Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 25.08.2023 14:27:11
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

Приложение 5

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра онкологии и лучевой диагностики

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по образовательной деятельности и молодежной политике
Т.В. Бородулина
«26» мая 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ И ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.57 Онкология*

Квалификация: *Врач-онколог*

г. Екатеринбург
2023

Программа государственной итоговой аттестации и фонд оценочных средств составлены в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.57 Онкология, утвержденного приказом Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1100.

Программа государственной итоговой аттестации и фонд оценочных средств составлены:

№	должность	уч. звание	уч. степень	ФИО
1	Заведующий кафедрой	Профессор	доктор медицинских наук	Демидов Сергей Михайлович
2	Профессор, кафедры	Профессор	доктор медицинских наук	Берзин Сергей Александрович
3	Главный врач ГБУЗ Свердловского областного онкологического диспансера, внештатный специалист по онкологии Министерства здравоохранения Свердловской области, доцент кафедры		Кандидат медицинских наук	Елишев Владимир Геннадьевич
4	Начальник Управления здравоохранения г.Екатеринбурга	Доцент	Кандидат медицинских наук	Демидов Денис Александрович
5	Руководитель радиотерапевтической службы Свердловского областного онкологического диспансера		Кандидат медицинских наук	Бенцион Дмитрий Львович
6	Заведующий центром амбулаторной химиотерапии ГБУЗ СООД, Секретарь Российского общества клинической онкологии (RUSSCO)		Кандидат медицинских наук	Петкау Владислав Владимирович

Программа государственной итоговой аттестации и фонд оценочных средств одобрены представителями профессионального и академического сообщества. Рецензенты:
- Орлов О.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и лучевой терапии с курсом рентгенологии ФГБОУ ВО ПГМУ им. академика Е.А. Вагнера Минздрава России
- Емельянов Д.Е., к.м.н., заместитель директора по лечебной работе ГБУЗ СООД, Председатель регионального отделения Российского общества клинической онкологии RUSSCO

Программа государственной итоговой аттестации и фонд оценочных средств обсуждены и одобрены:
- на заседании кафедры онкологии и лучевой диагностики (протокол № 3 от 19.04.2023 г.)
- методической комиссией специальности ординатура (протокол №5 от 10.05.2023 г.)

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Основная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре (далее – программа ординатуры) по специальности 31.08.57 Онкология завершается государственной итоговой аттестацией (ГИА) для выпускников, выполнивших план и программу обучения. Выпускник должен обладать всеми компетенциями, соответствующими области профессиональной деятельности – охране здоровья граждан путем обеспечения оказания специализированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения. Вид профессиональной деятельности, к которой готовится выпускник, – врачебная практика в области онкологии. Программа ГИА ординатуры по специальности 31.08.57 Онкология включает в себя все виды профессиональной деятельности, к которым готовится выпускник по специальности 31.08.57 Онкология:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Основная цель вида профессиональной деятельности: профилактика, диагностика, лечение заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, реабилитация пациентов.

Цель ГИА – оценить степень освоения программы ординатуры и соответствие результата освоения программы требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования, утверждённого приказом Минобрнауки России №1100 от 25 августа 2014г. и квалификационным требованиям, которые предъявляются к специалисту согласно приказу Минздравсоцразвития России от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

Для проведения ГИА приказом ректора утверждается состав комиссий по специальностям, из числа преподавателей университета, представителей органов управления здравоохранением, представителей работодателей.

- Федеральный закон РФ от 29.12.2012г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон РФ № 323-ФЗ от 21.11.2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. N 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"
- Методические рекомендации по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащенности образовательного процесса (утвержденные зам. министра образования и науки РФ А.А. Климовым от 08.04.2014 № АК-44/05вн);
- Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования, утверждённого приказом Минобрнауки России №1100 от 25 августа 2014г.
- национальные руководства, клинические рекомендации, стандарты и порядки оказания медицинской помощи.

2. ПЕРЕЧЕНЬ ФОРМ И ЭТАПОВ ГИА

ГИА проводится в форме государственного экзамена, что предусматривает подготовку к сдаче и собственно сдачу государственного экзамена выпускником. Процедура сдачи ГИА состоит из трех этапов, проводимых последовательно:

I этап – оценка уровня освоения навыков и умений (в том числе сдачу навыков с использованием симуляционного оборудования в Аккредитационно-симуляционном центре и сдачу навыков у «постели больного»);

II этап – междисциплинарное аттестационное тестирование, включающее вопросы всех дисциплин учебного плана;

III этап – собеседование по билетам в виде ситуационных задач.

3. СОДЕРЖАНИЕ ЭТАПОВ ГИА И КРИТЕРИИ ИХ ОЦЕНКИ

I этап: оценка уровня освоения практических умений и навыков

Оценка навыков и умений проводится в соответствии с программой практики и симуляционного курса на клинических базах и/или «Аккредитационно-симуляционном центре» (АСЦ). Перечень навыков и умений определен для специальности с учетом мнения работодателя.

1 подэтап – представление пациента и его медицинской карты, демонстрация методики исследования. В условиях клинической базы «у постели больного» ординатор должен продемонстрировать следующие навыки:

- провести объективное исследование;
- выявить клинические симптомы и синдромы;
- оценить лабораторные и инструментальные методы обследования;
- сформулировать клинический диагноз;
- назначить план дополнительного обследования;
- обосновать план лечения;
- выписать рецепт на один из лекарственных препаратов, назначенных пациенту.

2 подэтап – сдача навыков в АСЦ. Выпускник демонстрирует навыки на станциях.

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено».

Этап приема практических умений и навыков

Параметры оценочных средств.

Оценивается умение работать с больными: собрать анамнез, провести осмотр, выделить ведущие симптомы, поставить диагноз у ребёнка с патологией органов или систем.

1.Предлагаемое количество -	1 пациент
2. Выборка -	случайная
3. Предел длительности -	60 мин.

Критерии оценки уровня освоения практических умений и навыков (I этап):

«Отлично» - проведен подробный расспрос больного или его родственников, определены все детали анамнеза болезни, анамнеза жизни, эпидемиологического, аллергологического анамнеза, сопутствующей патологии. Сделаны соответствующие выводы. Проведен осмотр по органам и системам: выделены главные симптомы. Определены ведущие синдромы основного, сопутствующего (при его наличии), фонового (при его наличии) заболевания. Интерпретированы результаты лабораторных анализов (при их наличии). Сформулирован клинический диагноз. Проведен дифференциальный диагноз (при необходимости). Определена тактика лечения, включая сроки изоляции больного, и ближайший прогноз. При общении с больным или его представителем проявляет толерантность к социальному, этническому статусу пациента, демонстрирует эмпатию.

«Хорошо» - то же самое, но при наличии замечаний, имеющих несущественный характер при сборе анамнеза и осмотре больного, неполная формулировка клинического диагноза в части выделения сопутствующих или фоновых заболеваний, затруднение с определением ближайшего прогноза.

«Удовлетворительно» - имеются замечания по неполному анамнезу, нарушению методики осмотра больного, диагноз основного заболевания сформулирован с наводящими вопросами, но тактика его лечения и сроки изоляции определены правильно, не выделены сопутствующие и фоновые болезни, не определен прогноз.

II этап: междисциплинарное аттестационное тестирование

Проводится на основе компьютерных технологий (электронных носителей тестовых заданий) с использованием банка тестовых заданий, охватывающих содержание дисциплин базовой части Учебного плана по специальности Онкология. Тестовый контроль предусматривает ответы на 100 вопросов из разных дисциплин программы.

Параметры оценочных средств:

1. Предлагаемое количество вопросов -	100

2. Предлагаемое количество вариантов - 3
3. Выборка - случайная
4. Предел длительности этапа - 2 часа
5. Критерии оценки:
   70-80% правильных ответов - удовлетворительно
   81-90% правильных ответов - хорошо
   91% и выше - отлично

III этап: собеседование на основе решения междисциплинарной ситуационной задачи

Собеседование проводится по билетам, включающим 4 вопроса и клинический разбор случая. Ситуационная задача представляет собой конкретную клиническую ситуацию. В задаче представлены жалобы, основные сведения из анамнеза заболевания и жизни пациента, ряд показателей лабораторных и инструментальных методов исследования. По данным ситуационной задачи ординатор должен дать заключение, обосновать диагноз, обосновать необходимость дополнительного обследования, определить лечебную тактику. Результат оценивается по 5-балльной системе.

Параметры оценочных средств.

Ситуационные задачи творческого уровня, позволяющие оценить не только знание фактического материала, но и умение синтезировать, анализировать, устанавливать причинно-следственные связи, объединять знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения -

1. Предлагаемое количество задач - 25
2. Выборка - случайная
3. Предел длительности - 30 мин
4. Критерии оценки:

«Отлично» - если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план в зависимости от индивидуальных особенностей, выявляет причинно-следственные связи, уверенно аргументирует собственную точку зрения.

«Хорошо» - если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни.

«Удовлетворительно» - если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз.

«Неудовлетворительно» - если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.

Критерии оценки результатов сдачи государственного экзамена

Результаты сдачи государственного экзамена определяются оценками "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно". Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешное прохождение ГИА.

Итоговая оценка, полученная ординатором в ходе ГИА, учитывает результаты всех аттестационных испытаний и объявляется выпускнику в день оформления и утверждения в установленном порядке протоколов заседания ГЭК этапов.

«Отлично» заслуживает ординатор, усвоивший в полном объеме профессиональные компетенции, применивший междисциплинарные знания для решения профессиональных задач будущей профессии.

«Хорошо» заслуживает ординатор, усвоивший основные профессиональные компетенции, продемонстрировавший способность к их самостоятельному применению и развитию в ходе дальнейшей профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» заслуживает ординатор, обнаруживший пробелы в знаниях, допустивший в ответе и при демонстрации профессиональных навыков погрешности, но обладающий необходимыми знаниями для их устранения.

«Неудовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему принципиальные (грубые) ошибки при демонстрации практических навыков и компетенций, который не может приступить к самостоятельной работе без дополнительных знаний и навыков.

