
	В случае поражения срединного нерва при сжатии кисти в кулак не сгибаются:
	A. Только I палец
+	B. I и II пальцы
	C. I, II и III пальцы

	Д. III, IV и V пальцы
	Е. IV и V пальцы
	Какой нерв поражается при синдроме запястного канала?
+	А. Срединный
	В. Локтевой
	С. Лучевой
	Д. Плечевой
	Е. Плечевое сплетение
	Какой нерв поражается при синдроме ложа Гийона?
	А. Срединный
+	В. Локтевой
	С. Лучевой
	Д. Седалищный
	Е. Малоберцовый
	При повреждении сухожилия глубокого сгибателя пальца кисти отсутствует активное сгибание:
	А. Только основной фаланги
	В. Только средней фаланги
+	С. Только концевой фаланги
	Д. Только средней и концевой фаланг
	Е. Основной, средней и концевой фаланг
	При повреждении сухожилий глубокого и поверхностного сгибателей пальца кисти отсутствует активное сгибание:
	А. Только основной фаланги
	В. Только средней фаланги
	С. Только концевой фаланги
+	Д. Только средней и концевой фаланг
	Е. Основной, средней и концевой фаланг
	Укажите возможные осложнения при переломе ключицы со смещением
	А. Перфорация кожи
	В. Повреждение сосудов
	С. Повреждение плевры
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Укажите варианты лечебной иммобилизации при переломе ключицы
	А. 8-образная повязка
	В. Рамка Чижина
	С. Кольца Дельбе
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При повреждении мениска коленного сустава с явлениями «блока» следует выполнить:
	А. Экстренное закрытое устранение «блока» с последующей гипсовой иммобилизацией
	В. Экстренное закрытое устранение «блока» с последующей артроскопией в срочном порядке
	С. Экстренное закрытое устранение «блока» с последующей артротомией и менискэктомией
+	Д. Гипсовая иммобилизация без попыток устранения «блока» и артроскопия по экстренным или срочным показаниям
	Е. Экстренная артротомия, менискэктомия
	При подозрении на повреждение менисков коленного сустава диагноз можно уточнить с помощью:
	Ультразвукового исследования (УЗИ)
	Магнитно-резонансной томографии (МРТ)
	Компьютерной томографии (КТ)
+	Только варианты А и В
	Варианты А,В и С

	К повреждению менисков коленного сустава НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ симптом:
	А. Щелчка.
	В. Турецкой посадки;
+	С. Боковой девиации голени
	Д. Лестницы
	Е. Штеймана-Бухарда
	К повреждению менисков коленного сустава НЕ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЯ симптом:
	А. Ладони;
+	В. Высокого стояния надколенника
	С. Перельмана («калоши»)
	Д. Блокады
	Е. Байкова
	Укажите оптимальную тактику при полном разрыве большеберцовой коллатеральной связки коленного сустава
	А. Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной варусной девиации
	В. Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной вальгусной девиации
+	С. Перкутанный шов связки в первые трое суток с момента травмы
	Д. Перкутанный шов связки после стихания острых явлений (не раньше, чем через 1 неделю)
	Е. Пластика связки с обнажением зоны повреждения
	Укажите оптимальную тактику при частичном повреждении большеберцовой коллатеральной связки коленного сустава
+	А. Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной варусной девиации
	В. Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной вальгусной девиации
	С. Перкутанный шов связки в первые трое суток с момента травмы
	Д. Перкутанный шов связки после стихания острых явлений (не раньше, чем через 1 неделю)
	Е. Пластика связки с обнажением зоны повреждения
	Укажите оптимальную тактику при полном разрыве малоберцовой коллатеральной связки коленного сустава
	А. Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной варусной девиации
	В. Лечение в гипсовой повязке в положении максимальной вальгусной девиации
	С. Перкутанный шов связки в первые трое суток с момента травмы
	Д. Перкутанный шов связки после стихания острых явлений (не раньше, чем через 1 неделю)
+	Е. Пластика связки с обнажением зоны повреждения
	В случае консервативного лечения разрыва большеберцовой коллатеральной связки коленного сустава средний срок иммобилизации составит:
	А. 1 неделю
	В. 3 недели
	С. 1 месяц
+	Д. 6 недель
	Е. 2,5 месяца
	При повреждении передней крестообразной связки коленного сустава восстановления качества жизни можно добиться, применив следующую тактику:
	А. Артроскопическое протезирование связки с последующим укреплением мышц конечности
	В. Внешняя иммобилизация в остром периоде с последующим укреплением мышц конечности
	С. Санационная артроскопия с последующим укреплением мышц конечности
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	О повреждении наружной боковой связки коленного сустава свидетельствует:
	А. Симптом Байкова;
+	В. Избыточная внутренняя девиация голени.
	С. Симптом переднего выдвижного ящика;
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При повреждении передней крестообразной связки коленного сустава определяется положительный:

	A. Тест Лахмана
	B. Симптом переднего выдвижного ящика
	C. Симптом заднего выдвижного ящика
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Какой тест или симптом будет положительным при разрыве большеберцовой коллатеральной связки коленного сустава?
+	A. Абдукционный тест (вальгусная девиация голени)
	B. Аддукционный тест (варусная девиация голени)
	C. Тест Лахмана
	Д. Симптом переднего выдвижного ящика
	E. Симптом заднего выдвижного ящика
	Какой тест или симптом будет положительным при разрыве малоберцовой коллатеральной связки коленного сустава?
	A. Абдукционный тест (вальгусная девиация голени)
+	B. Аддукционный тест (варусная девиация голени)
	C. Тест Лахмана
	Д. Симптом переднего выдвижного ящика
	E. Симптом заднего выдвижного ящика
	Какое исследование поможет уточнить диагноз повреждения коллатеральных связок коленного сустава?
	A. Сравнительные рентгенограммы коленных суставов с варусной и вальгусной нагрузкой
	B. Магнитно-резонансная томография (МРТ)
	C. Ультразвуковое исследование (УЗИ)
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	К разгибательному аппарату коленного сустава НЕ ОТНОСИТСЯ:
	A. Четырехглавая мышца бедра
	B. Надколенник
+	C. Передняя крестообразная связка
	Д. Сухожильное растяжение четырехглавой мышцы бедра
	E. Связка надколенника
	К разгибательному аппарату коленного сустава относят:
	A. Четырехглавую мышцу бедра
	B. Связку надколенника
	C. Надколенник
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	На стабильность коленного сустава НЕ ВЛИЯЕТ:
	A. Сухожилие четырехглавой мышцы бедра
	B. Мениски
	C. Связка надколенника
	Д. Синовиальная капсула
+	E. Все перечисленные компоненты влияют на стабильность коленного сустава
	Какой из перечисленных компонентов коленного сустава повреждается чаще всего?
	A. Наружный мениск
+	B. Внутренний мениск
	C. Передняя крестообразная связка
	Д. Малоберцовая коллатеральная связка
	E. Большеберцовая коллатеральная связка
	Киста Беккера – это:
	A. Разрежение костной ткани в области мыщелков бедренной и большеберцовой костей на фоне остеоартроза
	B. Дегенеративные изменения менисков с формированием в их теле полостей, заполненных синовиальной жидкостью
+	C. Растяжение слизистой сухожильной сумки в подколенной области
	Д. Стабильное выбухание верхнего заворота коленного сустава на фоне хронического синовита

	E. Очаг костной деструкции на фоне системного остеопороза
	«Суставная мышь» может образоваться в коленном суставе вследствие:
	A. Болезни Кенига
	B. Повреждения мениска
	C. Хондроматоза
	Д. Только варианты A и B
+	E. Варианты A,B и C
	В лечении внутрисуставных переломов мыщелков бедренной или большеберцовой костей после стабильного остеосинтеза важнейшей задачей послеоперационного периода является:
	A. Создание максимального покоя коленного сустава на длительный срок (гипсовая повязка до 1,5-2 месяцев)
	B. При жесткой фиксации коленного обеспечение ранних активных движений в смежных суставах (тазобедренном и голеностопном) для профилактики мышечной гипотрофии
+	C. Обеспечение ранних движений в коленном суставе (съемная повязка или шарнирный ортез)
	Д. Обеспечение опорной нагрузки на оперированную конечность в первую неделю
	E. При анатомически точном восстановлении суставных поверхностей и стабильной фиксации костных отломков специальных реабилитационных мероприятий не требуется
	При внутрисуставных переломах области коленного сустава со смещением артроскопия позволяет:
	A. Выявить и при необходимости устранить сопутствующие внутрисуставные повреждения
	B. Уменьшить травматичность выполняемой репозиции и остеосинтеза
	C. Визуально контролировать точность репозиции без выполнения артротомии
	Д. Только варианты A и B
+	E. Варианты A,B и C
	В случае внутрисуставного перелома области коленного сустава со смещением при отсутствии оптимальных фиксаторов для остеосинтеза следует:
	A. Выполнить репозицию и остеосинтез в экстренном порядке с использованием имеющихся фиксаторов, так как восстановление суставных поверхностей – неотложная задача
+	B. Отложить операцию, выполнив временную фиксацию с помощью скелетного вытяжения
	C. Отложить операцию, выполнив временную фиксацию с помощью гипсовой повязки
	Д. Отложить операцию, выполнив временную фиксацию с помощью транспортной шины
	E. Избрать консервативную тактику с наложением скелетного вытяжения, а через 1-1,5 мес – ношения гипсовой повязки или ортеза
	Невозможность активного сгибания в коленном суставе возникает при поражении:
	A. Бедренного нерва
	B. Срединного нерва
	C. Малоберцового нерва
	Д. Большеберцового нерва
+	E. Седалищного нерва
	Невозможность активного разгибания в коленном суставе возникает при поражении:
+	A. Бедренного нерва
	B. Срединного нерва
	C. Малоберцового нерва
	Д. Большеберцового нерва
	E. Седалищного нерва
	Для внутрисуставных переломов мыщелков большеберцовой кости со смещением характерна девиация голени:
	A. Варусная при переломе наружного мыщелка и вальгусная – при переломе внутреннего
+	B. Варусная при переломе внутреннего мыщелка и вальгусная – при переломе наружного
	C. Варусная при переломе как наружного, так и внутреннего мыщелка за счет тяги мышц
	Д. Вальгусная при переломе как наружного, так и внутреннего мыщелка за счет тяги мышц
	E. Девиация голени не характерна для переломов мыщелков большеберцовой кости
	При подвороте стопы кнаружи (пронационный перелом) может повреждаться:
	A. Дистальный межберцовый синдесмоз и наружная лодыжка

	B. Внутренняя лодыжка
	C. Дельтовидная связка
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Укажите повреждения, характерные для чрезмерной аддукции и супинации стопы.
	А. Разрыв дистального межберцового синдесмоза и перелом наружной лодыжки
	В. Косовертикальный перелом внутренней лодыжки;
	С. Разрыв дельтовидной связки.
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Завершенным пронационным переломом Дюпюитрена называют:
	А. Перелом обеих лодыжек с разрывом дистального межберцового синдесмоза и полным вывихом стопы кнаружи
	В. Перелом наружной лодыжки с разрывом дельтовидной связки и дистального межберцового синдесмоза и подвывихом стопы кнаружи
	С. Перелом обеих лодыжек с разрывом дистального межберцового синдесмоза и подвывихом стопы кнаружи
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Незавершенным пронационным переломом Дюпюитрена называют:
	А. Перелом внутренней лодыжки с разрывом дистального межберцового синдесмоза и подвывихом стопы кнаружи
	В. Перелом обеих лодыжек с подвывихом стопы кнаружи
	С. Перелом обеих лодыжек с разрывом дистального межберцового синдесмоза и подвывихом стопы кнаружи
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При завершенном супинационном переломе области голеностопного сустава может отмечаться подвывих стопы:
	А. Кнаружи
	В. Кнутри
	С. Кзади
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Основным повреждением при переломах типа Десто, позволяющим отнести их к данной группе, является:
	А. Перелом заднего края большеберцовой кости
	В. Перелом переднего края большеберцовой кости
	С. Разрыв дистального межберцового синдесмоза
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Основным повреждением при переломах типа Десто, позволяющим отнести их к данной группе, является:
	А. Отрывной перелом внутренней лодыжки;
	В. Косовертикальный перелом внутренней лодыжки;
	С. Полный разрыв дистального межберцового синдесмоза;
+	Д. Перелом заднего или переднего края большеберцовой кости
	Е. Перелом наружной лодыжки или малоберцовой кости в нижней трети (надсиндесмозное повреждение)
	При консервативном лечении переломов лодыжек гипсовую повязку со стопой накладывают до:
	А. Средней трети голени
+	В. Верхней трети голени (головки малоберцовой кости)
	С. Нижней трети бедра (надмыщелковой области)
	Д. Средней трети бедра
	Е. Верхней трети бедра (ягодичной складки)
	При консервативном лечении перелома обеих лодыжек с подвывихом стопы кнаружи после закрытой ручной репозиции в первые сутки после травмы накладывают:

	A. Заднюю гипсовую лонгету
	B. U-образную гипсовую лонгету
+	C. U-образную и заднюю гипсовую лонгету
	Д. Циркулярную гипсовую повязку «сапожок»
	E. Мостовидную гипсовую повязку
	При переломе Потта-Десто с вывихом стопы кзади «тройное» вытяжение по А.В. Каплану включает в себя:
	A. За пяточную кость – по оси голени, за надлодыжечную область – вверх, стопу – в положение разгибания
+	B. За пяточную кость – по оси голени, за надлодыжечную область – вниз, стопу – в положение разгибания
	C. За пяточную кость – по оси голени, за надлодыжечную область – вниз, стопу – в положение сгибания
	Д. За пяточную кость – вниз, за надлодыжечную область – вверх, стопу – в положение разгибания
	E. За пяточную кость – вниз, за надлодыжечную область – вверх, стопу – в положение сгибания
	Какая лечебная тактика должна быть применена в случае перелома лодыжек с подвывихом стопы на фоне развившегося выраженного отека?
	A. Одномоментная ручная репозиция с наложением двухлонгетной гипсовой повязки и возвышенное положение конечности
	B. Одномоментная ручная репозиция с наложением циркулярной разрезной гипсовой повязки и возвышенное положение конечности
	C..Укладывание конечности в возвышенное положение на шину Белера до купирования отека, после чего – репозиция с наложением гипсовой повязки или операция
+	Д. Скелетное вытяжение за пяточную кость до купирования отека, после чего – репозиция с наложением гипсовой повязки или операция
	E. Экстренная операция в первые сутки с момента обращения
	При переломах типа Дюпюитрена гипсовую повязку накладывают от кончиков пальцев до:
	A. Средней трети плеча;
	B. Верхней трети предплечья;
	C. Средней трети бедра;
+	Д. Верхней трети голени;
	E. Средней трети голени.
	При переломе Потта-Десто с вывихом стопы кзади отмечается:
+	A. Укорочение переднего отдела стопы и ее сгибание
	B. Укорочение переднего отдела стопы и ее разгибание
	C. Удлинение переднего отдела стопы и ее сгибание
	Д. Удлинение переднего отдела стопы и ее разгибание
	E. Длина переднего отдела стопы не изменяется
	При переломе Потта-Десто с вывихом стопы кпереди отмечается:
	A. Укорочение переднего отдела стопы и ее сгибание
	B. Укорочение переднего отдела стопы и ее разгибание
	C. Удлинение переднего отдела стопы и ее сгибание
+	Д. Удлинение переднего отдела стопы и ее разгибание
	E. Длина переднего отдела стопы не изменяется
	В первые сутки после разрыва связки надколенника оптимальным методом лечения является:
	A. Консервативное - наложение гипсовой повязки со стопой в положении разгибания в коленном суставе
	B. Консервативное - наложение гипсовой повязки со стопой в положении сгибания в коленном суставе до 150°.
	C. Резекция концов связки со сшиванием «конец в конец» и наложением гипсовой повязки
+	Д. Перкутанный шов с наложением гипсовой повязки
	E. Ауто- или гетеропластика поврежденной связки
	Внешняя иммобилизация при разрыве связки надколенника предусматривает:
	A. Сгибание в коленном суставе до 150°. и положение стопы 90°.

	B. Полное разгибание в коленном суставе и эквинусное положение стопы
+	C. Полное разгибание в коленном суставе и положение стопы 90°.
	Д. Полное разгибание в коленном суставе и отсутствие фиксации голеностопного сустава
	E. Сгибание в коленном суставе до 150°. и отсутствие фиксации голеностопного сустава
	Латеропозиция надколенника – это:
	A. Травматический вывих надколенника в латеральную сторону
	B. Симптом, говорящий о повреждении латеральной боковой связки коленного сустава
+	C. Аномалия, связанная с дисплазией коленного сустава
	Д. Способ укладки при рентгенографии коленного сустава на фоне стрессовой боковой нагрузки
	E. Положение надколенника при полном разрыве связки надколенника
	При переломе надколенника со смещением более 5 мм оптимальной тактикой является:
	A. Закрытая репозиция с наложением гипсовой фиксирующей повязки на 1-1,5 месяца
+	B. Операция остеосинтеза в первые сутки
	C. Операция остеосинтеза после стихания острых посттравматических явлений (7-10 сутки)
	Д. Резекция проксимального фрагмента с пластикой разгибательного аппарата коленного сустава
	E. Функциональное лечение – ранние движения и нагрузка по стихании болевого синдрома
	Укажите оптимальный вариант операции при поперечном переломе надколенника со смещением
	A. Остеосинтез спонгиозными винтами
	B. Остеосинтез лавсановым кисетным швом
+	C. Остеосинтез стягивающей проволочной петлей
	Д. Остеосинтез с помощью наложения аппарата внешней фиксации
	E. Резекция проксимального фрагмента с пластикой разгибательного аппарата коленного сустава
	До какого максимального значения может доходить величина диастаза между костными отломками надколенника при целости боковых поддерживающих связок?
	A. 2 мм
+	B. 4 мм
	C. 6 мм
	Д. 8 мм
	E. 10 мм
	Какая походка характерна при укорочении конечности более, чем на 3 см?
	A. «Утиная»
	B. Подпрыгивающая
	C. Щадящая хромота
+	Д. Нещадящая хромота
	E. Спастическая
	Какая походка характерна при удлинении ноги («конская стопа»)?
	A. «Утиная»
+	B. Подпрыгивающая
	C. Щадящая хромота
	Д. Нещадящая хромота
	E. Работа «мельничного колеса»
	Положение больного или исследуемого сегмента при осмотре может быть:
	A. Активным
	B. Пассивным
	C. Вынужденным
	Д.Только варианты A и B
+	E. Варианты A,B и C
	Через какие точки проходит ось нижней конечности?
+	A. Передневерхняя ость крыла подвздошной кости – внутренний край надколенника – первый палец стопы
	B. Передневерхняя ость крыла подвздошной кости – внутренний край надколенника – третий палец стопы
	C. Передневерхняя ость крыла подвздошной кости – наружный край надколенника – первый палец стопы

	Д. Верхушка большого вертела бедренной кости – наружный край надколенника – третий палец стопы
	Е. Верхушка большого вертела бедренной кости – внутренний край надколенника – первый палец стопы
	Рекурвация – это:
	А. Искривление оси конечности кнаружи
	В. Искривление оси конечности кнутри
	С. Искривление оси конечности кпереди
+	Д. Искривление оси конечности кзади
	Е. Это состояние не связано с изменением оси конечности
	Антекурвация – это:
	А. Искривление оси конечности кнаружи
	В. Искривление оси конечности кнутри
+	С. Искривление оси конечности кпереди
	Д. Искривление оси конечности кзади
	Е. Это состояние не связано с изменением оси конечности
	Вальгусная деформация – это:
+	А. Искривление оси конечности кнаружи
	В. Искривление оси конечности кнутри
	С. Искривление оси конечности кпереди
	Д. Искривление оси конечности кзади
	Е. Это состояние не связано с изменением оси конечности
	Варусная деформация – это:
	А. Искривление оси конечности кнаружи
+	В. Искривление оси конечности кнутри
	С. Искривление оси конечности кпереди
	Д. Искривление оси конечности кзади
	Е. Это состояние не связано с изменением оси конечности
	Достоверным признаком перелома костей конечности является:
	А. Локальная болезненность при пальпации
+	В. Изменение абсолютной длины сегмента
	С. Выраженный отек в зоне повреждения
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	К достоверным признакам перелома костей конечности относят:
	А. Болезненность при нагрузке по оси конечности;
	В. Относительное укорочение конечности;
+	С. Патологическая подвижность в зоне травмы;
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для вывихов крупных суставов конечностей характерно:
	А. Пружинящее сопротивление при попытках движений в суставе
	В. Изменение относительной длины конечности
	С. Избыточная подвижность в области сустава
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для одышки характерно нарушение:
	А.Частоты дыхания
	В.Ритма дыхания
	С.Глубины дыхания
	Д.Только варианты А и В
+	Е.Варианты А,В и С
	Частота дыхания может меняться при:
	А. Асфиксии
	В. Черепно-мозговой травме
	С. Острой кровопотере
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С

	Укажите правильный порядок осмотра пострадавшего.
	А. Живот, таз – грудь – спина, позвоночник – голова, шея – конечности
	В. Живот, таз – голова, шея – конечности – спина, позвоночник – грудь
+	С. Голова, шея – грудь – живот, таз – конечности – спина, позвоночник
	Д. Голова, шея – конечности – спина, позвоночник – грудь – живот, таз
	Е. Конечности – грудь – живот, таз – спина, позвоночник – голова, шея
	При падении с высоты на ноги, приведшему к переломам пяточных костей, наиболее вероятным сопутствующим повреждением является:
	А. «Вколоченный» перелом шейки бедренной кости
+	В. Перелом позвонков в поясничном отделе
	С. «Хлыстовой» перелом шейных позвонков
	Д. Перелом дна вертлужной впадины
	Е. Повреждение менисков коленных суставов
	Какие выделяют механизмы травмы при переломах?
+	А. Прямой и непрямой
	В. Колюще-режущий, тупой и огнестрельный
	С. Высокоэнергетический и низкоэнергетический
	Д.Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Вторично открытый перелом может возникнуть при:
	А. Непрямом механизме травмы
	В. Некрозе мягких тканей с постепенным обнажением кости
	С. Недостаточной иммобилизации при транспортировке
	Д.Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	К высокоэнергетической травме относят:
	А. Огнестрельные поражения
	В. Автодорожные травмы
	С. Термические ожоги высокотемпературными горючими смесями
+	Д.Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Роль биологической шины при сращении переломов выполняет костная мозоль:
	А. Эндостальная;
	В. Периостальная.
	С. Параоссальная;
+	Д.Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Перелом считают открытым, когда:
	А.Имеется рана на уровне повреждения
	В.Имеется скальпированная обширная рана на 6 см дистальнее области перелома
	С. Имеются ожоги IIIБ ст. поврежденного сегмента
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	В универсальной классификации переломов (УКП) буквами А,В и С обозначается:
	А. Кость
	В. Сегмент кости
+	С. Тип перелома
	Д. Степень смещения костных отломков
	Е. Наличие и характер сопутствующих осложнений
	К оскольчатым диафизарным переломам по универсальной классификации переломов (УКП) относят:
	А. Только переломы типа А
	В. Только переломы типа В
	С. Только переломы типа С
	Д. Переломы типов А и В
+	Е. Переломы типов В и С
	К суставным переломам костей конечностей по универсальной классификации переломов (УКП) относят:

	A. Переломы типов А и В
+	B. Переломы типов В и С
	C. Только переломы типа В
	Д. Только переломы типа С
	Е. Внутрисуставной характер перелома в УКП не обозначают буквами
	В универсальной классификации переломов (УКП) первыми двумя цифрами обозначают:
	А. Кость
	В. Сегмент кости
	С. Характер смещения костных отломков
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Пластина с ограниченным контактом позволяет при остеосинтезе:
	А. Повысить точность репозиции
	В. Повысить прочность фиксации
+	С. Сохранить кровоснабжение костных фрагментов
	Д. Снизить стоимость имплантов
	Е. Упростить технику остеосинтеза
	Использование блокированных винтов при накостном остеосинтезе позволяет:
	А. Уменьшить травматичность операции
+	В. Повысить прочность фиксации
	С. Сохранить кровоснабжение костных фрагментов
	Д. Снизить стоимость имплантов
	Е. Упростить технику остеосинтеза
	Методом выбора при фиксации открытого перелома диафизов длинных трубчатых костей конечностей с обширным разрушением мягких тканей в первые сутки после травмы является:
	А. Скелетное вытяжение
	В. Гипсовая повязка
	С. Накостный остеосинтез
	Д. Интрамедуллярный остеосинтез
+	Е. Наложение аппарата внешней фиксации
	При закрытом оскольчатом переломе плеча в средней трети оптимальным методом лечения является:
+	А. Оперативное лечение (остеосинтез);
	В. Скелетное вытяжение за локтевой отросток;
	С. Фиксация гипсовой повязкой типа Дезо;
	Д. Фиксация торако-брахиальной повязкой;
	Е. Функциональное лечение.
	Укажите локализацию повреждения, при котором имеется наибольшая опасность повреждения лучевого нерва:
	А. Оскольчатый перелом на границе верхней и средней трети плеча со смещением;
	В. Абдукционный перелом шейки плеча со смещением;
	С. Аддукционный перелом шейки плеча со смещением;
+	Д. Перелом диафиза плечевой кости на границе средней и нижней трети со смещением.
	Е. Перелом головчатого возвышения плечевой кости.
	При переломах плеча в средней трети укороченная (до верхней трети плеча) гипсовая повязка выполняет роль:
	А. Репонирующую;
	В. Фиксирующую;
+	С. И репонирующую, и фиксирующую;
	Д. Временной (транспортной) иммобилизации;
	Е. Вообще не применяется при таких переломах.
	При разрыве сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча при активном сгибании предплечья определяется:
	А. Западение в нижней трети плеча
	В. Пружинящее сопротивление
+	С. Выбухание в нижней трети плеча

	Д. Выбухание в верхней трети плеча
	Е. Активное сгибание невозможно
	При внутрисуставном переломе дистального отдела плечевой кости со смещением нарушается:
	А. Линия Розера-Нелатона
	В. Линия Шумахера
+	С. Линия Маркса
	Д. Угол Белера
	Е. Линия Шентона
	В каком положении тела возникает наибольшая нагрузка на передние отделы позвонков?
	А. Лежа на боку.
	В. Лежа на спине;
	С. Лежа на животе;
+	Д. Сидя;
	Е. Стоя;
	Укажите возможную непосредственную причину развития псевдоабдоминального синдрома
	А. Появление крови или кишечного содержимого в брюшной полости
+	В. Скопление гематомы в забрюшинном пространстве
	С. Переполнение мочевого пузыря
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	«Хлыстовой» механизм при травме позвоночника – это:
	А. Резкое сгибание с последующим разгибанием в поясничном отделе
	В. Резкое разгибание с последующим сгибанием в поясничном отделе
+	С. Резкое сгибание с последующим разгибанием в шейном отделе
	Д. Резкое разгибание с последующим сгибанием в шейном отделе
	Е. «Хлыстовой» механизм не характерен для травм позвоночника
	Нестабильным считают перелом позвонков, при котором разрушаются опорные структуры:
	А. Задние
	В. Средние
	С. Передние
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Ранний период травматической болезни спинного мозга развивается в сроки после травмы:
	А. 2-3 часа
	В. 2-3 суток
+	С. 2-3 недели
	Д. 2-3 месяца
	Е. 2-3 года
	Промежуточный период травматической болезни спинного мозга развивается в сроки после травмы:
	А. 3-4 часа
	В. 3-4 суток
	С. 3-4 недели
+	Д. 3-4 месяца
	Е. 3-4 года
	Какие периоды выделяют в течении травматической болезни спинного мозга?
	А. 2 периода – ранний и поздний
	В. 3 периода – острый, ранний и поздний
	С. 3 периода – острый, промежуточный и поздний
	Д. 3 периода – острый, ранний и поздний
+	Е. 4 периода – острый, ранний, промежуточный и поздний
	В каком периоде травматической болезни спинного мозга впервые можно окончательно уточнить характер его повреждений?

	A. Раннем
+	B. Промежуточном
	C. Остром
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Укажите осложнения, характерные для травмы позвоночника с повреждением спинного мозга
	A. Пролежни
	B. Гетеротопическая оссификация
	C. Уроинфекция
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При переломе позвонка в поясничном отделе НЕ ВОЗНИКАЕТ:
	A. Болезненность при осевой нагрузке;
	B. Болезненность при пальпации остистых отростков;
	C. Неравномерность остистых промежутков;
+	Д. Положительный синдром передней лестничной мышцы
	E. Напряжение мышц передней брюшной стенки.
	Какой признак перелома позвонков является достоверным?
	A. Симптом вожжей
	B. Болезненная пальпация остистых отростков позвонков
	C. Симптом осевой нагрузки
	Д. Все перечисленные
+	E. Ни один из перечисленных
	Укажите рентгенологические признаки нестабильности перелома позвонка.
	A. Перелом поперечных отростков позвонков;
+	B. Компрессия 1/2 высоты тела позвонка;
	C. Перелом остистых отростков позвонков.
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При подозрении на осложненный перелом позвонков в качестве дополнительного исследования помимо обзорных рентгенограмм в 2-х проекциях следует выполнить:
	A. Контрастную рентгенографию
+	B. Магнитно-резонансную томографию
	C. Компьютерную томографию
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для спинального шока характерно:
	A. Приапизм
	B. Брадикардия, гипотермия
	C. Спастическая плегия конечностей
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	На возможное повреждение спинного мозга при травме позвоночника указывает:
+	A.Снижение или отсутствие движений и чувствительности в конечностях
	B. Выраженная деформация в области травмы
	C. Резкая боль в области травмы
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какая анестезия эффективна при переломе позвонков в нижнегрудном и верхнепоясничном отделах?
	A. Паранефральная двухсторонняя блокада;
+	B. Блокада межостистых промежутков;
	C. Вагосимпатическая блокада
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Как можно транспортировать пострадавшего с подозрением на повреждение позвоночника?

	A. На мягких носилках в положении на животе
	B. На щите в положении на спине
	C. На мягких носилках в положении на спине
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Какое консервативное лечение можно применить при стабильном неосложненном компрессионном переломе L_1 позвонка?
	A. Одномоментная реклинация с наложением гипсового корсета;
	B. Этапная реклинация с наложением гипсового корсета;
	C. Функциональное лечение
+	Д. Все перечисленные
	E. Ни один из перечисленных методов – при таком повреждении показана операция
	Функциональный метод лечения стабильных компрессионных переломов позвонков в поясничном и нижнегрудном отделах по В.В.Гориневской и Е.Ф.Древинг позволяет:
	A. Избежать длительного (около 1,5-2 мес) пребывания на постельном режиме
	B. Полностью расправить компрессию поврежденного позвонка
+	C. Избежать необходимости ношения гипсового корсета
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Этапная репозиция (реклинация) при стабильных неосложненных переломах тел поясничных позвонков позволяет:
	A. Избежать длительного (около 1,5-2 мес) пребывания на постельном режиме
	B. Полностью расправить компрессию поврежденного позвонка
	C. Избежать необходимости ношения корсета
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	При переломе локтевого отростка со смещением оптимальной тактикой является:
	A. Закрытая репозиция с наложением гипсовой фиксирующей повязки на 1 месяц
+	B. Операция остеосинтеза в первые сутки
	C. Операция остеосинтеза после стихания острых посттравматических явлений (7-10 сутки)
	Д. Удаление костного отломка с пластикой сухожильного растяжения трехглавой мышцы плеча
	E. Функциональное лечение – ранние движения по стихании болевого синдрома
	После остеосинтеза локтевого отростка стягивающей проволочной петлей по Веберу проводят:
	A. Иммобилизацию гипсовой повязкой до 3-4 недель в положении сгибания 90° с последующей разработкой движений
	B. Иммобилизацию гипсовой повязкой до 3-4 недель в положении полного разгибания с последующей разработкой движений
+	C. Иммобилизацию съемной гипсовой или мягкой повязкой в положении сгибания 90° с началом движений в локтевом суставе в течение первой недели после операции
	Д. Иммобилизацию съемной гипсовой или мягкой повязкой в положении сгибания 90°, физиопроцедуры и начало движений в локтевом суставе в течение первой недели после операции
	E. Иммобилизацию съемной гипсовой повязкой в положении полного разгибания, физиопроцедуры и начало движений в локтевом суставе в течение первой недели после операции
	Какие повреждения характерны для перелома предплечья типа Мантеджи?
	A. Перелом локтевой кости в верхней трети и дистального метаэпифиза лучевой кости
	B. Перелом лучевой кости в верхней трети и перелом шейки или головки локтевой кости
+	C. Перелом диафиза локтевой кости с вывихом головки лучевой кости
	Д. Перелом диафиза лучевой кости с вывихом головки локтевой кости
	E. Перелом локтевого отростка и перелом диафиза лучевой кости
	Какие повреждения характерны для перелома предплечья типа Галеацци?
	A. Перелом локтевой кости в верхней трети и дистального метаэпифиза лучевой кости
	B. Перелом лучевой кости в верхней трети и перелом шейки или головки локтевой кости
	C. Перелом диафиза локтевой кости с вывихом головки лучевой кости
+	Д. Перелом диафиза лучевой кости с вывихом головки локтевой кости
	E. Перелом локтевого отростка и перелом диафиза лучевой кости

	Что называют переломом лучевой кости в типичном месте?
	A. Перелом на границе средней и нижней трети в сочетании с вывихом головки локтевой кости
	B. Перелом шейки;
+	C. Перелом дистального метаэпифиза
	Д. Перелом на границе средней и верхней трети
	E. Перелом головки.
	Укажите наиболее типичные повреждения, которые могут возникнуть при падении на разогнутую кисть
	A. Перелом ладьевидной кости;
	B. Перелом Коллиса;
	C. Перелом Смита;
+	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	Радиоульнарный угол в норме равен:
	A. 10°
+	B. 30°
	C. 50°
	Д. 70°
	E. 90°
	Определите параметры гипсовой повязки, которая должна быть наложена при проведении закрытой ручной репозиции перелома дистального метаэпифиза лучевой кости
	A. От верхней трети предплечья до основных фаланг пальцев в положении лучевого (радиального) отведения кисти
+	B. От верхней трети предплечья до основных фаланг пальцев в положении локтевого (ульнарного) отведения кисти
	C. От средней трети плеча до основных фаланг пальцев в положении лучевого (радиального) отведения кисти
	Д. От средней трети плеча до основных фаланг пальцев в положении локтевого (ульнарного) отведения кисти
	E. От верхней трети предплечья до кончиков пальцев с ладонным сгибанием кисти до 30°
	При переломе локтевого отростка нарушается:
	A. Линия Маркса
+	B. Треугольник Гютера
	C. Линия Розера-Нелатона
	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	При переломе локтевого отростка со смещением невозможны активные движения предплечья:
	A. Сгибание
+	B. Разгибание
	C. Пронация
	Д. Супинация
	E. Возможны все активные движения предплечья
	При переломе головки лучевой кости типичными симптомами являются:
	A. Болезненность при разгибании в локтевом суставе;
	B. Болезненность при сгибании в локтевом суставе.
+	C. Болезненность при ротационных движениях предплечья
	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	При полном подкожном разрыве ахиллова сухожилия пациент на стороне повреждения не может:
+	A. Стоять, поднявшись на носок
	B. Согнуть голень из положения лежа на животе
	C. Наступить на ногу
	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	В первые сутки после полного разрыва ахиллова сухожилия оптимальным методом

	лечения является:
	A. Консервативное - наложение гипсовой повязки в положении сгибания в коленном и голеностопном суставах
	B. Консервативное - наложение гипсовой повязки в положении разгибания в коленном суставе и сгибания в голеностопном суставе
	C. Резекция концов связки со сшиванием «конец в конец»
+	Д. Перкутанный шов
	E. Ахиллопластика по Чернавскому
	Внешняя иммобилизация при разрыве ахиллова сухожилия предусматривает:
+	A. Сгибание в коленном и голеностопном суставах
	B. Сгибание в коленном суставе и разгибание в голеностопном суставе
	C. Разгибание в коленном и голеностопном суставах
	Д. Разгибание в коленном суставе и сгибание в голеностопном суставе
	E. Фиксация стопы в положении эквинуса и отсутствие фиксации коленного сустава
	Какие осложнения возможны при переломе шейки таранной кости?
	A. Остеоартроз смежных суставов
	B. Асептический некроз костных фрагментов
	C. Плоскостопие
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Какое повреждение чаще всего сопутствует переломам пяточных костей?
	A. Перелом лодыжек
	B. Перелом костей голени
	C. Перелом шейки бедренной кости
	Д. Перелом вертлужной впадины
+	E. Перелом поясничных позвонков
	При переломе пяточной кости со смещением система вытяжения по А.В.Каплану включает в себя:
	A. За пяточную кость – по оси голени, за надлодыжечную область – вверх
	B. За пяточную кость – по оси голени, за надлодыжечную область – вниз
	C. За пяточную кость – по оси голени и вверх, за надлодыжечную область – вниз
+	Д. За пяточную кость – по оси голени и вниз, за надлодыжечную область – вверх
	E. За пяточную кость – вниз, за надлодыжечную область – вверх
	Последствием перелома пяточной кости со смещением может являться:
	A. Остеоартроз смежных суставов
	B. Плоскостопие
	C. Асептический некроз костных фрагментов
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Невозможность активного разгибания стопы возникает при поражении:
	A. Бедренного нерва
	B. Срединного нерва
+	C. Малоберцового нерва
	Д. Большеберцового нерва
	E. Седалищного нерва
	При переломах костей таза типа Мальгеня опасность могут представлять:
	A. Сопутствующие повреждения внутренних органов
	B. Выраженный болевой синдром с развитием шока
	C. Острая кровопотеря
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Что обусловливает тяжесть состояния пострадавшего в догоспитальном периоде при закрытом переломе таза типа Мальгеня?
	A. Острая кровопотеря
	B. Болевой синдром
	C. Задержка мочи
+	Д. Только варианты А и В