4. ПЕРЕЧЕНЬ ИНФОРМАЦИОННОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ И ОБОРУДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМОГО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГИА

Перечень оборудования для сдачи практических навыков и умений, структурных подразделений для проведения практического этапа ГИА:

Наименование подразделения	Наименование специализированных аудиторий, кабинетов, лабораторий и прочее с перечнем основного оборудования
Кафедра онкологии и лучевой диагностики	Учебные классы с комплексом учебно-методического обеспечения. Учебные слайды, видеофильмы. Компьютерный класс: компьютерные обучающие программы. Клинические демонстрации. Мультимедийный проектор с набором презентаций. Фантомный класс кафедры. Муляжи Тестовые вопросы и задачи. Набор методических рекомендаций и пособий, монографий в учебном классе Тонометр. Стетоскоп. Фонендоскоп. Термометр. Медицинские весы Ростомер. Противошоковый набор. Набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий. Электрокардиограф. Облучатель бактерицидный. Негатоскоп. Иглы для забора биопсийного материала. Бланки медицинской документации на онкологических больных.
ГАУЗ СООД Свердловский областной онкологический диспансер	Отделения, кабинеты, помещения клинической базы медицинской организации, отделения: отделение общей онкологии; голова, шея; абдоминальное; гинекологическое; урологическое; торакальное; проктологическое; маммологическое; отделение комплексной терапии предатков; отделение противоопухолевой терапии; нейрохирургическое отделение; радиологические отделения (№1,2,3,4); отделение персонифицированной терапии, патологоанатомическое отделение, отделение радионуклидной диагностики, отделения рентгенодиагностики, отделение рентгенохирургических методов лечения, эндоскопическое отделение, отделение паллиативной медицинской помощи; отделения анестезиологии и реанимации, дневной стационар, патологоанатомическое отделение. Операционные, перевязочные, смотровые кабинеты. Кабинеты биохимической, вирусологической, серологической лабораторной диагностики, лаборатории иммуногистохимии. Кабинет УЗИ диагностики, кабинеты КТ и МРТ, рентгенологический кабинет, ПЭТ КТ. Оборудование: тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для

	экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, расходный материал в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.
МБУ «ЦГБ №2 им.А.А.Мислявского	Отделение паллиативной медицинской помощи: тонометр для измерения артериального давления, стетофонендоскоп, стойка (штатив) для инфузионных систем, термометр медицинский, кислородный концентратор, аппарат для ингаляционной терапии переносной, вакуум электроотсос, ультрафиалетовая бактерицидная установка, шкаф для хранения медикаментов, сейф ждя хранения наркотических средств и психотропных веществ,.
МАУ «Городская клиническая больница № 40»	Отделения, кабинеты, помещения клинической баз медицинских организаций: отделение онкологии, отделение колопроктологическое, отделение эндоскопическое, отделение патологоанатомическое, отделение анестезиологии и реанимации. Операционные, перевязочные, смотровые кабинеты. Кабинеты биохимической, вирусологической, серологической лабораторной диагностики, лаборатория иммуногистохимии. Кабинет УЗИ диагностики, кабинеты КТ и МРТ, рентгенологический кабинет. Оборудование: тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростомер, противошоковый набор, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, расходный материал в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.
Аккредитационно-симуляционный центр	Процедурная: полноростовой манекен «Поврежденная Kelly», фантомы для: катетеризации мочевого пузыря, обследования молочной железы, отработки подключичной инъекции, интубации трахеи. Кабинет стандартизованного пациента: функциональная кровать, видео и аудио наблюдение. Амбулаторного хирургического приема: фантомы ректального исследования, люмбальной пункции. Функциональная кровать.

Перечень лицензионного программного обеспечения

1. Системное программное обеспечение

1.1. Серверное программное обеспечение:

- VMwarevCenterServer 5 Standard, срок действия лицензии: бессрочно; VMwarevSphere 5 EnterprisePlus, срок действия лицензии: бессрочно, дог. № 31502097527 от 30.03.2015 ООО «Крона-КС»;
- WindowsServer 2003 Standard№ 41964863 от 26.03.2007, № 43143029 от 05.12.2007, срок действия лицензий: бессрочно;
- ExchangeServer 2007 Standard(лицензия № 42348959 от 26.06.2007, срок действия лицензии: бессрочно);
- SQL ServerStandard 2005 (лицензия № 42348959 от 26.06.2007, срок действия лицензии: бессрочно);
- CiscoCallManager v10.5 (договор № 31401301256 от 22.07.2014, срок действия лицензии: бессрочно), ООО «Микротест»;

1.2. Операционные системы персональных компьютеров:

- Windows 7 Pro (OpenLicense № 45853269 от 02.09.2009, № 46759882 от 09.04.2010, № 46962403 от 28.05.2010, № 47369625 от 03.09.2010, № 47849166 от 21.12.2010, № 47849165 от 21.12.2010, № 48457468 от 04.05.2011, № 49117440 от 03.10.2011, № 49155878 от 12.10.2011, № 49472004 от 20.12.2011), срок действия лицензии: бессрочно);
- Windows7 Starter(OpenLicense№ 46759882 от 09.04.2010, № 49155878 от 12.10.2011, № 49472004 от 20.12.2011, срок действия лицензий: бессрочно);
- Windows 8 (OpenLicense № 61834837 от 09.04.2010, срок действия лицензий: бессрочно);
- Windows 8 Pro(OpenLicense№ 61834837 от 24.04.2013, № 61293953 от 17.12.2012, срок действия лицензии: бессрочно).

2. Прикладное программное обеспечение

2.1. Офисные программы

- OfficeStandard 2007 (OpenLicense № 43219400 от 18.12.2007, № 46299303 от 21.12.2009, срок действия лицензии: бессрочно);
- OfficeProfessionalPlus 2007 (OpenLicense № 42348959 от 26.06.2007, № 46299303 от 21.12.2009, срок действия лицензии: бессрочно);
- OfficeStandard 2013 (OpenLicense№ 61293953 от 17.12.2012, № 49472004 от 20.12.2011, № 61822987 от 22.04.2013,№ 64496996 от 12.12.2014, № 64914420 от 16.03.2015, срок действия лицензии: бессрочно);

2.2. Программы обработки данных, информационные системы

- Программное обеспечение «ТАНДЕМ.Университет» (включая образовательный портал educa.usma.ru) (лицензионное свидетельство № УГМУ/18 от 01.01.2018, срок действия лицензии: бессрочно), ООО «Тандем ИС»;
- Программное обеспечение портал дистанционного образования Cix.Learning (лицензионное свидетельство от 18.07.2008), ООО «Цикс-Софт»;

2.3. Внешние электронные информационно-образовательные ресурсы

- ЭБС «Консультант студента», № 152СЛ.03-2019 от 23.04.19, срок действия до 31.08.2020, ООО Политехресурс;
- справочная правовая система Консультант плюс, дог. № 31705928557 от 22.01.2018, дог. № 31907479980 от 31.01.19 срок действия до 30.06.2019 с автоматическим продлением на год, ООО Консультант Плюс-Екатеринбург;
- Система автоматизации библиотек ИРБИС, срок действия лицензии: бессрочно; дог. № ИР-102П/02-12-13 от 02.12.13 ИП Охезина Елена Андреевна;

Институциональный репозитарий на платформе DSpace (Электронная библиотека УГМУ), срок действия лицензии: бессрочно; дог. установки и настройки № 670 от 01.03.18 ФГАОУ ВО УрФУ им. первого Президента России Б.Н. Ельцина

5. РЕКОМЕНДУЕМАЯ УЧЕБНАЯ ЛИТЕРАТУРА ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ГИА

Вся необходимая учебно-методическая информация представлена на образовательном портале educa.usma.ru. Все обучающиеся имеют доступ к электронным образовательным ресурсам (электронный каталог и электронная библиотека Университета, ЭБС «Консультант студента).

5.1. Основная литература

1. Амбулаторно-поликлиническая онкология / Ш. Х. Ганцев, В. В. Старинский, И. Р. Рахматуллина и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 448 с.
2. Онкоурология: нац. рук. / Ассоц. онкологов России, Ассоц. мед. о-в по качеству. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 688 с.
3. Психология профессиональной культуры: коллективная монография / Под науч. ред. Е. В. Дьяченко. Екатеринбург: УГМУ, 2014. 221 с.
4. Камышников В. С. Онкомаркеры: методы определения, референтные значения, интерпретация тестов / В. С. Камышников. - М.: МЕД-пресс-информ, 2011. - 128 с.
5. Противоопухолевая химиотерапия: рук. / Ред. Р. Т. Скил, С. В. Орлов;пер. В. С. Покровский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1032 с.