	E. Варианты А,В и С
	Какие опасны осложнения могут возникнуть при травме таза?
	А.Развитие шока
	В.Массивное внутреннее кровотечение
	С.Повреждении внутренних органов
	Д.Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Какая походка характерна при последствиях перелома таза с разрывом симфиза?
+	А. «Утиная»
	В. Подпрыгивающая
	С. Щадящая хромота
	Д. Нещадящая хромота
	Е. Работа «мельничного колеса»
	Вертикальное смещение костей таза при переломе типа Мальгеня определяют с помощью сравнительного измерения:
	А. Относительной длины нижних конечностей
	В. Абсолютной длины нижних конечностей
	С. Расстояний от верхушек больших вертелов до мечевидного отростка грудины
+	Д. Расстояний от передневерхних остей крыльев подвздошной кости до мечевидного отростка грудины
	Е. Расстояний от передневерхних остей крыльев подвздошной кости до яремной вырезки грудины
	Для перелома лонной и седалищной костей с одной стороны характерным является положительный симптом:
	А. Прилипшей пятки
	В. Разводящей нагрузки
	С. Сближающей нагрузки
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При каком наименьшем из указанных значений расхождения симфиза при травмах таза повреждается крестцово-подвздошное сочленение?
	А. 1 см
	В. 2 см
+	С. 3 см
	Д. 4 см
	Е. 5 см
	Псевдоабдоминальный синдром может отмечаться при:
	А. Переломах костей таза
	В. Переломах поясничного отдела позвоночника
	С. Разрывах кишечника
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Катетерная проба позволяет выявить:
	А. Острую задержку мочи
	В. Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря
+	С. Разрыв уретры
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Укажите признаки, по которым можно заподозрить травму таза
	А.Пострадавший не может поднять выпрямленную ногу на стороне повреждения
	В.Боль в области повреждения усиливается при движениях нижних конечностей
	С.Гематома мошонки или половых губ
	Д.Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Перелом таза типа Мальгеня - это:
	А. Перелом лонной и седалищной костей с одной стороны;
	В. Перелом крыла подвздошной кости с переходом на вертлужную впадину
	С. 2-х сторонний перелом лонных и седалищных костей;

	Д. Перелом костей таза с нарушением непрерывности заднего полукольца;
+	Е. Перелом костей таза с нарушением непрерывности переднего и заднего полуколец.
	Поперечный перелом крестца – это повреждение
+	А. Без нарушения непрерывности полуколец таза
	В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца
	С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца
	Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец
	Е. С нарушением целости вертлужной впадины
	Перелом левой лонной и правой седалищной костей – это повреждение
+	А. Без нарушения непрерывности полуколец таза
	В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца
	С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца
	Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец
	Е. С нарушением целости вертлужной впадины
	Перелом правых лонной и седалищной костей – это повреждение
	А. Без нарушения непрерывности полуколец таза
+	В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца
	С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца
	Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец
	Е. С нарушением целости вертлужной впадины
	Перелом лонных и седалищных костей справа и слева – это повреждение
	А. Без нарушения непрерывности полуколец таза
+	В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца
	С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца
	Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец
	Е. С нарушением целости вертлужной впадины
	Вертикальный перелом боковой массы крестца – это повреждение
	А. Без нарушения непрерывности полуколец таза
	В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца
+	С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца
	Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец
	Е. С нарушением целости вертлужной впадины
	Перелом правых лонной и седалищной костей с разрывом крестцово-подвздошного сочленения слева– это повреждение
	А. Без нарушения непрерывности полуколец таза
	В. С нарушением непрерывности только переднего полукольца
	С. С нарушением непрерывности только заднего полукольца
+	Д. С нарушением непрерывности обоих полуколец
	Е. С нарушением целости вертлужной впадины
	Центральным вывихом бедра называют:
	А. Вывих головки бедренной кости со смещением кпереди и вверх (лонный вывих)
	В. Вывих головки бедренной кости со смещением кзади и вверх (подвздошный вывих)
	С. Вывих головки бедренной кости со смещением кзади и вниз (седалищный вывих)
	Д. Перелом крыши вертлужной впадины со смещением головки бедра проксимально
+	Е. Перелом дна вертлужной впадины со смещением головки бедра в полость таза
	При переломах таза типа «открытая книга» (B1 по классификации AO/ASIF) с разрывом симфиза консервативное лечение проводят:
	А. На щите в положении Волковича
	В. В гипсовой кокситной повязке
+	С. В гамаке
	Д. На скелетном вытяжении
	Е. С помощью метода ранней активизации
	При переломах таза типа «закрытая книга» (B2 по классификации AO/ASIF) консервативное лечение проводят:
+	А. На щите в положении Волковича
	В. В гипсовой кокситной повязке
	С. В гамаке
	Д. На скелетном вытяжении

	E. С помощью метода ранней активизации
	При вертикально нестабильных переломах таза (В3 по классификации AO/ASIF) консервативное лечение проводят:
	A. На щите в положении Волковича
	B. В гипсовой кокситной повязке
	C. В гамаке
+	Д. На скелетном вытяжении
	E. С помощью метода ранней активизации
	При центральном вывихе бедра консервативное лечение проводят:
	A. На щите в положении Волковича
	B. В гипсовой кокситной повязке
	C. В гамаке
+	Д. На скелетном вытяжении
	E. С помощью метода ранней активизации
	Положением Волковича называют:
	A. Ноги выпрямлены в коленных суставах и разведены
	B. Ноги сведены и выпрямлены, под пятки положен валик
	C. Ноги согнуты в тазобедренном и коленном суставах, стопы и колени сведены
	Д. Ноги согнуты в тазобедренном и коленном суставах, стопы и колени разведены
+	E. Ноги согнуты в тазобедренном и коленном суставах, стопы сближены, колени разведены
	Укажите метод выбора при лечении переломов дна вертлужной впадины без смещения.
	A. Ранняя активизация без нагрузки на ногу со стороны повреждения;
	B. Лечение на щите в положении Волковича;
+	C. Скелетное вытяжение;
	Д. Гипсовая кокситная повязка.
	E. Оперативное лечение (остеосинтез)
	При субкапитальном переломе шейки бедра методом выбора является:
	A. Остеосинтез 3-х лопастным гвоздем;
	B. Ранняя активизация
+	C. Эндопротезирование;
	Д. Остеосинтез спицами;
	E. Лечение на вытяжении с последующим наложением укороченной гипсовой кокситной повязки
	В лечении пациентов пожилого и старческого возраста с латеральными переломами проксимального отдела бедра оптимальным методом лечения является:
	A. Консервативное лечение на скелетном вытяжении до образования рубцовой мозоли (1-1,5 мес), затем – активизация на костылях без дополнительной внешней иммобилизации
	B. Консервативное лечение на постельном режиме до 1,5 мес с валиком в подколенной области с последующей активизацией на костылях
	C. Консервативное лечение с наложением облегченной гипсовой кокситной повязки
	Д. Остеосинтез через 2-3 недели после травмы после полной коррекции выявленных соматических нарушений
+	E. Возможно более ранняя операция – динамический стабильный остеосинтез
	В лечении пациентов пожилого и старческого возраста с трансцервикальным переломом шейки бедра методом выбора является:
	A. Метод ранней мобилизации – с первых дней вставать и ходить с помощью ходунков на фоне адекватного обезболивания
	B. Постельный режим до 1,5 мес с деротационным гипсовым сапожком и валиком в подколенной области
	C. Лечение на скелетном вытяжении до 1,5 месяцев с последующей активизацией
+	Д. Возможно более ранняя операция – остеосинтез или первичное эндопротезирование
	E. Эндопротезирование в «холодном» периоде – через 1-2 месяца после травмы
	Укажите оптимальный вариант транспортной иммобилизации при переломе шейки бедра
	A. Пневматическая шина
	B. Лестничные шины
	C. Шина Дитерихса
	Д. Повязка Башмакова
+	E. Валик в подколенной области

	Трансцервикальный варусный перелом шейки бедренной кости:
+	А. Может срастись после остеосинтеза
	В. Может срастись после длительного пребывания на скелетном вытяжении
	С. Варианты А и В
	Д. Может срастись только при условии отказа от операции и ранней активизации, когда исключены операционные риски и опасность гиподинамических осложнений постельного режима
	Е. Никогда не срастается, заведомо развивается асептический некроз головки бедра с укорочением конечности
	Необходимость ранней активизации пациентов пожилого и старческого возраста с переломами шейки бедра вызвана:
	А. Опасностью развития пролежней
	В. Опасностью развития гипостатической пневмонии
	С. Необходимостью ускорить процесс сращения перелома
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При использовании метода ранней мобилизации в лечении пациента с переломом шейки бедренной кости наиболее вероятен результат:
	А. Сращение перелома и восстановление функции конечности
	В. Сращение перелома с восстановлением опорности, но деформацией и укорочением
	С. Формирование тугоподвижного ложного сустава с почти полным восстановлением опорности, но укорочением конечности и постоянным болевым синдромом при нагрузке
+	Д. Асептический некроз головки бедренной кости с формированием ложного сустава, укорочением конечности и снижением опорности
	Е. Полная утрата функции конечности, пациент способен только садиться в постели, но не вставать и не ходить
	При варусном переломе шейки бедренной кости отмечается:
	А. Абсолютное укорочение конечности
	В. Абсолютное удлинение конечности
	С. Функциональное укорочение конечности
+	Д. Относительное укорочение конечности
	Е. Относительное удлинение конечности
	При переломах шейки бедра со смещением изменяется:
+	А. Только относительная длина конечности;
	В. Только абсолютная длина конечности;
	С. И относительная, и абсолютная длина конечности;
	Д. Абсолютная и относительная длина конечности остаются без изменений.
	При диагностике перелома шейки бедренной кости определяют:
	А. Линию Маркса
+	В. Линию Шумахера
	С. Треугольник Гютера
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какие признаки могут говорить о переломе проксимального отдела бедра?
	А. Симптом прилипшей пятки
	В. Болезненность при поколачивании по большому вертелу
	С. Болезненность при поколачивании по пятке выпрямленной ноги
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При вколоченном переломе шейки бедра может отсутствовать:
	А. Наружная ротация нижней конечности
	В. Относительное укорочение бедра
	С. Симптом прилипшей пятки
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Для вколоченного перелома шейки бедренной кости характерно:
	А. Относительное укорочение конечности
	В. Изменение положения линии Шумахера
+	С. Сохранение опорности конечности

	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для варусного перелома шейки бедренной кости характерно:
	А. Относительное укорочение конечности
	В. Изменение положения линии Шумахера
	С. Сохранение опорности конечности
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Наибольшая вероятность повреждения плечевого сплетения существует при переломе шейки плечевой кости:
	А. Вколоченном без смещения
	В. Вколоченном со смещением
+	С. Абдукционном невколоченном
	Д. Аддукционном невколоченном
	Е. Плечевое сплетение при переломе шейки плеча не может повреждаться
	Укажите оптимальную тактику лечения переломов хирургической шейки плеча у пожилых.
	А. Оперативное лечение;
	В. Скелетное вытяжение за локтевой отросток;
	С. Фиксация гипсовой повязкой типа Дезо;
	Д. Фиксация торако-брахиальной повязкой;
+	Е. Функциональное лечение.
	Для вколоченного перелома шейки плечевой кости характерно:
	А. Болезненность при осевой нагрузке
	В. Отсутствие костной крепитации
	С. Невозможность движений в плечевом суставе
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для абдукционного перелома шейки плечевой кости характерно:
	А. Болезненность при осевой нагрузке
	В. Невозможность движений в плечевом суставе
	С. Укорочение конечности на 1-2 см
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Наибольшая угроза развития плевропульмонального шока существует при развитии:
	А. Гемоторакса
	В. Открытого пневмоторакса
	С. Закрытого пневмоторакса
+	Д. Клапанного пневмоторакса с внутренним клапаном
	Е. Клапанного пневмоторакса с наружным клапаном
	Кровохарканье при травме груди свидетельствует о:
	А. Гемотораксе
+	В. Повреждении легкого
	С. Повышении внутригрудного давления при напряженном пневмотораксе
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При закрытой травме груди подкожная эмфизема является достоверным признаком:
	А. Повреждения легкого
	В. Повреждения плевры
	С. Пневмоторакса
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Достоверным признаком повреждения легкого при закрытой травме груди является:
+	А. Подкожная эмфизема
	В. Притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки
	С. Парадоксальное дыхание при флотирующих переломах

	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Укажите симптомы, которые могут определяться при закрытых переломах ребер, осложненных пневмотораксом.
	А. Одышка
	В. Кровохарканье
	С. Подкожная эмфизема
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Укажите симптомы, которые могут определяться при закрытых переломах ребер, осложненных гемотораксом.
	А. Тимпанит на стороне, противоположной повреждению
+	В. Притупление перкуторного звука на стороне повреждения
	С. Притупление перкуторного звука на стороне, противоположной повреждению
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Признаками клапанного пневмоторакса является:
	А. «Свистящая», «плюющая» рана грудной стенки
+	В. Обширная подкожная эмфизема
	С. Кровохарканье
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	О продолжающемся кровотечении в плевральную полость свидетельствует:
	А. Притупление перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки
+	В. Положительная проба Рувилуа-Грегуара
	С. Появление кровохарканья
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Обширная, нарастающая подкожная эмфизема характерна для:
+	А. Клапанного пневмоторакса
	В. Открытого пневмоторакса
	С. Закрытого пневмоторакса
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Пострадавший отхаркивает пенистую мокроту при:
	А. Носовом кровотечении
+	В. Повреждении легкого
	С. Желудочном кровотечении
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При пневмотораксе пункцию плевральной полости наиболее оптимально выполнять:
	А. В VII межреберьи по переднеаксилярной линии
	В. В VII межреберьи по заднеаксилярной линии
	С. В V межреберьи по переднеаксилярной линии
	Д. В III межреберьи по среднеключичной линии
+	Е. Во II межреберьи по среднеключичной линии
	При гемотораксе пункцию плевральной полости наиболее оптимально выполнять:
	А. В VII межреберьи по переднеаксилярной линии
+	В. В VII межреберьи по заднеаксилярной линии
	С. В V межреберьи по переднеаксилярной линии
	Д. В III межреберьи по среднеключичной линии
	Е. Во II межреберьи по среднеключичной линии
	При «флотирующих» переломах ребер нормализации легочной вентиляции можно достигнуть с помощью:
	А. Искусственной вентиляции легких
	В. Внешнего шинирования или вытяжения
	С. Дренирования плевральной полости с активной аспирацией

+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Окклюзионная повязка эффективна при:
	Открытом пневмотораксе
	Клапанном пневмотораксе с наружным клапаном
	Клапанном пневмотораксе с внутренним клапаном
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какая анестезия может быть выполнена пострадавшему с множественными переломами ребер, осложненными гемопневмотораксом?
	А. Вагосимпатическая
	В. Паравертебральная
	С. Паранефральная
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Пострадавшему с проникающим ранением груди оказание первой помощи начинают:
	А. С проведения искусственного дыхания
	В. С остановки наружного кровотечения
	С. С придания транспортного положения (полусидячего)
+	Д. С наложения окклюзионной повязки
	Е. С обезболивания
	Стержневой аппарат при открытом переломе диафиза бедренной кости наиболее оптимально применить:
	А. Как средство окончательной фиксации после достижения одномоментной репозиции до сращения перелома
	В. Как средство окончательной фиксации с последующим выполнением этапной анатомичной репозиции костных отломков в аппарате
	С. Как средство временной иммобилизации до выведения из шока и стабилизации общего состояния пациента с последующим наложением скелетного вытяжения
+	Д. Как средство временной иммобилизации до заживления раны с последующим демонтажем аппарата и выполнением погружного остеосинтеза
	Е. Этот аппарат вообще не применяют при переломах бедра, так как он не может обеспечить достаточно надежную фиксацию
	При переломе бедра в нижней трети транспортную иммобилизацию выполняют с фиксацией следующих суставов:
	А. Только коленного
	В. Только тазобедренного
	С. Коленного и голеностопного
	Д. Коленного и тазобедренного
+	Е. Коленного, голеностопного и тазобедренного
	При выполнении транспортной иммобилизации при подозрении на перелом диафиза бедренной кости верхний край шины на стороне повреждения должен доходить до:
	А. Верхней трети бедра
	В. Тазобедренного сустава
	С. Крыла подвздошной кости
	Д. Края реберной дуги
+	Е. Подмышечной впадины
	При выполнении транспортной иммобилизации при подозрении на перелом диафиза бедренной кости нижний край шины на стороне повреждения должен доходить до:
+	А. Пальцев стопы
	В. Пяточной области
	С. Надлодыжечной области
	Д. Средней трети голени
	Е. Коленного сустава
	Укажите оптимальный вариант транспортной иммобилизации при подозрении на внутрисуставной перелом мыщелков бедренной кости.
	А. Шинирование от подмышечной впадины до пальцев стопы (шина Дитерихса или ее аналоги)

+	B. Шинирование от ягодичной складки до пальцев стопы
	C. Шинирование от ягодичной складки до надлодыжечной области
	Д. Аутоиммобилизация (ногу прибинтовывают к другой ноге)
	E. Валик в подколенную область с транспортировкой на щите
	Укажите наиболее рациональный и эффективный вариант транспортной иммобилизации с помощью лестничных шин при подозрении на перелом диафизов костей голени
	A. Шина по задней поверхности от верхней трети бедра до пальцев стопы
	B. U-образная шина (по медиальной и латеральной поверхностям) от верхней трети бедра
	C. U-образная шина (по медиальной и латеральной поверхностям) от коленного сустава
+	Д. Задняя и U-образная шины от верхней трети бедра до пальцев стопы
	E. Задняя и U-образная шины от коленного сустава до пальцев стопы
	Укажите оптимальный вариант транспортной иммобилизации с помощью лестничных шин при подозрении на перелом лодыжек
	A. Шина по задней поверхности от коленного сустава до пальцев стопы
	B. Шина по задней поверхности от средней трети бедра до пальцев стопы
	C. U-образная шина (по медиальной и латеральной поверхностям) от коленного сустава
	Д. Задняя и U-образная шины от средней трети бедра до пальцев стопы
+	E. Задняя и U-образная шины от коленного сустава до пальцев стопы
	В качестве средства временной иммобилизации перелома можно использовать:
	A. Транспортные шины
	B. Гипсовые повязки
	C. Скелетное вытяжение
	Д. Спицевые или стержневые аппараты внешней фиксации
+	E. Все перечисленное
	Укажите оптимальное средство транспортной иммобилизации при переломах костей таза
	A. Положение на щите с валиком в подколенной области
	B. Лестничные шины
	C. Шина Дитерихса
	Д. Вакуумная шина
+	E. Вакуумный матрас
	Транспортная иммобилизация показана при:
	A. Переломах
	B. Отморожении
	C. Непроникающих ранах мягких тканей без повреждения кости
	Д. Синдроме длительного сдавления
+	E. Во всех перечисленных случаях
	Транспортную иммобилизацию пострадавшему с огнестрельным ранением необходимо проводить при повреждении:
	A. Нервов
	B. Сосудов
	C. Мышц
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Аутоиммобилизация – это:
	A. Иммобилизация вытяжением с постепенным увеличением веса груза
	B. Иммобилизация вакуумными шинами с автоматическим контролем степени разрежения
	C. Иммобилизация на носилках, позволяющая легко транспортировать пострадавшего
+	Д. Фиксация пораженного сегмента к туловищу или к здоровой ноге
	E. Самостоятельно выполненная пострадавшим иммобилизация в периоде изоляции
	Укажите ошибочные или ненужные действия из перечисленных при выполнении транспортной иммобилизации:
	A. Шины накладывают прямо на загрязненную одежду, не освобождая поврежденную конечность
+	B. Лестничную шину после наложения тщательно моделируют
	C. Фиксируют не только нижележащий, но и вышележащий сустав
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С

	Пращевидная повязка, наложенная при повреждениях нижней челюсти, выполняет роль:
	А. Иммобилизирующую
	В. Гемостатическую
	С. Защитной повязки
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	В каких случаях при ДТП следует надеть пострадавшему перед транспортировкой в стационар шейный воротник?
	А.Только при травме шейного отдела позвоночника
	В.Только при травме шейного отдела позвоночника и черепно-мозговой травме (ЧМТ)
	С.Только при травме шейного отдела позвоночника, ЧМТ и переломе нижней челюсти
	Д. При любой травме головы или шеи
+	Е. Шейный воротник необходимо надеть всем пострадавшим в ДТП вне зависимости от наличия или отсутствия признаков повреждений
	Укажите варианты транспортной иммобилизации при переломе ключицы
	А. 8-образная повязка
	В. Косыночная повязка
	С. Отводящая шина ЦИТО
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При переломе ключицы со смещением косыночная повязка является:
	А. Средством лечебной иммобилизации;
+	В. Средством транспортной иммобилизации;
	С. Вообще не накладывается при таких переломах;
	Д. Накладывается только при отсутствии отводящей шины ЦИТО;
	Е. Альтернативой гипсовой повязке Дезо при лечении пожилых и ослабленных больных.
	Какой вариант транспортной иммобилизации НЕ ДОЛЖЕН применяться при подозрении на перелом шейки плечевой кости?
	А. Лестничная шина (Крамера) до здорового надплечья
	В. Косыночная повязка
	С. Бинтовая повязка типа Дезо
+	Д. 8-образная повязка
	Е. Повязка «змейка»
	При подозрении на перелом диафиза плечевой кости наилучшим вариантом транспортной иммобилизации в догоспитальном периоде является наложение:
	А. Лестничных шин до надплечья на стороне повреждения;
	В. Гипсовой лонгеты до надплечья на стороне повреждения;
+	С. Лестничных шин до здорового плеча;
	Д. Гипсовой лонгеты до здорового плеча
	Е. Шины Дитерихса
	При подозрении на перелом локтевого отростка может быть выполнена транспортная иммобилизация:
	А. Аутоиммобилизация (прибинтовывание руки к туловищу)
	В. Лестничная шина от верхней трети плеча до пальцев кисти
	С. Косыночная повязка
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Какой вариант транспортной иммобилизации НЕ СЛЕДУЕТ применять при подозрении на перелом диафизов обеих костей предплечья?
	А. Аутоиммобилизация (прибинтовывание согнутой руки к туловищу)
+	В. Повязка-змейка
	С. Бинтовая повязка типа Дезо
	Д. Лестничная шина от верхней трети плеча до пальцев кисти
	Е. Пневматическая шина
	Какой вариант транспортной иммобилизации НЕ СЛЕДУЕТ применять при подозрении на перелом лучевой кости в типичном месте?
	А. Аутоиммобилизация (прибинтовывание согнутой руки к туловищу)
	В. Импровизированная лонгета из картонных ящиков

	С. Лубочная шина
	Д. Лестничная шина от средней трети плеча до пальцев кисти
+	Е. Все указанные варианты иммобилизации можно применить
	Отметьте фактор, который является наименее значимым при проведении инфузионной терапии в случае острой кровопотери.
	А. Скорость инфузии
	В. Объем инфузии
	С. Время начала инфузии
+	Д. Характер вводимых сред
	Е. Наличие аллергических или иных реакций на проведение инфузии
	Из перечисленных костей наибольшей кровопотери можно ожидать при переломе:
+	А. Костей таза
	В. Костей кисти
	С. Поясничных позвонков
	Д. Ребер
	Е. Плечевой кости
	Из трубчатых костей наибольшей кровопотери можно ожидать при переломе:
	А. Ключицы
	В. Плечевой кости
	С. Костей предплечья
+	Д. Бедренной кости
	Е. Костей голени
	Для острой кровопотери характерно:
	А. Слабость и головокружение
	В. Бледная, прохладная, липкая кожа
	С. Жажда
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Состояние системной гемодинамики характеризует:
	1. Почасовой диурез
	2. Ректально-кожный градиент температуры
	3. Симптом пятна
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Положительный симптом пятна является признаком:
	А. Глубокого термического ожога
	В. Контактного отморожения
+	С. Нарушения гемодинамики
	Д. Реакции на гемотрансфузию
	Е. Положительного эффекта от противошоковой терапии
	Укажите особенности нарушений гемодинамики у детей при развитии шока по сравнению со взрослыми.
	А. Падение АД наступает позже и лучше поддается коррекции
+	В. Падение АД наступает позже, но труднее поддается коррекции
	С. Падение АД наступает раньше, но лучше поддается коррекции
	Д. Падение АД наступает раньше и труднее поддается коррекции
	Е. Существенных отличий от взрослых нет
	При развитии геморрагического шока инфузионную терапию следует начинать:
	А. С кровезаменителей, так как при этом в кровяное русло дополнительно к введенному объему привлекается до 20-30% жидкости
	В. С кристаллоидных растворов, так как при этом в кровяное русло дополнительно к введенному объему привлекается до 20-30% жидкости
	С. С переливания крови и/или ее препаратов, так как объем кровопотери нужно восполнять донорской кровью
+	Д. С кристаллоидных растворов, так как это позволяет максимально быстро компенсировать гиповолемию
	Е. С кровезаменителей, так как это позволяет максимально быстро компенсировать гиповолемию

	Какая гиповолемия может развиться при переломе костей таза?
	A. Скрытая
	B. Компенсаторная
+	C. Абсолютная
	Д. Относительная
	E. Никогда не развивается
	Ревизия кровоостанавливающего жгута – это:
	A. Определение степени ишемических расстройств в дистальных отделах конечности
+	B. Ослабление жгута с попыткой выявления источника кровотечения
	C. Снятие жгута с остановкой кровотечения другим способом
	Д. Контроль эффективности остановки кровотечения, прочности фиксации жгута
	E. Замена импровизированного жгута на табельный
	Провизорный жгут – это:
	A. Жгут, наложенный с использованием подручных средств
	B. Наложенный максимально высоко, у основания конечности
	C. Наложенный максимально низко, как можно ближе к ране
	Д. Наложенный не более, чем на 30 минут
+	E. Обернутый вокруг конечности, но не затянутый
	Перекладывание жгута преследует цель:
	A. Поправить сбившуюся прокладку под жгутом во избежание травмирования мягких тканей
+	B. Продлить допустимое время остановки кровотечения с помощью жгута
	C. Заменить импровизированный жгут на табельный
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	В теплое время года максимально допустимое время нахождения кровоостанавливающего жгута на конечности составляет:
	A. 1 час
	B. 1,5 часа
+	C. 2 часа
	Д. 3 часа
	E. 4 часа
	В качестве подручных средств для наложения кровоостанавливающего жгута могут быть использованы:
	A. Широкий (3-4 см) кожаный ремень
+	B. Кусок материи или одежды
	C. Мягкая толстая проволока
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	В качестве подручных средств для наложения кровоостанавливающего жгута могут быть использованы:
	A.Галстук
	B.Узкий мягкий ремень
	C.Толстая веревка или шнур
+	Д.Только варианты А и В
	E.Варианты А,В и С
	Укажите оптимальную ширину импровизированного жгута
	A. Как можно тоньше (в том числе – прочная веревка)
	B. 1-2 см
+	C. 3-4 см
	Д. 5-6 см
	E. Как можно шире (до 10 см и более)
	При наложении кровоостанавливающего жгута в сопровождающей записке указывают:
	A.Время получения травмы
+	B.Время наложения жгута
	C.Рекомендуемое время снятия жгута
	Д.Только варианты А и В
	E.Варианты А,В и С

	Какое действие при наложении кровоостанавливающего жгута является ОШИБОЧНЫМ?
	A. Жгут наложен прямо на одежду
	B. Жгут наложен выше раны
	C. В приложенной записке указано только время наложения жгута
+	Д. Жгут закреплен бинтовой повязкой и укрыт сверху теплой курткой
	E. Поврежденная конечность иммобилизирована подручными средствами
	Укажите показания к наложению кровоостанавливающего жгута
	A. Сильное кровотечение, пульсирующая струя из раны
	B. Длительное сдавление конечности, ран нет
	C. Травматический отрыв конечности, на момент осмотра кровотечения нет
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты A,B и C
	Укажите методы временной остановки кровотечения
	A. Форсированное сгибание конечности
	B. Наложение кровоостанавливающего зажима
	C. Перевязка сосуда на протяжении
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты A,B и C
	Пульсирующей называют гематому:
	A. Рецидивирующую после опорожнения
+	B. Сообщающуюся с полостью сосуда
	C. Вызывающую пульсирующую боль
	Д. Сообщающуюся с плевральной полостью (при гемотораксе)
	E. Внутричерепную, расположенную в эпидуральном пространстве
	Вторично-раннее кровотечение может быть вызвано:
	A. Соскальзыванием наложенной лигатуры
	B. Повышением артериального давления на фоне противошоковых мероприятий
	C. Недостаточной иммобилизацией
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты A,B и C
	Сонную артерию прижимают при кровотечении из раны, расположенной:
	A. На голове
	B. На шее
	C. В надключичной области
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты A,B и C
	Укажите причину длительных кровотечений из ран волосистой части головы
	A. Высокое артериальное давление в артериях головы
+	B. Артерии не спадаются из-за анатомических особенностей
	C. В этой области расположены очень крупные сосуды
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты A,B и C
	Остановку артериального кровотечения начинают с выполнения приема:
+	A. Прижатие сосуда выше места ранения
	B. Максимальное сгибание конечности в суставе
	C. Наложение кровоостанавливающего жгута
	Д. Наложение давящей повязки
	E. С любого из перечисленных приемов
	Остановку венозного кровотечения начинают с выполнения приема:
	A. Прижатие сосуда выше места ранения
	B. Максимальное сгибание конечности в суставе
	C. Наложение кровоостанавливающего жгута
+	Д. Наложение давящей повязки
	E. С любого из перечисленных приемов
	Укажите способы остановки артериального кровотечения
	A. Прижатие сосуда выше места ранения
	B. Максимальное сгибание конечности в суставе

	C. Наложение кровоостанавливающего жгута
	Д. Наложение давящей повязки
+	Е. Все перечисленные приемы
	Как следует останавливать венозное кровотечение?
	А. Наложение «венозного жгута»
+	В. Наложение давящей повязки
	С. Прижатие сосуда выше места ранения
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какой прием (приемы) можно применить для остановки кровотечения при открытом переломе?
	А. Наложение давящей повязки
+	В. Наложение кровоостанавливающего жгута
	С. Максимальное сгибание конечности в суставе
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какая анестезия может быть выполнена пострадавшему с огнестрельным ранением мягких тканей верхней трети бедра при проведении первичной хирургической обработки?
	А. Футлярная
+	В. Спинномозговая, эпидуральная или наркоз
	С. Инфильтрационная
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какие действия, направленные на уменьшение болевого синдрома, следует выполнить пострадавшему с переломом бедра в догоспитальном периоде?
	А. Введение общих анальгетиков
	В. Транспортную иммобилизацию
	С. Анестезию области перелома или футлярную блокаду
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какими приемами можно добиться снижения боли в догоспитальном периоде?
	А. Холод на область повреждения
	В. Иммобилизация
	С. Физиологически выгодное (удобное) положение
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Какую блокаду следует выполнить при ожогах головы и дыхательных путей?
	А. Паранефральную;
+	В. Вагосимпатическую;
	С. Загрудинную.
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Полноценное заживление (без образования рубца) ожоговой раны без кожной пластики возможно при ожогах:
	А. II степени
	В. IIIА степени
	С. IIIБ степени
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	В случае ожогов пламенем всего туловища, рук и лица в числе прочих экстренных мероприятий следует выполнить новокаиновую блокаду:
	А. Паранефральную
	В. Вагосимпатическую
	С. Паравертебральную
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С

	В случае ожогов всей задней поверхности туловища и обеих нижних конечностей в числе прочих экстренных мероприятий следует выполнить новокаиновую блокаду:
	А. Футлярную
	В. Паранефральную
	С. Паравертебральную
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При ожоге III А степени поражаются
	А. Только эпидермис
+	В. Кожа до росткового слоя
	С. Кожа на всю глубину
	Д. Кожа и подкожная клетчатка
	Е. Кожа, подкожная клетчатка и мышцы
	При тепловом ударе холод накладывают:
	А. На боковую поверхность шеи
	В. На подмышечную область
	С. На паховую область
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Что из перечисленного нужно сделать при оказании первой помощи в случаях поверхностных термических ожогов?
	А.Наложить мазевую повязку на ожоговую поверхность
+	В.Охладить ожоговую поверхность проточной водой
	С.Обработать ожоговую поверхность йодом, спиртом
	Д.Только варианты А и В
	Е.Варианты А,В и С
	Что из перечисленного нужно сделать при оказании первой помощи в случаях поверхностных термических ожогов?
	В.Проколоть образовавшиеся пузыри, но не удалять их
+	А.Наложить чистую повязку
	С.Осторожно удалить отслоившуюся кожу, остатки обгоревшей одежды
	Д.Только варианты А и В
	Е.Варианты А,В и С
	При химических ожогах (кислотой или щелочью) необходимо:
	А.Промыть область ожога проточной водой
	В.Наложить защитную повязку
	С.Провести реакцию нейтрализации
+	Д.Только варианты А и В
	Е.Варианты А,В и С
	Для поверхностного ожога характерно:
	А. Гиперемия и отечность кожных покровов;
	В. Пузыри светло-желтого цвета;
	С. Струп темно-коричневого цвета
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А и С
	Какие клинические признаки говорят о глубоких ожогах?
	А. Пузыри, заполненные темной кровью;
	В. Струп темно-коричневого цвета
	С. Гиперемия и отечность кожных покровов;
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Образование эпидермальных пузырей характерно для ожогов:
	А. II степени
	В. III степени
	С. IV степени
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	О выходе пострадавшего из состояния ожогового шока свидетельствует:

	A. Полиурия;
	B. Гипертермия тела;
	C. Повышение систолического давления до 80 и более мм рт.ст.
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какие изменения позволяют наиболее достоверно судить о развитии ожогового шока?
	A. Олигурия
	B. Гемоконцентрация
	C. Нестабильная гемодинамика
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При ожоге верхних дыхательных путей состояние пострадавшего оценивают как тяжелое:
	A. Только если имеются ожоги лица и шеи
	B. Только если имеются ожоги других частей тела общей площадью свыше 20 %
	C. Только если возраст пострадавшего превышает 60 лет или меньше 5 лет
	Д. Только если они сочетаются с травмой груди
+	Е. Состояние считают тяжелым всегда
	Определение тяжести ожога в догоспитальном периоде проводят на основе:
	A. Почасового диуреза
	B. Показателей гемодинамики
+	C. Правила «сотни»
	Д. Индекса Франка
	Е. Индекса Альговера
	С какого уровня почасового диуреза его дальнейшее снижение является признаком ожогового шока?
	A. 20 мл;
+	B. 30 мл;
	C. 40 мл;
	Д. 50 мл;
	Е. 60 мл.
	При сливном ожоге передней поверхности груди, живота и циркулярном ожоге всей левой нижней конечности площадь ожоговой поверхности составит:
	A. 45%
	B. 27%
	C. 30%
+	Д. 36%
	Е. 42%
	При циркулярном ожоге груди и левой верхней конечности общая площадь ожога у взрослого человека составит:
	A. 18 %
	B. 24 %
+	C. 27 %
	Д. 36 %
	Е. 45 %
	При ожоге обеих нижних конечностей, промежности и передней части живота общая площадь ожога составит:
	A. 36 %
	B. 37 %
	C. 40 %
	Д. 45 %
+	Е. 46 %
	Прогностический индекс (ПИ) определяется как:
	A. Общая площадь (в %) ожога, умноженная на возраст
+	B. Сумма возраста пострадавшего и общей площади ожога (в %)
	C. Сумма площади (в %) поверхностного ожога и двойной площади глубокого ожога
	Д. Сумма площади (в %) поверхностного ожога и тройной площади глубокого ожога

	E. Сумма возраста, площади (в %) поверхностного ожога и тройной площади глубокого ожога
	Индекс Франка определяется как:
	A. Общая площадь (в %) ожога, умноженная на возраст
	B. Сумма возраста пострадавшего и общей площади ожога (в %)
	C. Сумма площади (в %) поверхностного ожога и двойной площади глубокого ожога
+	Д. Сумма площади (в %) поверхностного ожога и тройной площади глубокого ожога
	E. Сумма возраста, площади (в %) поверхностного ожога и тройной площади глубокого ожога
	Определите прогноз на основе прогностического индекса (ПИ), если у пострадавшего 18 лет имеется ожог передней поверхности обеих нижних конечностей и туловища.
+	A. Благоприятный
	B. Относительно благоприятный
	C. Сомнительный
	Д. Неблагоприятный
	E. Для определения прогностического индекса недостаточно данных
	Определите прогноз на основе прогностического индекса (ПИ), если у пострадавшего 35 лет имеется ожог передней поверхности обеих нижних конечностей и туловища.
	A. Благоприятный
+	B. Относительно благоприятный
	C. Сомнительный
	Д. Неблагоприятный
	E. Для определения прогностического индекса недостаточно данных
	Определите прогноз на основе прогностического индекса (ПИ), если у пострадавшего 68 лет имеется ожог передней поверхности обеих нижних конечностей и туловища.
	A. Благоприятный
	B. Относительно благоприятный
	C. Сомнительный
+	Д. Неблагоприятный
	E. Для определения прогностического индекса недостаточно данных
	Определите прогноз на основе прогностического индекса (ПИ), если у пострадавшего 47 лет имеется ожог пламенем передней поверхности груди, обеих верхних конечностей и лица.
	A. Благоприятный
	B. Относительно благоприятный
+	C. Сомнительный
	Д. Неблагоприятный
	E. Для определения прогностического индекса недостаточно данных
	Определите прогноз на основе прогностического индекса (ПИ), если у пострадавшего имеется циркулярный ожог II степени обеих нижних конечностей
	A. Благоприятный
	B. Относительно благоприятный
	C. Сомнительный
	Д. Неблагоприятный
+	E. Для определения прогностического индекса недостаточно данных
	Укажите фазы, относящиеся к острому периоду травматической болезни.
	A. Анаболическая
	B. Катаболическая
+	C. Нестабильности жизненно важных функций
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Укажите фазы, относящиеся к периоду развернутой клинической картины травматической болезни.
	A. Анаболическая
	B. Катаболическая
	C. Устойчивой стабилизации жизненно важных функций
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Когда при наличии показаний должны быть выполнены реконструктивные операции у пациента с развившейся травматической болезнью?

	A. В фазе относительной стабилизации жизненно важных функций
+	B. В анаболической фазе
	C. В катаболической фазе
	Д. В фазе устойчивой стабилизации жизненно важных функций
	E. В течение первых суток
	Травма с переломом костей таза и ушибом головного мозга является:
	A. Изолированной монофокальной
	B. Изолированной полифокальной
	C. Множественной
+	Д. Сочетанной
	E. Комбинированной
	Травма с переломом плечевой и бедренной кости является:
	A. Изолированной монофокальной
	B. Изолированной полифокальной
+	C. Множественной
	Д. Сочетанной
	E. Комбинированной
	Травма с ранением мягких тканей области бедра на фоне термического ожога этой зоны является:
	A. Изолированной монофокальной
	B. Изолированной полифокальной
	C. Множественной
	Д. Сочетанной
+	E. Комбинированной
	Травма с переломом обеих костей предплечья на одном уровне является:
	A. Изолированной монофокальной
+	B. Изолированной полифокальной
	C. Множественной
	Д. Сочетанной
	E. Комбинированной
	Травма с переломом бедра и ушибленной раной в области перелома является:
+	A. Изолированной монофокальной
	B. Изолированной полифокальной
	C. Множественной
	Д. Сочетанной
	E. Комбинированной
	К сочетанным повреждениям относят:
	A. Ожог II степени предплечья, перелом лучевой кости
+	B. Перелом костей таза с разрывом мочевого пузыря
	C. Закрытый перелом правого бедра, открытый перелом левого бедра
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	При каких повреждениях перелом костей таза является доминирующим?
	A. Перелом таза типа Мальгеня, разрыв селезенки
+	B. Центральный вывих бедра, перелом шейки плеча со смещением
	C. Разрыв симфиза, внутричерепная гематома
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	В каких случаях на фоне политравмы можно выполнить остеосинтез при переломе надколенника со смещением в первые сутки после получения повреждений?
	A. При сопутствующей внутричерепной гематоме
	B. При сопутствующем ранении живота с повреждением кишечника
	C. При сопутствующем термическом ожоге II-III ст. обоих бедер
+	Д. Ни в одном из этих случаев
	E. Во всех перечисленных случаях, так как внутрисуставные переломы со смещением должны быть оперированы как можно раньше
	При политравме на фоне развившегося шока рентгенографию с целью уточнения характера и объема повреждений выполняют:

	А. До начала проведения каких-либо манипуляций
+	В. Параллельно с проведением противошоковых мероприятий
	С. В фазе относительной стабилизации жизненно важных функций
	Д. В фазе устойчивой адаптации
	Е. В катаболической фазе травматической болезни
	При политравме остеосинтез костей голени при наличии показаний выполняют:
	А. Параллельно с проведением противошоковых мероприятий
	В. В фазе относительной стабилизации жизненно важных функций
	С. В фазе устойчивой адаптации
	Д. В катаболической фазе травматической болезни
+	Е. В анаболической фазе травматической болезни
	Можно ли выполнить на фоне политравмы остеосинтез перелома диафиза плечевой кости в катаболической фазе травматической болезни?
	А. Нельзя из-за того, что в этой фазе пострадавший еще не выведен из шока
+	В. Нельзя из-за высокой вероятности развития угрожающих жизни осложнений
	С. Можно, так как к этому времени гемодинамика стабилизировалась
	Д. Можно, так как к этому времени сопутствующие повреждения уже не представляют непосредственную угрозу жизни
	Е. Необходимо, так как дальнейшее промедление может привести к нарушению консолидации и частичной потере функции верхней конечности
	Для газовой гангрены характерны следующие признаки:
	А. Распирающая боль без четкого локального очага
	В. Отсутствие локальной гиперемии
	С. Локальная гипертермия
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для газовой гангрены характерно:
	А. Генерализованный отек пораженного сегмента
	В. Выраженная интоксикация
	С. Отсутствие локальной гипертермии
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Задачу профилактики гнойно-инфекционных раневых осложнений выполняют с помощью:
	А. Наложения защитной повязки
	В. Транспортной иммобилизации
	С. Тампонирования раны
+	Д. Только Варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Укажите ранние признаки столбняка
	А. Ригидность затылочных мышц
	В. Затруднение при глотании, спазм жевательной мускулатуры
	С. Значительный отек сегмента без гиперемии в окружности ран
+	Д. Только Варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Когда показано местное применение антисептиков?
	А. В стадии острого гнойного воспаления
	В. При проведении первичной хирургической обработки раны
	С. При проведении вторичной хирургической обработки раны
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Огнестрельная рана в первый час после ранения является:
	А. Стерильной
	В. Инфицированной
+	С. Бактериально загрязненной
	Д. Гнойной
	Е. Гранулирующей

	Отметьте зоны огнестрельной раны.
	А. Первичного раневого канала; первичного некроза
	В. Молекулярного сотрясения;
	С. Бактериального загрязнения;
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При пулевом ранении:
	А. Диаметры входного и выходного отверстия приблизительно одинаковы
	В. Диаметр входного отверстия больше диаметра выходного
	С. Диаметр выходного отверстия составляет примерно 1/2 от диаметра входного
+	Д. Диаметр входного отверстия меньше диаметра выходного
	Е. Диаметры входного и выходного отверстия могут быть любыми
	Для наложения защитной повязки на рану кроме перевязочных средств из аптечки первой помощи можно использовать:
	А.Чистый носовой платок
	В.Одежду или ее части
	С.Полиэтиленовую пленку или клеенку
	Д.Только варианты А и В
+	Е.Варианты А,В и С
	Если в ране находится инородное тело, необходимо перед наложением защитной повязки на рану:
	А. Попытаться обязательно удалить инородное тело из раны
	В. Удалить инородное тело из раны только, если это легко можно сделать; если нет – не делать таких попыток
	С. Не удаляя инородное тело, тщательно обработать его йодом или спиртом
+	Д. Отдельно зафиксировать инородное тело
	Е. Наложить защитную повязку на рану, не обращая на инородное тело внимания
	Укажите вид (виды) хирургической обработки раны мягких тканей
	А. Первичная
	В. Вторичная
	С. Повторная
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Следует ли стремиться укрыть кость мягкими тканями в ходе первичной хирургической обработки раны при огнестрельном переломе?
+	А. Следует во всех случаях
	В. Следует только при отсутствии выраженного дефекта мягких тканей
	С. Следует только при условии обеспечения полноценного дренирования зоны перелома
	Д. Следует только после выполнения репозиции и остеосинтеза
	Е. При огнестрельной ране ничего укрывать нельзя
	При наличии у пострадавшего слепой осколочной глубокой раны с узким входным отверстием первичную хирургическую обработку следует начинать с:
	А. Зондирования для определения глубины и направления раневого канала;
+	В. Рассечения раны
	С. Иссечения ее размозженных краев
	Д. Удаления инородных тел
	Е. Вакуумирования раны
	Укажите виды швов, накладываемых на рану после ее хирургической обработки
	А. Первичные
	В. Первично-отсроченные
	С. Вторично-ранние и вторично-поздние
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Первично-отсроченные швы на рану накладывают:
	А. После остановки кровотечения с помощью давящей повязки (через 1-2 часа)
+	В. При отсутствии нагноения раны (2-7 сут)
	С. При отсутствии краевой эпителизации через 1 неделю
	Д. На гранулирующую рану после очищения от гнойно-некротических масс (8-14 сут)

	E. После иссечения грануляций и рубцов
	Вторично-ранние швы на рану накладывают:
	A. После остановки кровотечения с помощью давящей повязки (через 1-2 часа)
	B. При отсутствии нагноения раны (2-7 сут)
	C. При отсутствии краевой эпителизации через 1 неделю
+	Д. На гранулирующую рану после очищения от гнойно-некротических масс (8-14 сут)
	E. После иссечения грануляций и рубцов
	Вторично-поздние швы на рану накладывают:
	A. После остановки кровотечения с помощью давящей повязки (через 1-2 часа)
	B. При отсутствии нагноения раны (2-7 сут)
	C. При отсутствии краевой эпителизации через 1 неделю
	Д. На гранулирующую рану после очищения от гнойно-некротических масс (8-14 сут)
+	E. После иссечения грануляций и рубцов
	Что не является препятствием для наложения первичных швов на рану?
+	A. Операция ПХО выполнена через 6 часов после ранения
	B. Имеется дефект кожи, не позволяющий сблизить края раны без натяжения
	C. Размозженная рана обильно загрязнена
	Д. Пациент несколько дней будет находиться без врачебного наблюдения
	E. При ПХО глубокие отделы раны вакуумированы, но не инспектированы визуально
	Можно ли при огнестрельном ранении после первичной хирургической обработки наложить первичные глухие швы?
	A. Можно при ранении лица;
	B. Можно при сопутствующем радиационном поражении;
	C. Можно при отсутствии огнестрельного перелома;
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	При каком ранении наложение первичных швов после ПХО обязательно?
	A. Гениталий
	B. Кисти или лица
	C. На фоне радиационного поражения
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	При развитии синдрома длительного сдавления после освобождения конечности от внешней компрессии показанием к наложению резинового жгута является:
	A. Отсутствие активных движений в суставах
+	B. Отсутствие пассивных движений в суставах
	C. Нарушения чувствительности
	Д. Быстро нарастающий отек
	E. Наличие достоверных признаков перелома
	В случае отсутствия переломов и ран пострадавшим с синдромом длительного сдавления в догоспитальном периоде необходимо:
	A. Забинтовать конечность эластичным бинтом
	B. Наложить транспортные шины
	C. Согреть пораженную конечность
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Проведение гемодилюции в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления показано:
	A. В периоде ишемии
+	B. В ранней стадии периода реперфузии
	C. В промежуточной стадии периода реперфузии
	Д. В стадии реконвалесценции
	E. Этот метод вообще не применяют в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления
	Применение плазмафереза и гемодиализа в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления показано:
	A. В периоде ишемии

	B. В ранней стадии периода реперфузии
+	C. В промежуточной стадии периода реперфузии
	Д. В стадии реконвалесценции
	E. Этот метод вообще не применяют в лечении пострадавших с синдромом длительного сдавления
	Фасциотомия при прогрессирующем отеке у пострадавших с синдромом длительного сдавления конечностей показана:
	A. При значительной площади поражения
	B. При выраженных расстройствах периферической иннервации
+	C. При задержке эвакуации в специализированный стационар
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Фасциотомию при развитии выраженного отека конечности на фоне синдрома длительного сдавления выполняют:
	A. Как можно раньше во всех случаях
	B. Только после разрешения острой почечной недостаточности
+	C. Только при невозможности ранней госпитализации в специализированный стационар
	Д. Только при нарушениях пассивных движений в суставах конечности
	E. Фасциотомия при СДС противопоказана, так как приводит к тяжелому нагноению
	Эндогенная интоксикация при синдроме длительного сдавления достигает своего максимума:
	A. В течение периода ишемии
	B. К началу ранней стадии (эндогенной интоксикации) периода реперфузии
	C. В разгаре ранней стадии (эндогенной интоксикации) периода реперфузии
+	Д. К промежуточной стадии (почечной недостаточности) периода реперфузии
	E. К завершающей стадии (реконвалесценции) периода реперфузии
	Когда при синдроме длительного сдавления главной угрозой жизни является нестабильная гемодинамика?
	A. В периоде ишемии
+	B. В ранней стадии периода реперфузии (эндогенной интоксикации)
	C. В промежуточной стадии периода реперфузии
	Д. В стадии реконвалесценции
	E. Для синдрома длительного сдавления нарушения гемодинамики не характерны
	Основной угрозой для жизни в ранней стадии периода реперфузии при синдроме длительного сдавления является:
	A. Эндогенная интоксикация
+	B. Нестабильная гемодинамика
	C. Острая почечная недостаточность
	Д. Полиорганная патология
	E. Гнойно-инфекционные осложнения
	Признаком наступления второй (промежуточной) стадии периода реперфузии при синдроме длительного сдавления является:
	A. Стабилизация гемодинамики
	B. Олигоанурия
	C. Начало отторжения некротических тканей
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Ведущим фактором, обусловливающим развитие синдрома позиционного сдавления, является:
	A. Размозжение мягких тканей с формированием множественных межмышечных гематом
	B. Повреждение периферических нервов с развитием периферических невритов
+	C. Нарушение кровоснабжения тканей с развитием ишемических расстройств
	Д. Длительное обездвиживание суставов с развитием артрогенных контрактур
	E. Сдавление мягких тканей гипсовой повязкой с формированием пролежней и фликтен
	От чего зависит тяжесть синдрома длительного сдавления?
	A. От площади сдавления;
	B. От времени сдавления;
	C. От наличия переломов вне зоны сдавления
	Д. Только варианты А и В

+	E. Варианты A,B и C
	Какие нарушения преобладают в промежуточном периоде синдрома длительного сдавления?
	A. Гнойно-инфекционные осложнения
+	B. Явления почечной недостаточности
	C. Нарушения гемодинамики
	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	Активные движения в суставах конечности при ишемическом поражении отсутствуют:
	A. При необратимой ишемии
	B. При декомпенсированной ишемии
	C. При компенсированной ишемии
+	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	Пассивные движения в суставах конечности при ишемическом поражении отсутствуют:
+	A.При необратимой ишемии
	B. При декомпенсированной ишемии
	C. При компенсированной ишемии
	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	Нарушения чувствительности при ишемическом поражении конечности характерны для:
	A.Необратимой ишемии
	B. Декомпенсированной ишемии
	C. Компенсированной ишемии
+	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	При воздействии низких температур выше 0°C может развиться холодовое поражение:
	A. Озноблeние
	B. Замерзание
	C. «Траншейная стопа»
	Д. Только варианты A и B
+	E. Варианты A,B и C
	Согревание при замерзании проводят с помощью:
	A. Погружения в горячую (40 °C) воду
+	B. Внутривенного введения теплых растворов
	C. Растирания тела снегом
	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	В случаях локального отморожения или общего охлаждения согревание проводят водой, имеющей начальную температуру:
	A. Максимально высокую, не вызывающую ожоги (около 40°C)
	B. Соответствующую нормальной температуре тела человека (36°C)
	C. На 2°C ниже нормальной температуры тела человека (около 34°C)
+	Д. На 2°C выше температуры тела или отогреваемого участка
	E. Равную температуре тела или отогреваемого участка
	Какая степень отморожения характерна для поражения «траншейная стопа»?
	A. I степень
	B. II степень
	C. III степень
+	Д. IV степень
	E. Развитие «траншейной стопы» не связано с отморожением
	При локальном отморожении следует выполнить:
+	A. Обработать кожу спиртом и наложить утепленную повязку
	B. Погрузить пораженный участок в горячую (40°C) воду, а потом снижать температуру до нормальной
	C. Растереть пораженный участок снегом

	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Какое действие является ошибочным или излишним при отморожении конечности?
	А. Поменять всю одежду на сухую и теплую
	В. Провести активное внешнее согревание (вентилятор, фен, грелка)
	С. Наложить теплоизолирующую повязку
+	Д. Растереть отмороженный участок снегом
	Е. Дать горячее сладкое питье
	Положительная спиртовая проба характерна для отморожения:
	А. I степени
+	В. II степени
	С. III степени
	Д. IV степени
	Е. Спиртовая проба не применяется для диагностики при отморожении
	Показанием к экстренному оперативному вмешательству по жизненным показаниям у пациента с травмой головы является:
	А. Продолжающееся наружное кровотечение
	В. Сдавление головного мозга
	С. Клиническая картина ушиба головного мозга тяжелой степени
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	К открытой черепно-мозговой травме относят сочетание ЧМТ:
	А. С ликвореей из носа или слухового прохода
	В. С переломом основания черепа
	С. С раной волосистой части головы и повреждением апоневроза
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	К открытой проникающей черепно-мозговой травме относят сочетание ЧМТ:
	А. С ликвореей из носа или слухового прохода
	В. С переломом основания черепа
	С. С раной волосистой части головы и повреждением апоневроза
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Проникающей черепно-мозговую травму называют, если при ранении повреждаются:
	А. Кости свода черепа
	В. Кости орбиты
+	С. Твердая мозговая оболочка
	Д. При любом переломе костей черепа
	Е. При любом ранении мягких тканей волосистой части головы
	Субарахноидальное кровоизлияние часто встречается при ушибе головного мозга:
	А. Тяжелой степени
	В. Средней степени
	С. Легкой степени
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При подозрении на внутричерепную гематому с компрессией головного мозга люмбальная пункция:
	А. Необходима, так как позволяет выявить наличие субарахноидального кровоизлияния
	В. Необходима, так как позволяет отдифференцировать черепно-мозговую травму от алкогольного или наркотического отравления
	С. Нежелательна, так как требует дополнительных затрат времени перед экстренной операцией.
+	Д. Противопоказана, так как может привести к дислокации мозга и смерти
	Е. Бессмысленна, так как в данном случае не позволяет уточнить диагноз
	Для внутричерепной гематомы характерно:
	А. Гемипарез на стороне поражения и расширение зрачка на стороне, противоположной поражению

	B. Расширение зрачка и гемипарез на стороне, противоположной поражению
+	C. Расширение зрачка на стороне поражения и гемипарез на стороне, противоположной поражению
	Д. Сужение зрачка на стороне поражения и гемипарез на стороне, противоположной поражению
	E. Гемипарез на стороне поражения и сужение зрачка на стороне, противоположной поражению
	Для сотрясения головного мозга характерными признаками являются:
	A. Анизокория
+	B. Амнезия, тошнота
	C. Девиация языка
	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	Для внутричерепной гематомы характерно:
	A. Утрата сознания
	B. Анизорефлексия
	C. Резкое падение артериального давления, тахикардия
+	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	Что является достоверным признаком перелома основания черепа?
	A. Симптом «очков»
+	B. Назальная или ушная ликворея
	C. Анизокория
	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	В какой стадии впервые у пострадавшего на фоне черепно-мозговой травмы пропадает реакция на боль?
	A. Оглушение (ступор)
	B. Сопор
+	C. Кома I
	Д. Кома II
	E. Кома III
	В какой стадии впервые у пострадавшего на фоне черепно-мозговой травмы развиваются выраженные нарушения дыхания?
	A. Оглушение (ступор)
	B. Сопор
	C. Кома I
+	Д. Кома II
	E. Кома III
	В какой стадии впервые пострадавший на фоне черепно-мозговой травмы перестает выполнять простые команды?
	A. Оглушение (ступор)
+	B. Сопор
	C. Кома I
	Д. Кома II
	E. Кома III
	В какой стадии впервые у пострадавшего на фоне черепно-мозговой травмы появляется двухсторонний мидриаз?
	A. Оглушение
	B. Сопор
	C. Кома I
	Д. Кома II
+	E. Кома III
	Для уточнения объема и характера повреждений при черепно-мозговой травме в качестве дополнительной диагностики помимо краниографии можно выполнить:
	A. Эхоэнцефалоскопию
	B. Компьютерную томографию (КТ)
	C. Магнитно-резонансную томографию (МРТ)
	Д. Только варианты A и B

+	E. Варианты A,B и C
	При ушибе головного мозга средней степени тяжести продолжительность утраты сознания достигает:
	A. 10 минут
	B. 1 часа
+	C. Нескольких часов
	Д. Нескольких дней
	E. Нескольких недель
	«Светлый промежуток» при ЧМТ характерен для:
	A. Эпидуральной гематомы
	B. Субдуральной гематомы
	C. Внутримозговой гематомы
+	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	Наиболее продолжительный «светлый промежуток» при ЧМТ характерен для:
	A. Эпидуральной гематомы
+	B. Субдуральной гематомы
	C. Внутримозговой гематомы
	Д. Внутрижелудочковой гематомы
	E. Продолжительность «светлого промежутка» не зависит от локализации гематомы
	Отметьте симптом, НЕ ХАРАКТЕРНЫЙ для эпидуральной гематомы
	A. Брадикардия
+	B. Гипотония
	C. «Светлый промежуток»
	Д. Мидриаз на стороне поражения
	E. Пирамидная симптоматика на контрлатеральной стороне
	Для черепно-мозговой травмы характерны признаки:
	A. Головная боль, головокружение
	B. Нарушение сознания
	C. Тошнота, рвота
	Д. Только варианты A и B
+	E. Варианты A,B и C
	Тяжесть черепно-мозговой травмы определяют в первую очередь по нарушениям:
	A. Дыхания
	B. Пульса
	C. Артериального давления
+	Д. Сознания
	E. Температуры тела
	Причинами нарушения дыхания при черепно-мозговой травме могут являться:
	A. Повреждение дыхательного центра в продолговатом мозге
	B. Западение языка
	C. Судороги
	Д. Только варианты A и B
+	E. Варианты A,B и C
	К централизации кровообращения приводит:
	A. Повышение пульсового давления
	B. Повышение сердечного выброса
	C. Артериальная гипертензия
+	Д. Периферическая вазоконстрикция
	E. Тахикардия
	Что является общим в развитии уремической, травматической и гипотермической ком?
+	A. Гипоксия головного мозга
	B. Длительная стадия возбуждения
	C. Воздействие эндотоксинов
	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C

	К противошоковым мероприятиям можно отнести следующие действия:
	A. Наложение давящей повязки при наружном кровотечении
	B. Обильное питье
	C. Укладывание пострадавшего на щит
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Укажите степени тяжести шока
	A. Декомпенсированный
	B. Компенсированный
	C. Субкомпенсированный
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	В основе развития респираторного дистресс-синдрома лежит:
	A. Напряженный пневмоторакс
	B. Асфиксия
+	C. Интерстициальный отек легких
	Д. Ранение легкого
	E. Отек верхних дыхательных путей
	Дефибрилляция эффективна при:
	A. Мелковолновой фибрилляции
+	B. Крупноволновой фибрилляции
	C. Асистолии
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Пострадавшего с развившимся вследствие полученной травмы шоком следует укрыть теплым одеялом:
	A. Только в холодное время года
	B. Только в случае развития «нервного озноба»
	C. В случаях, когда температура окружающего воздуха не превышает 20-25°С.
+	Д. Во всех случаях
	E. Пострадавшего с шоком не нужно укрывать
	Ведущим нарушением при шоке является:
	A. Гиповолемия
	B. Гипоксия
	C. Почечная недостаточность
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Шоковый индекс (индекс Альговера) – это отношение:
	A. Частоты пульса к частоте дыхания
+	B. Частоты пульса к систолическому давлению
	C. Систолического давления к частоте пульса
	Д. Систолического давления к частоте дыхания
	E. Частоты дыхания к систолическому давлению
	Ректально-кожный градиент температуры (РКГТ) – это разность температуры между:
	A. Просветом прямой кишки и подмышечной областью
	B. Просветом прямой кишки и паховой областью
+	C. Просветом прямой кишки и тылом стопы у основания I пальца
	Д. Подмышечной областью и областью прямой мышцы живота
	E. Областью прямой мышцы живота и тылом стопы
	Шоковый индекс = 1,1 свидетельствует о:
	A. Отсутствии шока
+	B. Компенсированной стадии шока
	C. Декомпенсированной обратимой стадии шока
	Д. Декомпенсированной необратимой стадии шока
	E. Состоянии комы при черепно-мозговой травме
	Декомпенсированный шок развивается, как только дефицит объема циркулирующей плазмы у взрослого человека превысит:
	A. 5 %

	B. 10 %
	C. 20 %
+	Д. 30 %
	E. 40%
	При декомпенсированном обратимом шоке ректально-кожный градиент температуры находится в диапазоне:
	A. 2-4°C
	B. 5-7°C
+	C. 8-16°C
	Д. 17-20°C
	E. 21-24°C
	Какого рода контрактуру в тазобедренном суставе можно ожидать при его заболевании или повреждении?
	A. Сгибательную
	B. Приводящую
	C. Отводящую;
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Какую роль выполняет синовиальная жидкость в синовиальном суставе?
	A. Амортизация
	B. Скольжение
	C. Защита от медиаторов воспаления
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Как в норме должна выглядеть синовиальная жидкость?
	A. Слегка розовая, прозрачная
	B. Слегка розовая, опалесцирующая
+	C. Соломенно-желтая, прозрачная
	Д. Соломенно-желтая, опалесцирующая
	E. Насыщенно желтая, опалесцирующая
	Что способствует развитию остеоартроза тазобедренного сустава?
	A. Плоскостопие
	B. Сколиотическая болезнь
	C. Венозная недостаточность
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Рентгенологическим признаком деформирующего остеоартроза является:
	A. Сужение суставной щели и наличие остеофитов
	B. Субхондральный остеосклероз
	C. Наличие кист в метаэпифизарной зоне
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Для ранних стадий коксартроза характерно:
	A. «Стартовая» (после длительного сидения или лежания)
	B. После длительной нагрузки
	C. Постоянные в течение дня, в том числе – в покое
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Для выраженного коксартроза характерно:
	A. Атрофия мышц бедра
	B. Ночные боли
	C. Мио- и артрогенная контрактура;
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Какие изменения характерны для начальной стадии остеоартроза?
	A. Развитие остеопороза в метаэпифизарной зоне
+	B. Нарушение метаболизма суставного хряща

	C. Ограничение активных движений в суставе
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Изменения каких структур, составляющих коленный сустав, визуализируются на стандартных рентгенограммах?
	А. Менисков
	В. Суставного хряща
	С. Связок
	Д. Всех перечисленных
+	Е. Ни одной из перечисленных
	Ремодуляцией суставной поверхности при остеоартрозе называют:
	А. Постепенное спонтанное выравнивание оси конечности
	В. Постепенное спонтанное заполнение образовавшихся кист рубцово-костным регенератом
+	С. Деформацию, приводящую к дисконгруентности суставных поверхностей
	Д. Хондропластику – имплантацию костно-хрящевой ткани в места хрящевых дефектов
	Е. Оперативное вмешательство, направленное на восстановление симметрии сустава и оси конечности
	Для II стадии остеоартроза по классификации Н.С. Косинской характерно:
	А. Сужение суставной щели в 2-3 раза
	В. Ограничение подвижности, хруст при движениях
	С. Появление в эпифизарной зоне костных кист
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Какие методы лечения применяют для уменьшения нагрузки на пораженный сустав при коксартрозе или гонартозе?
	А. Разгрузочное вытяжение
	В. Мануальная терапия
	С. Анальгетическая терапия
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При появлении «стартовых» болей в коленном суставе в качестве лечебной физкультуры на фоне проводимого лечения следует рекомендовать:
	А. Несколько приседаний до исчезновения «стартовой» боли
+	В. Упражнения типа «велосипед» лежа в постели
	С. Утренние пробежки на небольшие расстояния
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Противопоказанием к применению нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) при остеоартрозе является:
	А. Ишемическая болезнь сердца
+	В. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки
	С. Хронический тромбофлебит нижних конечностей
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Действие каких лекарственные средств, применяемых в лечении остеоартроза, направлено непосредственно на улучшение жизнедеятельности суставного хряща?
	А. Кортикостероиды
+	В. Препараты на основе хондроитинсульфата и гиалуроновой кислоты
	С. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Внутрисуставное введение кортикостероидов при остеоартрозе:
	А. Купирует болевой синдром
	В. Ускоряет процесс дегенерации хрящевой ткани
	С. Способствует улучшению скольжения в суставе
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	В лечении остеоатроза коленного сустава артроскопия:

+	A. Имеет широкие показания, так как позволяет провести санацию полости сустава и уточнить объем поражений внутрисуставных структур
	B. Показана лишь в отдельных случаях, когда в полости сустава выявляются свободные фрагменты, мешающие движениям
	C. Показана только в случаях выявления выраженных дефектов суставного хряща
	Д. Нецелесообразна, так как не может повлиять на характер и ход дальнейшего лечения
	E. Противопоказана, так как любое оперативное вмешательство способствует прогрессированию заболевания
	В лечении остеоартроза тазобедренного и коленного суставов к эндопротезированию следует прибегнуть:
	A. Как можно раньше, чтобы максимально сохранить качество жизни пациента
+	B. После безуспешного консервативного лечения
	C. Только в случаях формирования выраженных контрактур с почти полной неподвижностью сустава и значительной деформацией
	Д. Только после операции артроскопии, не приведшей к положительному результату
	E. Только после выполненной операции корригирующей остеотомии, не приведшей к положительному результату
	Эффективность применения протекторов синовиальной жидкости снижается:
	A. При обострении хронического синовита
	B. При значительных дефектах суставного хряща с обнажением субхондральной кости
	C. При параллельном назначении хондропротекторов
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	При болезни Бехтерева преимущественно поражаются суставы:
	A. Плечевые и локтевые (симметрично)
	B. Кистей и стоп
+	C. Позвоночника
	Д. Тазобедренные
	E. Коленные
	При болезни Бехтерева могут поражаться:
	Межпозвонковые суставы
	Крестцово-подвздошные суставы
	Суставы нижних конечностей
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	В результате прогрессирования какого заболевания может наступить костный «блок» (отсутствие подвижности) между позвонками?
	A. Спондилез
	B. Болезнь Бехтерева
	C. Остеохондроз
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Самым ранним рентгенологическим признаком болезни Бехтерева являются изменения:
	A. Суставов кистей и стоп
	B. Межпозвонковых суставов в грудном отделе
	C. Межпозвонковых суставов в поясничном отделе
+	Д. Крестцово-подвздошных сочленений
	E. Тазобедренных суставов (симметрично)
	При болезни Бехтерева происходит:
	A. Спондилолиз
	B. Торсия позвонков
	C. Спондилолистез
+	Д. Анкилозирование межпозвонковых суставов
	E. Формирование «рыбьих позвонков»
	В отличие от остеохондроза позвоночника, для болезни Бехтерева характерно:
	A. Ограничение экскурсии грудной клетки
	B. Наличие сакроилеита

	C. Уменьшение болей в покое
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Сращение позвонков в виде «бамбуковой палки» характерно для:
	А. Дисгормональной спондилопатии
	В. Болезни Форестье
+	С. Болезни Бехтерева
	Д. Спондилоартроза
	Е. Спондилеза
	Какие клинические симптомы из перечисленных могут свидетельствовать о врожденном вывихе бедра?
	А. Асимметрия ягодичных складок;
	В. Наружная ротация нижней конечности;
	С. Симптом щелчка
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	На основании каких признаков можно заподозрить врожденный вывих бедра у ребенка старше 1 года (после начала ходьбы)?
	А. Относительное укорочение конечности
	В. Симптом Тренделенбурга
	С. Симптом щелчка
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При врожденном вывихе бедра отмечается:
	А. Абсолютное укорочение конечности
+	В. Положительный симптом Тренделенбурга
	С. Смещение большого вертела ниже линии Розера-Нелатона
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	При выявлении у новорожденного ребенка ограничения отведения в тазобедренном суставе необходимо:
	А. Провести консультацию ортопедом
	В. Выполнить обзорную рентгенографию таза
	С. Провести консультацию неврологом
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Что является причиной врожденного вывиха бедра?
	А. Родовая травма головного мозга с развитием спастического синдрома;
	В. Травматический вывих бедра при родах;
	С. Тугое пеленание ребенка с разведенными ногами в первые дни жизни
+	Д. Дисплазия тазобедренного сустава;
	Е. Варианты А, В и Д
	При врожденном предвывихе бедра в первые дни жизни следует предпринять:
	А. Электрофорез с кальцием и фосфором на область тазобедренных суставов
+	В. Широкое пеленание в положении отведения бедер
	С. Лечебную гимнастику – вращательные и отводящие движения в тазобедренных суставах
	Д. Все перечисленное
	Е. В первые дни жизни при такой патологии не предпринимают никаких действий
	В каком положении надо фиксировать бедро у ребенка в первые 0,5 года жизни при врожденном вывихе?
	А. Среднефизиологическом;
	В. Приведения;
+	С. Отведения;
	Д. Разгибания и наружной ротации;
	Е. В таком возрасте фиксация вообще не применяется.
	Какие клинические проявления характерны для типичной формы врожденной косолапости?