6. Собин Л. Х. TNM: Классификация злокачественных опухолей / Л. Х. Собин; "UICC", междунар. противораковый союз. - М.: Логосфера, 2011. - 304 с.
7. Лазарев А. Ф. Региональные особенности распространения первично-множественных злокачественных новообразований / А. Ф. Лазарев, Я. Н. Шойхет, Е. Л. Секержинская. - Барнаул: Азбука, 2011. - 183 с.
8. Сельчук В.Ю., Бычков М.Б., Киселевский М.В.. Опухолевые серозиты: плевриты, асциты, перикардиты - М.: Практич. мед., 2011. - 277с.
9. Стрижаков А.Н., Давыдов А.И., Пашков В.М. и др. Доброкачественные заболевания матки. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 281с.
10. Семиглазов В.В. Рак молочной железы / М.: МЕДпресс информ, 2009. - 172с.
11. Сигал М.З. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака М. З. Сигал, Ф.Ш. Ахметзянов. - 3-е изд., переработ. и доп. - Казань: Отечество, 2010. - 398с.
12. Смит Дж. С., Дж. Хили, Дж. Дель Приоре. Онкогинекологический атлас: классификация и определение стадий опухолей, принципы диагностики и лечения; пер. с англ. под ред. Е.Г. Новиковой. - М.: Практич. мед., 2010. - 39с.
13. Сорокопуд Ю.В. Педагогика высшей школы. – Ростов н/Д: Феникс, 2011. – 541с.
14. .Алиев М.Д., Валентей Л.В., Гавриленко Т.Ф. и др. Медицинская, психологическая и социальная адаптация детей, излеченных от онкологических заболеваний - М.: Практическая медицина, 2012. - 160с.
15. Арсеньев А.И., Барчук А.С., Левченко Е.В. и др. Комбинированный эндоскопический контроль эффективности лечения злокачественных опухолей трахеи и/или бронхов с использованием аутофлуоресцентной спектроскопии: новая медицинская технология - СПб. 2011. - 18с.
16. Волгарева Г.М. Вирусы папиллом человека и рак. Участие вирусных и клеточных генов в вирус-индуцированном канцерогенезе: Учебная лекция / Г. М. Волгарева. - М., 2012. - 18с.
17. Вольченко А.А. Диагноз: лимфома / А.А. Вольченко, Н.Н. Вольченко,А.В. Петроченков. - М.: Практич. мед., 2010. - 142с.
18. Высоцкая И.В., Ермилова В.Д. Летягин В.П. и др. Клинические и морфопрогностические особенности редких гистологических типов рака молочной железы - М.: АБВ-пресс, 2011. - 141с.
19. Гарин А.М. Десять наиболее распространенных злокачественных опухолей: монография 2-е изд. - М.: МАКСПресс, 2010. - 380с.
20. Гилязутдинов И.А., Хасанов Р.Ш., Сафин И.Р., Моисеев В.Н. Злокачественные опухоли мягких тканей и меланома кожи: практическое руководство для врачей. М.: Практич. мед., 2010. - 203с.
21. Горожанская Э.Г. Свободнорадикальное окисление и основные механизмы антиоксидантной защиты в норме и при злокачественной патологии / Э. Г. Горожанская, Г.Н. Зубрихина, С.П. Свиридова. - М., 2010. - 45с
22. Давыдов М.И., Аксель Е.А. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009г - См. журн. " Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН" - 2011. - Т.22, №3, прил.1. - 172с.
23. Давыдов М.И., Шойхет Я.Н., Лазарев А.Ф. и др. Многофакторный анализ при дифференциальной диагностике узловой формы периферического рака легкого. Барнаул: Азбука, 2011. - 201с.
24. Завалишина Л.Э., Андреева Ю.Ю., Рязанцева А.А. и др. Методические рекомендации по проведению HER2-тестирования рака молочной железы. М.: Медицина, 2011. - 24с.
25. Злокачественные новообразования желудочно-кишечного тракта: Альманах oncology.ru. - [М., 2010]. - 77с.
26. Ильницкий А.П.. Первичная профилактика рака в условиях современной России: сборник информационно-методических писем М., 2011. - 88с.
27. Исакова М.Е. Болевой синдром в онкологии - М.: Практич. мед., 2011. - 383с.
28. Каркищенко Н.Н., Рачев С.В. Руководство по лабораторным животным и альтернативным моделям в биомедицинских исследованиях: учебное пособие системы мед. и фарм. послевуз. образования. - М.: Профиль-2С, 2010. - 342с.

29. Кирби Р., Ф. Монторси, П. Гонтеро и др. Радикальная простатэктомия. Пер. с англ. под. ред. Д.Ю. Пушкаря. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011. - 273с.
30. Корман Д.Б. Эндокринная терапия злокачественных опухолей / Д. Б. Корман. - М.: Практич. мед., 2010. - 393с.
31. Кэплин М., Кволс Л. Нейроэндокринные опухоли : руководство для врачей. М.: Практич. мед., 2010. - 223с.
32. Лекарственная противоопухолевая терапия: Альманах oncology.ru. М., 2010. - 130с.
33. Лекарственное лечение рака желудка и колоректального рака: рук. для врачей / под ред. В.А. Горбуновой. - 2-е изд., исп. и доп. - М.: Литтерра, 2011. – 384 с.
34. Матвеев Б.П. Клиническая онкоурология. 2011г. Монография.
35. Мухитов А.Р. Современная световая микроскопия в биологических и медицинских исследованиях / А. Р. Мухитов, С.С. Архипова, Е.Е. Никольский. - М.: Наука, 2011. - 140с.
36. Новожилова Е.Н. Восстановление голосовой и дыхательной функций у больных после ларингэктомии и ларингофарингэктомии по поводу рака - М.: Физ. фак. МГУ им. М.В. Ломоносова, 2010. - 111с
37. Олти Д. Ультразвуковое исследование: иллюстрированное руководство / Д. Олти, Э. Хоуи; пер. с англ. В.А. Сандрикова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 245с.
38. Очерки радиационной онкологии / под редакцией Важенина А.В. Челябинск 1998г.
39. Платинский Л.В. Современные взгляды на питание онкологических больных. изд. 3-е. переработ. и доп. - М., 2010. - 579с.
40. Полетаев А.Б. Физиологическая иммунология (естественные аутоантитела и проблемы наномедицины) / А. Б. Полетаев. - М.: Миклош, 2010. - 218с.

5.1.1. Электронные учебные издания (учебники, учебные пособия)

1.Онкология [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.

2.Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии [Электронный ресурс] : национальное руководство / гл. ред. тома Л.В. Адамян, В.Н. Демидов, А.И. Гус. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - (Серия "Национальные руководства по лучевой диагностике и терапии" / гл. ред. серии С.К. Терновой)."

5.1.2. Электронные базы данных, к оторым обеспечен доступ

1. База данных «Электронная библиотека медицинского ВУЗа» (ЭБС «Консультант студента») Доступ к комплектам «Медицина. Здравоохранение. ВО». «Гуманитарные и социальные науки», «Естественные и точные науки» (полнотекстовая) Контракт №152СЛ/03-2019 от 23.04.2019 Сайт БД: http://www.studmedlib.ru
2. Электронная База Данных (БД) Medline Medline complete Сублицензионный договор №646 Medline от 07. 05. 2018 Сайт БД: http://search.ebscohost.com
3. Политематическая реферативно-библиографическая и наукометрическая (библиометрическая) база данных Scopus Сублицензионный договор №1115/Scopus от 01.11.18 Сайт БД: www.scopus.com
4. Политематическая реферативно-библиографическая и наукометрическая (библиометрическая) база данных Web of Science Сублицензионный договор №1115/WoS от 02.04.18 Сайт БД: http://webofknowledge.com
5. Научная электронная библиотека Science Index "Российский индекс цитирования". Простая неисключительная лицензия на использование информационно-аналитической системы Science Index Лицензионный договор SCIENCE INDEX №SIO-324/2019 от 27.05.2019 Сайт БД: https://elibrary.ru

Дополнительные информационные ресурсы:

- Портал Вместе против рака

http://netoncology.ru/

- Журнал опухоли женской репродуктивной системы.

http://netoncology.ru/press/journals/ojrs/

- Портал Consilium medicum

http://con-med.ru

- Журнал современная онкология.

http://con-med.ru/magazines/oncology/

- Журнал креативная хирургия и онкология

http://oncosurg.ru/

- Портал российского общества онкомаммологов

www.breastcancer**society**.ru/

- Портал российского общества клинической онкологии

www.rosoncoweb

- Журнал злокачественные опухоли.

http://www.rosoncoweb.ru/journal/archive/

- Российский онкологический портал
- Портал российского общества клинической онкологии

www.rosoncoweb

Практические рекомендации по лечению злокачественных опухолей Российского общества клинической онкологии, 2018:

- немелкоклеточный рак легкого
- мелкоклеточный рак легкого
- мезотелиома плевры
- нейроэндокринные опухоли легких и тимуса
- опухоли головы и шеи
- первичные опухоли цнс
- метастатические опухоли головного мозга
- инвазивный рак молочной железы
- рак яичников/ первичный рак брюшины / рак маточных труб
- неэпителиальные опухоли яичников
- пограничные опухоли яичников
- рак шейки матки
- рак тела матки и саркомы матки
- трофобластические опухоли
- меланома кожи
- первичные злокачественные опухоли костей (остеосаркома, саркома юинга)
- саркомы мягких тканей
- опухоли невыясненной первичной локализации
- рак пищевода и пищеводно-желудочного перехода
- рак желудка
- рак ободочной кишки и ректосигмоидного соединения
- рак прямой кишки
- рак анального канала и кожи перианальной области
- гепатоцеллюлярный рак
- билиарный рак
- рак поджелудочной железы
- рак коры надпочечников
- гастроинтестинальные стромальные опухоли (гисо, gist)
- нейроэндокринные опухоли жкт и поджелудочной железы
- почечноклеточный рак
- рак мочевого пузыря
- рак предстательной железы
- герминогенные опухоли у мужчин
- перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2018 год (онкология)
- международная классификация болезней мкб-10

http://www.oncology.ru/
- Журнал практическая онкология

http://www.practical-oncology.ru/
- Уральский медицинский журнал

http://www.urmj.ru/
- Вестник уральской академической науки

http://vestnikural.ru/
- http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785970407127.html
- http://www.studmedlib.ru/ru/book/ISBN9785996303601.html

5.1.3.Учебники

1. Онкология: учеб.: рекомендовано УМО по мед. и фармацевт. образованию вузов России / Ред. В. И. Чиссов, С. Л. Дарьялова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 560 с.
2. Труфанов Г.Е., Асатурян М.А., Жаринов Г.М.. Лучевая терапия. Учебник для ВУЗов. Москва 2007;
3. Асимов М.А., Нурмагамбетова С.А., Игнатьев Ю.В. Коммуникативные навыки: учебник. – Алматы: Эверо, 2001. – 264 с.
4. Давыдов М. И. Онкология: учеб.: рекомендовано ГОУ ВПО "Моск. мед. акад. им. И.М. Сеченова / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 920 с.

5.1.4.Учебные пособия

1. Атлас хирургии молочной железы: учебное пособие. Джатой И., Кауфманн М., Пети Ж.И. Перевод с англ./ Под ред. Н.И. Рожковой, В.Д. Чхиквадзе. 2009г.
2. Асимов М.А., Дощанов Д.Х. Сообщение плохих новостей: учебное пособие. – Алматы: Эверо, 2014. – 100 с.
3. Митин А.Н. Основы педагогической психологии высшей школы: Учеб. пособие. – М., 2010.
4. Никулина И.В. Психология профессионально-педагогической деятельности преподавателя высшей школы: Учеб. пособие. – Самара, 2010.
5. Новгородцева И.В. Педагогика в медицине:учебное пособие.–М.:Флинта, 2011.
6. Онкология: учеб. пособие: рекомендовано УМО по мед. и фармацевт. образованию / Ред. П. В. Глыбочко. - М.: Академия, 2008. - 400 с.
7. Давыдов М. И. Атлас по онкологии: учеб. пособие: рекомендовано УМО по мед. и фармацевт. образованию вузов России / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. - М.: МИА, 2008. - 416 с.
8. Вельшер Л. З. Клиническая онкология. Избранные лекции: учеб. пособие: рекомендуется УМО по мед. и фармацевт. образованию вузов России / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 496 с.
9. Новгородцева И.В. Педагогика в медицине:учебное пособие.–М.:Флинта, 2011.