	A. Флексия стопы
	B. Торсия костей голени
	C. Супинация стопы
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Укажите метод (методы) лечения врожденной косолапости в первые недели жизни ребенка.
	A. Бинтование мягкими бинтами
	B. Наложение этапных гипсовых повязок
	C. Оперативное лечение
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Ничего из перечисленного: в первый год жизни ребенка (до начала ходьбы) попытки коррекции не проводятся.
	Что является причиной врожденной мышечной кривошеи?
	A. Сращение шейных позвонков (болезнь Клиппеля-Фейля) с нарушением тонуса мышц шеи;
	B. Клиновидные шейные позвонки
	C. Шейные ребра
	Д. Контрактура мышц при ротационном смещении атланта (болезнь Гризеля);
+	Е. Укорочение грудинно-ключично-сосцевидной мышцы;
	Диспластические деформации грудной клетки приводят:
	A. К уменьшению массы тела
	B. К перегрузке правых отделов сердца
	C. К мышечной кривошее
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Артрогрипоз – это:
	A. Изолированное поражение крупного сустава верхней или нижней конечности как осложнение перенесенного вирусного заболевания
	B. Множественные поражения крупных и мелких суставов конечностей как осложнение перенесенного вирусного заболевания
	C. Поражение межпозвонковых суставов как осложнение перенесенного вирусного заболевания
	Д. Врожденная патология суставов
+	Е. Врожденная патология суставов и мышц
	Первичный остеопороз может быть обусловлен:
	A. Дефицитом эстрогенов у женщин в постменопазуальном периоде
	B. Инволютивными возрастными изменениями
	C. Хроническим алкоголизмом
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Вторичный остеопороз может быть обусловлен:
	A. Длительным приемом гормональных препаратов
	B. Длительным периодом иммобилизации в гипсовой повязке по поводу перелома
	C. Сахарным диабетом
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Для исследования скелета на предмет остеопороза следует выполнить рентгенографию:
	A. Позвоночника и таза
	B. Черепа
	C. Кистей рук
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Для остеопороза на фоне сахарного диабета характерно:
	A. Клиновидная деформация позвонков
+	B. Остеолиз костей, образующих голеностопный сустав
	C. Линзовидная деформация позвонков («рыбьи» позвонки)

	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для постмеопазуального остеопороза характерно:
+	А. Клиновидная деформация позвонков
	В. Остеолиз костей, образующих голеностопный сустав
	С. Линзовидная деформация позвонков («рыбьи» позвонки)
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Для остеопороза стероидного происхождения характерно:
	А. Клиновидная деформация позвонков
	В. Остеолиз костей, образующих голеностопный сустав
+	С. Линзовидная деформация позвонков («рыбьи» позвонки)
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Т-критерий при остеопорозе – это показатель, оценивающий:
	А. Абсолютные значения минеральной плотности кости
	В. Степень эластичности костной ткани
	С. Степень разреженности костной ткани на рентгенограммах
+	Д. Соотношение показателей минеральной плотности кости пациента со среднестатистическими
	Е. Выраженность костных деформаций в типичных зонах
	Денситометрия позволяет определить:
	А. Повреждения соединительнотканных структур (связок, менисков)
	В. Наличие в кости очага воспаления
+	С. Минеральную плотность кости
	Д. Наличие переломов губчатой кости без смещения
	Е. Наличие грыжи диска при остеохондрозе
	Какая походка характерна при детском церебральном параличе?
	А. «Утиная»
	В. Подпрыгивающая
	С. Щадящая хромота
	Д. Нещадящая хромота
+	Е. Спастическая
	Акушерский паралич – это:
	А. Вялый паралич, вызванный гипоксией головного мозга при родах
	В. Спастический паралич, вызванный гипоксией головного мозга при родах
+	С. Вялый паралич, вызванный поражением плечевого сплетения при родовой травме
	Д. Спастический паралич, вызванный поражением плечевого сплетения при родовой травме
	Е. Спастический паралич, вызванный травмой головного мозга при родах
	Гемипарезом называют:
	А. Нарушения, охватывающие конечность частично (по передней, задней или боковой поверхности)
	В. Поражение, охватывающее целиком только одну конечность
+	С. Поражение одной половины туловища (правой или левой)
	Д. Поражение одной половины туловища (верхней или нижней)
	Е. Частичное поражение всех четырех конечностей
	Спастический паралич может развиться вследствие:
	А. Родовой травмы
	В. Менингита
	С. Токсикоза беременности (врожденная патология)
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Какой нерв поражается при синдроме грушевидной мышцы?
	А. Срединный
	В. Локтевой
	С. Наружный кожный нерв бедра

+	Д. Седалищный
	Е. Большеберцовый
	Какой нерв поражается при болезни Рота?
	А. Срединный
	В. Локтевой
+	С. Наружный кожный нерв бедра
	Д. Седалищный
	Е. Большеберцовый
	Висцеральный синдром при остеохондрозе грудного отдела позвоночника проявляется болями в области:
	А. Сердца (псевдокардиальный)
	В. Эпигастрия (гастралгический)
	С. Межлопаточной
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Пациент с остеохондрозом грудного отдела позвоночника может предъявлять жалобы на боли в области:
	А. Сердца;
	В. Живота;
	С. Правого подреберья;
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При люмбоишиалгии боль отмечается:
	А. В пояснично-крестцовой области без иррадиации
	В. В пояснично-крестцовой области с иррадиацией в область копчика
+	С. В пояснично-крестцовой области с иррадиацией в нижнюю конечность
	Д. Только в нижней конечности по задне-наружной поверхности в зоне иннервации корешков конского хвоста
	Е. Только в нижней конечности по задне-внутренней поверхности в зоне иннервации корешков конского хвоста
	При остеохондрозе поясничного отдела позвоночника могут отмечаться:
	А. Сипмтом Ласега
	В. Сглаженность поясничного лордоза
	С. Анталгический сколиоз
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Вегетативные расстройства при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника могут проявляться в виде:
	А. Ишиалгии
+	В. Дисфункции мочевого пузыря
	С. Псевдокардиального синдрома.
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Появление дополнительного поясничного позвонка носит название:
	А. Спондилолиз
	В. Спондилолистез
+	С. Люмбализация
	Д. Сакрализация
	Е. Аномалия тропизма
	«Соскальзывание» тела позвонка вместе с вышележащим отделом позвоночника носит название:
	А. Спондилолиз
+	В. Спондилолистез
	С. Люмбализация
	Д. Сакрализация
	Е. Аномалия тропизма
	Несращение дужки с телом позвонка носит название:
+	А. Спондилолиз

	B. Спондилолистез
	C. Люмбализация
	Д. Сакрализация
	E. Аномалия тропизма
	Что такое спондилолистез?
	A. Незаращение дужки позвонка (аномалия развития);
	B. Сращение 5 поясничного позвонка с крестцом;
	C. Выпадение межпозвонкового диска кзади (в спинномозговой канал);
	Д. Выпадение межпозвонкового диска кпереди.
+	E. Соскальзывание тела позвонка кпереди вместе с вышележащим отделом позвоночника
	В комплексе консервативного лечения распространенного остеохондроза применяют:
	A. Вытяжение
	B. Нестероидные противовоспалительные препараты
	C. Миорелаксирующие препараты
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Противоотечная терапия при остеохондрозе с болевым корешковым синдромом:
+	A. Показана в остром периоде, так как устраняет сдавление корешка мягкими тканями
	B. Показана только после полного купирования корешкового синдрома как средство профилактики возможных осложнений
	C. Не может иметь эффекта, так как развитие корешкового синдрома не связано с отеками
	Д. Противопоказана, так как может привести к ущемлению корешка в межпозвонковом отверстии
	E. Не показана, так как эти препараты несовместимы с обязательным при болевом корешковом синдроме противовоспалительным лечением
	Наибольшую опасность развития стойких неврологических осложнений при остеохондрозе представляет смещение грыжи межпозвоночного диска:
+	A. Кзади
	B. Внедрение в тело позвонка (грыжа Шморля)
	C. Кпереди
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С (все указанные смещения одинаково опасны)
	При пролапсе межпозвонкового диска с миелопатическим синдромом методом выбора является:
	A. Медикаментозная (противовоспалительная и анальгетическая) терапия;
	B. Тракционная терапия
	C. Внешняя иммобилизация (корсет) на 4-6 месяцев.
	Д. Мануальная терапия;
+	E. Оперативное лечение;
	Для остеохондроза позвоночника характерно развитие:
	A. Рефлекторных вертеброгенных синдромов
	B. Компрессионных вертеброгенных синдромов
	C. Миоадаптивных синдромов
	Д. Только варианты А и В
+	E. Варианты А,В и С
	Укажите рентгенологические признаки остеохондроза позвоночника.
	A. Склероз замыкательных пластинок и уменьшение высоты межпозвонковой щели
	B. Остеофиты
	C. Торсия позвонков.
+	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Для спондилеза характерно:
	A. Склероз замыкательных пластинок;
+	B. Формирование остеофитов
	C. Уменьшение высоты межпозвонковой щели;
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С

	Формирование растущих навстречу друг другу («целующихся») оссификатов позвонков характерно для:
	A. Дисгормональной спондилопатии
	B. Болезни Форестье
	C. Сколиотической болезни
	Д. Спондилоартроза
+	E. Спондилеза
	Сужение межпозвонковых отверстий характерно для:
	A. Дисгормональной спондилопатии
	B. Болезни Форестье
	C. Болезни Бехтерева
+	Д. Спондилоартроза
	E. Спондилеза
	Оссификация передней продольной связки характерна для:
	A. Дисгормональной спондилопатии
+	B. Болезни Форестье
	C. Болезни Шпренгеля
	Д. Спондилоартроза
	E. Спондилеза
	Головная боль с иррадиацией в затылок и теменно-височную область, сопровождающаяся головокружением и тошнотой, характерна для:
	A. Цервикальной дискалгии
	B. Синдрома передней лестничной мышцы
	C. Синдрома плечелопаточного периартрита
+	Д. Синдрома позвоночной артерии
	E. Висцерального синдрома
	Боль по внутренней поверхности плеча, предплечья и кисти иногда – с иррадиацией в затылок характерна для:
	A. Цервикальной дискалгии
+	B. Синдрома передней лестничной мышцы
	C. Синдрома плечелопаточного периартрита
	Д. Синдрома позвоночной артерии
	E. Синдрома эпикондилита
	Интенсивные боли в шее, начинающиеся после сна и усиливающиеся при попытках повернуть голову, характерны для:
+	A. Цервикальной дискалгии
	B. Синдрома передней лестничной мышцы
	C. Синдрома плечелопаточного периартрита
	Д. Синдрома позвоночной артерии
	E. Висцерального синдрома
	Боль, ирадиирующая в область надплечья и плечевого сустава, характерна для:
	A. Цервикальной дискалгии
	B. Синдрома передней лестничной мышцы
+	C. Синдрома плечелопаточного периартрита
	Д. Синдрома позвоночной артерии
	E. Синдрома эпикондилита
	Висцеральный синдром при остеохондрозе шейного отдела позвоночника проявляется болями в области:
+	A. Сердца (псевдокардиальный)
	B. Эпигастрия (гастралгический)
	C. Правом подреберьи (холецистопатия)
	Д. Только варианты А и В
	E. Варианты А,В и С
	Для остеохондроза шейного отдела позвоночника характерны:
	A. Синдром плече-лопаточного периартрита
	B. Синдром позвоночной артерии
	C. Синдром передней лестничной мышцы
	Д. Только варианты А и В

+	E. Варианты A,B и C
	При ревматоидном артрите изменения в суставе происходят в первую очередь:
	A. В околосуставных тканях
+	B. В синовиальной оболочке
	C. В суставном хряще
	Д. В субхондральной кости (остеопороз, кисты)
	E. Все структуры поражаются практически одновременно, так как ревматоидный артрит - системное заболевание
	Ревматоидные узелки – образования, локализующиеся:
+	A. Под кожей
	B. В мышцах
	C. В синовиальной оболочке сустава
	Д. В суставном хряще
	E. В субхондральной кости
	Какие препараты относятся к группе базисных в лечении ревматоидного артрита?
	A. Препараты золота, Д-пеницилламин
	B. Цитостатики, аминохинолиновые препараты
	C. Нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды
+	Д. Только варианты A и B
	E. Только варианты B и C
	Какие препараты относятся к группе симптоммодифицирующих в лечении ревматоидного артрита?
	A. Препараты золота, Д-пеницилламин
	B. Цитостатики, аминохинолиновые препараты
+	C. Нестероидные противовоспалительные препараты, глюкокортикоиды
	Д. Только варианты A и B
	E. Только варианты B и C
	Какие методы локального воздействия на пораженный сустав применяют при ревматоидном артрите?
	A. Внутрисуставное введение глюкокортикоидов
	B. Операция – синовэктомия
	C. Длительная (до 1,5-2 месяцев) иммобилизация в течение всего курса лечения
+	Д. Только варианты A и B
	E. Только варианты B и C
	Синовэктомия при ревматоидном артрите позволяет:
	A. Добиться ремиссии на организменном уровне, снизив степень активности заболевания
	B. Купировать персистирующий синовит в оперированном суставе, снизить болевой синдром
	C. Снизить дозу базисных препаратов
	Д. Только варианты A и B
+	E. Варианты A,B и C
	Что не является характерным проявлением ревматоидного артрита?
	A. Симметричное поражение мелких суставов
	B. Утренняя скованность свыше 30 мин
+	C. «Стартовая» боль в пораженных суставах, проходящая с началом движений
	Д. Субфебрильная температура
	E. Локальная гипертермия
	Что является достоверным признаком ревматоидного артрита?
	A. Наличие ревматоидных узелков
	B. Наличие ревматоидного фактора в сыворотке крови
	C. Симметричное поражение мелких суставов кисти
	Д. Утренняя скованность протяженностью не менее 30 минут
+	E. Ни один из указанных признаков не является достоверным
	Пороки осанки у ребенка могут быть обусловлены:
	A. Нарушениями зрения или слуха
	B. Нарушениями носового дыхания

	C. Нарушениями психики
+	Д. Всем перечисленным
	Е. Ничем из перечисленного
	К приобретенному сколиозу относят:
	А. Неврогенный
	В. Рахитический
	С. Диспластический
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Врожденный сколиоз наиболее быстро прогрессирует в возрасте:
	А. 1-3 года (с момента начала ходьбы)
	В. 5-7 лет (высокая физическая активность)
	С. 7-10 лет (начало занятий в школе)
+	Д. 12-15 лет (пубертатный период)
	Е. 17-20 лет (завершение формирования костного скелета)
	В комплексном консервативном лечении сколиоза не применяют:
	А. Фиксацию ортопедическими корсетами
	В. Электростимуляцию мышц
	С. Плавание в бассейне
	Д. Массаж
+	Е. Упражнения лечебной физкультуры, растягивающие позвоночник
	Сглаженность грудного кифоза, шейного и поясничного лордоза характерны для порока осанки:
	А. Сутулая спина
+	В. Плоская спина
	С. Круглая спина
	Д. Юношеский кифоз
	Е. Асимметричная осанка
	Увеличение грудного кифоза и незначительно выраженный поясничный и шейный лордоз характерны для порока осанки:
+	А. Сутулая спина
	В. Плоская спина
	С. Круглая спина
	Д. Юношеский кифоз
	Е. Асимметричная осанка
	Существенное увеличение грудного кифоза, шейного и поясничного лордоза характерны для порока осанки:
	А. Сутулая спина
	В. Плоская спина
+	С. Круглая спина
	Д. Юношеский кифоз
	Е. Асимметричная осанка
	Изменение оси позвоночника во фронтальной плоскости характерно для порока осанки:
	А. Сутулая спина
	В. Плоская спина
	С. Круглая спина
	Д. Юношеский кифоз
+	Е. Асимметричная осанка
	Ротация тел позвонков (торсия) может отмечаться при:
	А. Врожденном сколиозе.
	В. Приобретенном сколиозе;
	С. Асимметричной осанке;
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	На рентгенограммах о прекращении роста ребенка можно судить по:
	А. Появлению поясничного лордоза
	В. Склерозированию замыкательных пластинок тел позвонков
	С. Сращению дужек крестцовых позвонков

+	Д. Окостенению зоны роста области крыла подвздошной кости
	Е. Зарастанию крестцово-подвздошных суставов
	Индекс стабильности сколиотической деформации позвоночника определяют по рентгенограммам, выполненным в положении:
	А. Сидя и лежа на спине
	В. Сидя и стоя
+	С. Стоя и лежа на спине
	Д. Лежа на спине и на боку
	Е. Лежа на спине и на животе
	Суставом Лисфранка называют:
	А. Таранно-пяточный
	В. Таранно-предплюсневый
+	С. Плюснево-предплюсневый
	Д. Плюснево-фаланговые
	Е. Межфаланговые
	Суставом Шопара называют:
	А. Таранно-пяточный
+	В. Таранно-предплюсневый
	С. Плюснево-предплюсневый
	Д. Плюснево-фаланговые
	Е. Межфаланговые
	Задний отдел стопы формируют кости:
	А. Пяточная и ладьевидная
+	В. Пяточная и таранная
	С. Таранная и ладьевидная
	Д. Пяточная, таранная и ладьевидная
	Е. Пяточная, таранная, ладьевидная и кубовидная
	Невозможность активного сгибания стопы и пальцев возникает при поражении:
	А. Бедренного нерва
	В. Срединного нерва
	С. Малоберцового нерва
+	Д. Большеберцового нерва
	Е. Седалищного нерва
	Какая деформация стопы возникает после травмы и паралича малоберцового нерва?
	А. Плоская стопа;
+	В. Конская стопа;
	С. Пяточная стопа;
	Д. Косолапость;
	Е. Никакая из названных.
	Какой нерв поражается при синдроме тарзального канала?
	А. Срединный
	В. Локтевой
	С. Наружный кожный нерв бедра
	Д. Седалищный
+	Е. Большеберцовый
	Плантографией называют:
	А. Компьютерную томографию стопы с шагом сечения 0,5 см
	В. Рентгенограммы стопы в стандартных проекциях (прямой и боковой)
	С. Рентгенограммы стопы в положении стоя с нагрузкой
+	Д. Отпечатки следа стопы
	Е. Боковые фотографии обеих стоп в положении стоя
	Полученный при оценке плантографии по методу Е.В.Смирнова коэффициент в диапазоне 1,21-1,30 говорит о:
	А. Нормальной стопе
	В. Пониженном своде стопы
	С. Плоскостопии I степени

+	Д. Плоскостопии II степени
	Е. Плоскостопии III степени
	Подометрический индекс (по М.О.Фридлянду) - это отношение (в процентах)
	А. Ширины стопы к ее высоте;
	В. Длины стопы к ее ширине;
	С. Ширины стопы к ее длине;
+	Д. Высоты стопы к ее длине;
	Е. Высоты стопы к ее ширине.
	К группе риска в отношении вероятного развития плоскостопия относятся люди, у которых утренний подометрический индекс ниже:
	А. 35
	В. 32
+	С. 29
	Д. 25
	Е. 20
	Боль при статическом плоскостопии может локализоваться:
	А. В центре свода стопы;
	В. В области поясницы;
	С. В области тазобедренного и коленного суставов;
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	При вальгусной деформации 1 пальца стопы типичной формой сопутствующей деформации стопы является:
	А. Пяточная стопа;
	В. Полая стопа;
	С. Эквино-варусная стопа;
+	Д. Поперечно-распластанная стопа;
	Е. Вальгусная стопа.
	При ходьбе взаимодействие стопы с опорой происходит в направлениях:
	А .Вертикальном
	В. Продольном
	С. Поперечном
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	В норме при ходьбе максимальное давление приходится на:
	А. Кости предплюсны
+	В. Головку I плюсневой кости
	С. Головки II-III плюсневых костей
	Д. IV-V плюсневые кости
	Е. Основные фаланги I-II пальцев стопы
	Различают своды стопы:
+	А. Продольный и поперечный
	В. Вертикальный
	С. Горизонтальный
	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	Пяточной шпорой называют
	А. Гипертрофию мягких тканей на фоне хронического ахиллобурсита
	В. Соединительнотканный рубец в области нагружаемой поверхности пяточной кости
+	С. Костный экзостоз в зоне прикрепления пяточного сухожилия
	Д. Остеофит в области таранно-пяточного сустава
	Е. Типичную посттравматическую деформацию пяточной кости после перелома типа «утиный клюв»
	Болезнь Кенига – это остеохондропатия:
	А. Головки бедренной кости
	В. Полулунной кости кисти
	С. Бугристости большеберцовой кости

	Д. Позвоночника
+	Е. Суставных поверхностей
	Болезнь Легга-Кальве-Пертеса – это остеохондропатия:
+	А. Головки бедренной кости
	В. Полулунной кости кисти
	С. Бугристости большеберцовой кости
	Д. Позвоночника
	Е. Суставных поверхностей
	Болезнь Осгуда-Шляттера – это остеохондропатия:
	А. Головки бедренной кости
	В. Полулунной кости кисти
+	С. Бугристости большеберцовой кости
	Д. Позвоночника
	Е. Суставных поверхностей
	Болезнь Кинбека – это остеохондропатия:
	А. Головки бедренной кости
+	В. Полулунной кости кисти
	С. Бугристости большеберцовой кости
	Д. Позвоночника
	Е. Суставных поверхностей
	Болезнь Шойермана-Мау – это остеохондропатия:
	А. Головки бедренной кости
	В. Полулунной кости кисти
	С. Бугристости большеберцовой кости
+	Д. Позвоночника
	Е. Суставных поверхностей
	Болезнь Осгуда-Шляттера часто сочетается с остеохондропатией:
+	А. Позвоночника
	В. Головок бедренных костей
	С. Таранной кости (болезнь Галунга-Севера)
	Д. Ладьевидной кости стопы (болезнь Келлера-I)
	Е. Головок плюсневых костей (болезнь Келлера-II)
	В ранней (дорентгенологической) стадии диагноз остеохондропатии можно поставить с помощью:
	А. Компьютерной или манитно-резонансной томографии (КТ или МРТ)
	В. Денситометрии
	С. Ультразвукового исследования (УЗИ)
+	Д. Только варианты А и В
	Е. Варианты А,В и С
	На какой стадии патологического процесса впервые можно визуализировать зону остеохондропатии на рентгенограммах?
	А. Фрагментации
	В. Репарации
+	С. Склероза
	Д. Асептического некроза
	Е. Вторичных изменений
	Для болезни Шойермана-Мау характерными рентгенологическими признаками являются:
	А. Кифотическая деформация позвоночника
	В. Нарушения в зоне апофизов тел позвонков
	С. Клиновидная деформация тел позвонков
	Д. Только варианты А и В
+	Е. Варианты А,В и С
	Линзовидная деформация позвонков («рыбьи позвонки») характерна для:
+	А. Дисгормональной спондилопатии
	В. Болезни Форестье
	С. Болезни Бехтерева
	Д. Спондилоартроза

	E. Спондилеза
	Непосредственной причиной развития остеохондропатий является:
	A. Травма
+	B. Нарушение кровоснабжения
	C. Нарушение иннервации
	Д. Системное нарушение минерального обмена
	E. Хроническая инфекция
	Какие локализации из перечисленных являются типичными для остеохондропатий?
	A. Апофизы костей
	B. Эпифизы трубчатых костей
	C. Диафизы трубчатых костей
+	Д. Только варианты A и B
	E. Варианты A,B и C
	«Золотой час» для пострадавшего, получившего травму, начинается с момента:
+	A. Получения травмы
	B. Начала оказания первой помощи
	C. Начала оказания первой врачебной помощи на месте происшествия
	Д. Начала транспортировки пострадавшего в стационар
	E. Начала оказания пострадавшему медицинской помощи в стационаре

Вопросы для прохождения промежуточной аттестации

вопрос	ответ
Общая травматология	
1. Схема клинического обследования пациентов с повреждениями или заболеваниями опорно-двигательной системы. Значение жалоб, анамнеза, данных осмотра, перкуссии, пальпации. Другие методы исследования.	*Последовательность: жалобы-анамнез-общий осмотр-пальпация-измерения-инструментальные исследования*
2. Особенности обследования пациента с механическими повреждениями.	Помимо общего статуса – локальный статус. Достоверные и вероятные признаки переломов
3. Алгоритм обследования пациента с острой травмой	Локальный статус: цвет кожных покровов, припухлость, боль, деформация, изменение длины сегмента, нарушение функции
4. Механизмы травмы и их значение для установления диагноза	Прямой и непрямой механизмы. Высокоэнергетическая и шокогенная травма
5. Инструментальные методы обследования пациентов с повреждениями и заболеваниями опорно-двигательной системы. Особенности проведения рентгенологического исследования	Лучевая диагностика: базовая (рентгенография в 2 проекциях), КТ – костная ткань, МРТ – мягкие ткани и хрящ
6. Определение оси и длины конечности. Их роль в обследовании пациентов.	Абсолютная (только костный сегмент) и относительная (можно судить о повреждении суставов) длина конечности
7. Клинические признаки переломов	Достоверные (только при переломе) и вероятные (могут быть вызваны другими причинами)
8. Осложнения закрытых переломов и вывихов. Их профилактика	Перфорация кожи, повреждения сосудов и нервов, ишемия дистальных отделов, несращение, инфекционные осложнения
9. Эпифизеолизы. Определение, особенности лечения	Повреждение ростковой зоны кости у детей.
10. Виды костной мозоли. Стадии костной регенерации. Ориентировочные сроки, в которые происходит сращение кости.	Эндостальная, периостальная,интермедиарная. Сращение – 4 мес, свыше 8 мес – возможен ложный сустав
11. Условия сращения переломов. Оптимальные условия для консолидации. Способы стимуляции костной регенерации	Самое главное – сохранение кровоснабжения. Кроме этого - репозиция и иммобилизация. Внутрисуставные переломы – важна точная репозиция, диафизарные переломы – допустимо небольшое смещение при восстановлении оси.

12. Способы репозиции костных отломков	Одномоментная (этапы: по длине – ширине – ротационно), постепенная на вытяжении
13. Патогенез шока, вызванного механической и термической травмой. Шокогенные повреждения.	При ожогах признаком тяжести шока является олигурия, а при травмах – гипотония и индекс Альговера
14. Признаки и критерии оценки степени тяжести шока; определение прогноза.	Артериальное давление, шоковый индекс, симптом пятна, РКГТ, диурез,
15. Первичные и вторичные легочные поражения в развитии респираторного дистресс-синдрома	Первичные – непосредственно разрушается сурфактантный слой, вторичные – он не возобновляется
16. Принципы противошоковой терапии. Объем и характер противошоковых мероприятий в догоспитальном и госпитальном периодах при оказании медицинской помощи пострадавшим	Комплекс: остановка кровотечения – обезболивание – иммобилизация – компенсация гиповолемии. В госпитальном периоде – в том числе гемотрансфузии, окончательная остановка всех видов кровотечения, лечебная иммобилизация, лечебный наркоз при необходимости.
17. Отличия шока, вызванного механической травмой, от шока, вызванного термическим ожогом (клинические проявления, оценка степени тяжести, особенности противошоковой терапии)	При ожогах признаком тяжести шока является олигурия, а при травмах – гипотония и индекс Альговера. Тяжесть ожогового шока по прогностическому индексу (догоспитальный период) и индексу Франка (госпитальный)
18. Возможности выполнения обезболивания при оказании экстренной помощи пострадавшим с механическими и термическими поражениями в догоспитальном и госпитальном периодах.	Врачебная догоспитальная помощь – внутривенно анальгетики, блокады. Госпитальная – регионарная анестезия или наркоз
19. Возможности иммобилизации при оказании экстренной помощи пострадавшим с механическими и термическими поражениями в догоспитальном и госпитальном периодах.	Догоспитальный – аутоиммобилизация, транспортные шины (включая вакуумные), шейный воротник. Госпитальная – вытяжение, гипсовые повязки, остеосинтез, ортезы
20. Правила наложения транспортных шин. Типичные ошибки и осложнения, их профилактика.	Не моделировать на больном, избегать сдавления, подкладки в области костных выступов, иммобилизация всех смежных суставов.
21. Основные методы лечения закрытых переломов.	Положением, функциональное, вытяжение, гипсовая повязка, ортез, остеосинтез
22. Виды гипсовых повязок и правила их наложения. Типичные ошибки и осложнения, их профилактика.	Лонгетная, циркулярная, разрезная, мостовидная, окончатая, шарнирная, корсет, коксит, торакобрахиальная, торакокраниальная. Подкладочная.
23. Показания к оперативному лечению переломов. Преимущества и недостатки оперативного лечения.	Неудача репозиции, осложненные переломы, открытые переломы. Сокращение сроков сращения и дисфункции. Комфортность лечения
24. Приоритетные задачи при выполнении остеосинтеза и их отличия в лечении диафизарных и внутрисуставных переломов костей конечностей	Внутрисуставные – прецизионная репозиция, диафизарные – минимальная инвазивность для сохранения кровоснабжения
25. Основные типы аппаратов внеочаговой фиксации и показания к их применению.	Спицевой, стержневой. Показания – временная фиксация с последующзей конверсией в погружной остеосинтез или как самостоятельный метод. Удлинение конечностей. Метод выбора при открытых и инфицированных переломах.
26. Классификация ран. Особенности морфологии огнестрельной раны и клинического течения раневого процесса при боевых ранениях	По характеру ранения, по проникновению в полости тела или сустава, по наличию инфекции. Зоны огнестрельной раны: раневой канал – первичного некроза – молекулярного сотрясения
27. Виды хирургической обработки ран – показания, общие принципы.	Первичная, первичная повторная, вторичная. Этапы ПХО: рассечение, иссечение, реконструкция
28. Алгоритм выполнения первичной хирургической обработки ран. Особенности первичной хирургической обработки огнестрельной раны.	Этапы ПХО: рассечение, иссечение, реконструкция. Огнестрельную рану не зашивают
29. Правила выполнения первичной хирургической обработки ран и исключения из них. Показания к дренированию и виды дренажей.	Ушивать в виде исключения можно раны лица и раны при радиационном поражении. Дренирование показано практически всегда. Дренажи ленточный, трубчатый. Поэтажное дренирование
30. Повторная и вторичная хирургическая обработка ран.	Повторная – до развития раневой инфекции. Вторичная – с иссечением грануляций

31. Виды швов, накладываемых после хирургической обработки раны. Показания к их наложению и примерные сроки.	Первичные, первичные отсроченные, провизорные, вторичные, наводящие
32. Местные и общие осложнения раневого процесса. Клинические проявления инфекционных раневых осложнений. Особенности проявлений анаэробной инфекции.	Отек и компартмент-синдром, раневая инфекция, в т.ч. анраэробная, сепсис. Для анаэробной инфекции не характерны классические 5 признаков воспаления.
33. Местные и общие осложнения раневого процесса. Клинические проявления инфекционных раневых осложнений. Особенности проявлений и профилактика столбняка.	Отек и компартмент-синдром, раневая инфекция, в т.ч. анраэробная, сепсис. Столбняк: тризм,
34. Повреждения периферических нервов и туннельные невропатии – ранняя диагностика, принципы лечения.	Невропатии локтевого, лучевого,срединного, малоберцового, седалищного, большеберцового, запирательного нервов
35. Признаки и классификация открытых переломов. Особенности лечебной тактики.	Классификации Каплана-Марковой, АО. Достоверные признаки. Метод выбора фиксации – чрескостный остеосинтез
36. Травматическая болезнь – определение, причины и классификация.	Периоды: острый, развернутой клинической картины (катаболическая и анаболическая фазы), реабилитации
37. Посттравматический остеомиелит – причины, этапы течения, принципы лечения.	Остеомиелит медуллярный, поверхностный, локальный, диффузный. Острая и хроническая стадии.
38. Виды нарушений консолидации переломов. Причины, признаки, принципы лечения.	Замедленная консолидация (сращение еще возможно) и ложный сустав (костномозговой канал закрыт)
39. Замедленная консолидация перелома. Ложные суставы. Факторы, способствующие их возникновению, клинические, морфологические и рентгенологические признаки. Общие принципы лечения.	Причины: характер повреждения, интерпозиция, раневая инфекция, неправильное лечение, сопутствующая патология. Признак псевдартроза - закрытый костномозговой канал.
40. Вывихи в суставах конечностей – классификация, клинические признаки, алгоритм лечения.	Полный и неполный. Осложненный. Переломовывих. Клинический признак – пружинящее сопротивление. Вправление вывихов крупных суставов под наркозом.
41. Варианты классификации переломов (по локализации, типу, характеру смещения, механизму и др.). Универсальная классификация переломов.	Тип-группа-подгруппа (по АО) Открытый-закрытый. Косой-поперечный-оскольчатый-винтообразный-краевой-отрывной
Частная травматология	
1. Патогенез синдрома длительного сдавления – стадии, клинические признаки.	Ранняя (гипотония) – промежуточная (почечная недостаточность) - реконвалесценции
2. Определение жизнеспособности конечности при ишемическом поражении и степени тяжести синдрома длительного сдавления в догоспитальном периоде.	Движения и чувствительность в суставах конечности – компенсированная-декомпенсированная и необратимая ишемия
3. Способы детоксикационной терапии при ишемических поражениях мягких тканей и показания к их применению.	Гемодилюция и форсированный диурез, гемодиализ, гемосорбция, плазмаферез
4. Виды экстренных оперативных вмешательств при синдроме длительного сдавления – показания и противопоказания.	Ампутация при нежизнеспособной конечности. Фасциотомия при компертмент-синдроме.
5. Оказание медицинской помощи пострадавшим с синдромом длительного сдавления конечностей в догоспитальном периоде (перечень и характер выполняемых действий).	Извлечение из завала с предварительный наложением жгута, иммобилизация, анальгетики, локальная гипотермия, инфузионная терапия, паранефральная и футлярная блокады.
6. Повреждения мышц конечностей – типичные локализации, их диагностика, оказание экстренной помощи и принципы лечения.	Четырехглавой мышцы бедра – двуглавой мышцы плеча – задней группы мышц голени. Мышечная грыжа.
7. Повреждения разгибательного аппарата коленного сустава – локализации, диагностика, оказание экстренной помощи и принципы лечения.	Повреждения сухожильного растяжения четырехглавой мышцы, сваязки надколенника, перелом надколенника. Иммобилизация со стопой.

8. Повреждения ахиллова сухожилия – варианты повреждений, диагностика, принципы лечения.	Полные и неполные разрывы. Типичный симптом – невозможность встать на цыпочки. Операция – перкутанный шов или пластика. Имобилизация в положении флексии стопы.
9. Повреждения сухожилий двуглавой мышцы плеча – локализации, диагностика, принципы лечения.	Чаще всего – длинной головки. Характерное выбухание. Операция – подшивание к кости
10. Повреждения сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев кисти –диагностика, принципы лечения.	Отличие деформаций и нарушений функции в зависимости от локализации разрыва
11. Вывихи ключицы – типичные механизмы, диагностика, принципы лечения.	Акромиального конца ключицы – симптом клавиши. Грудинного конца (пред- и загрудинный)
12. Вывихи плеча – типичные механизмы, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, способы вправления, оказание экстренной помощи и принципы лечения.	Передние, нижние и задние вывихи. Вправление по Кохеру, Моту, Чаклину, Джанелидзе
13. Вывихи костей предплечья – типичные механизмы, классификация, диагностика, оказание экстренной помощи и принципы лечения	Передние и задние вывихи. Деформация. Вправление под наркозом с рентгенологическим контролем
14. Вывихи бедра – типичные механизмы, классификация, диагностика, способы вправления, оказание экстренной помощи и принципы лечения	Задневерхний, заднениижний, передневерхний, переднениижний. Вправление только под наркозом по Кохеру, Джанелидзе
15. Вывих голени – типичные механизмы, возможные осложнения, диагностика, оказание экстренной помощи и принципы лечения	Высокоэнергетическая травма. Опасность повреждения подколенной артерии. Вправление под наркозом
16. Вывихи в суставах стопы – типичные локализации, диагностика, принципы лечения.	В суставах Шопара, Лисфранка, фаланг пальцев.
17. Переломы ключицы – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, принципы лечения. Виды иммобилизирующих повязок.	Диафиза, акромиального конца. Диагноз пальпаторно и рентгенологически. Повязки Дельбе, 8-образная, рамка Чижина, шина Кузьминского. Лучше – операция.
18. Неосложненные переломы ребер – диагностика, способы обезболивания, профилактика осложнений.	Боль, затруднение дыхания. Паравертебральная блокада или блокада места перелома. Ранние дыхательные упражнения.
19. Классификация повреждений грудной клетки. Изменения механизма дыхания при нарушении ее каркасности.	Переломы: изолированные, множественные, двусторонние, флотирующие. Осложненные и неосложненные.
20. Осложненная травма грудной клетки. Гемоторакс – классификация, диагностика в догоспитальном и госпитальном периодах, оказание экстренной помощи.	Большой, средний и малый гемоторакс. Открытый, закрытый, клапанный пневмоторакс. Кровохарканье – признак повреждения легкого
21. Напряженный пневмоторакс – классификация, механизм нарушений дыхания, диагностика, оказание экстренной помощи.	Массивная подкожная эмфизема – признак напряженного пневмоторакса. Клапан в грудной стенке и внутренний. Пункция и дренирование плевральной полости во 2 межреберьи. Перчаточный дренаж и аспиратор
22. Открытый и закрытый пневмотораксы – диагностика, механизмы нарушений дыхания, диагностика, оказание экстренной помощи	Окклюзионная повязка при открытом пневмотораксе, пункция плевральной полости при закрытом
23. Проникающие ранения грудной клетки – диагностика и догоспитальном и госпитальном периодах, оказание экстренной помощи.	Дифференциальная диагностика гемо- и пневмоторакса. Притупление перкуторного звука или тимпанит. Пункция плевральной полости на разных уровнях
24. Закрытые повреждения грудной клетки с нарушением ее каркасности – диагностика, способы восстановления нарушений механизма дыхания, оказание экстренной помощи.	Флотирующие переломы. Восстановление каркасности – шинирование, вытяжение, остеосинтез. Временное восстановление дыхания – ИВЛ,
25. Показания и варианты пункции или дренирования грудной клетки при повреждениях груди	Пневмоторакс – 2 межреберье, гемоторакс – 7 межреберье. Дренажи – автоматический аспиратор, перчаточный дренаж, банка Боброва.

26. Показания к торакотомии при оказании экстренной помощи пострадавшим с ранениями и закрытыми повреждениями груди.	Показания – только продолжающееся кровотечение. Пневмоторакс – дренирование. Торакопластика - только ПХО раны с восстановлением герметичности.
27. Переломы грудины – типичный механизм, алгоритм обследования, симптоматика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечение, возможные осложнения.	Механизм – удар. Осложнения – ушиб сердца, в диагностическом протоколе – ЭКГ.
28. Повреждения лопатки – классификация, диагностика, лечение.	Классификация по локализации. Переломы тела или угла лопатки – лечение на отводящей шине. Внутрисуставные переломы – остеосинтез или эндопротезирование
29. Переломы проксимального отдела плечевой кости – классификация, диагностика, возможные осложнения, оказание помощи в догоспитальном периоде, принципы лечения, особенности лечебной тактики у пожилых.	Анатомическая и хирургическая шейка плеча. Абдукционные, аддукционные и вколоченные переломы. Функциональное лечение у отягощенных пациентов. У остальных - остеосинтез
30. Переломы диафиза плечевой кости – диагностика, возможные осложнения, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечение	Перелом на границе верхней и средней трети – возможно повреждение лучевого нерва. Висячая повязка, торакобрахиальная повязка, остеосинтез
31. Переломы дистального метаэпифиза плечевой кости – классификация, способы клинической диагностики, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика.	Нарушение треугольника Гютера и линии Маркса. Внутрисуставные переломы – точная репозиция и остеосинтез
32. Переломы и переломовывихи костей предплечья – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечение	Обеих костей или изолированные. Переломовывихи Монтеджи и Галеацци. Лечение оперативное (остеосинтез)
33. Переломы локтевого отростка – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечение.	Перелом с расхождением костных отломков. Операция срочная. Стабилдьный остеосинтез (как вариант – по Веберу) с ранней разработкой движений.
34. Переломы головки и шейки лучевой кости – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечение	Практически не репонируются. Лечение оперативное. Признак – болезненная ротация предплечья.
35. Переломы дистальных метаэпифизов костей предплечья – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечение	Штыкообразная деформация. Репозиция путем тракции с наложением гипса или с помощью аппарата чрескостной фиксации. Оскольчатые и внутрисуставные переломы - операция
36. Переломы костей запястья и кисти – механизмы, клинические признаки, возможные осложнения.	Наиболее характерно – перелом ладьевидной кости – опасность асептического некроза. Нужна точная репозиция, для чего при наличии смещения – операция. Переломы основания 1 пястной кости – Беннета и Роланда.
37. Переломы проксимального отдела бедренной кости – классификация, анатомические особенности, клиническая диагностика	Внутрисуставные (нет надкостницы, срастаются редко) и внесуставные (есть надкостница, срастаются хорошо). Линия Шумахера, относительное укорочение конечности, симптом прилипшей пятки
38. Медиальные переломы проксимального отдела бедренной кости – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, выбор и обоснование лечебной тактики, вероятные исходы.	Базальные, трансцервикальные и субкапитальные. Варусные и вальгусные. Лечение – остеосинтез или эндопротезирование в ранние сроки. Без операции – практически не срастаются
39. Латеральные переломы проксимального отдела бедренной кости – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, выбор и обоснование лечебной тактики.	Чрезвертельные и межвертельные, Метод выбора – остеосинтез с ранней вертикализацией.
40. Функциональное лечение переломов проксимального отдела бедренной кости – показания, лечебные мероприятия, вероятные исходы.	Ранняя вертикализация, дозированная нагрузка. Исход – укорочение конечности с ограниченной опорностью.
41. Переломы диафиза бедренной кости – диагностика, оказание помощи в	Шокогенная травма. Иммобилизация до подмышейной области с захватом всех суставов конечности. Идеально – вакуумный матрас. Лечение - остеосинтез

догоспитальном периоде, возможные осложнения, методы лечения.	
42. Повреждения капсульно-связочного аппарата коленного сустава – клиническая и инструментальная диагностика, принципы лечения.	Повреждения менисков, боковых и крестообразных связок. Лучевая диагностика – МРТ. Лечение внутрисуставных повреждений – артроскопия, боковых связок – перкутанный или открытый шов или иммобилизация в положении гиперкоррекции. Симптомы выдвижных ящиков, Лахмана
43. Гемартроз коленного сустава – причины, клинические признаки, дифференциальная диагностика гидрартроза, лечебная тактика.	Причины – внутрисуставные повреждения. Диагностика включает МРТ. Капли жира в пунктате сустава – могут быть признаком перелома. Для определения примеси синовиальной жидкости в пунктате – тест пятна.
44. Повреждения менисков коленного сустава – клинические признаки (симптомы), лечебная тактика.	Симптомы Байкова, лестницы, турецкой посадки, ладони и др. Точная диагностика – МРТ. Лечение – артроскопия.
45. «Блок» коленного сустава – возможные причины и лечебная тактика.	Болевой или механический. Фрагменты мениска и суставного хряща, хондромные тела могут вызвать блок. Надлежит срочно устранить – артроскопия.
46. Перелом надколенника; повреждение связки надколенника – диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика. Показания к оперативному лечению	Отсутствие активного разгибания голени, локальная болезненность, отломки надколенника пальпируются. Иммобилизация со стопой. Лечение – операция. Шов связки надколенника - перкутанно
47. Внутрисуставные переломы мыщелков бедренной и большеберцовой костей. Классификация, особенности диагностики, принципы лечения.	В пунктате гемартроза – капли жира. Максимально ранняя прецизионная репозиция, стабильная фиксация и раннее начало движений.
48. Внесуставные переломы обеих костей голени – механизмы повреждений, классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, варианты лечебной тактики, их достоинства и недостатки.	Скручивающие механизмы приводят к переломам костей на разных уровнях. Осложнение – перфорация кожи. Лечение – остеосинтез. В ожидании операции – вытяжение.
49. Внесуставные изолированные переломы костей голени – механизмы повреждений, классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, варианты лечебной тактики.	Изолированный перелом м/б кости – опорность сохраняется; б/б кости - репозиция затруднена. Лечение – метод выбора – операция.
50. Переломы лодыжек – классификация. Комбинация повреждений, при которых может произойти вывих или подвывих стопы.	Завершенные и незавершенные переломы Дюпюитрена. Варусные и вальгусные переломы. Переломы типа Десто. Под-, чрез- и надсиндесмозные переломы.
51. Переломы лодыжек – классификация, диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика	Завершенные и незавершенные переломы Дюпюитрена. Варусные и вальгусные переломы. Переломы типа Десто. Под-, чрез- и надсиндесмозные переломы. Лечение – операция, при значительном отеке вначале вытяжение.
52. Переломы лодыжек с подвывихом стопы кпереди или кзади – особенности диагностики и лечения.	Тройное вытяжение по Каплану или остеосинтез (что предпочтительнее)
53. Переломы таранной и пяточной костей – механизмы, клинические признаки, диагностика, принципы лечения, возможные осложнения.	Переломы таранной кости – опасность асептических некрозов. Переломы пяточной кости – опасность формирования плоскостопия и деформации стопы с нарушением ходьбы. Для обеих костей нужно восстановить анатомию.
54. Переломы костей таза – классификация, механизм повреждений.	С нарушением и без нарушений целости тазового кольца. Со смещением и без смещения. По механизму – «открытая!» и «закрытая» книга
55. Переломы костей таза без нарушения непрерывности тазового кольца – клиническая диагностика, оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика	Отрыв остей, перелом седалищного бугра, крыла подвздошной кости, нижних отделов крестца. Иммобилизация положением, ограничение нагрузки. Осложнений, как правило, не бывает.
56. Переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца – оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика	Шокогенная травма. Переломы типа Мальгеня. Иммобилизация на щите, идеально – вакуумный матрас. Блокада по Школьникову. Лечение – положение Волковича, репонирующий гамак или (при наличии смещения) – остеосинтез в ранние сроки.
57. Переломы вертлужной впадины – оказание помощи в догоспитальном периоде, лечебная тактика	Механизм – удар в область большого вертела. Транспортировка на щите. Диагностика – КТ обязательно. При отсутствии смещения – разгрузочное вытяжение.

58. Нарушения мочеиспускания как осложнение травмы таза – варианты нарушений, диагностика, особенности лечебной тактики.	Повреждения мочевого пузыря (вне- и внутрибрюшинные) или уретры. Диагностика – катетерная проба, уретрография, цистография или цистоскопия.
59. Типичные переломы, характерные для детей, особенности диагностики и лечения переломов в детском возрасте.	«Зеленая ветка» - перелом с сохраненной надкостницей. Срастаются хорошо, небольшие деформации нивелируются с ростом. Чаще всего– консервативное лечение. При остеосинтезе – учитывать зоны роста.
60. Повреждения позвоночника. Механизмы травмы, классификация. Возможные осложнения и исходы. Определение стабильных и нестабильных переломов.	Чаще непрямой механизм. Осложнения – повреждение или сдавление спинного мозга и корешков. Нестабильный перелом – смещение, многооскольчатый или компрессия более 1/3 высоты тела позвонка.
61. Диагностика стабильных и нестабильных повреждений позвоночника в стационаре; способы лечения	Диагностика рентгенологическая, при сомнениях – КТ или МРТ. Лечение: метод выбора – транспедикулярная фиксация. Консервативное лечение применяют редко (корсеты, ортезы)
62. Предположительный диагноз перелома позвонков, оказание помощи и транспортировка пострадавших в догоспитальном периоде.	Боли при пальпации остистых отростков, неравномерность межостистых промежутков. Симптом нагрузки в положении лежа. Транспортировка только лежа на щите.
63. Осложненные повреждения позвоночника – диагностика, принципы лечения. Клинические проявления осложненной травмы позвоночника в различные периоды травматической болезни спинного мозга.	Периферический неврологический дефицит вплоть до полного отсутствия иннервации. Расстройства мочеиспускания. Опасность развития пролежней, восходящей уроинфекции – важна профилактика
64. Типичные осложнения у пациентов с повреждением спинного мозга, их профилактика.	Пролежни (противопролежневый матрас), уроинфекция, контрактуры, гетеротопическая оссификация, мышечная гипотрофия.
65. Черепно-мозговая травма – классификация, диагностические возможности для определения степени тяжести в догоспитальном периоде и в стационаре.	Легкая и тяжелая ЧМТ. Ушиб и сотрясение головного мозга. Расстройства сознания – ступор, сопор, кома. Переломы основания черепа – симптом «очков». Вдавленные переоломы.
66. Классификация и особенности проявлений внутричерепных гематом.	Эпи- и субдуральная, внутримозговая гематома. «Светлый промежуток» при внутричерепной гематоме.
67. Методы обследования пострадавших с травмой головы. Клинические признаки сдавления головного мозга.	ЭЭГ, КТ, анизорефлексия, анизокория, ретроградная амнезия, нарушения сознания. Характерны брадикардия и нормотония.
68. Классификация, степени тяжести комы при черепно-мозговой травме. Способы профилактики асфиксии при утрате сознания.	Кома I-II-III степени ьтяжести. Отличие от сопора. Профилактика асфиксии – положение на боку – выдвигание нижней челюсти – запрокидывание головы (прием Сафара) -- воздуховод
69. Классификация политравмы. Синдром взаимного отягощения.	Множественные, сочетанные, комбинированные повреждения. Каждое дополнительное повреждение отягощает предыдущее. Доминирующее повреждение
70. Алгоритм обследования пострадавших с политравмой. Факторы, отягощающие общее состояние пострадавшего при политравме	Последовательность: голова-грудь-живот-таз-конечности. КТ или УЗИ груди, живота, КТ головы. Определение доминирующего повреждения.
71. Показания к экстренным операциям при политравме.	При шоке – по жизненным показаниям. Тактика «damage control»
72. Классификация, определение глубины и площади термических ожогов.	I-IV степени. Правило девяток, правило ладони. Прогностический индекс, индекс Франка.
73. Ожоговая болезнь – периоды, их клинические проявления.	Шок-олигурия, токсемия-полиурия гипертермия, интоксикация-инфекционные осложнения, реконвалесценция.
74. Оценка тяжести ожогового шока и степени тяжести ожогового поражения в догоспитальном периоде и в стационаре	Ожоговое поражение – по правилу сотни и индексу Франка, тяжесть шока – прежде всего по гемоконцентрации и олигурии
75. Особенности местного лечения ожоговых ран в догоспитальном периоде и в стационаре	Контурные повязки, мазевые не накладывать. В стационаре - хирургическая обработка ран (не раньше!), кожная пластика в разных вариантах
76. Классификация холодовой травмы, характеристика видов холодовых поражений.	Отморожение и общее охлаждение. Периоды скрытый и реактивный

77. Классификация отморожений, способы диагностики поверхностных и глубоких поражений	I-IV степени. Траншейная стопа – поражение IV степени. Скрытый и реактивный периоды
78. Определение степени тяжести состояния, оказание помощи пострадавшим с переохлаждением в догоспитальном периоде и в стационаре. Правила согревания пострадавшего.	Степени: адинамическая, ступорозная, судорожная. Согревание – не более, чем на 2 градуса выше реальной температуры пострадавшего
Ортопедия	
1. Особенности обследования пациентов ортопедического профиля	Важность анамнеза, наследственности, динамики заболевания, эффекта проводимого лечения. Сравнительная оценка симметричных сегментов. Диагноз: предварительный, клинический, окончательный
2. Посттравматическая нестабильность плечевого сустава – причины, диагностика, принципы лечения.	Повреждения ротаторной манжеты. Привычные вывихи плеча. Повреждения Хилла-Сакса. Повреждения гленоида. Малоинвазивные методики лечения – артроскопия.
3. Контрактура Дюпюитрена – этиология, диагностика, лечение.	Заболевание соединительной ткани. Роль наследственности. Лечение - оперативное
4. Применение компрессионно-дистракционных аппаратов в ортопедии	Временная фиксация переломов с конверсией на погружные фиксаторы. Самостоятельный метод лечения до сращения перелома. Транспортные модули аппаратов. Удлинение конечностей.
5. Контрактуры и анкилозы – классификация, причины, признаки, принципы лечения.	Десмо-, мио-, тендо- и артрогенная контрактуры Фиброзный и костный анкилозы. Лечебная физкультура, ФТЛ и хирургическая мобилизация. Эндопротезирование.
6. Причины минерального дисбаланса костной ткани. Патологические и сенильные переломы. Диагностика, пути профилактики и коррекции остеопороза.	Остеопении и остеопороз. Локализация остеопоротических переломов – дистальный метаэпифиз лучевой кости, шейка бедра, шейка плеча, позвоночник.
7. Остеопороз – классификация, клинические и рентгенологические проявления. Определение минеральной плотности кости.	Первичный (постменопаузальный, сенильный, ювенильный, идиопатический) и вторичный (эндокринная система, ревматические заболевания, генетиченски обусловленный и др.). T- и Z-критерий в оценке остеопении. Денситометрия.
8. Врождённый вывих бедра – этиология, патогенез, отдаленные ортопедические последствия, их профилактика.	Это дисплазия вертлужной впадины, которая впоследствии приводит к тяжелому остеоартрозу, укорочению конечности, деформациям.
9. Консервативное лечение при врожденном вывихе бедра.	Разведение ног с первых дней жизни – широкое пеленание, специальные устройства, гипсовые повязки
10. Клиническая и рентгенологическая диагностика врожденного вывиха бедра.	С-м соскальзывания, асимметричность кожных складок, ограничение отведения, укорочение конечности. Симптом Тренделенбурга. Лучевая диагностика на основе схемы Хилдьденрейтера
11. Врожденная косолапость – клинико-рентгенологическая диагностика, принципы лечения.	Эквино-варусная деформация и аддукция стопы. На рентгенограмме – расчет специальных углов. Мягкое бинтование, этапные гипсовые повязки, операция.
12. Врожденная мышечная кривошея – диагностика и принципы лечения	Врожденный порок развития грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Лечение – ЛФК или операция
13. Остеоартроз – этиология, патогенез, патоморфологические изменения.	Дегенеративно-дистрофическоре заболевание. Начинается с поражения суставного хряща и субхондральной кости. ОА делят на первичный и вторичный (в т.ч. – посттравматический)
14. Клинико-рентгенологическая диагностика, классификация остеоартроза крупных суставов	Признаки: сужение суставной щели, склероз субхондральной кости, остеофиты, кисты в субхондральной зоне. Классификация по Косинской, Келлгрену, ICRS (артроскопическая)
15. Основные направления консервативного лечения остеоартрозов, принципы медикаментозной терапии	НПВС, хондропротекторы, гиалуроновая кислота и PRP внутрисуставно, охранительный режим. Операции: абразивная хондропластика, мозаичная хондропластика, стимуляция хондрогенеза методами регенеративной медицины, обработкой лазером.
16. Показания и варианты оперативного лечения остеоартрозов суставов конечностей	Хондропластика, корригирующая остеотомия, эндопротезирование

17. Эндопротезирование тазобедренного сустава при его заболеваниях и повреждениях – показания, типы эндопротезов	Тотальный и однополюсной. Тотальный с цементной и бесцементной фиксацией. Показания – асептический некроз головки бедра, тяжелые переломы вертлужной впадины, ОА III-IV ст.
18. Эндопротезирование коленного сустава при его заболеваниях и повреждениях – показания, типы эндопротезов	Тотальный и одномыщелковый протезы. Показания – ОА III-IVст.
19. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева) – этиопатогенез, классификация, диагностика, принципы лечения.	Наследственные, инфекционные факторы. Аутоиммунная патология. Клиника – боли, сгорбленность (Поза просителя), На рентгенограммах - синдесмофиты («бамбуковая палка»), симптом «квадратизации» позвонков.
20. Остеохондропатии – этиология и патогенез.	Это – асептические некрозы. Стадии – дорентгенологическая-склероза-фрагментации-вторичных изменений. Болезнь Шойермана-Мау, Пертеса, Осгуда-Шляттера, Кенига
21. Ревматоидный артрит – этиопатогенез, наиболее часто поражаемые суставы, их типичные деформации.	Первично-патология синовиальной оболочки. Критерии РА. Типичные деформации – суставы кисти (плавник моржа, пуговичная петля, шея лебедя)
22. Общие принципы системного и локального лечения ревматоидного артрита. Возможности консервативного и оперативного ортопедического лечения.	терапия – НПВС, метатрексат, гормонотерапия, генно-инженерные препараты. Локальная гормонотерапия внутрисуставно, синовэктомия (химическая и хирургическая)
23. Остеохондропатии – этиопатогенез. Стадии развития патологических изменений и их проявления.	Это – асептические некрозы. Стадии – дорентгенологическая-склероза-фрагментации-вторичных изменений.
24. Остеохондропатии – этиопатогенез. Остеохондропатия головки бедренной кости (болезнь Легга-Кальве-Пертеса) – диагностика, принципы лечения.	Головка бедренной кости – асептический некроз, деформация, укорочение конечности. Диагностика – КТ, МРТ
25. Остеохондропатии – этиопатогенез. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости (болезнь Осгуд-Шляттера) – диагностика, принципы лечения.	Мальчики 14-16 лет. Бугристость большеберцовой кости – незаращение зоны роста. Часто с возрастом симптомы исчезают
26. Остеохондропатии – этиопатогенез. Остеохондропатия позвонков (болезнь Шойермана-Мау) – диагностика, принципы лечения.	Юношеский кифоз – апофизы позвонков, чаще грудных. Фазы – начальная (латентная), клинческих проявлений (прогрессирует кифоз), завершающая (стойкая деформация). Лечение - ЛФК
27. Спондилолистез – стадии, клинико-рентгенологическая картина, принципы лечения.	«Соскальзывание» тела позвонка вместе с вышележащим отделом позвоночника. Степени I-IV измеряют в % к ширине. В основе – дефект дужки. Лечение в основном оперативное паллиативное (исправление дефекта дужки) и радикальное (спондилодез)
28. Пороки осанки – причины, классификация, проявления, отличие от сколиотической болезни.	Часто – общесоматическая патология. Спина – сутулая, круглая, плоская, кифоз, асимметричная. Отличие от сколиотической болезни – нет торсии позвонков.
29. Сколиотическая болезнь – патогенез, классификация, диагностика, прогноз. Дифференциальная диагностика с пороками осанки. Принципы консервативного лечения.	Врожденный, приобретенный, идиопатический. Максимум прогрессирования – пубертатный период. Признаки: ротация, торсия, неустранимость деформации. Определение дуг искривления и степени тяжести по Чаклину. Тест Риссера – окостенение апофизов гребня подвздошной кости
30. Остеохондроз позвоночника – этиология, патогенез, морфологические изменения.	Полиэтиологичное заболевание. Дегенерация межпозвонкового диска с его протрузией, экструзией, секвестрацией.
31. Остеохондроз шейного отдела позвоночника – диагностика, принципы лечения	Цервикальная дискалгия, симптом передней лестничной мышцы, «замороженного» плеча, позвоночной артерии, псевдокардиальные боли.
32. Остеохондроз грудного отдела позвоночника – диагностика, принципы лечения	Диагностика – межреберная невралгия, межлопаточная симпаталгия, вазомоторные нарушения, висцеральный синдром (псевдокардиальный, гастралгия), рентгенологически – склероз замыкательных пластинок, остеофиты, снижение высоты дисков, сгла. Лечение – разгрузка (режим, бандаж) НПВС, миорелаксанты, ФТЛ, мануальная терапия, кинезиотерапия. блокады

33. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника – диагностика, принципы лечения	Диагностика – люмбалгии, люмбоишиалгии. Анталгическая поза, нарушения чувствительности, симптомы натяжения (Ласега, Бехтерева), вегетативные расстройства. Рентгенологически – склероз замыкательных пластинок, остеофиты, снижение высоты дисков, сглаженность лордоза. Лечение – разгрузка (режим, бандаж) НПВС, миорелаксанты, ФТЛ, мануальная терапия, кинезиотерапия. блокады
34. Причины и дифференциальная диагностика вертеброгенных болевых синдромов	Мышечно-тонические, нейрососудистые, нейродистрофические
35. Комплексное консервативное лечение остеохондроза различной локализации.	Восстановление мышечного тонуса, разгрузка, ФТЛ, массаж, мануальная терапия по показаниям, блокады, криотерапия
36. Вялые и спастические параличи – причины, клинические проявления, ортопедическое лечение	Спастические параличи: Церебрального (врожденные, родовые, послеродовые) и спинномозгового (посттравматические) происхождения. Лепчение – дегидратация, церебролизин. Хирургическое лечение спастических контрактур конечностей на костях, мышцах, связках, периферических нервах. Вялые параличи – после полиомиелита. Мышечные атрофии. Лечение – коррекция ортопедических деформаций.
37. Плоскостопие – классификация, диагностика, профилактика, лечение	Продольное, поперечное и комбинированное. I-III степени. Диагностика – плантография (степени плоскостопия), подометрия. Подометрический индекс. Измерение высоты и угла продольного свода стопы.
38. Вальгусное отклонение I пальца стопы. Степени деформации, сопутствующая патология. Диагностика, консервативное лечение, показания к оперативному лечению.	На фоне поперечного плоскостопия. Лечение – супинаторы, стельки, прокладки между пальцами. Хирургичеакое лечение паллиативное – операция типа Шеде. Радикальное – с остеотомией и коррекцией поперечного свода стопы

Ситуационные задачи для прохождения промежуточной аттестации

1. **Задача.** Мужчина 42 лет, строитель – упал с 3 этажа строящегося дома. Лежит на спине, сознание отсутствует. Пульс 52 в минуту, АД 140/80 мм рт.ст. При осмотре – угловая деформация правой голени с раной в области деформации 0,5х0,5 см и расширение зрачка справа. *Сформулируйте предположительный диагноз. Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде. Какое дополнительное обследование следует провести в приемном отделении стационара? Укажите возможную лечебную тактику в стационаре.*	Сочетанная травма. Черепно-мозговая травма, открытый перелом костей голени. Иммобилизация голени (транспортные шины по задней и боковым поверхностям до верхней трети бедра со стопой, транспортировка на боку. В стационаре – рентгенография голени, КТ головного мозга. Доминирует ЧМТ. Возможна трепанация черепа по поводу внутричерепной гематомы. В таком случае – временная гипсовая иммобилизация голени.
2. **Задача.** Мужчина 23 лет попал под поезд и получил отрыв нижней конечности на уровне средней трети правого бедра. Заторможен, сознание спутанное. Пульс 120 в минуту, АД 90/50 мм рт.ст. Бедро в средней трети представляет собой «месиво» из разрушенных мышц с массой инородных тел (гравий, мазут). Отмечается скудное венозное кровотечение. *Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, в процессе транспортировки и в приемном отделении стационара.*	Травматический отрыв правого бедра, декомпенсированный обратимый шок. Временная остановка наружного кровотечения (жгут максимально близко к ране), футлярная блокада. Внутривенно – анальгетики. Пострадавший временно нетранспортабелен (шоковый индекс 1,33). Инфузионная терапия на месте. После перевода шока в компенсированный – транспортировка в стационар. Госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии. Окончательная остановка кровотечения. После стабилизации состояния – формирование культи.

3. **Задача.** Мужчина 44 лет переходил дорогу и сбит автомобилем. Без сознания. Деформация в области средней трети правого бедра. Пульс 110 в 1 мин, АД 90/60 мм рт.ст. *Сформулируйте предположительный диагноз. Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.*	Сочетанная травма. Закрытый перелом бедра. Черепно-мозговая травма. Компенсированный шок (шоковый индекс 1,2). Иммобилизация (аутоиммобилизация, шина типа Дитерихса или вакуумный матрас). Шейный воротник. Футлярная блокада. Внутривенно – анальгетики. Транспортировка в положении на боку с проведением инфузионной терапии. В стационаре – рентгенография бедра, КТ головного мозга. ПМИри отсутствии внутричерепной гематомы доминирующее повреждение – перелом бедра. Скелетное вытяжение или стержневой аппарат до стабилизации состояния, после чего – погружной остеосинтез
4. **Задача.** Женщина, 45 лет, поскользнувшись на льду, подвернула левую стопу кнутри. При попытке подняться опереться на левую ногу не смогла. При осмотре: выраженный отек, деформация в области левого голеностопного сустава, стопа вальгирована, резкая пальпаторная болезненность без четкой локализации. Кожа в области внутренней лодыжки натянута, бледного цвета. *Сформулируйте предположительный диагноз Какие мероприятия следует выполнить в догоспитальном периоде? Тактика травматолога в приемном отделении стационара.*	Переломовывих в области голеностопного сустава. Общие анальгетики. Транспортная имморбилизация (лестничные шины с трех сторон, складная картонная шина, вакуумная шина) без попыток репозиции. В стационаре – рентгенография и остеосинтез (как вариант при резко выраженном отеке – скелетное вытяжение до спадения отека с последующей операцией)
5. **Задача.** Мужчина 20 лет во время занятий спортом подвернул левую стопу кнаружи, почувствовал резкую боль в области наружной лодыжки. После травмы мог ходить, опираясь на левую ногу, превозмогая боль. В области наружной поверхности голеностопного сустава – отек, пальпаторная болезненность, подкожная гематома. *Сформулируйте предположительный диагноз, определите мероприятия по оказанию медицинской помощи в догоспитальном периоде. Укажите лечебную тактику в приемном отделении стационара.*	Закрытый перелом наружной лодыжки. Общие анальгетики, иммобилизация лестничными шинами с трех сторон или складной шиной. Транспортировка в стационар с возвышенным положением травмированной конечности. В стационаре – рентгенография и в зависимости от ее результатов – гипсовая иммобилизация или остеосинтез.
6. **Задача.** Девушка 18 лет во время занятий танцами подвернула правую стопу кнаружи. Может ходить, но нагрузка на ногу болезненна. При осмотре – отек и гематома в области верхушки наружной лодыжки, здесь же болезненность при пальпации. Супинация стопы резко болезненна. Какие повреждения голеностопного сустава возможны в данном случае *Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде и лечебную тактику в приемном отделении стационара*.	Перелом наружной лодыжки, разрыв связок. Общие анальгетики, иммобилизация лестничными шинами с трех сторон или складной шиной. Транспортировка в стационар с возвышенным положением травмированной конечности. В стационаре – рентгенография и в зависимости от ее результатов – гипсовая иммобилизация или остеосинтез.
7. **Задача.** Водитель 47 лет в результате автоаварии получил сильный прямой удар в область средней трети обеих голеней. Правая голень деформирована, ось искривлена, отмечается патологическая подвижность на границе нижней и средней трети. Ось левой голени не нарушена, однако в средней трети отмечается выраженная болезненность. *Какие повреждения можно предположить? Укажите дополнительные симптомы, которые следует проверить для уточнения диагноза. Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде. Какая*	Закрытый перелом обеих костей правой голени со смещением. Изолированный перелом левой большеберцовой кости (?). Общие анальгетики, иммобилизация лестничными шинами с трех сторон обеих голенейт (или вакуумными шинами). Транспортировка в стационар на носилках. В стационаре – рентгенография обеих голеней с захватом коленного и голеностопного суставов. Остеосинтез

тактика может быть избрана в отношении повреждения правой и левой голеней?	правой голени. Тактика относительно левой голени – после уточнения диагноза.
8. **Задача.** Военнослужащий 30 лет. В сознании. Спереди на уровне 2 межреберья по среднеключичной линии рана диаметром 0,5 см. Частота дыхания 36 в 1 мин, выдох затруднен, цианоз, распространенная подкожная эмфизема по всей левой половине груди с переходом на шею. Пульс – 120 уд/мин. *Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.*	Проникающее ранение грудной клетки. Клапанный (напряженный) пневмоторакс. Острая дыхательная недостаточность. Окклюзионная повязка на грудную стенку в области раны. Пункция плевральной полости в области 2 межреберья с эвакуацией части воздуха до улучшения дыхания (или дренирование с помощью перчаточного дренажа). Транспортировка в стационар в полусидячем положении. В стационаре – рентгенография, ПХО раны, торакопластика, дренирование плевральной полости.
9. **Задача.** Девушка 23 лет упала, катаясь на горных лыжах. Правая стопа осталась фиксированной, туловище и голень ротировались при падении кнаружи. При осмотре: боль и отек в средней и верхней трети голени; деформация, крепитация. *Сформулируйте предположительный диагноз. Определите объем помощи, которую могут оказать очевидцы падения на склоне горы и медицинской помощи прибывшей врачебной бригадой в догоспитальном периоде. Укажите наиболее вероятный вариант лечебной тактики в приемном отделении стационара.*	Перелом обеих костей голени со смещением, предположительно на разных уровнях. Общие анальгетики, транспортная иммобилизация лестничными шинами с трех сторон до верхней трети бедра с захватом стопы. Транспортировка в стационар на носилках. В стационаре – рентгенография с захватом обои смежных суставов, после подтверждения диагноза – остеосинтез.
10.**Задача.** Мужчина 35 лет. Избит неизвестными. Сознание отсутствует. На правой половине грудной клетки подкожная эмфизема. Частота дыхания – 26 в 1 мин, пульс 92 в 1 мин, АД 110/70 мм рт.ст. *Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, в процессе транспортировки и в приемном отделении стационара.*	Сочетанная травма. Травма груди с повреждением легкого. Закрытый пневмоторакс Возможна черепно-мозговая травма. Дыхательная недостаточность. Компенсированный шок. Транспортировка в стационар на левом боку с приподнятым головным концом. Инфузионная терапия по пути. В стационаре – рентгенография грудной клетки, КТ головного мозга. Дренирование грудной полости. При выявлении переломов ребер – блокада. По результатам КТ головного мозга определить тактику в отношении ЧМТ.
11.**Задача.** Мужчина 46 лет, перенося тяжелый груз по лестнице, подвернул правую голень кнаружи, почувствовал резкую боль, хруст. После этого мог встать, однако нагрузка на ногу была резко болезненна. Коленный сустав припухший, локальная болезненность в области наружной поверхности сустава. В области верхнего заворота коленного сустава определяется выпот. *Сформулируйте предположительный диагноз. Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также характер обследования и лечения и в приемном отделении стационара.*	Повреждение наружной боковой связки коленного сустава или (менее вероятно) – перелом наружного мыщелка б/б кости. Иммобилизация до верхней трети бедра со стопой с трех сторон. В стационаре – рентгенография. При отсутствии перелома – желательно МРТ. При повреждении связки – пункция сустава, шов связки. При переломе – остеосинтез.
12.**Задача.** Мужчина 42 лет, пострадавший в результате ДТП, сидел за рулем автомобиля. В сознании. Выраженная боль в области передней поверхности грудной клетки, усиливающаяся при дыхании. Дыхание поверхностное, 22 в 1 мин. *Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также характер обследования и лечения в приемном отделении стационара.*	Перелом грудины, перелом ребер. Общие анальгетики, транспортировка в стационар в полусидячем положении. В стационаре – рентгенография грудной клетки и грудины. ЭКГ обязательно. Блокады, профилактика пневмонии, динамическая рентгеноскопия.

13.**Задача.** Мужчина 28 лет, получил ножевое ранение груди в области 4 межреберья справа. Дыхание затруднено, болезненно, выраженная одышка. Пострадавший сидит, опираясь на руки. АД – 100/70 мм рт. ст. Пульс – 92 удара в 1 мин. В рану при дыхании подсасывается воздух. *Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также характер обследования и лечения в приемном отделении стационара.*	Проникающее ранение грудной клетки, открытый пневмоторакс. Окклюзионная повязка, инфузионная терапия. Транспортировка в стационар в полусидячем положении. В стационаре – рентгенография грудной клетки. ПХО раны, торакопластика, дренирование плевральной полости.
14.**Задача.** Женщина 45 лет выпрыгнула из окна 2-го этажа, приземлившись на выпрямленные ноги. Жалуется на боли в области левого коленного сустава, больше с наружной стороны. Контуры левого коленного сустава сглажены из-за отека. Пальпаторно определяется резкая болезненность в области наружного мыщелка бедра и выпот в коленном суставе. Движения в коленном суставе возможны, но ограничены из-за боли. *Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите мероприятия по оказания медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.*	Перелом наружного мыщелка большеберцовой кости. Иммобилизация от верхней трети бедра до пальцев стопы с трех сторон. Транспортировка на носилках лежа (возможна травма позвоночника). В стационаре – рентгенография коленного сустава и позвоночника. Клиническое обследование пяточных костей. Пункция коленного сустава. При выявлении перелома – решать вопрос об операции
15.**Задача.** Женщина 33 лет получила удар в область локтевого сустава. Сустав отечен, деформирован, пальпаторно выраженная болезненность и западение по наружной поверхности в проекции локтевого отростка, резкое ограничение движений. Треугольник Гютера нарушен. *Сформулируйте предположительный диагноз, Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.*	Закрытый перелом локтевого отростка со смещением. Иммобилизация до верхней трети плеча с захватом кисти. Госпитализация. В стационаре – рентгенография, остеосинтез в срочном порядке.
16.**Задача.** Мужчина 19 лет в драке получил удар палкой по области левого надплечья. Жалобы на боли в области удара, где отмечаются деформация и припухлость. Движения в левом плечевом суставе ограничены из-за болей. *Сформулируйте предположительный диагноз. Какие симптомы следует проверить для его уточнения в догоспитальном периоде? Какие ранние осложнения возможны при таком повреждении? Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.*	Перелом ключицы. Иммобилизация – 8-образная повязка. Госпитализация. В стационаре – рентгенография, остеосинтез.
17.**Задача.** Мужчина 28 лет получил травму коленного сустава около 4 месяцев назад – подвернул ногу во время игры в футбол, почувствовал резкую боль. Сразу после травмы сустав значительно опух. В тот же день обратился в травматологический пункт, где при рентгенографии не выявлено костных повреждений. Выполнена пункция сустава, эвакуировано содержимое красного цвета, после чего рекомендовано ношение ортеза в течение 3 недель и прием противовоспалительных препаратов. В настоящее время беспокоит неустойчивость и постоянные умеренные боли в правом коленном суставе, сустав периодически немного опухает, потом эта припухлость спадает на фоне приема противовоспалительных препаратов. Может внезапно наступить резкая боль, иногда отмечает при движениях болезненные щелчки в суставе. Ходит в эластичном бинте. *Сформулируйте предварительный диагноз, определите план физикального и инструментального обследования, укажите возможные варианты дальнейшего лечения.*	Повреждение передней крестообразной связки коленного сустава, возможно – повреждение менисков. Обследование: определение симптомов нестабильности сустава, симптомов повреждения менисков. МРТ для уточнения диагноза. В плановом порядке – артроскопия, санация полости сустава, пластика крестообразной связки.