5.2. Дополнительная литература

1. Лебедев К.А. Иммунология образраспознающих рецепторов (интегральная иммунология / К. А. Лебедев, И.Д. Понякина. - М.: Книжный дом "Либроком", 2009. - 253с.
2. Когония Л.М. Диагностика и факторы риска развития меланомы / Л.М. Когония, О.А. Анурова, В.Г. Лихванцева и др. - М.: РОССПЭН, 2009. - 254с.
3. Доброхотова Ю. Э. Клинические лекции по акушерству и гинекологии ГЭОТАР-Медиа 2009.
4. Новикова Е.Г., Чиссов В.И., Чулкова О.В., Ронина Е.А., Антипов В.А. Органосохраняющее лечение в онкогинекологии. М.:Издательский дом ВИДАР-М, 2000- с.108
5. Маммология. Национальное руководство / под ред. В. П. Харченко, Н.И. Рожковой. – М.: Гэотар-Медиа, 2009. – 328 с.
6. Джатой И. Атлас хирургии молочной железы / И. Джатой, М. Кауфманн, Ж. И. Пети; Ред. Н. И. Рожкова, В. Д. Чхиквадзе. - М.: Гэотар-медиа, 2009. - 144 с.
7. Ошибки в клинической онкологии: рук. для врачей / Ред. В. И. Чиссов, Ред. А. Х. Трахтенберг. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: Гэотар-Медиа, 2009. - 768 с.
8. Рак толстой кишки: рук для врачей: [пер. с англ.] / под ред. Дж. Мейерхардта, М. Сандерза. - М.: Рид Элсивер, 2009. – 186 с.: ил.
9. Рак щитовидной железы: Современные подходы к диагностике и лечению / П. О. Румянцев, А. А. Ильин, У. В. Румянцева, В. А. Саенко. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 448 с.

10. Трахтенберг А. Х. Рак легкого: рук.: атлас / А. Х. Трахтенберг, В. И. Чиссов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 656 с.
11. Пачес А. И. Опухоли слюнных желез / А. И. Пачес, Т. Д. Таболиновская. – М: Практ. медицина, 2009. – 470 с. 30.Приходько А. Г. Методы лучевой диагностики. Лучевая диагностика в эндокринологии и онкологии: лекции для студентов / А. Г. Приходько. -Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 124 с.
12. Онкология: нац. рук. / Ассоц. мед. о-в по качеству. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 1072 с.
13. Опухоли лимфатической системы: атлас / Л. С. Аль-Ради, Е. А. Барях, Е.Ю. Варламова и др.; Ред. А. И. Воробьев, А. М. Кременецкая, Ред.-сост. Е. А. Гилязитдинова.-М.: Ньюдиамед, 2007.- 294 с.
14. Мардынский Ю.С., Валькова Ю.С. Лучевая терапия в лечении неоперабельного местно-распространенного рака пищевода. - М: МЕДпресс-информ, 2008. - 160с.
15. Лучевая терапия в онкогинекологии и онкоурологии / под редакцией Гранова А.М., Винокурова В.Л. Санкт-Петербург «Фолиант» 2002г.
16. Мари Р., Греннер Д, Мейес П. Биохимия человека, в 2 томах, 1994
17. Мазуркевич Г.С., Багненко С.Ф. Шок: теория, клиника, организация противошоковой помощи, 2004г
18. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. - М.: Практич. мед., 2009. - 469с.
19. Рак тела матки./Журнал Практическая онкология (тематический)т.5, №1, 44 стр., 2004
20. Рак шейки матки./Журнал Практическая онкология (тематический) т.3, №3, 45 стр., 2002
21. Рак яичников./Журнал Практическая онкология (тематический) т.1, №4, 2000- с.44
22. Румянцев П.О. Рак щитовидной железы: современные подходы к диагностике и лечению / П.О. Румянцев. А.А. Ильин, У.В. Румянцева и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 447с.
23. Рябов А. Гипоксия критических состояний, 1988г
24. Салтанов А.И. Основы нутритивной поддержки в онкологической клинике: руководство для врачей / А. И. Салтанов, В.Ю. Сельчук, А.В. Снеговой. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 239с
25. Современные экспериментальные и клинические подходы к диагностике и рациональному лечению рака яичников./Под редакцией проф. В.А. Горбуновой – М.: 2001 – с.176.
26. Труфанов Г.Е. Лучевая диагностика опухолей желудка / Г.Е. Труфанов, В.В.Рязанов, М.В. Лыткин и др. - СПб, 2007. - 132с
27. Харитонова Т.В. Опухоли яичников (клиника, диагностика, лечение). /Лекция – М.: 2004-с82.
28. Шалимов С.А. Рак поджелудочной железы: современное состояние проблемы / С.А. Шалимов, Д.С. Осинский, В.А. Черный и др.; науч. ред. М. Блюхер и А.А. Шалимов. - Киев: Основа, 2007. - 315с.
29. Шалин С.А. Мононуклеарный онкогенез / С. А. Шалин, А.А. Кескинов. М.: "Юго-Восток-Сервис", 2010. - 147с.
30. Щеголев А. И., Дубова Е.А., Мишнев О.Д. Онкоморфология желчного пузыря - М.: Изд-во РГМУ, 2008. - 123с.
31. Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. Eighth edition, 2004. Network. CMP United Business Media. International journal of Radiation Oncology Biology Physics.
32. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol.94. Ingested Nitrate and Nitrite, and Cyanobacterial Peptide Toxins. - Lyon: IARC, 2010. - 450p.
33. IARC Monographs on the Evaluation on Carcinogenic Risks to Humans Vol.95. Household Use of Solid Fuels and High-temperature Frying. - Lyon, 2010. - 430p.
34. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol. 93. Carbon Black, Titanium Dioxide, and Talc. - Lyon, 2010. - 452p.
35. IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Vol. 98 Painting, Firefighting, and Shiftwork. - Lyon, 2010. - 804p.
36. Principles and Practice of Radiation Oncology. Fourth edition. C.A.Perez, L.W. Brady. Philadelphia, 2004.

6. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

6.1. Перечень компетенций, оценивание сформированности которых выносится на ГИА

Результатом освоения дисциплины является формирование следующих компетенций:

Планируемые результаты освоения образовательной программы (компетенции)	**Перечень планируемых результатов Обучения при прохождении практики**
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	*знать:* - основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; *уметь:* - анализировать, синтезировать получаемую информацию; - организовать самостоятельный умственный труд (мышление) и работу с информацией (синтез); *владеть:* - навыками анализа и оценки современных научных достижений и результатов в онкологии; - нормативной и распорядительной документацией.
УК-2 готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	*знать:* - закономерности формирования и развития коллектива, особенности группового поведения; - принципы врачебной этики и деонтологии; - основы менеджмента; - правила по охране труда и пожарной безопасности; - санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения; *уметь:* - адаптироваться в профессиональном коллективе, подбирать коллег для эффективной работы в команде; - вести беседу с коллегами, пациентами и младшим персоналом в условиях конфликтного взаимодействия; - адекватно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия; *владеть:* - социально значимыми коммуникативными нормами, конвенциями; - способностью толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия; - принципами сотрудничества с другими специалистами и службами.
УК-3 готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образова-	*знать:* - Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения; - новые технологии в обучении пациентов; обучение и переподготовка персонала. Роль специалиста по управлению в повышении квалификации персонала; - - пациент-

ния, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно правовому регулированию в сфере здравоохранения	ориентированный подход в современной медицине; - роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения; - вопросы аттестации и сертификации персонала; дистанционное образование. *уметь:* - организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез); - разработка программ непрерывного профессионального образования и повышения квалификации медицинского персонала учреждения; - проведение методического анализа дидактического материала для преподавания; - организация и проведение учебного процесса в медицинских организациях и образовательных учреждениях по постановке и решению профессиональных задач. *владеть:* - нормативной и распорядительной документацией; современными образовательными технологиями.
ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения онкологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	*знать:* - вопросы организации гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни у населения; - формы и методы санитарного просвещения; - особенности оформления медицинской документации; - основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения; - основы первичной профилактики онкологических заболеваний; - эпидемиологию онкологических заболеваний; - современные представления об этиологии опухолей, морфологических проявлениях предопухолевых процессов, морфологической классификации опухолей, механизмах канцерогенеза на уровне клетки, органа, организма; - механизмы канцерогенеза, обусловленные различными группами канцерогенов; - основы диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологические, цитологические, лучевые, иммунологические); - клиническую симптоматику пограничных состояний в онкологической клинике, диагностику предраковых состояний и заболеваний; *уметь:* - проводить пропаганду здорового образа жизни; - оформить утвержденные формы учетно-отчетной документации; - интерпретировать данные цитологического и гистологического исследования опухолей, состояния рецепторного статуса опухолей, показателей опухолевых маркеров и антигенов; - интерпретировать данные, полученные при клиническом осмотре и оценке функционального состояния больного; - интерпретировать лабораторные данные, полученные