18.**Задача.** На соревнованиях по борьбе у мужчины 30 лет произошло резкое «переразгибание» в коленном суставе. В результате в коленном суставе что-то хрустнуло и появились сильные боли, значительная припухлость. Пострадавший за помощью не обращался, бинтовал коленный сустав эластичным бинтом. Через 5 дней обратился в травматологический пункт, где ему выполнена рентгенография, перелом не выявлен и рекомендовано ношение ортеза в течение 3 недель. Через 1 месяц беспокоит умеренная боль, неустойчивость в левом коленном суставе при ходьбе, постоянная припухлость в области верхнего заворота коленного сустава. При осмотре – положительный симптом Лахмана. *Сформулируйте предположительный диагноз, назначьте дополнительное обследование и определите возможную лечебную тактику. Были ли допущены ошибки в течение первого месяца с момента травмы?*	Повреждение крестообразных связок коленного сустава. Обследование – МРТ. Показана операция – пластика крестообразных связок. Ошибки диагностики – не выполнена МРТ в остром периоде, вследствие чего не установлен правильный диагноз.
19.**Задача.** Женщина 44 лет, попала в автоаварию – на пассажирском сидении получила удар по передней поверхности правого коленного сустава. Выраженная боль, деформация коленного сустава, невозможность разгибания голени. По передней поверхности сустава определяется диастаз, пальпируются края костных отломков. *Сформулируйте предположительный диагноз. Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.*	Перелом надколенника. Иммобилизация с захватом стопы в положении полного разгибания голени. Госпитализация. В стационаре – остеосинтез надколенника в срочном порядке.
20.**Задача.** Пострадавший 25 лет. Обожжены передняя поверхность туловища, за исключением трех участков неправильной формы величиной приблизительно с ладонь пострадавшего каждый, передние поверхности нижних конечностей. Ожоговая поверхность представляет собой участки гиперемии с пузырями без геморрагического содержимого. *Поставьте диагноз. Определите тяжесть ожогового поражения и прогноз. Укажите объем оказания медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.*	Ожог II степени 15 % тела (18-1-1-1). Прогностический индекс 25+15= 40 – прогноз благоприятный. Защитные повязки (не мазевые!) В стационаре – вскрытие пузырей, асептические повязки.
21.**Задача.** Мужчина 30 лет, катаясь на горных лыжах, потерял равновесие и упал на правый бок. Ударился плечом о пенек. В области надплечья – припухлость, локальная болезненность. *Укажите наиболее вероятные варианты повреждений при указанном механизме травмы. Какие симптомы необходимо проверить, чтобы сформулировать предварительный диагноз? Укажите объем медицинской помощи пострадавшему в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара*	Вывих или перелом акромиального конца ключицы. Иммобилизация повязкой Дезо. Госпитализация. В стационаре – проверка симптома клавиши. Рентгенография. Лечение операцивное – остеосинтез при переломе и фиксация ключицы во вправленном положении при вывихе. Консервативное лечение фиксирующими повязками менее предпочтительно.
22.**Задача.** Пострадавший 75 лет. Обожжены передняя поверхность туловища, за исключением трех участков неправильной формы величиной приблизительно с ладонь пострадавшего каждый, передние поверхности нижних конечностей. Ожоговая поверхность представляет собой участки гиперемии с частично вскрывшимися пузырями без геморрагического содержимого. *Поставьте диагноз. Определите тяжесть ожогового поражения и прогноз. Укажите объем оказания медицинской помощи в*	Ожог II степени 33 % тела (18-3+9+9). Прогностический индекс 75+33=108 – прогноз неблагоприятный. Защитные повязки (не мазевые!). Начало инфузионной терапии. Госпитализация в отделение интенсивной терапии. В стационаре – инфузионная терапия, контроль диуреза, вскрытие пузырей, асептические повязки, антибактериальная терапия.

догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.	
23.**Задача.** Пострадавший 45 лет. Обожжены передняя поверхность туловища, за исключением трех участков неправильной формы величиной приблизительно с ладонь пострадавшего каждый, а также лицо. Пострадавший долгое время находился в закрытом помещении, охваченном пожаром. Ожоговая поверхность представляет собой участки гиперемии с пузырями без геморрагического содержимого. Пузыри частично вскрылись. *Поставьте диагноз. Определите тяжесть ожогового поражения и прогноз. Укажите объем оказания медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.*	Ожог II степени 16 % тела (18-3+1) Прогностический индекс 45+16+10 (ожог лица) = 65 Прогноз относительно благоприятный. Защитные повязки (не мазевые!) Госпитализация. Вскрытие пузырей, асептические повязки. Контроль дыхания, рентгеноскопия легких.
24.**Задача.** Пострадавший Б. 37 лет. Обожжена передняя поверхность туловища, имеется также циркулярный ожог правой голени. Ожоговая поверхность представляет собой участки гиперемии с пузырями геморрагического содержимого. *Поставьте диагноз. Определите тяжесть ожогового поражения и прогноз. Укажите объем оказания медицинской помощи в стационаре*	Ожог III ст. 27 % тела (18+9) Прогностический индекс 37+27= 64 Прогноз относительно благоприятный. Защитные повязки (не мазевые!) Госпитализация в ожоговое отделение. Индекс Франка 27х3=81 – прогноз сомнительный. Вскрытие пузырей, инфузионная, анальгетическая и антибактериальная терапия.
25.Задача. Женщина 47 лет поскользнулась на льду и упала на вытянутую правую руку с опорой на кисть. Почувствовала резкую боль и хруст в области плечевого сустава. Объективно- поддерживает руку, согнутую в плечевом суставе в положении легкого сгибания кпереди. Движения резко ограничены из-за болей. Визуально изменения контуров сустава определить затруднительно, так как женщина достаточно тучная. По сравнению с противоположной стороной в области правого плечевого сустава отмечается некоторое западение. *Предположите возможные повреждения. Укажите симптомы, которые помогут сформулировать предварительный диагноз. Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде и в стационаре.*	Вывих плеча или перелом шейки плеча (менее вероятно). Иммобилизация повязкой Дезо. Госпитализация. В стационаре – рентгенография. Вправление вывиха под наркозом или при переломе – возможен остеосинтез.
26.**Задача.** Мужчина 35 лет, спортсмен, почувствовал боль в области плечевого сустава во время сна, от чего проснулся. Плечевой сустав, с его слов, как бы «заклинило», двигать рукой не мог. Раньше такие эпизоды происходили уже несколько раз, и пациент самостоятельно устранял эту проблему с помощью надавливания в области подмышечной впадины – движения восстанавливались после щелчка. Однако в этот раз движения в суставе восстановить не удалось. *Какие особенности анамнеза, способные привести к такому состоянию, следует дополнительно выяснить у данного пациента? Укажите предположительный диагноз, объем медицинской помощи в догоспитальном периоде и лечебную тактику*	Привычный вывих плеча. Из анамнеза – вполне вероятны эпизоды вывихов плеча, при первом эпизоде возможно было травматичное вправление. После вправления под наркозом – стабилизирующая операция (открытая или артроскопия) в плановом порядке. Перед операцией – МРТ для уточнения тактики.
27.**Задача.** Девушка 19 лет жалуется на боли в плечевом суставе при поднимании и отведении руки в сторону. Травма 3 дня назад. В троллейбусе удерживалась за поручни в вертикальном положении. При резком торможении стала падать вперед, но удержалась, повиснув на руке. В травмпункте на рентгенографии костных повреждений не выявлено. Был поставлен диагноз ушиба мягких тканей плеча, специального лечения не назначено. Отведение и	Повреждение ротаторной манжеты плеча, возможно частичное повреждение дельтовидной мышцы. Обследование – МРТ плечевого сустава. По его результатам решить вопрос о реконструктивной операции (при повреждении ротаторной манжеты – артроскопия)

сгибание в плечевом суставе более 60° невозможно из-за резкой боли. Пальпаторно – болезненная припухлость по нижнему контуру акромиального отростка лопатки, болезненное уплотнение в области передней порции дельтовидной мышцы. Боль усиливается при ротационных движениях, а также при заведении руки за спину. *Сформулируйте предположительный диагноз. Назначьте дополнительное обследование для его подтверждения. Определите дальнейшую лечебную тактику.*	
28.**Задача.** Мужчина 76 лет поскользнулся на льду и упал на согнутый локтевой сустав. После этого почувствовал резкие боли в области плечевого сустава. Объективно – в области плечевого сустава деформация, движения ограничены из-за боли, контуры сустава прощупываются с трудом из-за уплотнения и болезненности. Попытки отведения – болезненны. *Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите, какие симптомы следует определить в догоспитальном периоде для уточнения предварительного диагноза. Какие ранние осложнения возможны при такой травме? Определите объем медицинской помощи пострадавшему в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.*	Перелом шейки плеча. Иммобилизация повязкой Дезо с валиком в подмышечную область. Госпитализация. В стационаре – рентгенография. Проверка периферических сосудистых и неврологических расстройств. Предпочтительная тактика – при отсутствии выраженного смещения и осложнений – функциональное лечение
29.**Задача.** Женщина 64 лет, выходя из автобуса, упала на правый бок, ударившись согнутым локтем о землю. Жалобы на боль в области правого плечевого сустава, болезненность при попытках движений в плечевом суставе. Поддерживает здоровой рукой больную в положении сгибания в локтевом суставе под углом 90°. Резкая боль при осевой нагрузке. *Предположите возможные повреждения. Сформулируйте предположительный диагноз. Какие ранние осложнения возможны при такой травме? Определите объем медицинской помощи пострадавшему в догоспитальном периоде, а также план обследования и лечения в приемном отделении стационара.*	Перелом шейки плеча или вывих плеча (менее вероятно) Иммобилизация повязкой Дезо с валиком в подмышечную область. Госпитализация. В стационаре – рентгенография. Проверка периферических сосудистых и неврологических расстройств. При переломе возможно оперативное лечение – остеосинтез. При вывихе – вправление под наркозом и фиксирующая повязка.
30.**Задача.** Мужчина 32 лет во время соревнований по армреслингу получил травму плеча. Противнику удалось резко ротировать руку и положить предплечье пострадавшего на стол. Рывок сопровождался резкими болями, хрустом в нижней трети плечевой кости и болями в кисти. Объективно- отек, небольшая деформация на границе средней и нижней трети плеча, отсутствие разгибания кисти, онемение 1-2 пальцев кисти. *Вы – врач соревнований. Какое повреждение можно предположить? Профилактике каких ранних осложнений следует уделить особое внимание? Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также план обследования и лечения в приемном отделении стационара.*	Перелом плечевой кости на границе средней и верхней трети с поражением лучевого нерва. Иммобилизация лестничными шинами до здорового плеча с захватом кисти. Госпитализация. В стационаре – рентгенография, остеосинтез и невролиз в экстренном порядке.
31.**Задача.** Рабочий 33 лет упал с высоты 3 метров на стройке, приземлившись на обе ноги. Резкая боль в области обеих пяточных костей, не может стоять и ходить. Отек и гематома в области обеих пяточных костей, выраженная локальная болезненность. Какие повреждения возможны при таком механизме травмы? Укажите симптомы, которые следует проверить для уточнения предварительного диагноза. *Определите действия при оказании медицинской помощи в догоспитальном периоде. В каком положении*	Перелом пяточных костей. Возможно (по механизму травмы) – перелом поясничного отдела позвоночника. Транспортировка в стационар лежа на щите, общие анальгетики. В стационаре – рентгенография пяточных костей и грудо-поясничного отдела позвоночника. В зависимости от результатов рентгенографии возможна операция

следует транспортировать пострадавшего и почему? Определите характер обследования в приемном отделении стационара и лечебную тактику.	остеосинтеза пяточных костей при наличии переломов со смещением.
32.**Задача.** Женщина 39 лет, попала в автоаварию, сидя на переднем пассажирском сидении легкового автомобиля – в правую переднюю дверь врезался другой автомобиль, женщина получила удар справа. Боли в области правого тазобедренного сустава, не может идти. *Сформулируйте предположительный диагноз. Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также характер обследования и лечения в приемном отделении стационара.*	Перелом вертлужной впадины, центральный вывих бедра. Менее вероятно – перелом шейки или вертела. Иммобилизация вакуумным матрасом. Общие анальгетики. Инфузионная терапия. Госпитализация. В стационаре – рентгенография таза обзорная, по показаниям – КТ тазобедренного сустава. По результатам – возможна операция – реконструкция вертлужной впадины или первичное эндопротезирование.
33.**Задача.** Пострадавший 40 лет провалился в прорубь во время зимней рыбалки и долго находился в воде. Бледен. Сонлив. АД 120/80 мм.рт. ст. Частота дыхательных движений 12 в минуту. Температура в прямой кишке 32 °С. *Поставьте диагноз. Определите тяжесть состояния и прогноз. Укажите объем оказания медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.*	Переохлаждение, средней степени тяжести. Прогноз относительно благоприятный при адекватном лечении. Укутать теплой одеждой или спасательным покрывалом, срочная транспортировка в стационар. Начало инфузионной терапии теплыми растворами. В стационаре – медленное согревание (ванна, фен), температура согревания – на 2 градуса выше температуры тела. Инфузии теплыми растворами.
34.**Задача.** Пациентка 82 лет, вела малоподвижный образ жизни, с постели вставала редко, с трудом передвигалась по квартире. Отмечала постоянные боли различной интенсивности в области поясницы, суставов с периодическими обострениями. 2 дня назад упала с постели, после чего боли усилились, больше с постели встать не может. Боли сильнее выражены в правой паховой области. Пальпаторно отчетливой локальной болезненности выявить не удается. Лежа в постели, не может поднять ни правую, ни левую ногу. Попытка изменения позы в постели вызывает усиление боли. *Вы в качестве врача «скорой помощи» приехали на вызов. Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите, какие диагностические приемы вы можете использовать в этих условиях для обоснования диагноза. Предложите план дальнейшего обследования и лечения.*	Перелом проксимального отдела бедра. Для уточнения диагноза – измерение относительной длины конечностей. При выявлении разницы – трнспортировка на носилках с валиком в подколенной области в стационар. В стационаре – рентгенография, при подтверждении перелома – оперативное лечение, возможно эндопротезирование.
35.**Задача.** Мужчина, 37 лет. В состоянии алкогольного опьянения спрыгнул на ноги с высоты 10 метров. В сознании. Жалоб не предъявляет. При осмотре: отсутствуют движения и чувствительность в стопах, отеки пяточных областей. АД – 120/80 мм рт. ст, пульс 80 в минуту. *Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также план обследования и лечения в приемном отделении стационара.*	Осложненная травма поясничного отдла позвоночника, переломы пяточных костей. Транспортировка лежа на щите с валиком в поясничной области. В стационаре – рентгенография пяточных костей и грудопоясничного отдела позвоночника, МРТ позвоночника. Топическая диагностика периферических неврологических нарушений. По результатам обследования – решить вопрос об экстренной операции на позвоночнике. При наличии смещения переломов пяточных костей – в дальнейшем остеосинтез.
36.**Задача.** Пациентка 68 лет, упала на улице на правый бок. Почувствовала боль в паховой области. Встать самостоятельно не смогла из-за боли. Доставлена бригадой	Перелом проксимального отдела бедра. Обследование – рентгенография тазобедренного сустава, по его результатам

«скорой помощи» в приемное отделение стационара на каталке. Внешних признаков повреждений при осмотре не выявлено. Умеренная наружная ротация правой нижней конечности. Лежа на спине, правую ногу поднять не может. *Укажите возможные варианты повреждения и план обследования в приемном отделении. Сформулируйте предварительный диагноз и определите лечебную тактику.*	– решить вопрос об операции (остеосинтез или эндопротезирование)
37.**Задача.** Мужчина 80 лет оступился и упал на левый бок. Ударился областью большого вертела. Появились сильные боли в паховой области. Пострадавший доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре больного в горизонтальном положении правая нога ротирована кнаружи. Больной не может поднять выпрямленную в коленном суставе ногу, вместо этого он сгибает ее, и нога скользит пяткой по постели. Постукивание по пятке и по большому вертелу болезненно. *Сформулируйте предположительный диагноз. Каким дополнительным обследованием в догоспитальном периоде вы сможете уверенно подтвердить свой диагноз? Нуждается ли пациент в госпитализации? Укажите план дальнейшего обследования и лечения.*	Перелом проксимального отдела бедра. Обследование – рентгенография тазобедренного сустава, по его результатам – решить вопрос об операции (остеосинтез или эндопротезирование)
38.**Задача.** Мужчина 40 лет, придавлен погрузчиком спереди спиной к стене во время работ на складе. Бледен, пульс 110 в 1 мин, АД 100/60 мм рт.ст. В области промежности и мошонки – быстро нарастающая гематома. В положении лежа на спине ноги поднять не может. *Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем дополнительного обследования и оказания медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара. В каком положении следует транспортировать пострадавшего?*	Перелом костей таза по типу «открытая книга». Компенсированный шок. Общие анальгетики, при возможности – внутритазовая блокада по Школьникову. Инфузионная терапия, контроль АД. Транспортировка лежа на щите со сведенными ногами и валиком в подколенной области. В стационаре – обзорная рентгенография таза, УЗИ брюшной полости. В зависимости от результатов – консервативное лечение в сдавливающем гамаке или скелетное вытяжение или остеосинтез в ранние сроки.
39.**Задача.** Подросток 14 лет играл в волейбол и упал на левую кисть при разогнутом локтевом суставе и отведенной руке. Почувствовал сильную боль в локтевом суставе. При внешнем осмотре левый локтевой сустав увеличен в объеме, контуры его сглажены. Равнобедренность треугольника Гютера нарушена. Попытки движений в локтевом суставе болезненны. Пальпация области наружного мыщелка болезненна, определяется крепитация костных отломков. *Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также характер обследования и лечения в приемном отделении стационара.*	Перелом мыщелков плечевой кости. Иммобилизация до здорового плечевого сустава с захватом левой кисти. Госпитализация. В стационаре – рентгенография локтевого сустава, при необходимости – КТ. Далее – остеосинтез в срочном порядке.
*40.***Задача.** При взрыве бытового газа в подъезде жилого дома у мужчины 32 лет обломком обрушившейся стены оказалась придавлена правая голень. Спасатели прибыли через 4 часа, однако для разбора завала, по их словам, необходимо еще 2-2,5 часа. Пострадавший отмечает сильные боли в области правой голени. *Вы – руководитель врачебно-сестринской бригады, работающей непосредственно в очаге катастрофы. Определите ваши действия в догоспитальном периоде, а также*	Возможны ишемические нарушения в сдавленном сегменте. Инъекции анальгетиков, начало инфузионной терапии. После извлечения из завала – эластичное бинтование, локальная гипотермия. Проверка движений и чувствительности. Эвакуация в первую очередь в отделение эндогенной интоксикации. В стационаре – контроль диуреза, паранефральная блокада

очередность и характер эвакуации пострадавшего после его извлечения из завала.	
41.**Задача.** Женщина 65 лет, поскользнувшись на льду, упала на улице на разогнутую кисть, почувствовав сильную боль в области лучезапястного сустава. После травмы добралась до дома, приложила холод, однако боль сохранялась, увеличился отек. Вызвала «скорую помощь» на дом. При осмотре – в дистальном отделе предплечья – штыкообразная деформация, выраженная пальпаторная болезненность. *Сформулируйте предположительный диагноз. Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также характер дальнейшего обследования и лечения в медицинском учреждении.*	Перелом дистального метаэпифиза лучевой кости со смещением. Иммобилизация до верхней трети предплечья, общие анальгетики. В стационаре – рентгенография, по результатам – 3 варианта: закрытая репозиция с наложением гипсовой повязки (при внесуставном переломе); наложение аппарата чрескостной фиксации или открытый остеосинтез (при внутрисуставном переломе)
42.**Задача.** Во время проведения погрузочных работ на складе на мужчину 45 лет обрушились мешки с цементом, придавив ему обе нижние конечности до уровня нижней трети бедер. Самостоятельно выбраться пострадавший не смог, очевидцев события не было (он работал один). Через какое-то время (точное время неизвестно) его освободили пришедшие на склад рабочие. Вы – врач предприятия, вызванный на место происшествия. При осмотре – видимых повреждений нет, жалоб не предъявляет. При более детальном опросе отмечает легкое онемение в области обеих стоп. *Определите ваши действия. Какую медицинскую помощь необходимо оказать пострадавшему?*	Возможны ишемические нарушения в сдавленном сегменте. Инъекции анальгетиков, начало инфузионной терапии. После извлечения из завала – эластичное бинтование, локальная гипотермия, при возможности – футлярные блокады. Проверка движений и чувствительности. Эвакуация в первую очередь в отделение эндогенной интоксикации. В стационаре – контроль диуреза, паранефральная блокада, контроль отека.
*43.***Задача.** Женщина 65 лет, поскользнувшись на льду, упала на улице на разогнутую правую кисть, почувствовав боль в области лучезапястного сустава и кисти. После травмы добралась до дома, приложила холод. В следующие 2 дня продолжала беспокоить боль при движениях. Обратилась в травмпункт. При осмотре – деформации не определяется, умеренный отек в области кисти. Движения в лучезапястном суставе и при сжимании кисти в кулак умеренно болезненны. *Какие повреждения можно предположить у пациентки? Определите необходимое обследование и лечебную тактику.*	Перелом ладьевидной кости или дистального метаэпифиза лучевой кости (менее вероятно). Иммобилизация и лучевая диагностика. Рентгенография лучезапястного сустава и кисти в 2 проекциях, дополнительно проекция ¾. При отсутствии выявленных повреждений – КТ. При выявлении перелома ладьевидной кости со смещением – госпитализация для решения вопроса об оперативном лечении.
44.**Задача.** Мужчина 26 лет в драке получил удар палкой по тыльной стороне правого предплечья. Отмечается выраженная болезненность, видны ссадина и подкожная гематома в области удара. Движения в локтевом суставе ограничены, попытки движений болезненны. В области верхней трети локтевой кости – деформация, под кожей определяется край костного отломка. *Какие повреждения возможны в данном случае? Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также план обследования и лечения в приемном отделении стационара.*	Перелом Монтеджи или изолированный перелом локтевой кости (менее вероятно). Иммобилизация с захватом плечевого сустава. Госпитализация. В стационаре – рентгенография всего предплечья с захватом смежных суставов. По результатам – оперативное лечение (остеосинтез локтевой кости и фиксация головки лучевой кости)
45.**Задача.** Девушка 17 лет ехала в автобусе, держась левой рукой за верхний поручень. При резком торможении автобуса она практически повисла на этой руке, почувствовала боль в области локтевого сустава. На следующий день, поскольку болезненность сохранялась, обратилась в травмпункт. При осмотре – деформации нет, видимых повреждений нет. Сгибание и разгибание в локтевом суставе свободные, боль при движениях незначительная. *Какое повреждение можно заподозрить в*	Перелом или переломовывих головки лучевой кости. Проверить ротационные движения. При такой травме они болезненны. Госпитализация для оперативного лечения.

данном случае? Определите характер дополнительного обследования и при подтверждении диагноза – лечебную тактику.	
46.**Задача.** Мужчина 40 лет, на стройке резко поднял тяжелый мешок с цементом, почувствовал резкую боль в области верхней трети правого плеча. При сгибании в локтевом суставе отмечается болезненность; в области средней трети плеча – припухлость. *Сформулируйте предположительный диагноз. Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также характер обследования и лечения в стационаре.*	Отрыв длинной головки бицепса плеча. Иммобилизация косыночной повязкой. Госпитализация для оперативного лечения. В стационаре достаточно клинического обследования, но для исключения других повреждений – рентгенография. Верификация повреждения сухожилия – МРТ или УЗИ (не обязательно). Лечение – хирургическое.
*47.***Задача.** Мужчина 42 лет, на даче перепрыгивал через ручей и почувствовал резкую боль и хруст в области задней поверхности левой голени в нижней трети, после чего ходьба стала болезненной. Обратился к врачу местной больницы, который при рентгенографии не выявил костных повреждений и рекомендовал эластичное бинтование области голеностопного сустава. Через 6 дней сохранялись боли и хромота, в связи с чем вновь обратился за медицинской помощью. При осмотре – припухлость по задней поверхности левой голени над пяточным бугром, пальпаторная болезненность. *Укажите, какое повреждение наиболее вероятно в данном случае? Какие симптомы необходимо проверить для установки предположительного диагноза? Какие дополнительные исследования нужно провести? На основании поставленного диагноза определите лечебную тактику.*	Разрыв ахиллова сухожилия. Проверить симптом вставания на цыпочки. Верификация диагноза – МРТ или УЗИ. Лечение – оперативное (пластика или шов сухожилия)
48.**Задача.** Мужчина 46 лет, в драке получил удар палкой спереди в область правого коленного сустава. К врачу не обращался. Ходил с наколенником, опираясь на правую ногу, однако отмечал неустойчивость, особенно при спускании с лестницы. Со слов пациента, в месте удара был «большой синяк». За медицинской помощью обратился через 1,5 месяца. При осмотре – умеренная припухлость в области коленного сустава, подкожной гематомы нет. В области нижнего полюса надколенника – умеренная пальпаторная болезненность. Надколенник легко смещается в стороны и вверх. *Укажите, какие повреждения можно предположить в данном случае? Какие симптомы необходимо проверить для установки предположительного диагноза? Какие дополнительные исследования нужно провести? На основании поставленного диагноза определите лечебную тактику.*	Повреждение связки надколенника или (что менее вероятно) крестообразных или боковых связок коленного сустава. Должно быть нарушено разгибание голени. Для исключения других повреждений – проверить симптомы боковой девиации голени, а также симптомы «выдвижных ящиков». Обследование – МРТ коленного сустава, при выявлении повреждений – решить вопрос об операции.
*49.***Задача.** Пациент 28 лет получил травму коленного сустава около 4 месяцев назад – подвернул ногу во время игры в футбол, почувствовал резкую боль. Сразу после травмы сустав значительно опух. В тот же день обратился в травматологический пункт, где при рентгенографии не выявлено костных повреждений. Выполнена пункция сустава, эвакуировано содержимое красного цвета, после чего рекомендовано ношение ортеза в течение 3 недель и прием противовоспалительных препаратов. В настоящее время беспокоит неустойчивость и постоянные умеренные боли в правом коленном суставе, сустав периодически немного опухает, потом эта припухлость спадает на фоне приема противовоспалительных препаратов. Может	Повреждение крестообразных связок коленного сустава. Обследование – МРТ. Показана операция – артроскопическая пластика крестообразных связок. Ошибки диагностики – не выполнена МРТ в остром периоде, вследствие чего не установлен правильный диагноз.

внезапно наступить резкая боль, иногда отмечает при движениях болезненные щелчки в суставе. Ходит в эластичном бинте. *Сформулируйте предварительный диагноз, определите план физикального и инструментального обследования, укажите возможные варианты дальнейшего лечения*	
50.**Задача.** Пациентка 82 лет, вела малоподвижный образ жизни, с постели вставала редко, с трудом передвигалась по квартире. Отмечала постоянные боли различной интенсивности в области поясницы, суставов с периодическими обострениями. 2 дня назад упала с постели, после чего боли усилились, больше с постели встать не может. Боли сильнее выражены в правой паховой области. Пальпаторно отчетливой локальной болезненности выявить не удается. Лежа в постели, не может поднять ни правую, ни левую ногу. Попытка изменения позы в постели вызывает усиление боли. *Вы в качестве врача «скорой помощи» приехали на вызов. Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите, какие диагностические приемы вы можете использовать в этих условиях для обоснования диагноза. Предложите план дальнейшего обследования и лечения.*	Перелом проксимального отдела бедра. Для уточнения диагноза – измерение относительной длины конечностей. При выявлении разницы – трнспортировка на носилках с валиком в подколенной области в стационар. В стационаре – рентгенография, при подтверждении перелома – оперативное лечение, возможно эндопротезирование.
51.**Задача.** Женщина 68 лет, пенсионерка, обратилась с жалобами на постоянные боли в области правого тазобедренного сустава, паховой области. Иногда боль иррадиирует по наружной поверхности бедра до коленного сустава. Последние 2 года стала пользоваться тростью при ходьбе, ограничила выходы на улицу. Появились ночные боли. При осмотре – укорочения нижней конечности нет, движения в правом тазобедренном суставе ограничены и болезненны, особенно отведение и ротация. *Сформулируйте предположительный диагноз. Какие дополнительные обследования необходимо провести? Определите возможную лечебную тактику.*	Остеоартроз тазобедренного сустава, что усугубляется возможной патологией поясничного отдела позвоночника. Обследование – обзорная рентгенография таза, рентгенография пояснично-крестцового отдела позвоночника. Для уточнения диагноза возможно КТ т/б сустава. При подтверждении диагноза – решать вопрос об эндопротезировании
52.**Задача.** Женщина 56 лет, продавщица. Обратилась с жалобами на боли в области левого коленного сустава, беспокоящими около 8 лет. 10 лет назад получила травму этого сустава в дорожной аварии, но переломов не было, специального лечения не проводили. Вначале боли возникали только по утрам, затем стали беспокоить в течение всего рабочего дня, долго не проходят вечером, появилась хромота. По совету подруг долго принимала противовоспалительные препараты (кеторол, нимесулид, диклофенак) с кратковременным эффектом, использовала мазевые аппликации. В последнее время появились боли в эпигастрии. В поликлинике врач выполнил 5 внутрисуставных инъекций препарата гиалуроновой кислоты (остенил), после чего пациентка улучшения не почувствовала. В последние 3 месяца трижды выполнены внутрисуставные инъекции кортикостероидов (дипроспан), после чего боль снижалась на 2-3 недели. *Сформулируйте предположительный диагноз. Дайте оценку проведенному ранее лечению. Какие дополнительные обследования необходимо провести? Определите возможные варианты последующего лечения.*	Остеоартроз коленного сустава на фоне застарелого повреждения менисков. Обследование – МРТ коленного сустава. Ошибка – что это исследование не выполнили раньше. Пр поврежденных менисках, мешающих движениям внутрисуставные инъекции малоэффективны, а гормоны дают кратковременный эффект. Показана артроскопия, санация полости сустава. При тяжелых деформациях решить вопрос об эндопротезировании
53.**Задача.** Мужчина 28 лет, получил ножевое ранение груди в области 4 межреберья справа. Дыхание затруднено, болезненно, выраженная одышка. Пострадавший сидит,	Проникающее ранение грудной клетки, открытый пневмоторакс. Окклюзионная повязка, инфузионная терапия.

опираясь на руки. АД – 100/70 мм рт. ст. Пульс – 92 удара в 1 мин. В рану при дыхании подсасывается воздух. *Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также характер обследования и лечебную тактику в приемном отделении стационара.*	Транспортировка в стационар в полусидячем положении. В стационаре – рентгенография грудной клетки. ПХО раны, торакопластика, дренирование плевральной полости.
54.**Задача.** Мужчина 42 лет, пострадавший в результате ДТП, сидел за рулем автомобиля. В сознании. Выраженная боль в области передней поверхности грудной клетки, усиливающаяся при дыхании. Дыхание поверхностное, 22 в 1 мин. *Сформулируйте предположительный диагноз. Укажите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде, а также характер обследования и лечения в приемном отделении стационара.*	Перелом грудины, перелом ребер. Общие анальгетики, транспортировка в стационар в полусидячем положении. В стационаре – рентгенография грудной клетки и грудины. ЭКГ обязательно. Блокады, профилактика пневмонии, динамическая рентгеноскопия.
*55.***Задача.** Мужчина 38 лет, офисный работник, обратился с жалобами на умеренные боли в области обоих коленных суставов, возникающие после спортивных нагрузок. В прошлом играл в любительской футбольной команде, сейчас регулярно с друзьями каждую неделю играет в футбол. При расспросе отметил чувство скованности в коленных суставах по утрам, которое проходит после ежедневных утренних пробежек. Травмы коленных суставов в анамнезе отрицает. *Сформулируйте предположительный диагноз. Какие дополнительные обследования необходимо провести? Определите план лечения.*	Остеоартроз коленных суставов. Обследование – МРТ, при отсутствии повреждений – консервативное лечение – охранительный режим, хондропротекторы, возможно внутрисуставные инъекции гиалуроновой кислоты или PRP. Утренние пробежки исключить. Рекомендовано плаванье.
56.**Задача.** Женщина 44 лет, попала в автоаварию – на пассажирском сидении получила удар по передней поверхности правого коленного сустава. Выраженная боль, деформация коленного сустава, невозможность разгибания голени. По передней поверхности сустава определяется диастаз, пальпируются края костных отломков. *Сформулируйте предположительный диагноз. Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде и в приемном отделении стационара.*	Перелом надколенника. Иммобилизация с фиксацией стопы. Госпитализация. В стационаре – рентгенография и остеосинтез в срочном порядке.
57.**Задача.** Мужчина 35 лет, спортсмен, почувствовал боль в области плечевого сустава во время сна, от чего проснулся. Плечевой сустав, с его слов, как бы «заклинило», двигать рукой не мог. Раньше такие эпизоды происходили уже несколько раз, и пациент самостоятельно устранял эту проблему с помощью надавливания в области подмышечной впадины – движения восстанавливались после щелчка. Однако в этот раз движения в суставе восстановить не удалось. *Какие особенности анамнеза, способные привести к такому состоянию, следует дополнительно выяснить у данного пациента? Укажите предположительный диагноз, объем медицинской помощи в догоспитальном периоде и лечебную тактику в стационаре.*	Привычный вывих плеча. Из анамнеза – вполне вероятны эпизоды вывихов плеча, при первом эпизоде возможно было травматичное вправление. После вправления под наркозом – стабилизирующая операция (открытая или артроскопия) в плановом порядке. Перед операцией – МРТ для уточнения тактики.
58.**Задача.** Женщина 47 лет поскользнулась на льду и упала на вытянутую правую руку с опорой на кисть. Почувствовала резкую боль и хруст в области плечевого сустава. Объективно- поддерживает руку, согнутую в плечевом суставе в положении легкого сгибания кпереди. Движения резко ограничены из-за болей. Визуально изменения контуров сустава определить затруднительно, так как	Вывих плеча или перелом шейки плеча (менее вероятно). Иммобилизация повязкой Дезо. Госпитализация. В стационаре – рентгенография. Вправление вывиха под наркозом или при переломе – возможен остеосинтез.

женщина достаточно тучная. По сравнению с противоположной стороной в области правого плечевого сустава отмечается некоторое западение. *Предположите возможные повреждения. Укажите симптомы, которые помогут сформулировать предварительный диагноз. Определите объем медицинской помощи в догоспитальном периоде и в стационаре.*	
59.**Задача.** Женщина 64 лет, выходя из автобуса, упала на правый бок, ударившись согнутым локтем о землю. Жалобы на боль в области правого плечевого сустава, болезненность при попытках движений в плечевом суставе. Поддерживает здоровой рукой больную в положении сгибания в локтевом суставе под углом 90°. Резкая боль при осевой нагрузке. *Предположите возможные повреждения. Сформулируйте предположительный диагноз. Какие ранние осложнения возможны при такой травме? Определите объем медицинской помощи пострадавшему в догоспитальном периоде, а также план обследования и лечения в приемном отделении стационара.*	Перелом шейки плеча или вывих плеча (менее вероятно) Иммобилизация повязкой Дезо с валиком в подмышечную область. Госпитализация. В стационаре – рентгенография. Проверка периферических сосудистых и неврологических расстройств. При переломе возможно оперативное лечение – остеосинтез. При вывихе – вправление под наркозом и фиксирующая повязка.
60.**Задача.** Мужчина 42 лет, на даче перепрыгивал через ручей и почувствовал резкую боль и хруст в области задней поверхности левой голени в нижней трети, после чего ходьба стала болезненной. Обратился к врачу местной больницы, который при рентгенографии не выявил костных повреждений и рекомендовал эластичное бинтование области голеностопного сустава. Через 6 дней сохранялись боли и хромота, в связи с чем вновь обратился за медицинской помощью. При осмотре – припухлость по задней поверхности левой голени над пяточным бугром, пальпаторная болезненность. *Укажите, какое повреждение наиболее вероятно в данном случае? Какие симптомы необходимо проверить для установки предположительного диагноза? Какие дополнительные исследования нужно провести? На основании поставленного диагноза определите лечебную тактику.*	Разрыв ахиллова сухожилия. Проверить симптом вставания на цыпочки. Верификация диагноза – МРТ или УЗИ. Лечение – оперативное (пластика или шов сухожилия)

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. СеченоваМинистерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Институт клинической медицины
им. Н.В. Склифосовского
Кафедра психиатрии и психосоматики

Методические материалы по дисциплине: Психосоматика

основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета

КОД Наименование ОП - 31.05.01 "Лечебное дело"

1 ТЕРМИН «ПСИХОСОМАТИКА» ПРЕДЛОЖИЛ
А **Й. Хайнрот+**
Б Е. Блейлер
В Е. Крепелин
Г Гиппократ

2 СОМАТОГЕНИИ – ЭТО
А **психические нарушения, вызываемые соматическими заболеваниями +**
Б заболевания, вызываемые действиями медработников
В осложнения течения заболевания
Г проявления госпитализма

3 ДЛЯ ТИПА ЛИЧНОСТИ «А» ХАРАКТЕРЕН
А **высокий уровень агрессии+**
Б альтруизм
В апатия
Г неторопливость

4 КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ Ф. АЛЕКСАНДЕРА ОСНОВАНА НА
А **психодинамической теории человеческой психики+**
Б позитивной психотерапии
В экзистенциально-гуманистической концепции
Г гештальт-терапии

5 ПРЕДПОЛОЖЕНИЕ, ЧТО ПСИХОСОМАТИЧСКИЕ СИМПТОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ КОНВЕРСИЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ В ФИЗИЧЕСКОЕ (СОМАТИЧЕСКОЕ) СОСТОЯНИЕ, СФОРМУЛИРОВАНО В
А **психоаналитических работах+**
Б экзистенциально-гуманистической психологии
В поведенческой терапии
Г когнитивной психологии

6 ТЕРМИН «АЛЕКСИТИМИЯ» ОЗНАЧАЕТ
А **расстройство способности к вербализации чувств+**
Б бедный словарный запас
В расстройство способности чтения
Г склонность к психосоматическим заболеваниям

7 КОНЦЕПЦИЯ КОНВЕРСИИ НА ОРГАН ПРИНАДЛЕЖИТ
А **Фрейду+**
Б Шарко
В Райху
Г Лоуэну

8 АЛЕКСИТИМИЧЕСКИЙ ЭТАП В РАЗВИТИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ СВЯЗАН С ИМЕНАМИ
А **Сифнес, Кристалл, Тейлор+**
Б Бройтигам, Кристиан, Рад
В Данбар, Александер
Г Жулив, Вайцзеккер

9 ОПИСАНИЕ ПОВЕДЕНИЯ ТИПА А ФРИДМАНОМ И РОЗЕНМАНОМ БЫЛО СДЕЛАНО В _____ ГОДЫ ДВАДЦАТОГО ВЕКА
А **60-е+**
Б 80-е
В 50-е
Г 30-е

10 К СОМАТОФОРМНЫХ БОЛЕВЫМ РАССТРОЙСТВАМ, ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ, ОТНОСИТСЯ

А **триходиния +**
Б кардиалгия
В миалгия
Г гастралгия

11 НЕВРОТИЧЕСКИЕ ЭКСКОРИАЦИИ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ

А **саморасчесы кожи, обусловленные расстройством обсессивно-компульсивного спектра+**
Б саморасчесы кожи при различных зудящих кожных заболеваниях (дерматозах)
В аутоэкстракцию (удаление) волос, обусловленную расстройством обсессивно-компульсивного спектра
Г саморасчесы элементов сыпи, например, при угревой болезни (акне)

12 ПРИЗНАКИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА

А **проявляются повышенной раздражительностью и выраженной истощаемостью +**
Б характеризуются атипичным набором симптомов
В возникают непосредственно после психотравмы
Г не затрагивают функций, не поддающихся контролю сознания

13 ЗАБОЛЕВАНИЕМ КОЖИ, СПОСОБНЫМ МАНИФЕСТИРОВАТЬ И ОБОСТРЯТЬСЯ ПОСЛЕ ПСИХОТРАВМИРУЮЩЕГО ВОЗДЕЙСТВИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

А **атопический дерматит +**
Б аллергический контактный дерматит
В чесотка (паразитирование чесоточного клеща на кожных покровах)
Г онихомикоз (грибковое поражение ногтя)

14 ПРИ НЕВРОЗАХ НЕ НАБЛЮДАЮТСЯ

А **бредовые идеи +**
Б критическое отношение к психическим нарушениям
В вегето-сосудистые расстройства,
Г расстройство сна

15 В ПОЛЬЗУ ДИСМОРФОФОБИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПРИЗНАК

А **убежденности в наличии физического недостатка+**
Б убежденности в наличии собственного превосходства
В патологического стремления к самоутверждению
Г сверхценного отношения к собственному здоровью

16 БУЛИМИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО СОЧЕТАЕТСЯ С

А **нервной анорексией+**
Б депрессией
В кататонией
Г абстинентным синдромом

17 СИТУАЦИЮ, ПРИ КОТОРОЙ БОЛЬНОЙ ЕСТ ДОСТАТОЧНО В ПРИСУТСТВИИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ, НО ЗАТЕМ ВЫЗЫВАЕТ РВОТУ И ПРИНИМАЕТ ЛЕКАРСТВА ДЛЯ ПОХУДЕНИЯ, НАБЛЮДАЮТ ПРИ

А **нервной анорексии+**
Б депрессии
В кататонии
Г абстинентном синдроме

18 СИМПТОМЫ КАКОГО ПСИХИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ОТЧАСТИ СОВПАДАЮТ С СИМПТОМАМИ ОСТРОЙ АНАФИЛАКТОИДНОЙ РЕАКЦИИ (ЗУД, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ТАХИКАРДИЯ, ДИСПНОЭ, РВОТА, ПОЗЫВЫ НА ДЕФЕКАЦИЮ, СТРАХ СМЕРТИ)?

А **панической атаки+**
Б депрессии

В шизофрении
Г дерматозойного бреда

19 КОНЦЕПЦИЮ КОРТИКО-ВИСЦЕРАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ РАЗРАБОТАЛ УЧЕНИК ПАВЛОВА -
А **Быков+**
Б Райков
В Найденов
Г Сеченов

20 ПОНИМАНИЕ ТЕЛЕСНОСТИ КАК АНАЛОГА ВЫСШИХ ПСИХИЧЕСКИХ ФУНКЦИЙ В ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ РАЗРАБОТАЛИ
А **Тхостов, Арина, Николаева+**
Б Лурия, Выготский
В Султанова, Мотовилин
Г Давыдов, Эльконин

21 ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ НЕ ВКЛЮЧАЕТ _____ УРОВЕНЬ
А **социальный+**
Б мотивационный
В чувственный
Г когнитивный

22 МЕТОДИКА ЛОБИ РАСШИФРОВЫВАЕТСЯ КАК
А **личностный опросник бехтеревского института+**
Б личностный опросник бресткого института
В личностный опросник бакулевского института
Г личностный опросник белгородского института

23 МЕТОДИКА ЛОБИ ПРЕДПОЛАГАЕТ ЗАПОЛНЕНИЕ _____ ТЕМ
А **12+**
Б 8
В 10
Г 15

24 АВТОРЫ МЕТОДИКИ ЛОБИ -
А **Личко, Иванов+**
Б Вейн, Бехтерев
В Горячева, Султанова
Г Карвасарский, Бурно

25 КАКАЯ ТРЕВОГА ИЛИ СТРАХ СООТВЕТСТВУЕТ ТРЕВОЖНОМУ ТИПУ (ЛОБИ)
А **тревога в отношении неблагоприятного течения болезни, основанная на объективных данных+**
Б тревога, касающаяся маловероятных осложнений болезни
В страх признания болезни у самого себя
Г тревога в отношении неблагоприятного течения болезни, основанная на суъективных данных

26 ПРЕХОДЯЩИЕ СОМАТИЧЕСКИЕ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ СТРЕССОМ, СЛУЖАТ ПРИМЕРОМ_____ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ
А **конверсии+**
Б диссоциации
В идентификации
Г регрессии

27 ДЛЯ ПРЕДМЕНСТРУАЛЬНОГО СИНДРОМА (ПМС) НЕХАРАКТЕРНА
А **гипомания+**
Б тревога

В дисфория
Г субдепрессия

28 ОТКАЗ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ПРИЗНАТЬ ФАКТ ЗАБОЛЕВАНИЯ СКОРЕЕ ВСЕГО БУДЕТ СЛЕДСТВИЕМ
А **реакции личности на болезнь+**
Б бредовых идей
В низкого интеллекта
Г депрессии

29 ИПОХОНДРИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СОПРОВОЖДАЮТСЯ ОБЫЧНО
А **тревогой+**
Б морией
В манией
Г апатией

30 ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ НЕРВНОЙ АНАРЕКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ
А **кахексия+**
Б гипофункция щитовидной железы
В маточное кровотечение
Г гиперфункция щитовидной железы

31 НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ У
А **молодых девушек и женщин+**
Б пожилых женщин
В лиц обоего пола старше 30 лет
Г юношей

32 К СИМПТОМАМ ДЕПРЕССИЙ, СВЯЗАННЫМ С РЕПРОДУКТИВНЫМ ЦИКЛОМ, ОТНОСИТСЯ
А **тревога с ощущением внутреннего напряжения +**
Б снижение потребности в пище
В расстройство влечений, «шопинг», «гэмблинг»
Г денотат с идеями самообвинения и самоосуждения

33 ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕТ
А **объективную оценку степени нарушений психической деятельности+**
Б оценку динамики психопатологических нарушений в процессе терапии
В сбор анамнеза для оценки клинических признаков
Г дифференциацию симптомов и синдромов

34 ПРИЗНАКИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА
А **проявляются повышенной раздражительностью и выраженной истощаемостью +**
Б характеризуются атипичным набором симптомов
В возникают непосредственно после психотравмы
Г не затрагивают функций, не поддающихся контролю сознания

35 ПУБЕРТАТНОМУ КРИЗУ СООТВЕТСТВУЕТ ВЫСОКАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ
А **дисморфомании+**
Б эпилепсии
В неврастении
Г биполярного аффективного расстройства

36 ПРИ УРЕМИИ ВОЗМОЖНЫ
А **все реакции экзогенного типа+**
Б только синдромы помрачения сознания
В преимущественно астенические состояния
Г преимущественно психогенные состояния

37 ПРИ ГРИППЕ В ЧИСЛЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РЕДКО ОТМЕЧАЕТСЯ

А **деменция+**
Б астении
В психоз с помрачением сознания
Г дереализация

38 ПРИ СПИДе СРЕДИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НАИБОЛЕЕ РЕДКО ОТМЕЧАЕТСЯ
А **онейроид+**
Б реактивная депрессия
В деменция
Г делириозное состояние

39 ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ВОЗНИКАЮТ
А **только в тяжелых случаях+**
Б при любой тяжести течения заболевания
В при латентном (скрытой форме) диабете
Г при диабете 2 типа во всех случаях

40 ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СРЕДИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ РЕЖЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
А **кататонический синдром+**
Б астенический синдром
В синдромы нарушения сознания
Г психоорганический синдром

41 ДЛЯ СОМАТОГЕННОЙ ДЕПРЕССИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ
А **корреляции утяжеления депрессии с утяжелением соматического состояния+**
Б суточные колебания настроения, наличие тоскливого аффекта и его усиление в утренние часы
В бредовые идеи самообвинения, стойкое чувство виновности в отношении обыденных проступков
Г повторяющиеся суицидальные мысли, суицидальное планирование, попытки, шантаж

42 ДЛЯ ДЕПРЕССИВНОГО СИНДРОМА ХАРАКТЕРНА
А **витальная тоска+**
Б устойчивая бредовая система
В невротическая структура личности больных
Г преморбидная психопатия

43 ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ И СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ СКРЫТОГО ОТКАЗА ОТ ПРИЕМА ПИЩИ РЕКОМЕНДУЮТ
А **проводить еженедельное взвешивание+**
Б назначить больному высококалорийную диету
В фиксировать больного в постели
Г проверять наличие продуктов в холодильнике

44 СТРАХ ОТКРЫТЫХ ПРОСТРАНСТВ И ТОЛПЫ НАЗЫВАЮТ
А **агорафобией+**
Б танатофобией
В мизофобией
Г ксенофобией

45 К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДЕРМАТОЗОЙНОГО БРЕДА ОТНОСИТСЯ СИМПТОМ
А **«спичечного коробка» +**
Б «зеркала» (длительного рассматривания себя в зеркале)
В «открытости мыслей»
Г «отрицательного двойника»

46 ПОЯВЛЕНИЕ ДЕПРЕССИИ В КАЧЕСТВЕ РАННЕГО ПРИЗНАКА ОСОБЕННО ЧАСТО СВЯЗАНО С РАКОМ

А **поджелудочной железы+**

Б мочевого пузыря

В предстательной железы

Г толстой кишки

47 «ГРУСТЬ» РОЖЕНИЦ ЛУЧШЕ ВСЕГО ХАРАКТЕРИЗУЕТ УТВЕРЖДЕНИЕ, ЧТО ОНА

А **отмечается у 50-80% молодых матерей+**

Б более острая, чем послеродовая депрессия

В хронический и рецидивирующий синдром

Г характеризуется длительной апатией

48 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИИ ПРИБЛИЗИТЕЛЬНО РАВНА_____%

А **10-15+**

Б 0,5-1

В 30-40

Г свыше 50

49 АВТОРИТЕТ ВРАЧА ПРИ ПЕРВОМ ОБЩЕНИИ С ПАЦИЕНТОМ МОЖЕТ СУЩЕСТВЕННО СНИЗИТЬ

А **фамильярность, высокомерие+**

Б приверженность соблюдению врачебной тайны

В добросовестное выполнение врачебного долга

Г доброжелательность, коммуникабельность

50 ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ПОМОЩЬ В СООТВЕТСТВИИ С ДЕЙСТВУЮЩИМ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ МОГУТ ОКАЗЫВАТЬ

А **частнопрактикующие врачи-психиатры, получившие лицензию на осуществление медицинской деятельности+**

Б неврологи после краткосрочных курсов повышения профессионального образования

В врачи общей практики после краткосрочных курсов повышения профессионального образования

Г психологи после краткосрочных курсов повышения профессионального образования

51 АЛЕКСИТИМИЯ РАССМАТРИВАЕТСЯ КАК ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ

А **психосоматических расстройств+**

Б расстройства речи

В нервной анорексии

Г заикания

53 ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ У БОЛЬНОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ОПТИМАЛЬНЫМ БУДЕТ

А **привлечь для работы с больным психотерапевта+**

Б не сообщать диагноз

В сообщить диагноз родственникам

Г назначить антидепрессанты

54 ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЭЙФОРИИ У ТЯЖЕЛОГО СОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНО

А **ухудшением состояния+**

Б улучшением состояния
В полом
Г возрастом

55 ТЕРМИН «СОМАТОПСИХИКА» ПРЕДЛОЖИЛ
А **Якоби+**
Б Пинель
В Блейлер
Г Корсаков

56 КЛАССИЧЕСКАЯ ГРУППА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕГОДНЯ ИЗВЕСТНА КАК
А **Чикагская семерка+**
Б Бостонская шестерка
В Лондонская пятерка
Г Канадская восьмерка

57 КОНЦЕПЦИЯ СОМАТОГЕНИЙ ВОСХОДИТ К ТРУДАМ
А **Бонгеффера+**
Б Павлова
В Данбар
Г Александера

58 ПО МНЕНИЮ С. МИНУХИНА ДЛЯ ПСИХОСОМАТОГЕННОЙ СЕМЬИ ХАРАКТЕРНЫ
А **сверхпереплетенность, чрезмерная заботливость друг о друге, особенно в отношении здоровья+**
Б эмоционально отстраненные отношения
В ровные, дружеские отношения с особым вниманием к пожилым родственникам
Г эмоционально насыщенные отношения с бурным решением мелких бытовых конфликтов

59 ПРИ ОБРАЩЕНИИ ЗА ПОМОЩЬЮ 18-ЛЕТНЕЙ ВСТРЕВОЖЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ С ЖАЛОБАМИ НА ГОВОВОКРУЖЕНИЕ, ПОВЫШЕННУЮ ПОТЛИВОСТЬ, ЧУВСТВО УДУШЬЯ, ПОКАЛЫВАНИЯ И ОНЕМЕНИЯ КОНЧИКОВ ПАЛЬЦЕВ ВРАЧ ДОЛЖЕН, ПРЕЖДЕ ВСЕГО
А **попросить ее подышать в бумажный пакет+**
Б назначить внутривенное введение 50% раствора глюкозы
В произвести кт обследование головного мозга
Г взять кровь на анализ содержания алкоголя

60 АРТИФИЦИАЛЬНЫЕ (САМОВЫЗВАННЫЕ) ВЫСЫПАНИЯ
А **обнаруживаются в доступных для пациента анатомических областях +**
Б располагаются на любом участке кожного покрова (без ограничений)
В никогда не поражаются конечности в области ладоней и подошв
Г излюбленная локализация в определенных местах кожных складок

61 В ПОЛЬЗУ ДИСМОРФОФОБИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ПРИЗНАК
А **убежденности в наличии физического недостатка+**
Б убежденности в наличии собственного превосходства
В патологического стремления к самоутверждению
Г сверхценного отношения к собственному здоровью

62 ПРИЗНАКИ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА
А **проявляются повышенной раздражительностью и выраженной истощаемостью +**
Б характеризуются атипичным набором симптомов
В возникают непосредственно после психотравмы
Г не затрагивают функций, не поддающихся контролю сознания

63 БОЛЬНЫЕ С ПАРАНОИДНЫМ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ ОБЫЧНО
А **склонны к сутяжничеству, отстаиванию справедливости+**
Б лечатся по поводу клинически выраженной паранойи
В страдают биполярным аффективным расстройством
Г страдают бредовой ипохондрией в форме синдрома Котара

64 ДЛЯ ШИЗОИДНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО
А **эмоциональная холодность+**
Б жажда признания
В ритуалы
Г раздражительность

65 ДЛЯ ПАРАНОИДНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО
А **сверхценные идеи +**
Б навязчивые сомнения
В ритуалы
Г тревожная мнительность

66 ДЛЯ ИСТЕРИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО
А **жажда признания +**
Б тревожная мнительность
В ритуалы
Г сверхценные идеи

67 ПРИЗНАКОМ ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
А **представление о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности+**
Б изменение настроения по незначительному поводу
В отражение сменой эмоций содержания конкретной ситуации
Г богатство и полиморфизм эмоциональных оттенков

68 ДЛЯ ИСТЕРИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРНА
А **неадекватная обольстительность во внешнем виде и поведении +**
Б склонность к сомнениям, заниженной самооценке, представлениям о собственной непривлекательности
В повышенная тревожность и тяжелые предчувствия
Г озабоченность деталями, правилами, порядком

69 ПАРАНОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А **подозрительностью и общей тенденцией к искажению фактов +**
Б эмоциональной холодностью, уплощенной аффективностью
В стойким пренебрежением социальными правилами
Г бессердечным равнодушием к чувствам других

70 ШИЗОИДНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
А **отсутствием близких друзей или доверительных связей +**
Б чрезмерной чувствительностью к неудачам и отказам
В поверхностными эмоциональным реакциями, лабильной эмоциональностью
Г театральностью и преувеличенным выраженим эмоций

71 РАЗВИТИЕ НОЗОГЕННОЙ ДЕПРЕССИИ СВЯЗАНО С
А **угрожающим трудоспособности или жизни соматическим заболеванием у самого пациента+**
Б биохимическими процессами, связанными с тяжелым неврологическим или соматическим заболеванием
В исключительно нейроиммунными и нейроэндокринными патогенетическими механизмами
Г наследственной предрасположенностью к психическим расстройствам

72 ДЛЯ ТИПИЧНЫХ СУТОЧНЫХ КОЛЕБАНИЙ ПРИ ЭНДОГЕННОЙ ДЕПРЕССИИ ХАРАКТЕРНО

А **улучшение состояния к вечеру +**

Б ухудшение состояния к вечеру

В улучшение состояния утром

Г ухудшение состояния днем

73 **ГИПОНОЗОГНОЗИЯ – ЭТО**

А **неосознанное приуменьшение тяжести болезни, низкая значимость переживаний в отношении болезни+**

Б намеренное приуменьшение или отрицание тяжести болезни

В невольное преувеличение тяжести болезни

Г намеренное преувеличение тяжести болезни

74 **ГИПЕРНОЗОГНОЗИЯ – ЭТО**

А **неосознанное преувеличение тяжести болезни, высокая значимость переживаний в отношении болезни+**

Б намеренное приуменьшение или отрицание тяжести болезни

В плохо осознаваемое приуменьшение тяжести болезни, низкая значимость переживаний в отношении болезни

Г намеренное преувеличение тяжести болезни, аггравация

75 К ОСНОВНЫМ КЛАССАМ ПСИХОТРОПНЫХ СРЕДСТВ НЕ ОТНОСЯТСЯ

А **центральные анальгетики+**

Б анксиолитики

В антидепрессанты

Г антипсихотики

76 ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП НАЗНАЧЕНИЯ СРЕДСТВ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ В ПСИХОСОМАТИКЕ

А **в соответствии со стандартными показаниями в зависимости от синдромальной структуры и нозологической принадлежности психических расстройств+**

Б в соответствии с ведущим соматическим или неврологическим заболеванием

В в соответствии с результатами инструментальных исследований

Г в соответствии с лабораторными показателями

77 ОСНОВНОЙ ПРИНЦИП ВЫБОРА СРЕДСТВ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ В ПСИХОСОМАТИКЕ

А **баланс эффективности и переносимости/безопасности+**

Б предпочтение пациента

В только уровень эффективности в контролируемых исследованиях

Г только профиль нежелательных эффектов

78 АДЕКВАТНЫЙ ВЫБОР СТАРТОВОЙ ДОЗЫ (ОТНОСИТЕЛЬНО ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОКНА В ИНСТРУКЦИИ) ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ В ПСИХОСОМАТИКЕ - ЭТО

А **минимальная терапевтическая или субтерапевтическая с постепенной титрацией в зависимости от эффективности и переносимости+**

Б средняя терапевтическая с постепенной титрацией в зависимости от эффективности и переносимости

В максимальная допустимая

Г минимальная терапевтическая с быстрой титрацией до максимальной допустимой

79 ПАНИЧЕСКАЯ АТАКА ВКЛЮЧАЕТ

А **витальный страх с соматовегетативными нарушениями+**

Б навязчивые сомнения с перепроверками и принятием «невероятного за действительное»

В острую дезориентировку в окружающем с социально-опасным поведением
Г овладевающие ощущения с несуицидальной аутоагрессией

80 МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ СЛУЖАТ ДЛЯ ПОДДЕРЖАНИЯ СТАБИЛЬНОСТИ
А **самооценки +**
Б гомеостаза
В семейной ситуации
Г личностного развития

81 ЗАЩИТНЫЙ МЕХАНИЗМ, ПОСРЕДСТВОМ КОТОРОГО НЕПРИЕМЛЕМЫЙ ИМПУЛЬС, ЧУВСТВО, ЖЕЛАНИЕ ИЛИ ИДЕЯ УДАЛЯЮТСЯ ИЗ СОЗНАНИЯ И СТАНОВЯТСЯ БЕССОЗНАТЕЛЬНЫМИ, НАЗЫВАЕТСЯ
А **вытеснение +**
Б отрицание
В рационализация
Г проекция

82 ПРОЦЕСС, ПОСРЕДСТВОМ КОТОРОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС ИДЕЙ, ЖЕЛАНИЙ, ЧУВСТВ ЗАМЕНЯЕТСЯ ФИЗИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, НАЗЫВАЕТСЯ
А **конверсией** +
Б смещением
В вытеснением
Г овеществлением

83 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ДЕПРЕСИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ОЦЕНИВАЕТСЯ В
А **32%**+
Б 6%
В 68%
Г 12%

84 РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКИ ЗАВЕРШЕННЫХ (ПО КРИТЕРИЯМ МКБ-10) ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ ДОСТИГАЕТ
А **42 - 50%+**
Б 15 - 25%
В 80%
Г 5 – 12%

85 ЭГО-СИНТОННОСТЬ СООТВЕТСТВУЕТ ВОСПРИЯТИЮ ПАЦИЕНТОМ СВОЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК
А **диффузного, неструктурированного, неотделимого от собственной личности феномена +**
Б диффузного, полностью автономного от собственной личности феномена
В локального, структурированного, неотделимого от собственной личности феномена
Г локального, неструктурированного, автономного от собственной личности феномена

86 КОНВЕРСИОННАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИНАДЛЕЖИТ
А **Фрейду+**
Б Александеру
В Салливану
Г Дейчу

87 В ПРЕДСТАВЛЕНИИ М. ШУРА РЕСОМАТИЗАЦИЯ - ЭТО

А **возврат к регрессивным формам реагирования с развитием психосоматических проблем в ответ на определённые значимые и тяжёлые психотравмы+**

Б повторные обострения соматических болезней в ответ на стресс

В понимание соматической патологии как ответ на повторные переживания психотравмы

Г тип реагирования, при котором «запускающим» механизмом служит обострение соматической болезни

88 В ТИПОЛОГИИ Э. КРЕЧМЕРА АСТЕНИКУ СООТВЕТСТВУЕТ ТИП ТЕМПЕРАМЕНТА, ПРИ КОТОРОМ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

А **замкнутость, склонность к колебаниям, упрямство+**

Б общительность, доверчивость, приподнятый фон настроения

В экспрессивность, открытость, душевная теплота

Г непоколебимая уверенность в собственной правоте, равнодушие к другим

89 СТЕПЕНЬ АСТЕНИИ ПО МЕРЕ НАРАСТАНИЯ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ СОМАТИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

А **нарастает+**

Б снижается

В сначала нарастает, затем снижается

Г не зависит от тяжести состояния

90 К ИССЛЕДОВАНИЯМ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ НЕ ОТНОСИТСЯ _____НАПРАВЛЕНИЕ

А **гуманистическое+**

Б психодинамическое

В интегративное

Г психофизиологическое

91 НОЗОГЕНИИ ОТНОСЯТ В ГРУППУ

А **психогенных психических расстройств +**

Б соматогенных психических расстройств

В стрессогенных расстройств

Г психофизиологических расстройств

92 ПРИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

А **озабоченность физическими симптомами вынуждает больного искать повторных консультаций специалистов и дополнительного обследования+**

Б в основе имеются структурные поражения органов и тканей

В больной полностью отрицает наличие психического расстройства или соматического заболевания

Г пациент охотно соглашается с врачебными заверениями в отсутствии адекватной физической причины соматических симптомов

93 ХАРАКТЕРНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ ЯВЛЯЮТСЯ

А **кахексия+**

Б маточные кровотечения

В симптомы гиперфункции щитовидной железы

Г гипотиреоз

94 **БЕЗОТВЕТСТВЕННОСТЬ, БЕССТЫДСТВО В СОЧЕТАНИИ С НЕРАЗБОРЧИВОСТЬЮ В ОБЩЕНИИ С ПОСТОРОННИМИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ**

А **алкоголизма +**

Б шизофрении
В эпилепсии
Г церебрального атеросклероза

95 **ЛИЧНОСТИ, КОТОРЫЕ, НЕСМОТРЯ НА РЯД ОТЛИЧИТЕЛЬНЫХ ЧЕРТ, СОХРАНЯЮТ ДОСТАТОЧНУЮ СПОСОБНОСТЬ К АДАПТАЦИИ, ЧАСТО НАЗЫВАЮТ**

А **акцентуированными+**
Б аномальными
В рационально-логическими
Г девиантными

96 **ОКРУГЛЫЕ ПРОПОРЦИИ И ИЗБЫТОЧНАЯ МАССА ТЕЛА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ_____ТЕЛОСЛОЖЕНИЯ**

А **пикнического+**
Б атлетического
В грацильного
Г лептосомного

97 **ТЕРМИН СТЕНИЧНОСТЬ ОЗНАЧАЕТ**

А **упорство и неутомимость+**
Б замкнутость и пассивность
В осторожность и аккуратность
Г любовь к искусству

98 **ВАЖНЕЙШИМ СПОСОБОМ ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ, КОТОРАЯ ПОДРАЗУМЕВАЕТСЯ ПРИ ОБЩЕНИИ, НО НЕ МОЖЕТ БЫТЬ АДЕКВАТНО ВЫРАЖЕНА СЛОВАМИ, СЛУЖИТ**

А **невербальная коммуникация+**
Б интрига, провокация
В насмешка, презрение
Г осознаваемая (сознательная) манипуляция

99 **СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЕ ИНТЕРВЬЮ, ГЛОССАРИИ, ШКАЛЫ В ПСИХИАТРИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ**

А **синдромального диагноза+**
Б нозологического диагноза
В показаний к госпитализации
Г точного прогноза психического расстройства на основании симптомов

100 **АСТЕНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

А **считается неспецифическим расстройством+**
Б характерен для шизофрении
В проявляется ангедонией
Г проявляется дисфорией

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. СеченоваМинистерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)

Институт Клинической медицины им.
Н.В. Склифосовского
Кафедра спортивной медицины и медицинской реабилитации

Методические материалы по дисциплине:

Реабилитационные технологии

основная профессиональная образовательная программа высшего образования - специалитет

31.05.01 «Лечебное дело»

Комплекс морфологических и психофизических характеристик человека, а также факторов социальной среды, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности – это:
A) реабилитационная способность
B) реабилитационный потенциал +
C) реабилитационный прогноз
D) реабилитационная программа
E) реабилитационный диагноз

Стабильное соматическое и психическое состояние реабилитанта, его высокая мотивированность по отношению к предстоящему реабилитационному лечению – это:
A) реабилитационная способность +
B) реабилитационный потенциал
C) реабилитационный прогноз
D) реабилитационная программа
E) реабилитационный диагноз

Определение термина «медицинская реабилитация» представлено в:
A) федеральном законе №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» +
B) стандартах оказания медицинской помощи
C) в клинических рекомендациях
D) федеральном законе №154-ФЗ «О медицинской реабилитации»
E) федеральном законе №61 «Об обращении лекарственных средств»

Обоснованная вероятность достижения намеченных целей реабилитации в намеченный отрезок времени с учётом характера заболевания, его течения, индивидуальных резервов и компенсаторных возможностей организма пациента – это:
A) реабилитационная способность
B) реабилитационный потенциал
C) реабилитационный прогноз +
D) реабилитационная программа
E) реабилитационный диагноз

Амбулаторные условия проведения медицинской реабилитация:
A) не предусматривают круглосуточного медицинского наблюдения и лечения +
B) предусматривают медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требуют круглосуточного медицинского наблюдения и лечения
C) обеспечивают круглосуточное медицинское наблюдение и лечение
D) предусматривают медицинское наблюдение и лечение в ночное время, но не требуют круглосуточного медицинского наблюдения и лечения
E) не предусматривают медицинского наблюдения и лечения

Стационарные условия проведения медицинской реабилитация:
A) не предусматривают круглосуточного медицинского наблюдения и лечения
B) предусматривают медицинское наблюдение и лечение в дневное время, но не требуют круглосуточного медицинского наблюдения и лечения
C) обеспечивают круглосуточное медицинское наблюдение и лечение +
D) предусматривают медицинское наблюдение и лечение в ночное время, но не требуют круглосуточного медицинского наблюдения и лечения

E) не предусматривают медицинского наблюдения и лечения

Первый этап медицинской реабилитации осуществляется в:
A) острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии мед. организаций по профилю основного заболевания +
B) ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций
C) ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в амбулаторных условиях, санаторно-курортных учреждениях
D) период обострения хронического заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях
E) острый период заболевания или травмы на месте происшествия или машине скорой медицинской помощи

Второй этап медицинской реабилитации осуществляется в:
A) острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии мед. организаций по профилю основного заболевания
B) ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций +
C) ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в амбулаторных условиях, санаторно-курортных учреждениях
D) период обострения хронического заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях
E) острый период заболевания или травмы на месте происшествия или машине скорой медицинской помощи

Третий этап медицинской реабилитации осуществляется в:
A) острый период течения заболевания или травмы в отделениях реанимации и интенсивной терапии мед. организаций по профилю основного заболевания
B) ранний восстановительный период течения заболевания или травмы, поздний реабилитационный период, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в стационарных условиях медицинских организаций
ранний и поздний реабилитационный периоды, период остаточных явлений течения заболевания, при хроническом течении заболевания вне обострения в амбулаторных условиях, санаторно-курортных учреждениях +
D) период обострения хронического заболевания в амбулаторно-поликлинических условиях
E) острый период заболевания или травмы на месте происшествия или машине скорой медицинской помощи

Согласно Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская реабилитация – это комплекс мероприятий:
A) только медицинского характера
B) медицинского и психологического характера +
C) медико-биологического характера

D) клинико-диагностического характера
E) профилактического и восстановительного характера

Упражнения на механоаппаратах локального действия назначают больным с заболеваниями:
A) сердечно-сосудистой системы
B) оргнов пищеварения
C) ожирением
D) суставов с ограничением подвижности и при травмах опорно-двигательного аппарата в постиммобилизационном периоде +
E) органов дыхания

Методические принципы применения физических упражнений у больных основаны на:
A) стремительном возрастания физической нагрузки
B) разнонаправленности, разнородности воздействия
C) не соответствие нагрузки физической подготовленности
регулярности занятий, постепенности возрастания физической нагрузки +
E) недоступности физических упражнений

В классификации гимнастических упражнений по видовому признаку выделяют упражнения:
A) спастические
B) спазмолитические
C) функциональные
D) рефлекторные
E) корригирующие +

Критерием оценки эффективности занятий ЛФК у больных с ограниченными двигательными возможностями служит:
A) отсутствие осложнений основного заболевания
B) расширение репертуара двигательных навыков +
C) плохая переносимость занятий
D) количество респираторных заболеваний в год
E) количество обострений заболевания в год

Рефлекторные физические упражнения для детей первого года жизни включают:
A) сгибание ног при упоре руками в горизонтальном положении
B) сгибание ног в вертикальном положении при поддержке подмышки
C) сгибание позвоночника лежа на боку
D) приседание при поддержке за подмышки
E) сгибание и разгибание пальцев стоп при раздражении кожи подошвы +

При наличии показаний к снижению физических нагрузок необходимо в первую очередь:
A) Уменьшить частоту занятий, сохраняя объем и интенсивность нагрузки
B) Уменьшить объем нагрузки, сохраняя интенсивность нагрузки и частоту занятий
C) Уменьшить интенсивность, объем нагрузки и частоту занятий
D) При уменьшении интенсивности нагрузки и сохранении количества занятий увеличить их продолжительность
E) Уменьшить интенсивность нагрузки, сохраняя общий объем и количество занятий +

Дыхательное упражнение, позволяющее уменьшить остаточный объём воздуха в лёгких – это дыхание:

A) с пассивным выдохом
B) с задержкой на выдохе
C) с удлинённым выдохом +
D) с форсированным выдохом
E) с откашливанием на выдохе

Идеомоторные упражнения – это упражнения:
A) выполняемые с отягощением
B) представляющие собой воображаемые движения +
C) выполняемые на наклонной плоскости
D) выполняемые пассивно
E) выполняемые с помощью гимнастических снарядов

При физических нагрузках кровоток максимально уменьшается в:
A) сердце;
B) при физических нагрузках кровоток изменяется во всех органах одинаково
C) органах брюшной полости +
D) головном мозге
E) лёгких

К двигательным режимам на санаторном этапе реабилитации относят:
A) щадящий, щадяще-тренирующий и тренирующий +
B) постельный, палатный, коридорный
C) щадящий, тренирующий, свободный, коридорный
D) интервальный, свободный, щадящий и щадяще-тренирующий

Действующим фактором в методе гальванизации является:
A) Магнитное поле
B) Постоянный ток низкого напряжения и небольшой силы парафин +
C) Импульсный ток высокой частоты и большой силы
D) Ультразвуковые волны

Дыхательное упражнение, позволяющее уменьшить остаточный объем воздуха в легких – это дыхание
A) с пассивным выдохом
B) с откашливанием на выдохе
C) с укороченным выдохом
D) с удлиненным выдохом +
E) с насильственным выдохом

Основными эффектами в действии электросна являются:
A) Седативный, анальгезирующий +
B) Противострессовый
C) Снотворный
D) Нейростимулирующий
E) Трофический

Фактор, отсутствующий в лечебном воздействии при водотеплолечебных процедурах
A) термический
B) механический
C) электрический +
D) химический

E) гидродинамический

Действующим фактором в методе магнитотерапии является
A) электрический переменный ток
B) постоянное или переменное низкочастотное магнитное поле +
C) электромагнитное поле среднечастотное
D) электромагнитное излучение сверхвысокой частоты
E) электрическое поле ультравысокой частоты

Метод «сухой иммерсии» – это:
A) метод, основанный на применении ультразвуковых волн
B) метод, использующий для достижения лечебного эффекта особые чувствительные точки в определенных местах и применяемый для стимуляции рефлексов, необходимых для нормального психомоторного развития
C) метод, основанный на частичной имитации внутриутробного состояния ребенка и заключается в помещении пациента на водонепроницаемую пленку, свободно лежащую на поверхности воды +
D) грязевые аппликации
E) лечение минеральными водами

Применение природных физических факторов возможно в различных вариантах, кроме:
A) сочетанное
B) последовательное
C) недозированное +
D) комплексное
E) комбинированное

Лазер – это:
A) вид светового излучения +
B) вид радиоактивного излучения
C) вид импульсного электрического тока
D) вид постоянного электрического тока
E) вид электростатического поля

Нарушение равновесия и координации движений у детей характерно для:
A) ожирения
B) бронхиальной астмы
C) вестибулярных расстройств +
D) гиподинамии
E) аллергических заболеваний

Какая система в организме занимает первое место по степени чувствительности к магнитному полю?
мышечная
B) костно-суставная
C) нервная +
D) сердечно-сосудистая
E) дыхательная

Специальные упражнения при гемипарезах включают:
A) расслабление мышечного корсета позвоночника
B) расслабление мышц при гемиплегии

C) снижение легочной вентиляции
D) снижение количества двигательных навыков
E) укрепления парализованных и расслабления спастически сокращенных мышц +

Сколиоз – это:
A) искривление позвоночника во фронтальной плоскости сочетающееся с торсией позвонков +
B) дистрофия межпозвоночного диска
искривление позвоночника в сагиттальной плоскости
D) ротация вокруг вертикальной оси позвоночника
E) остеопороз позвонков

Осанка – это:
A) качество позвоночника, обеспечивающее хорошее самочувствие и настроение
B) силуэт челове.ка
C) привычная поза человека +
D) особенности строения костно-мышечной системы и жироотложения
E) Гармоничное развитие тела человека

В здоровом позвоночнике выделяют следующее количество кифозов: A
B C
D
E

В здоровом позвоночнике выделяют следующее количество лордозов: A
B C
D
E

Основной задачей ЛФК при сколиозе III степени является:
A) Повышение специальной подготовки.
B) Увеличение функциональных резервов сердечно-сосудистой и дыхательной систем.
C) Предупреждение неблагоприятных изменений в деятельности различных органов и систем +
D) Развитие физической силы.
E) Повышение толерантности к физической нагрузке