	при обследовании больного: показателей иммунного статуса, опухолевых антигенов и маркеров, клинического, биохимического и морфологического исследования крови, мочи, плеврального экссудата, ликвора, асцитической жидкости, костного мозга; - готовить пациентов к рентгенологическим исследованиям (рентгенографиям органов желудочнокишечного тракта и мочевыводящих путей); - интерпретировать результаты методов лучевой диагностики обследования онкологических пациентов: рентгенограмм, маммограмм, ангиограмм, компьютерных томограмм, эхограмм, данных МРТ-, сцинтиграфии и ПЭТ- исследований; - интерпретировать данные эндоскопических методов обследования пациента; - устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания; - содействовать организации профилактических осмотров по раннему выявлению злокачественных новообразований; *владеть:* - методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации); - оформлением документации для морфологического исследования; - техникой забора материала для цитологического и гистологического исследования; - методом проведения анализа заболеваемости, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания; - методами ранней диагностики ЗНО; -методами организации профилактических осмотров населения; - методами анализа эффективности профилактической работы; - анализом комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, позволяющих диагностировать наличие злокачественной неоплазии.
ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	*знать:* - основные нормативно-правовые документы в области организации профилактического обследования населения; - основы вторичной профилактики онкозаболеваний, метод массового скрининга для выявления рака; - методы профилактических обследований населения с целью раннего выявления предопухолевых и опухолевых заболеваний; - организацию диспансерного наблюдения за больными с выявленными предопухолевыми заболеваниями; - организацию смотровых кабинетов (мужских и женских);

	- принципы работы маммографических и флюорографических кабинетов; - принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям; *уметь:* - организовывать профилактические осмотры с целью раннего выявления злокачественных новообразований; - формировать регистр предопухолевых заболеваний; - организовать диспансерное наблюдение больных с предраковыми заболеваниями; - анализировать эффективность проводимой профилактической работы; - организовать диспансерный учет больных с выявленными предопухолевыми заболеваниями; *владеть:* - методами организации профилактических осмотров населения с целью выявления онкологической патологии; - методами вторичной профилактики опухолевых и предопухолевых заболеваний; - методами анализа эффективности профилактической работы по раннему выявлению онкологической патологии; - методами диспансеризации больных с выявленными предопухолевыми заболеваниями.
ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	*знать:* - принципы организации санитарной охраны территории от заноса карантинных и других особо опасных инфекций; - вопросы организации противоэпидемических и лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях; - способы и средства защиты населения, больных, медицинского персонала и имущества медицинских учреждений в чрезвычайных ситуациях; - основы оказания различных видов медицинской помощи пораженному населению; - основы организации и проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях; *уметь:* - проводить противоэпидемические мероприятия в очагах поражения; - планировать работу по профилактике и борьбе с инфекционными болезнями; - организовать иммунопрофилактику населения при эпидемическом неблагополучии; - проводить статистический анализ; - организовать ликвидацию чрезвычайных ситуаций, вызванных инфекционными болезнями; *владеть:* - навыками работы с нормативно-правовыми документами; - приемами оказания медицинской помощи пострадавшим

	в очагах поражения ЧС; - средствами проведения оксигенотерапии и ИВЛ в полевых условиях; - основными техническими средствами индивидуальной и медицинской защиты. - навыками планирования и организации мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции; - навыками в организации и проведения комплекса дезинфекционных мероприятий в очагах инфекционных болезней.
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	*знать:* - вопросы организации медицинской помощи населению с онкологической патологией; - статистику состояния онкологической помощи населению Российской Федерации и Чувашской Республики; - критерии оценки показателей, характеризующих состояние онкологической помощи населению; - организацию экспертизы качества медицинской помощи онкологическим больным; *уметь:* - анализировать информацию о состоянии здоровья населения, - изучить заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей различных локализаций, их место в структуре онкологических заболеваний, лечения злокачественных опухолей данных локализаций в РФ, основные ошибки в лечения больных этой группы и пути их устранения; - использовать информацию о состоянии онкологической помощи населения при разработке программ, направленных на улучшение здоровья населения; *владеть:* - навыками составления плана медико-статистических исследований, планирования и оценки работы ЛПУ; - методами расчета и анализа основных демографических показателей, используемых учреждениями здравоохранения для оценки онкологической помощи населению, планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья; - методами анализа и оценки деятельности медицинских учреждений онкологического профиля; - методами оценки качества оказания медицинской помощи в ЛПУ онкологического профиля.
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной	*знать:* - основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов и систем организма, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции; - нозологические формы болезней в соответствии с Международной статистической классификацией, связанных со здоровьем; - современные представления об этиологии опухолей,

статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	морфологических проявлениях предопухолевых процессов, морфологической классификации опухолей, механизмах канцерогенеза на уровне клетки, органа, организма; - основы диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологические, цитологические, лучевые, иммунологические); - клиническую анатомию основных анатомических областей тела, закономерности метастазирования опухолей; *уметь:* - получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические симптомы заболевания; - объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария; - определять необходимость специфических методов исследования: лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных; - сформулировать диагноз онкологического заболевания с учетом данных клинико-инструментального обследования в соответствии с требованиями классификации МКБ-10 и TNM; *владеть:* - методами клинического обследования онкологических больных (осмотра, сбора анамнеза, пальпации, перкуссии, аускультации); - анализом комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, позволяющих диагностировать наличие злокачественной опухоли, определить степень ее распространенности; - техникой пункционной и эксцизионной биопсии, маркировки и доставки биопсийного и операционного материала; - навыками оформления документации для различных исследований (морфологического, эндоскопического, КТ, МРТ, УЗ исследования); - методами операционной диагностики (биопсии опухоли); - алгоритмами постановки диагноза (первичная и уточняющая диагностика злокачественных опухолей).
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи	*знать:* - современные представления об этиологии опухолей, морфологию предопухолевых процессов, морфологическую классификацию опухолей, механизмы канцерогенеза на уровне клетки, органа, организма; - клиническую симптоматику, макро- и микроскопическую характеристику доброкачественных и злокачественных опухолей основных локализаций, принципы лечения; - необходимые методы обследования и лечения в процессе динамического наблюдения за больными;

	- методы обезболивания в онкологии, интенсивной терапии и реанимации; - показания и противопоказания к применению лучевой терапии; - принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода; - оборудование и оснащение операционных блоков и палат интенсивной терапии; технику безопасности при работе с аппаратурой: хирургический инструментарий, применяемый при различных хирургических операциях; *уметь:* - определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере; - оформить утвержденные формы учетно-отчетной документации; - определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющихся у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения; - выбирать наиболее эффективные методы лечения для каждого конкретного больного; - сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определить путь введения, режим и дозу лекарственных препаратов, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения; - планировать алгоритмы комбинированного и комплексного лечения; - организовать контроль за лечением и диспансерным наблюдением больных со злокачественными и предраковыми заболеваниями; *владеть:* - этикой общения с онкологическими больными и их родственниками; - основами организации онкологической помощи; - анализом комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, позволяющих диагностировать наличие злокачественной неоплазии; - способностью определить степень распространенности опухолевого процесса на основании полученных данных методов обследования; - навыками составления индивидуального плана лечения больного (радикального, паллиативного, симптоматического); - навыками определения основных прогностических критериев; - современными методами лечения; - основными лечебными мероприятиями по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожаю-

	щих жизни состояниях онкологических больных; - техникой выполнения оперативных вмешательств при онкологических заболеваниях; - техникой разведения и инфузии противоопухолевых препаратов (включая использование инфузомата); - методами обезболивания онкологических больных; - методиками нутритивной терапии и зондового питания.
ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	*знать:* - основные методы реанимации при внезапной остановке кровообращения, синдромах острой дыхательной недостаточности, аллергических, коматозных состояниях, особенности реанимации и интенсивной терапии; - основы диагностики и неотложной помощи при воздействии больших доз радиации, острой лучевой болезни, острых экзогенных отравлениях; *уметь:* - оказывать первую, доврачебную и первую врачебную помощь пораженному населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; - осуществлять основные мероприятия по защите населения, больных, медицинского персонала и имущества от поражающих факторов различных видов оружия и в чрезвычайных ситуациях; *владеть:* - методами организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях; - методами оказания неотложной помощи при патологических состояниях и психических расстройствах в чрезвычайных ситуациях.
ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	*знать:* - основы реабилитации больных со злокачественными новообразованиями в соответствии с требованиями квалификационной характеристики; - основы биологической, социальной, трудовой и психологической реабилитации онкологических больных; - вопросы временной и стойкой нетрудоспособности в онкологии, организации врачебной экспертизы; - вопросы организации реабилитации онкологических больных в раннем послеоперационном периоде и при диспансерном наблюдении; - показания и противопоказания для направления на санаторно-курортное лечение онкологических больных; - принципы рационального питания больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; *уметь:* - организовать диспансерный учет онкологических больных; - определить временную и стойкую нетрудоспособность у онкологического больного, для чего направить на клинико-экспертную комиссию и комиссию медико-социальной экспертизы;

	- осуществлять меры по комплексной реабилитации онкологических больных; - определить показания и противопоказания для направления больных со злокачественными новообразованиями на санаторно-курортное лечение; *владеть:* - основами биологической, социальной, трудовой и психологической реабилитации онкологических больных; - навыками осуществления мер по комплексной реабилитации онкологических больных.
ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;	*знать:* - организацию медицинской службы гражданской обороны, основы трудового законодательства; - правила по охране труда и пожарной безопасности; санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения; - знание и соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии. клиническую симптоматику, макро- и микроскопическую характеристику доброкачественных и злокачественных опухолей основных локализаций, их диагностику и принципы лечения; - клиническую симптоматику пограничных состояний в онкологической клинике, диагностику предраковых состояний и заболеваний; - основы первичной и вторичной профилактики заболеваний, метод массового скрининга для выявления рака; формы и методы санитарного просвещения; *уметь:* - оформить утвержденные формы учетно-отчетной документации; - использовать в лечебной деятельности методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины) устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания; - содействовать организации профилактических осмотров по активному выявлению злокачественных новообразований; - самообучаться современным методам противораковой борьбы; - вести санитарно-просветительную работу среди населения; - оптимизировать работу онкологической службы со структурами, занимающимися оказанием медицинской помощи при различных заболеваниях в общей лечебной сети (терапевтами, гастроэнтерологами, проктологами, урологами, педиатрами, отоларингологами, стоматологами, эндокринологами, окулистами, хирургами и др.); - организовать диспансерный учет у данной группы больных; в*ладеть:* - этикой общения с онкологическими больными и их родственниками;