При вертикальном положении тела проекция общего центра тяжести на позвоночник приходится на:
A) шейные позвонки
верхние грудные позвонки;
C) нижние грудные позвонки
D) поясничные позвонки
E) крестцовые позвонки +

Дыхательное упражнение, позволяющее уменьшить остаточный объем воздуха в легких – это дыхание

A) с пассивным выдохом
B) с удлиненным выдохом +
C) с задержкой на выдохе
D) с форсированным выдохом
E) с откашливанием на выдохе

Жизненная емкость легких – это
A) объем воздуха при максимальном выдохе после максимального вдоха +
B) объем воздуха при обычном выдохе после обычного вдоха
C) объем воздуха при форсированном выдохе после форсированного вдоха
D) объем воздуха, находящегося в легких после максимального вдоха
E) объем воздуха, проходящий через легкие за 1 минуту

Исходное положение для больного пневмонией, позволяющее максимально вентилировать пораженный участок легочной ткани
A) лежа на спине
B) лежа на животе
C) лежа на больном боку
D) лежа на здоровом боку +
E) сидя

Электропроводность тканей – это:
A) Направленное движение ионов в растворе электролитов
B) Способность тканей проводить электрический ток +
C) Явление распределения тока в среде
D) Изменение структуры тканей под действием тока
E) Степень деструкции ткани под воздействием электрического тока

При смешанном типе дыхания вентилируются:
A) все отделы легких +
B) преимущественно нижние доли легких
C) преимущественно пораженное легкое
D) преимущественное правое легкое
E) преимущественно верхние доли легких

При левосторонней пневмонии для активизации дыхания в пораженном отделе при выполнении дыхательных упражнений рекомендуется исходное положение:
A) сидя на кровати с опущенными ногами
B) коленно-кистевом
C) на левом боку
D) на правом боку +
E) лежа на спине

Для профилактики образования спаек и шварт в плевральной полости показаны:
A) диафрагмальное дыхание
B) упражнения с произнесением звуков
C) упражнения с покашливанием на выдохе
D) длительные задержки дыхания
E) динамические дыхательные упражнения, увеличивающие экскурсию легких +

Эвакуации содержимого бронхов наиболее способствует:

A) Статическое дыхание
B) Диафрагмальное дыхание
C) Дренирующие упражнения +
D) Задержка дыхания
E) Идиопатические упражнения

Бальнеология основана на использовании:
A) климата пещер
B) минеральных вод +
C) особенностей климата морских побережий.
D) растительных экстрактов в виде эссенций или эфирных масел
E) продуктов пчеловодства

У больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями при занятиях лечебной физкультурой следует развивать:
A) силу и скорость
B) ловкость
C) выносливость +
D) координацию
E) вестибулярный аппарат

Продолжительность программы физической реабилитации больных не осложненным инфарктом миокарда в стационаре (по рекомендациям ВОЗ) составляет:
A) 3 дня
B) 1 неделя
C) 2 недели
D) 3 недели +
E) 4 недели

Закон Старлинга отражает:
A) утилизацию кислорода по отношению к производимой работе
B) отношение объёма правого предсердия и частоты ритма
C) отношение сердечного выброса и периферического сопротивления
D) способность сердца увеличивать силу сокращения при увеличении наполнения её камер +
E) Отношение частоты сердечных сокращений и фракции выброса

Физическая реабилитация больного, перенесшего ОИМ, на стационарном этапе направлена на:
A) повышение физической работоспособности до средней для людей своей возрастной категории
B) достижение уровня бытовой нагрузки в повседневной жизни больного до инфаркта миокарда
C) достижение такого уровня физической активности, при котором пациент мог бы обслуживать себя, подниматься на 1 этаж по лестнице +
D) полную трудовую реабилитацию
E) Физическая реабилитация при инфаркте миокарда на стационарных этапах реабилитации запрещена

Автор термина «Клиническая психология»:
A) Фрейд
B) Шарко

C) Уитмер +
D) Россолимо
E) Павлов

Обученная беспомощность формируется когда:
A) Дается чередование легких и трудных задач
Предъявляется выбор между равными возможностями
C) Предъявляются заведомо нерешаемые задачи +
D) Создаются табуированные зоны для пациента

Анальный характер проявляется в:
A) Щедрости
B) Доверчивости
C) Скупости +
D) Интуитивности

У больных с язвенной болезнью желудка гиперактивного типа фрустрирована потребность:
A) Доминирование
B) Зависимость +
C) Безопасность
D) Принадлежность к группе значимых лиц

Хороший комплайенс у пациентов с язвенной болезнью желудка пассивного типа формируется при отношениях:
A) Директивных
B) Эмпатических +
C) Независимых
D) Конфронтационных

Для болезни Крона характерно:
A) Низкая самооценка +
B) Гиперактивность
C) Мотив власти
D) Гетероагрессия

Лейтмотивом при реабилитации пациентов с язвенным колитом является:
A) Релаксационные техники
B) Усиление симбиотических связей
C) Интеграция «Я» пациента +
D) Библиотерапия

Эффективый стиль терапии при реабилитации больных с сахарным диабетом:
A) Императивный
B) Синтонный +
C) Экзистенциальный
D) Рационально-суггестивный

Характерный экзистенциал для гипертиреоза:
A) Фобия
B) Депрессия
C) Забота +

D) Созерцание

При функциональном бесплодии эффективно:
A) Поощрение симбиотических связей
B) Развитие сильной мотивации беременности
C) Коррекция партнерских отношений +
D) Утверждение жесткой иерархии в семье

«Либидозная загрузка поверхности кожи» характерна для:
A) Зуда
B) Псориаза
C) Нейродермита +
D) Алопеции

Основатель психической реабилитации в России:
A) Мясищев
B) Свядощ
C) Кабанов +
D) Лазурский
E) Корсаков

Психологическая реабилитация при псориазе прежде всего направлена на раскрытие темы:
A) Власти
B) Утраты +
C) Контроля эмоций
D) Заботы

Какое свойство аутентично для ИБС?
A) Алекситимия +
B) Фобофобия
C) Низкая самооценка
Пластичность «Я»

Синкопальные состояния происходят при:
A) Эмоциональном выгорании
B) Блокаде поведенческих автоматизмов +
C) Фиксации на негативном опыте
D) Гипертермии

При «парадоксальной интенции» Франкла пациенту предлагается:
A) Тотальный запрет вредных привычек
B) Обучение танцевальной терапии
C) Делать то, чего человек боится +
D) Психодраматическое упражнение

Какой стиль поведения характерен при гипервентиляционном синдроме?
A) Авторитарный
B) Стенический
C) Независимый
D) Рецессивный +

На «Балинт-группе» обсуждаются:
A) Успешное ведение пациента
B) Неудачи комплайенса +
C) Проблемы «Я» пациента
D) Вопросы методологии
E) Особенности психотропной терапии

Почему гиперэстезия к запахам при бронхиальной астме коррелирует с нарушением потенции и фригидностью?
A) Богатое воображение
B) «Запахи» выходят за пределы предметного мира: «грязная политика», «грязные помыслы» и т.д. +
C) Генетическая предрасположенность
D) Фобические расстройства

Во время приступа гипервентиляции рекомендуется:
A) Релаксирующий массаж воротниковой зоны
B) Погружение стоп в холодную воду
C) Аутогенная тренировка
D) Прерывание приступа за счет обратного вдыхания выдыхаемого воздуха (ощелачивание крови) +

71. Медицинская реабилитация осуществляется в следующих условиях:

+ амбулаторно
+ в дневном стационаре
в ночном стационаре
+ стационарно
полустационарно

72. К индивидуальным факторам, влияющим на реабилитационный прогноз и эффективность реабилитации относят:

+ пол
реабилитационные технологии (включая вспомогательные технологии и медикаменты)
+ генетика
система здравоохранения
+ образ жизни

73. Формы работы мультидисциплинарной реабилитационной бригады:
+мультидисциплинарные клинические обходы больных
+врачебная комиссия и консилиум врачей
+общение с родственниками и ухаживающими лицами
+средства внутрибольничной коммуникации (информационные стенды для пациентов, родственников и ухаживающих лиц)
Оформление выписного эпикриза

74. Реабилитационный диагноз отражает:

+характер повреждения или заболевания,
+степень нарушения функции органа или системы органов
+выраженность нарушения навыков
+степень ограничения активности и участия пациента в социальных процессах

75. Реабилитационные мероприятия в рамках медицинской реабилитации реализуются при взаимодействии:
+врача по профилю оказываемой медицинской помощи
+врача по лечебной физкультуре
+врача-физиотерапевта, врача-рефлексотерапевта
+медицинского психолога

6.Медицинская реабилитация включает в себя:
+оценку (диагностику) клинического состояния пациента
+формирование программы реабилитации,
+комплексное применение лекарственной и немедикаментозной терапии
+оценку эффективности реабилитационных мероприятий и прогноз

77. К основным принципам медицинской реабилитации относятся:
+Использование методов контроля
+Непрерывность
Прерывистость
+Мультидисциплинарность
+Раннее начало

78. Принципами медицинской реабилитации являются:
+Этапность
+Непрерывность
+Преемственность
Периодичность
+Раннее начало

79. Врач, имеющий сертификат специалиста по специальности «Лечебная физкультура и спортивная медицина» может занимать должности:
+врач по лечебной физкультуре
врач по восстановительной медицине
врач по реабилитационным технологиям
+врач по спортивной медицине
врач по медицинской реабилитации

80. Медицинская реабилитация включает:
+Лечебную физическую культуру
+Методы психологической и нейропсихологической коррекции
+Методы немедикаментозной терапии (фитотерапия, гомеопатия, гирудотерапия, апитерапия)
+Массаж

81. Профессиональные обязанности врача ЛФК включают:

+определение физической нагрузки, соответствующей функциональному состоянию больного;
+изменения режима больного при необходимости;
+проведения процедур лечебной гимнастики;
+составления комплекса упражнений лечебной гимнастики

82. К принципам медицинской реабилитации относятся:
+Непрерывность
Отсроченное начало реабилитационных мероприятий
+Индивидуализации программы реабилитации
+Социальная направленность
+Преемственности реабилитационных мероприятий в разных медицинских организациях

83. К стационарным этапам медицинской реабилитации относятся:
+первый этап
+второй этап
третий этап
четвёртый этап
пятый этап

84. Согласно Федерального закона №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинская реабилитация направлена на:
+полное или частичное восстановление нарушенных и (или) компенсацию утраченных функций поражённого органа либо системы организма
+поддержание функций организма в процессе завершения остро развившегося патологического процесса или обострения хронического патологического процесса в организме
+предупреждение, раннюю диагностику и коррекцию возможных нарушений функций повреждённых органов либо систем организма
+предупреждение или снижение степени возможной инвалидности

85. К внешним факторам, влияющим на реабилитационный прогноз и эффективность реабилитации относятся:
+среда обитания (инфраструктура, природные условия)
+реабилитационные технологии (включая вспомогательные технологии и медикаменты)
генетика
+система здравоохранения
образ жизни

86. В клинике внутренних болезней на стационарном этапе реабилитации больных, находящихся на постельном режиме лечебную физкультуру использует в форме:
теренкура
+утренней гигиенической гимнастики
+лечебной гимнастики
элементов спортивных упражнений
подвижных игр

87. К формам лечебной физкультуры на щадяще-тренирующем двигательном режиме относят:

+утренняя гигиеническая гимнастика
бег с ускорением
+лечебная гимнастика
гребля
спортивные игры

88. К формам лечебной физкультуры на тренирующем двигательном режиме относят:
+терренкур
+лечебная гимнастика
+утренняя гигиеническая гимнастика
соревнования по видам спорта
бег в быстром темпе

89. Степень активности динамических упражнений у больного определяется:
+задачами лечения
+состоянием больного и его возрастом
+характером заболевания или повреждения
+этапом реабилитации

90. Для облегчения выполнения активных упражнений используют:
+горизонтальные скользящие плоскости
движения с амортизаторами
+блоки
+роликовые тележки
+подвески, устраняющие силу трения в момент активного движения

91. Для усиления мышечной нагрузки при выполнении активных движений используют:
+движения с амортизаторами
+сопротивления, оказываемые инструктором
+сопротивления, оказываемые самим больным
упражнения на расслабление
идеомоторные упражнения

92. Пассивными называются упражнения, выполняемые:
с незначительным активным движением и волевым усилием со стороны больного
+с помощью инструктора без усилия больного
с посторонней помощью при выраженном волевом усилии больного
+самим больным с помощью здоровой руки или ноги
на велотренажере

93. Упражнения на равновесие можно усложнять путем:
использования блочного тренажера
+уменьшения площади или подвижности опоры
+выключения зрительного анализатора
+использования предметов и снарядов
+изменения направления движения

94. Упражнения на равновесие и координацию движений являются специальными у больных:

+с вертебро-базилярной недостаточностью
+болезнью Меньера
+с нарушениями мозгового кровообращения
с недержанием мочи
с опущением внутренних органов

95. Процедура лечебной гимнастики имеет следующие периоды:
+вводный
+основной
+заключительный
тренирующий
щадящий

96. Показания для корригирующих упражнений:
+кривошея
вертебро-базилярная недостаточность
+деформация грудной клетки
+нарушение осанки
+плоскостопие

97. После выполнения упражнений в сопротивлении необходимо применять:
висы и упоры
+дыхательные упражнения
упражнения на тренажерах
+упражнения на расслабление мышечных групп
упражнения в метании

98. Порядковые упражнения в лечебной физкультуре
+служат для организации групповых занятий
+имеют воспитательное значение
+дают небольшую физическую нагрузку
способствуют развитию выносливости
способствуют улучшению функции кишечника

99. Основные показания к физическим упражнениям в воде:
+ожирение
+заболевания опорно-двигательного аппарата
заболевания внутренних органов в стадии декомпенсации
+заболевания нервной системы
+гипокинезия

100. Противопоказания к физическим упражнениям в воде:

+острые заболевания кожи
+вертебро-базилярная недостаточность с потерей сознания в анамнезе
+хронические заболевания кожи
деформация позвоночника
артриты и артрозы

101. При проведении лечебной гимнастики в воде применяют виды физических упражнений:
+гимнастические активные упражнения
+игровые упражнения
+упражнения с усилием и на расслабление
+упражнения на вытяжение, на механотерапевтических аппаратах и приспособлениях
упражнения с отягощениями

102. При закаливании детей необходимо соблюдать принципы:
+начинать закаливающие процедуры с комфортных температур
Начинать закаливание с дискомфортных температур
+постепенно увеличивать силу закаливающего фактора
+проводить закаливающие процедуры регулярно, без перерывов
+выполнять закаливающие процедуры на разном уровне теплопродукции организма

103. Противопоказания к массажу:
+гнойничковые, воспалительные поражения кожи
+наличие или угроза кровотечения тромбоз сосудов
локальные нарушения целостности кожных покровов вне зоны массажа
+температура тела >38°С

104. Действия врача по лечебной физкультуре включают:
подбор лекарственных средств
+проведения функциональной пробы
+определения двигательного режима
постановка диагноза
+подбора средств ЛФК и их дозировка

105. ЛФК проводится в виде:
+индивидуальных занятий
+групповых занятий
метода проб и ошибок
+механотерапии
+игр

106. На стационарном этапе реабилитации возможны следующие двигательные режимы:
+постельный
+палатный
+свободный
щадящий
переходный

107. Физическая реабилитация включает:

медикаментозную терапию
психотерапевтическую тренировку
занятия спортивной гимнастикой
+назначение двигательного режима
+подбор комплекса упражнений лечебной гимнастики

108. Упражнения на равновесие можно усложнять путем:
уменьшение скорости движения
применения аутотренинга
включения зрительного анализатора
использования поддержки
+уменьшения площади опоры

109. Формами лечебной физкультуры являются:
художественная гимнастика
оздоровительная физкультура
спортивная гимнастика
+лечебная гимнастика
фитнес

110. По интенсивности физические упражнения делятся на упражнения:
активные и пассивные
статические и динамические
порядковые и ритмопластические
+малой и умеренной интенсивности
+большой и максимальной интенсивности

111. В процессе физической реабилитации больных необходимо соблюдать следующие педагогические принципы:
+индивидуальный подход к больному
+сознательное активное участие больных
+постепенность повышения нагрузки
позднее начало
исследование функционального состояния органов и систем осуществляется исключительно с помощью инструментальных методов

112. Лечебный эффект дыхательных упражнений обусловлен:
+увеличением экскурсии дыхательных движений
+укреплением дыхательной мускулатуры
усилением асинхронизма работы дыхательной мускулатуры
+усилением дренажной функции
повышением вязкости мокроты

113. Характеристика физических упражнений по анатомическому признаку включает:

+упражнения для мелких мышечных групп
+упражнения для средних мышечных групп
+упражнений для крупных мышечных групп
упражнений для тренировки функции равновесия
упражнений на координацию

114. К противопоказаниям для назначения лечебного массажа относят:
пневмония
+пиодермия
+угроза кровотечения, тромбоза, варикозное расширение вен
рубцовые изменения кожи
+значительное нарушение целостности кожных покровов

115. Пассивные упражнения назначают преимущественно для:
+улучшения кровообращения
+улучшения лимфообращения
+лечения тугоподвижности в суставах
улучшения функционального состояния сердечно-сосудистой системы
+для воссоздания правильного двигательного акта (при парезах и параличах конечностей)

116. Понятию лечебной физкультуры соответствуют термины
+физическая реабилитация
гирудотерапия
рефлексотерапия
апитерапия
психотерапия

117. К средствам ЛФК относятся:
+физические упражнения
+массаж
+естественные факторы природы
физиотерапия
рефлексотерапия

118. Двигательные режимы, предусмотренные в стационаре:
+строгий постельный
+расширенный постельный
+палатный
+свободный
тренирующий

119. Двигательные режимы, предусмотренные в стационаре:
+строгий постельный
+расширенный постельный
+палатный
щадяще-тренирующий
тренирующий

120. Двигательные режимы, предусмотренные в стационаре:

+строгий постельный
+расширенный постельный
щадящий
щадяще-тренирующий
тренирующий

121. Двигательные режимы, предусмотренные в санаторно-курортных условиях:
строгий постельный
расширенный постельный
+щадящий
+щадяще-тренирующий
+тренирующий

122. Двигательные режимы, предусмотренные в санаторно-курортных условиях:
палатный
свободный
+щадящий
+щадяще-тренирующий
+тренирующий

123. Двигательные режимы, предусмотренные в санаторно-курортных условиях:
+щадящий
+щадяще-тренирующий
палатный
расширенный постельный
+тренирующий

124. К упражнениям для мелких мышечных групп относят:
+упражнения для мышц лица
упражнения для мышц плечевого пояса
+упражнения для мышц кисти, стопы
упражнения для мышц голени
упражнения для мышц тазового дна

125. На дозу физической нагрузки при проведении лечебной физкультуры влияют:
+пол и возраст
время суток
+спортивный анамнез
+этиология и патогенез заболевания
+стадия заболевания и общее состояние

126. Функциональные обязанности врач по лечебной физкультуре детского санатория включают:
формирование диеты
проведение физкультурно-оздоровительные праздники
+определение форм лечебной физкультуры и дозировку физической нагрузки
определение физиотерапевтическим методов лечения
+проведение коррекции двигательного режима больного ребенка

127. Лечебная физкультура – это:

+метод лечения
полное название врачебной специальности
вид спорта
+составная часть медицинской реабилитации
синоним понятия «фитнес»

128. К возможным осложнениям в организме, связанным с длительным пребывание больного на постельном режиме, относится:
+гипостатическая пневмония;
+флебиты и тромбозы сосудов;
+атония кишечника;
+трофические расстройства мягких тканей
мерцательная аритмия

129. В первые два месяца жизни детей рекомендуется использовать физические упражнения:
принудительные
активные
+рефлекторные
идеомоторные
изометрические

130. Для ЛФК в детском возрасте характерно:
+использование массажа
+игровая направленность для мотивации ребёнка
использование преимущественно пассивных упражнений
+индивидуальное дозирование физической нагрузки
+врачебный контроль при занятиях ЛФК

131. К упражнениям для средних мышечных групп относят упражнения для:
+мышц шеи
+мышц голени
+мышц плечевого пояса
ягодичных мышц
мышц бедра

132. Для увеличения физической нагрузки можно:
Сократить амплитуду движения
+Использовать снаряд (набивной мяч – «медицинбол»)
Снизить темп выполнения упражнений
+Уменьшить продолжительность пауз
+Увеличить темп выполнения упражнений

133. Какие факторы способствуют увеличению объема «мертвого» пространства в легких?

Глубокое дыхание
+Частое дыхание
Редкое дыхание
+Поверхностное дыхание
Ровное дыхание

134. При назначении ЛФК врач обязан:
определить диагноз;
проверить правильность назначений лечащего врача;
подобрать средства медикаментозного лечения;
+провести исследования функционального состояния и физической подготовленности больного;
назначить консультацию психиатра

135. Физическая реабилитация включает:
+назначение двигательного режима;
психотерапию
+занятия лечебной гимнастикой;
+физические тренировки;
+утреннюю гигиеническую гимнастику

136. Физическая нагрузка может дозироваться:
+выбором исходного положения;
+использованием специальных снарядов;
частотой дыхания
+фиксацией вышележащего сегмента конечности.
+темпом выполнения упражнений

137. По режиму работы мышц физические упражнения подразделяются на:
активные;
+динамические;
+статические;
пассивные.
динамико-статические

138. К средствам лечебной физкультуры относятся:
психотерапия
рефлексотерапия
+закаливающие факторы природы;
+физические упражнения;
+массаж

139. К упражнениям для крупных мышечных групп относят упражнения для:

мышц плечевого пояса
+для мышц туловища
мышц тазового дна
+мышц бедра
мышц шеи

140. К формам лечебной физкультуры на щадящем двигательном режиме амбулаторного этапа реабилитации относят:
+лечебная гимнастика
+дозированная ходьба
+малоподвижные игры
бег «трусцой»
тренировка на велоэргометре

141. При выборе физиотерапии необходимо учитывать следующие факторы:
+возраст пациента
+характер, стадию болезни
+механизм действия фактора
+предшествующее лечение

142. Физические упражнения влияют на кардиальный фактор кровообращения следующим образом:
+увеличивают число функционирующих капилляров в миокарде;
сужаются сосуды миокарда;
+усиливаются окислительно-восстановительные процессы в миокарде;
+увеличивается приток крови в коронарную систему.
оказывают кардиоплегический эффект

143. Укажите симптомы, относящиеся к внешним признакам утомления у больных с ИБС:
+потливость
+появление одышки
+ухудшение координации движений
+замедленность движений

144. Внешние признаки утомления у больных с ИБС:
+появление одышки
+потливость
+замедленность движений
+изменение координации движений

145. Для действия электрического поля УВЧ характерны эффекты
+противовоспалительный
+противоотечный
+сосудорасширяющий
тромбообразующий
+гипотензивный

146. Низкочастотному магнитному полю присущи эффекты:

+противоотечный
+сосудорасширяющий
+противовоспалительный
повышение тонуса поперечно-полосатых мышц
+Гипотензивный

147. К общим противопоказаниям для физиотерапии относят:
+нарушение свёртываемости крови с частыми кровотечениями
+общее истощение больного (кахексия)
+высокая температура тела больного (более 38ºС)
+психозы с явлениями психомоторного возбуждения
боль

148. Врач по лечебной физкультуре при лечении пациента с неврологическими заболеваниями должен:
+подобрать средства ЛФК для решения поставленных задач;
+оценить тяжесть состояния больного и функциональное
+состояние основных систем организма;
+составить комплекс упражнений;
+определить период курса ЛФК

149. К методам физиотерапии, основанным на действии постоянного тока относятся:
+Гальванизация
Магнитотерапия
УВЧ-терапия
+Ударно-волнова теапия
УФО

150. Физиотерапии противопоказана:
+при онкологических заболеваниях
+при гемофилии
в детском и подростковом возрасте
+высокая температура тела (выше 38°С)
+во время беременности

151. К природным факторам, используемым в физиотерапии относятся:
+Климатотерапия
+Талассотерапия
+Галотерапия
Магнитотерапия
+Пелоидотерапия

152. Преформированные факторы, используемые в физиотерапии это:

+Магнитное поле
+Электрический ток
+Электромагнитное излучение
Солнечная радиация
Горный воздух

153. Преимущества метода лекарственного электрофореза:
+создание кожного депо лекарственного вещества;
+воздействие непосредственно на область патологического очага;
+практически отсутствие аллергических реакций;
+безболезненное введение лекарственного препарата;

154. К недостаткам лекарственного электрофореза как метода введения фармпрепарата относят:
+не все лекарственные препараты могут быть использованы для лекарственного электрофореза;
+полярность многих лекарств неизвестна;
+трудность определения точного количества введенного лекарственного вещества;
редкое развитие аллергических реакций;
+контакт медперсонала с лекарственным препаратом

155. Задачи применения физиотерапии для детей с последствиями поражений ЦНС:
+нормализация мозгового кровообращения
+нормализация процессов торможения и возбуждения в коре головного мозга
+восстановление биологической и электрической активности мозга
+стимулирование процессов восстановления структуры нервных волокон.

156. Противопоказания к гальванизации и лекарственному электрофорезу:
+индивидуальная непереносимость гальванического тока;
вегето-сосудистая дистония по гипотоническому типу;
+расстройство кожной чувствительности;
+острый гнойный средний отит;
+дерматит в острой стадии

157. Показания к назначению электросна:
+неврозы;
+язвенная болезнь желудка;
+нейродермит;
+гипертоническая болезнь 1 стадии;
хронический гайморит

158. К методам теплолечения относятся:
+Парафинотерапия
+Озокеритотерапия
+Нафталанотерапия
+Грязелечение
Лазеротерапия

159. К лечебным эффектам сверхвысокочастотной терапии (СВЧ) при заболеваниях воспалительного и дистрофического характера относят:

+противовоспалительный;
+болеутоляющий;
+противосудорожный;
спазмолитический;
+десенсибилизирующий

160. Из перечисленных ниже процедур к водолечебным относятся:
ванны газовые;
+души;
+укутывание;
тепло-влажные ингаляции;
+обтирания

161. Низкочастотному магнитному полю присущи эффекты:
+Противоотечного
+Сосудорасширяющего
+Противовоспалительного
Повышающего тонус поперечно-полосатых мышц
+Гипотензивного

162. Для действия электрическим полем УВЧ характерны эффекты:
+Противовоспалительный
+Секреторный
+Сосудорасширяющий
Тромбообразующий
+Гипотензивный

163. Показаниями к применению УВЧ-терапии являются:
+Острые воспалительные процессы внутренних органов, в т.ч. гнойные,
+Хронические воспалительные процессы внутренних органов
+Острые и хронические воспалительные процессы ЛОР-органов.
Осумкованные гнойные процессы.
+Начальные стадии развития воспаления в мягких тканях

164. К действию на организм лазерного излучения относятся:
+противовоспалительное,
+дегидратирующее,
+репаративное,
тонизирующее
иммунодепрессивное

165. Ультразвук обладает следующим действием:
+повышает проницаемость тканевых структур;
+повышает выброс свободных гормонов в кровь;
+повышает образованием биологически активных веществ;
снижает процессы нервно-мышечной передачи импульса

166. Лечебные эффекты грязелечения:

+противовоспалительное;
+рассасывающее;
пигментообразующее
+гипокоагулирующее;
+кератолитическое

167. К общим противопоказаниям для физиотерапии относят:
+Нарушение свёртываемости крови с частыми кровотечениями
+Злокачественные новообразования и подозрения на них
+Высокая температура тела больного (более 38ºС)
+Психозы с явлениями психомоторного возбуждения
Единичные экстрасистолы

168. Методы физиотерапии обладающие обезболивающим эффектом:
+ударно-волновая терапия
+амплипульстерапия
фотохромотерапия
светотерапия
гирудотерапия

169. Причины, влияющие на возникновение перинатальных поражений центральной нервной системы у детей:
+патологическое течение беременности (ранние и поздние токсикозы, угроза прерывания беременности и пр.)
+вредные воздействия окружающей среды, неблагоприятная экологическая обстановка (ионизирующее излучение, токсические воздействия, в том числе при применении различных лекарственных веществ, загрязнение окружающей среды солями тяжелых металлов и промышленными отходами и пр.)
+патологическое течение родов (стремительные роды, слабость родовой деятельности и пр.) и травмы при применении родового пособия
+недоношенность и незрелость плода с различными нарушениями его жизнедеятельности в первые дни жизни
высокая мотивация матери на беременность

170. Основные перинатальные поражения ЦНС, входящие в Классификацию перинатальных поражений ЦНС у детей (принята Ассоциацией специалистов перинатальной медицины, 2002):
+гипоксические поражения ЦНС
+травматические
+дисметаболические и токсикометаболические поражения ЦНС
+перинатальные поражения ЦНС, обусловленные инфекциями

171. При каких заболеваниях применяется магнитотерапия?

+вегето-сосудистая дистония
+заболевания глаз
+заболевания ЛОР органов
+заболевания кожи
острый аппендицит

172. Основные синдромы из Классификации перинатальных поражений ЦНС у детей в первые дни жизни (принята Ассоциацией специалистов перинатальной медицины, 2002):
+синдром возбуждения
+синдром угнетения
церебральный инсульт
+синдром мышечной дистонии
+синдром внутричерепной гипертензии

173. Основные синдромы из Классификации перинатальных поражений ЦНС у детей в первые дни жизни (классификация, принятая Ассоциацией специалистов перинатальной медицины, 2002):
+синдром возбуждения
+синдром угнетения
+синдром вегето-висцеральных нарушений
+синдром внутричерепной гипертензии

174. Какие приемы массажа необходимо проводить детям возрастом до 2-3 месяцев с синдромом угнетения нервной системы:
+поглаживание
+легкое растирание
+легкое разминание
+поколачивание
покачивания на большом гимнастическом мяче

175. Реабилитационный комплекс для снятия спастического компонента при инсультах включает:
+лечение положением
+точечный массаж
+специальные упражнения лечебной физкультуры с использованием пассивных движений
+иглорефлексотерапию и аутогенную тренировку
гирудотерапию

176. Основными видами физических упражнений, применяемыми при спастических параличах, являются упражнения
с отягощением
+для паретичных мышц
сближающие точки прикрепления мышц
+удаляющие точки прикрепления мышц (на растяжение и расслабление мышц)
развивающие выносливость

177. К специальным физическим упражнениям при вестибулярной тренировке относятся

+упражнения для тренировки полукружных каналов и отолитового прибора
+упражнения на равновесие
+упражнения на координацию
теренкур
бег

178. Возможны следующие нарушения двигательной функции при инсультах
+гемипарезы
+тетрапарезы
+гемиплегии
+монопарезы и монопараличи

179. Реабилитационные мероприятия при остеохондрозе позвоночника включают:
+разгрузочное положение для позвоночника и вытяжение
+лечебную гимнастику
+массаж спины
+бальнеофизеотерапия
антибиотикотерапию

180. При церебральном инсульте медицинскую реабилитацию осуществляют в соответствии с принципами:
Максимальная интенсивность
+Преемственность
+Этапность
+Непрерывность
+Мультидисциплинарность

181. Здоровый сустав должен:
+принимать в покое среднефизиологическое положение
+легко перемещаться в пределах всего объема движений
легко перемещаться в пределах 80% от объема движений
безболезненно выполнять весь объем пассивных движений, в то время как при активных движениях допускается наличие болезненности
+допускать безболезненные движения (активные, с дозированной нагрузкой, с отягощением)

182. Причины нарушений осанки:
+Слабость мышечного корсета
+Несоответствие предметов мебели росту ребенка
Несоответствие предметов мебели возрасту ребенка
+Перенесенные заболевания
+Конституциональные особенности

183. Назовите причины плоскостопия:
+Избыточный вес
+Избыточная статическая нагрузка
+Слабость мышц стопы и голени
+Неудобная обувь, обувь на высоких каблуках

184. Осмотр и оценка осанки включает:

+положение надплечий
+длина ног
кожные покровы
+походка
рост волос

185. К природным факторам, используемым в физиотерапии относятся:
+климатотерапия
+талассотерапия
+галотерапия
магнитотерапия
+спелиотерапия

186. Выделяют типы нарушений осанки:
+круглая спина
+плоская спина
+кругловогнутая спина
+сутулость

.Визуальные критерии деформации контуров тела при сколиозе в различных отделах позвоночника:
+асимметрия положения надплечий и углов лопаток
+смещение условной линии соединяющей остистые отростки
уплощение сводов стопы
+деформация грудной клетки
правильность прикуса

188. Признаки нормальной осанки:
+Расположение остистых отростков тел позвонков по линии отвеса, опущенного от бугра затылочной кости и проходящего вдоль межъягодичной складки
+Расположение углов лопаток на одном уровне
+Правильные изгибы позвоночника в сагиттальной плоскости (глубиной до 5см в поясничной области и до 2см в шейном)
+Равные треугольники талии (справа и слева), образованные туловищем и свободно опущенными руками

189. Для активной коррекции деформации позвоночника применяют:
+Корригирующие упражнения
Корригирующие укладки
+Ассиметричные упражнения
Иммобилизацию позвоночника
+Симметричные упражнения

190. В раннем послеоперационном периоде (1-5 сутки) у больных с остеоартрозом задачами медицинской реабилитации являются:

Освоение скандинавской ходьбы
+Обучение присаживанию и сидению
Освоение теренкура
+Обучение передвижению при помощи костылей
Освоение передвижения по лестнице

191. Задачи ЛФК при болезнях суставов включают:
снижение кровообращения сустава
ослабление мышц, окружающих сустав
снижение трофики сустава
противовоспалительное действие
+противодействие развитию тугоподвижности сустава

192. При продольном плоскостопии противопоказано:
ходьба на носках
ходьба на пятках
+ходьба на внутреннем крае стопы
ходьба на наружном крае стопы
использование ортопедических стелек

193. При поражении периферических нервов образуются нервно-мышечные контрактуры
+разгибательные
+сгибательные
+приводящие
+отводящие
контрактуры не развиваются

194. К преформированным факторам, используемым в физиотерапии относят:
+магнитное поле
+электрический ток
+электромагнитное излучение
солнечная радиация
гирудотерапия

195. Реабилитация часто болеющих простудными заболеваниямидетей включает:
+санацию местных очагов хронической инфекции
+этиопатогенетическую терапию в период ОРВИ
+вакцинотерапию и неспецифическую профилактику ОРВИ
+иммунокоррекцию, повышение резистентности организма ребёнка

196. Виды дыхательных упражнений
+общие
+специальные
+динамические
изотонические
изометрические

197. Факторы, провоцирующие бронхоспазм

+форсированное дыхание
диафрагмальное дыхание
+холодный воздух
+содержание в воздухе раздражающих веществ
+неадекватная физическая нагрузка

198. Жизненная емкость легких включает в себя
общую емкость легких
+резервный объем вдоха
+резервный объем выдоха
остаточный объем
+дыхательный объем

199. Задачи ЛФК при бронхиальной астме
+ликвидировать или уменьшить обструкцию бронхов
+увеличить силу дыхательных мышц и подвижность грудной клетки
+научить больного приемам расслабления, аутогенной тренировки
+предотвратить возможное развитие эмфиземы лёгких
уменьшить кровоток в лёгких

200. Противопоказания к назначению ЛФК при бронхиальной астме
субфебрильная температура
ЧСС в покое 80 уд/мин.
ЧД 16-20 дых/мин
+астматический статус
легочно-сердечная недостаточность I степени

201. Противопоказания для занятий лечебной гимнастикой при плеврите
наличие экссудата в плевральной полости
шум трения плевры
+фебрильная температура
субфебрильная температура
болезненность при дыхании

202. Показания к назначению дренирующих упражнений
+бронхопневмония
+острый бронхит
эмфизема
+бронхоэктатическая болезнь
бронхиальная астма

203. Задачи ЛФК при пневмонии

+максимально воздействовать на здоровую легочную ткань для активизации ее участия в дыхании
+усилить крово- и лимфообращение в пораженной доле
+противодействовать возникновению ателектазов, спаечного процесса
ликвидировать или уменьшить обструкцию бронхов
+дренировать полости бронхов

204. Задачи ЛФК у больных экссудативным плевритом
+улучшение нарушенного крово- и лимфообращения в легких и плевре
+усиление резорбции экссудата
+восстановление функции аппарата внешнего дыхания
+борьба с развивающимся спаечным процессом
ликвидация или уменьшение обструкции бронхов

205. Больному бронхитом рекомендуется:
длительные задержки дыхания, волевое подавление кашля
+покашливание на выдохе при выполнении динамических дыхательных упражнений
+при наличии гнойной мокроты дренажная гимнастика и позиционный дренаж
+при преобладании обструктивного синдрома звуковая гимнастика строгий постельный режим в течение 20-25 дней