	- правовыми и законодательными по специальности: организация онкологической помощи; - знание структуры онкологической службы и основных принципов здравоохранения, прав, обязанностей, ответственности; - владение планированием и анализом своей работы, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами; - анализом комплекса клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования, позволяющих диагностировать наличие злокачественной неоплазии.
ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	*знать:* - правовые вопросы российского здравоохранения; - основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения; - общие вопросы и принципы организации онкологической помощи населению; - структуру онкологической службы; - нормативные документы, регулирующие деятельность врача-онколога; - планирование и анализ своей работы, принципы сотрудничества с другими специалистами и службами; *уметь:* - осуществлять консультацию больных с подозрением на онкологию; - организовать консультацию больного другими специалистами; - оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством по здравоохранению, - составить отчет о своей работе; *владеть:* - методами анализа и оценки деятельности медицинских учреждений; - основами медицинской информатики и компьютерной техники.
ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	*знать:* - критерии оценки показателей, характеризующие состояние здоровья населения; - заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей, их место в структуре онкологических заболеваний, а также состояние диагностики и лечения злокачественных новообразований в РФ, г.Екатеринбурга и Свердловской области; - запущенность, причины диагностических ошибок и пути их устранения; - основные ошибки в лечении онкологических больных и пути их устранения; - вопросы экспертизы качества оказания медицинской помощи онкологическим больным; - основы страховой медицины; *уметь:* - оценить результаты деятельности медицинской органи-

	зации на основе медико-статистических показателей, - оценить качество оказания медицинской помощи на уровне медицинской организации, структурного подразделения; - применять основные теоретические положения, методические подходы к анализу и оценке качества медицинской помощи; - применять стандарты для оценки и совершенствования качества медицинской помощи. *владеть:* - методами оценки качества медицинской помощи; - методами анализа и оценки деятельности медицинских учреждений; - методами вычисления и анализа основных показателей здоровья населения на индивидуальном и групповом уровнях, по данным заболеваемости, инвалидности, по показателям физического развития, состояния окружающей среды; - методом проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания; - методом проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы.
ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	*знать:* - основные понятия чрезвычайных ситуаций; - сущность, основные понятия и методы медицинской эвакуации; - нормативно-правовое регулирование вопросов организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях; *уметь:* - ставить цели, формировать и решать задачи, связанные с выполнением профессиональных обязанностей в экстремальных и чрезвычайных ситуациях; *владеть:* - методами организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

Выпускник по специальности 31.08.57 Онкология должен быть готов к выполнению следующих задач:

1. Совершенствование навыков общения с пациентами и их родственниками, медицинским персоналом медицинских организаций, в основе которых лежит реализация принципов медицинской деонтологии и этики.
2. Совершенствование сбора анамнеза и методов физикального обследования (перкуссия, пальпация, аускультация) пацента.
3. Совершенствование способностей выбора наиболее информативных методов инструментального обследования в конкретных диагностических ситуациях у онкологических больных.
4. Совершенствование умения интерпретировать информацию, полученную от инструментальных и лабораторных методов обследования больных.
5. Освоение методов инвазивной диагностики опухолевых и пограничных с ними заболеваниях.
6. Закрепление умения ведения и лечения пациентов с злокачественными новообразованиями.
7. Закрепление и углубление навыков выполнения оперативных вмешательств при злокачественных новообразованиях.
8. Закрепление и углубление знаний, умений принципов лучевого лечения злокачественных новообразований.
9. Закрепление и углубление навыков лекарственного лечения при опухолевых заболеваниях.
10. Закрепление и углубление знаний методов ранней диагностики и профилактики злокачественных новообразований.
11. Закрепление и углубление практических навыков в вопросах реабилитации пациентов, освоения принципов первичной и вторичной профилактики, организации диспансерного динамического наблюдения.
12. Закрепление практических навыков: сборе жалоб и анамнеза, когнитивные навыки (клиническое мышление), клинические навыки (врачебные манипуляции), коммуникативные навыки (во взаимодействии с пациентом, его родственниками).
13. Отработка вербальных и невербальных способов конструктивного общения врача в реальной клинической ситуации (врач – пациент; врач - родственник пациента; врач – врач; врач - медицинская сестра).

Выпускник, обучившийся в ординатуре по специальности 31.08.57 Онкология должен знать:

- законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
- нормативные правовые акты, регулирующие вопросы оборота сильнодействующих, психотропных и наркотических средств;
- общие вопросы организации онкологической помощи взрослому и детскому населению, роль службы скорой и неотложной помощи в терапии ургентных состояний при злокачественных новообразованиях;
- вопросы онкологической настороженности;
- вопросы организации медико-социальной экспертизы;
- основы диетического питания и диетотерапии;
- должен знать о территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи (виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, медицинской помощи, представляемой за счет средств бюджетов всех уровней);
- эпидемиологию онкологических заболеваний;
- клиническую анатомию основных анатомических областей тела;
- основные вопросы нормальной и патологической физиологии органов и систем организма, взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;

- современные представления об этиологии и патогенезе злокачественных новообразований, механизмах канцерогенезах на уровне клетки, органа, организма;
- симптоматику предраковых заболеваний и злокачественных новообразований на ранних стадиях заболевания;
- отличия и взаимосвязь злокачественных новообразований с предопухолевыми заболеваниями; принципы и закономерности метастазирования опухолей;
- морфологические проявления предопухолевых процессов;
- современные международные гистологические классификации опухолей (МКБ-1О); стандарты оказания онкологической помощи населению; клинические рекомендации;
- общие и специальные методы исследования в онкологии;
- методы первичной и уточняющей диагностики в онкологии;
- показания и противопоказания к применению эндоскопических, рентгенологических, радиоизотопных и др. методов, роль и значение биопсии в онкологии;
- клиническую симптоматику, макро- и микроскопическую характеристику доброкачественных и злокачественных опухолей основных локализаций, их диагностику и принципы лечения; клиническую симптоматику пограничных состояний в онкологической клинике, диагностику предраковых состояний и заболеваний;
- специфическую и неспецифическую лекарственную терапию и химиотерапию;
- показания и противопоказания к применению лучевой терапии и химиотерапии в монорежиме, а также в предоперационном периоде и после операции;
- принципы органосохранного и функциональнощадящего противоопухолевого лечения;
- принципы подготовки больных к операции и ведение послеоперационного периода;
- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности в онкологии, организации врачебной экспертизы;
- принципы реабилитации онкологических больных;
- приемы и методы обезболивания в онкологии, особенности лечения хронической боли у онкологических больных наркотическими и ненаркотическими анальгетиками в неинвазивных формах;
- вопросы оказания паллиативной помощи онкологическим больным при противоопухолевой терапии и в терминальном периоде заболевания; организацию диспансерного наблюдения за больными;
- основы первичной и вторичной профилактики заболеваний;
- методы массового скрининга для выявления опухолей;
- вопросы статистики в работе онколога;
- вопросы этики и деонтологии в онкологии;
- комплексную сердечно-лёгочную реанимацию;
- принципы оказания срочной помощи при шоках различных этиологий (травматический, анафилактический, геморрагический, кардиогенный, инфекционно- токсический);
- первую врачебную помощь при неотложных состояниях;
- формы и методы санитарно-просветительной работы среди населения;
- основы трудового законодательства; правила по охране труда и пожарной безопасности; санитарные правила и нормы функционирования учреждения здравоохранения.
- основы медицинской информатики и компьютерной техники;
- ведение медицинской документации у онкологических пациентов (в стационаре, поликлинике).

Выпускник, обучившийся в ординатуре по специальности 31.08.57 Онкология должен уметь:

- сформулировать диагноз злокачественного заболевания с учетом данных клинико-инструментального обследования в соответствии с требованиями классификации МКБ и TNM
- провести диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи;

- выполняет перечень работ и услуг для лечения заболевания, состояния, клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи;
- обосновывает клинический диагноз, интерпретируя данные специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных);
- обосновывает план и тактику лечения больных в соответствии с существующими стандартами оказания онкологической помощи населению Российской Федерации;
- при необходимости обосновывает показания к госпитализации, организует ее в соответствии с состоянием больного;
- определяет показания и противопоказания к операции, химиотерапии, лучевому и медикаментозному лечению;
- проводит необходимые реабилитационные мероприятия;
- осуществляет диспансерное наблюдение после проведенного противоопухолевого лечения. Участвует в проведении паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным. Определяет комплекс мер для достижения лучшего качества жизни больных. При необходимости направляет пациентов в отделение паллиативной помощи, хосписы, отделения сестринского ухода и пр;
- оформляет необходимую медицинскую документацию, предусмотренную законодательством в сфере здравоохранения;
- проводит диспансеризацию населения и санитарно-просветительную работу среди населения. Оказывает необходимую помощь при неотложных состояниях;
- заполнить «Извещение о больном с впервые установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования» форма 090-у правильно оформить и вести «Контрольные карты диспансерного наблюдения (онко)», формы 030-6-у и 030-у и контрольные талоны к ней, форма 0305-у;
- заполнить «Выписку из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием», форма 027-1-у;
- составить «Отчет о больных со злокачественными новообразованиями», форма отчет вкладыш №6;
- содействовать организации профилактических осмотров по активному выявлению злокачественных новообразований;
- самообучение современным методам противораковой борьбы;
- вести санитарно-просветительской работы среди населения ;
- проведение анализа причин возникновения, запущенности процесса и составление плана противораковых мероприятий в регионе оптимизировать работу онкологической службы со структурами, занимающимися оказанием медицинской помощи при различных заболеваниях в общей лечебной сети (терапевтами, гастроэнтерологами, проктологами, урологами, педиатрами, оториноларингологами, стоматологами, эндокринологами, окулистами, хирургами и др.);
- организовать диспансерный учет онкологических больных организовать социально-трудовую экспертизу онкологических больных.

Выпускник, обучившийся в ординатуре по специальности 31.08.57 Онкология должен владеть:

- метод статистического анализа (с учетом которого углубленно анализировать онкологическую заболеваемость, временную утрату трудоспособности, эффективность проводимой профилактики, применяемых методов и средств диагностики и лечения больных в условиях стационара и поликлиники);
- метод проведения анализа заболеваемости на обслуживаемом участке, определением задач по улучшению онкологической ситуации, решением вопросов прогноза заболевания;
- метод проведения анализа случаев позднего выявления онкологических заболеваний, анализом расхождения диагнозов (основного, сопутствующего и их осложнений) и причинами летальных исходов, разработкой мероприятий по улучшению качества лечебно-диагностической работы;

- клиническая оценка общего состояния больного злокачественным новообразованием по оценке ВОЗ и ECOG;
- клинический осмотр пациента с различными злокачественными новообразованиями (сбор анамнеза, пальпация, аускультация, перкуссия), оценки состояния периферических лимфатических узлов;
- определение распространенности опухолевого процесса и установление стадии заболевания по отечественной классификации и системе TNM;
- выбор адекватного плана лечения с учетом распространенности и морфологии опухоли, соматического статуса больного при злокачественных новообразованиях;
- постановка клинического диагноза в соответствии с международной классификацией заболеваний;
- оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, бактериологических, серологических показателей крови, мочи, мокроты, кала, спинномозговой жидкости, показателей коагулограммы, КЩС);
- определение группы крови и резус-фактора донора и реципиента;
- составление индивидуального плана лечения пациента с злокачественными новообразованиями;
- осмотр, пальпаторное и морфологическое исследование кожи;
- определение показаний и противопоказаний к морфологическим исследованиям кожи;
- выбор метода оперативного вмешательства при онкологической патологии кожи в зависимости от локализации процесса и его гистологической структуры;
- особенности ухода за пациентами с различными кожно-пластическими операциями
- осмотр различных отделов полости рта, глотки, гортани и шеи;
- получение материала для морфологической верификации диагноза (цитологической, гистологической) из опухолей полости рта, ротоглотки, щитовидной и слюнных желез, внеорганных опухолей шеи, увеличенных лимфатических узлов подчелюстной, затылочной и шейно-надключичных групп;
- оценка данных рентгенологического обследования;
- оценка результатов радиоизотопного исследования щитовидной железы
- оценка данных ультразвукового исследования шеи;
- выполнение нижней трахеостомии с оформлением временной или постоянной трахеостомы;
- перевязка наружной сонной, а по показаниям и общей сонной артерии;
- удаление ограниченных опухолей подчелюстной и малых слюнных желез;
- выполнение резекции околоушной слюнной железы в плоскости ветвей лицевого нерва;
- выполнение стандартной гемитиреоидэктомии или экстракапсулярной субтотальной резекции щитовидной железы с выделением возвратных нервов и околощитовидных желез;
- выполнение прескаленной биопсии;
- удаление неосложненных внеорганных опухолей шеи;
- осмотр, пальпаторное и морфологическое исследование мягких тканей и костей;
- интерпретация данных, полученных при клиническом осмотре и оценка функционального состояния больного;
- определение показаний и противопоказаний к морфологическим исследованиям мягких тканей и костей;
- выбор адекватного плана лечения с учетом распространенности и морфологии опухоли, соматического статуса больного;
- оценка результатов проведенного лечения и его онкологической эффективности
- выполнение пластики раневого дефекта местными тканями;
- выбор метода оперативного вмешательства при онкологической патологии мягких тканей и костей в зависимости от локализации процесса и его гистологической структуры;
- сбор анамнеза, пальпаторное исследование периферических лимфатических узлов

- выбор метода оперативного вмешательства при онкологической патологии мягких тканей и костей в зависимости от локализации процесса и его гистологической структуры;
- описание состояния периферических лимфатических узлов;
- выполнение пункции лимфатического узла;
- определение распространенности опухолевого процесса при лимфогранулематозе;
- пункционная и ножевая биопсия периферических лимфатических узлов для цитологического исследования;
- пункция костного мозга (стернальная и из гребня подвздошной кости);
- выполнение пальпации, аускультации и перкуссии органов брюшной полости;
- интерпретация данных, полученных при клиническом осмотре и оценка функционального состояния больного;
- оценка данных рентгенологического обследования органов брюшной полости;
- оценка данных ультразвукового исследования брюшной стенки и органов брюшной полости
- оценка данных эндоскопического исследования органов брюшной полости
- выполнение ректороманоскопии с биопсией опухоли
- подготовка больного к ультразвуковому сканированию и компьютерной томографии;
- подготовка больного на операцию по поводу заболеваний органов брюшной полости;
- ассистенция на операциях повышенной категории сложности;
- освоение и выполнение различных дренажных операций;
- выполнение лапароцентеза;
- выполнение лапоротомии;
- выполнение гастростомии;
- выполнение дистальной субтотальной резекции желудка;
- ведение профильных послеоперационных больных;
- выполнение физикального обследования органов женской половой сферы;
- оценка данных рентгенологического обследования органов женской половой сферы;
- оценка данных ультразвукового исследования органов женской половой сферы;
- оценка данных эндоскопического исследования органов женской половой сферы;
- выполнение пункционной биопсии почек под контролем УЗИ;
- выполнение цистоскопии;
- выполнение надлобковой пункции мочевого пузыря;
- выполнение пункции яичника;
- выполнение пункции предстательной железы (чрезкожной и трансректальной);
- выполнение катетеризации мочевого пузыря;
- подготовка больного к рентгенологическому, компьютерному и ультразвуковому исследованию;
- выполнение цистостомии;
- выполнение орхидфуникулэктомии;
- выполнение пальпации, аускультации и перкуссии органов грудной клетки;
- оценка данных рентгенологического обследования органов грудной клетки и средостения;
- оценка данных радиоизотопного исследования головного мозга и костей скелета;
- оценка данных ультразвукового исследования грудной стенки, органов грудной полости и средостения;
- оценка данных эндоскопического исследования органов грудной клетки и средостения;
- выполнение плевральной пункции;
- выполнение катетеризации плевральной полости;
- осуществление дренирования плевральной полости;
- выполнение трансторакальной пункции легкого;
- выполнение трансторакальной пункции опухоли средостения;

- выполнение трансторакальной игловой биопсии опухоли грудной стенки и средостения;
- выполнение пункции и катетеризации магистральных сосудов с измерением венозного давления;
- . выполнение пункции периферических лимфатических узлов;
- выполнение бронхоскопии;
- выполнение зондирования трахеи;
- выполнение торакотомии;
- выполнение краевой резекции легкого;
- выполнение субтотальной резекции пищевода:

- эзофагопластики;
- внеорганного эзофагогастроанастомоза;

- определение нарушений функций органов, приводящих к угрожающим жизни состояниям онкологического больного;
- проведение экстренных лечебных мероприятий при различных симптомах и синдромах, угрожающих жизни больного;
- определение признаков клинической и биологической смерти;
- выполнение ректовагинального исследования;
- выполнение диагностических манипуляций:

- мазка из шейки матки
- из цервикального канала
- аспирата из полости матки
- пункции заднего свода
- гистерографии
- цервикогистероскопии с выскабливанием
- лапароцентеза
- раздельного диагностического выскабливания

- выполнение удаления придатков:

- с одной стороны
- с двух сторон

- выполнение резекции яичника;
- выполнение надвлагалищной ампутации матки:

- без придатков
- с придатками

- выполнение экстирпации матки:

- без придатков
- с придатками

- выполнение вувэктомиию:

- с паховой лимфаденоэктомией
- с подвздошно-паховой лимфаденоэктомией
- без лимфаденоэктомии

- выполнение ампутацию шейки матки;
- физикальное обследование органов мочеполовой системы;
- оценка данных рентгенологического обследования органов мочеполовой системы;
- оценка данных ультразвукового обследования органов мочеполовой системы;
- оценка данных эндоскопического обследования органов мочеполовой системы;
- визуальная оценка и пальпаторное обследование молочных желез и регионарных зон;
- осмотр и выявление опухоли наружных половых органов у мужчин и женщин;
- катетеризация мочевого пузыря у мужчин и женщин;
- пальцевое исследование прямой кишки;
- пальцевое обследование предстательной железы;
- мануальный и бимануальный осмотр у женщин;

- подготовка пациента к операции, рентгенологическим исследованиям (рентгенографии желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей) и эндоскопическим исследованиям;
- выполнение пункционной (тонкоигольной аспирационной) биопсии и хирургической биопсии опухолей наружных локализаций;
- выполнение эксцизионной биопсии (туморэктомии) при опухолях наружных локализаций;
- выполнение ректоскопии и ректороманоскопии;
- промывание желудка (подготовка к эндоскопическому и рентгенологическому исследованиям и операции);
- уход за стомой;
- тактика лечения и профилактики пролежней;
- назначение и выписывание лекарственных препаратов, а также порядок оформления, учет и хранение рецептурных бланков;
- освоение методов лекарственной терапии. подбор путей введения противоопухолевых препаратов;
- подбор схемы противоопухолевой препаратов при различных онкологических заболеваниях;
- расчет индекса массы тела для расчета дозы лекарственного препарата;
- расчет разовых и курсовых доз противоопухолевых препаратов, разведения и введения цитостатиков;
- оценка объективных эффектов химиотерапии и гормонотерапии по современным критериям эффективности;
- мониторинг токсичности химиотерапии и гормонотерапии с оценкой степени ее выраженности в баллах;
- владение методами профилактики и лечения местных и общих осложнений, связанных с введением противоопухолевых лекарственных препаратов;
- освоение методов лучевой терапии. выбор метода радиотерапевтического лечения онкологических больных;
- профилактика и лечение постлучевых осложнений;
- работа с программами: microsoft word, microsoft excel, power point;
- алгоритмом оформления медицинской карты, в т.ч. электронной;
- работа с программами базы данных рентгенодиагностического отделения, лабораторий и отделения ультразвуковой диагностики;
- работа с программами статистической обработки данных;
- приобретение навыков организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях: введение лекарственных средств, оказание помощи при дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, остановка наружных кровотечений, наложение шин;
- подготовка к проведению противоэпидемических мероприятий в очагах особо опасных инфекций;
- проведение экспертной оценки и анализа результатов хирургического и консервативного способов лечения в онкологии с использованием медико-статистических показателей;
- проведение профилактических медицинских осмотров пациентов с целью выявления онкопатологии.;
- организация работы онкологического кабинета, отделения;
- диспансеризация пациентов с учетом выявленной онкопатологии. проведение реабилитационных мероприятий после хирургического и консервативного лечения с проведением традиционных и нетрадиционных методов;
- назначение санаторно-курортного лечения, направление на медицинскую реабилитацию;
- приобретение навыков педагогической деятельности (занятия с группами студентов под руководством преподавателя);

- составление аналитического отчета по практической работе врача-онколога поликлиники и стационара;
- ведение медицинской документации на этапе первичной медико-санитарной помощи, профильных отделения онкологического диспансера;
- приобретение навыков руководства средним персоналом онкологического кабинета поликлиники, отделения стационара;
- пропаганда здорового образа жизни и проведение санитарно-просветительной работы по профилактике злокачественных новообразований;
- владеть основами биологической, социальной, трудовой и психологической реабилитации онкологических больных.

Уровень сформированности умений подтверждается посредствам демонстрации практических навыков, который ординатор приобретает в ходе освоения программы ординатуры по специальности 31.08.57 Онкология. Проверка знаний проводится на этапе тестирования по основным вопросам теоретического материала.

6.2. Аттестационные материалы

На каждом этапе ГИА используются оценочные средства.

6.2.1. Аттестационные материалы для оценки практических навыков

№	Перечень практических навыков	Формируемые компетенции
1.	Клиническая оценка общего состояния больного злокачественным новообразованием по оценке ВОЗ и ECOG	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
2.	Клинический осмотр пациента с различными злокачественными новообразованиями (сбор анамнеза, пальпация, аускультация, перкуссия), оценки состояния периферических лимфатических узлов	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
3.	Определение распространенности опухолевого процесса и установление стадии заболевания по отечественной классификации и системе TNM .	УК-1, ПК-1, ПК4, ПК-5
4.	Выбор адекватного плана лечения с учетом распространенности и морфологии опухоли, соматического статуса больного при злокачественных новообразованиях	УК-1, ПК-1, ПК4, ПК-5, ПК-6, ПК-8
5.	Постановка клинического диагноза в соответствии с международной классификацией заболеваний	УК-1, ПК-5, ПК-6
6.	Оценка результатов лабораторных и специальных методов исследования (морфологических, биохимических, иммунологических, бактериологических, серологических показателей крови, мочи, мокроты, кала, спинномозговой жидкости, показателей коагулограммы, КЩС)	УК-1, ПК-5, ПК-6
7.	Определение группы крови и резус-фактора донора и реципиента	УК-1, ПК-5, ПК-6
8.	Составление индивидуального плана лечения пациента с злокачественными новообразованиями	УК-1, ПК-1, ПК-6, УК-1
9.	Осмотр, пальпаторное и морфологическое исследование кожи	У К-1, ПК-1, ПК2, ПК-5
10.	Определение показаний и противопоказаний к морфологическим исследованиям кожи	УК-1, ПК-1, ПК4, ПК-5
11.	Выбор метода оперативного вмешательства при онкологической патологии кожи в зависимости от локализации процесса и его гистологической структуры	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6,
12.	Особенности ухода за пациентами с различными кожно-пластическими операциями	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК6, ПК-11
13.	Осмотр различных отделов полости рта, глотки, гортани и шеи	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5

14.	Получение материала для морфологической верификации диагноза (цитологической, гистологической) из опухолей полости рта, ротоглотки, щитовидной и слюнных желез, внеорганных опухолей шеи, увеличенных лимфатических узлов подчелюстной, затылочной и шейно-надключичных групп	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5
15.	Оценка данных рентгенологического обследования ЛОР-органов	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-11
16.	Оценка результатов радиоизотопного исследования щитовидной железы	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-11
17.	Оценка данных ультразвукового исследования шеи	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-11
18.	Выполнение нижней трахеостомии с оформлением временной или постоянной трахеостомы	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
19.	Перевязка наружной сонной, а по показаниям и общей сонной артерии	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
20.	Удаление ограниченных опухолей подчелюстной и малых слюнных желез	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
21.	Выполнение резекции околоушной слюнной железы в плоскости ветвей лицевого нерва	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
22.	Выполнение стандартной гемитиреоидэктомии или экстракапсулярной субтотальной резекции щитовидной железы с выделением возвратных нервов и околощитовидных желез.	УК-1, ПК -1, ПК-6, ПК-7
23.	Выполнение прескаленной биопсии	УК-1, ПК-1, ПК-6 32
24.	Удаление неосложненных внеорганных опухолей шеи	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7 33
25.	Осмотр, пальпаторное и морфологическое исследование мягких тканей и костей	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК4, ПК-5
26.	Интерпретация данных, полученных при клиническом осмотре и оценка функционального состояния больного	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5
27.	Определение показаний и противопоказаний к морфологическим исследованиям мягких тканей и костей	УК-1, ПК-1, ПК4, ПК-5
28.	Выбор адекватного плана лечения с учетом распространенности и морфологии опухоли, соматического статуса больного	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-6, ПК-12
29.	Оценка результатов проведенного лечения и его онкологической эффективности	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-11
30.	Выполнение пластики раневого дефекта местными тканями	УК-1, ПК-1, ПК-6
31.	Выбор метода оперативного вмешательства при онкологической патологии мягких тканей и костей в зависимости от локализации процесса и его гистологической структуры	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-6, ПК-8
32.	Сбор анамнеза, пальпаторное исследование периферических лимфатических узлов	УК-1, ПК-1, ПК4, ПК-5
33.	Выбор метода оперативного вмешательства при онкологической патологии мягких тканей и костей в зависимости от локализации процесса и его гистологической структуры	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-6, ПК-8
34.	Описание состояния периферических лимфатических узлов	УК-1, ПК-2, ПК4, ПК-5
35.	Выполнение пункции лимфатического узла.	УК-1, ПК-1, ПК-6
36.	Определение распространенности опухолевого процесса при лимфогранулематозе	УК-1, ПК-1, ПК4, ПК-5
37.	Пункционная и ножевая биопсия периферических лимфатических узлов для цитологического исследования	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
38.	Пункция костного мозга (стернальная и из гребня подвздошной кости)	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7

39.	Выполнение пальпации, аускультации и перкуссии органов брюшной полости	УК-1, ПК-1, ПК-6
40.	Интерпретация данных, полученных при клиническом осмотре и оценка функционального состояния больного	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5
41.	Оценка данных рентгенологического обследования органов брюшной полости	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-11
42.	Оценка данных ультразвукового исследования брюшной стенки и органов брюшной полости	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-11
43.	Оценка данных эндоскопического исследования органов брюшной полости	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-11
44.	Выполнение ректороманоскопии с биопсией опухоли	УК-1, ПК-1, ПК-6
45.	Подготовка больного к ультразвуковому сканированию и компьютерной томографии	УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-6
46.	Подготовка больного на операцию по поводу заболеваний органов брюшной полости	УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-6
47.	Ассистенция на операциях повышенной категории сложности	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
48.	Освоение и выполнение различных дренажных операций	УК-1, ПК-1, ПК-6
49.	Выполнение лапароцентеза	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
50.	Выполнение лапоротомии	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
51.	Выполнение гастростомии.	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
52.	Выполнение дистальной субтотальной резекции желудка	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
53.	Ведение профильных послеоперационных больных	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6
54.	Выполнение физикального обследования органов женской половой сферы	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5
55.	Оценка данных рентгенологического обследования органов женской половой сферы	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-11
56.	Оценка данных ультразвукового исследования органов женской половой сферы.	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-11
57.	Оценка данных эндоскопического исследования органов женской половой сферы	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-11
58.	Выполнение пункционной биопсии почек под контролем УЗИ	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
59.	Выполнение цистоскопии	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
60.	Выполнение надлобковой пункции мочевого пузыря	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
61.	Выполнение пункции яичника	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
62.	Выполнение пункции предстательной железы (чрезкожной и трансректальной)	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
63.	Выполнение катетеризации мочевого пузыря	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
64.	Подготовка больного к рентгенологическому, компьютерному и ультразвуковому исследованию.	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-6
65.	Выполнение цистостомии	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
66.	Выполнение орхидфуникулэктомии	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
67.	Выполнение пальпации, аускультации и перкуссии органов грудной клетки	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК4, ПК-5
68.	Оценка данных рентгенологического обследования органов грудной клетки и средостения	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-11
69.	Оценка данных радиоизотопного исследования головного мозга и костей скелета	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-11
70.	Оценка данных ультразвукового исследования грудной стенки, органов грудной полости и средостения	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-11
71.	Оценка данных эндоскопического исследования органов	УК-1, ПК-4

	грудной клетки и средостения	
72.	Выполнение плевральной пункции	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
73.	Выполнение катетеризации плевральной полости	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
74.	Осуществление дренирования плевральной полости	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
75.	Выполнение трансторакальной пункции легкого	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
76.	Выполнение трансторакальной пункции опухоли средостения	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
77.	Выполнение трансторакальной игловой биопсии опухоли грудной стенки и средостения	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
78.	Выполнение пункции и катетеризации магистральных сосудов с измерением венозного давления	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
79.	. Выполнение пункции периферических лимфатических узлов	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
80.	Выполнение бронхоскопии	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
81.	Выполнение зондирования трахеи	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
82.	Выполнение торакотомии	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
83.	Выполнение краевой резекции легкого	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
84.	Выполнение субтотальной резекции пищевода: - эзофагопластики; - внеорганного эзофагогастроанастомоза	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
85.	Определение нарушений функций органов, приводящих к угрожающим жизни состояниям онкологического больного	УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-7
86.	Проведение экстренных лечебных мероприятий при различных симптомах и синдромах, угрожающих жизни больного	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК6, ПК-7, ПК-12
87.	Определение признаков клинической и биологической смерти	УК-1, ПК-7, ПК-12
88.	Выполнение ректовагинального исследования	УК-1, ПК-1, ПК-6
89.	Выполнение диагностических манипуляций: - мазка из шейки матки - из цервикального канала - аспирата из полости матки - пункции заднего свода - гистерографии - цервикогистероскопии с выскабливанием - лапароцентеза - раздельного диагностического выскабливания	УК-1, ПК-1, ПК-6
90.	Выполнение удаления придатков: - с одной стороны - с двух сторон	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
91.	Выполнение резекции яичника	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
92.	Выполнение надвлагалищной ампутации матки: - без придатков - с придатками	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
93.	Выполнение экстирпации матки: - без придатков - с придатками	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
94.	Выполнение вувэктомиию: - с паховой лимфаденоэктомией - с подвздошно-паховой лимфаденоэктомией - без лимфаденоэктомии	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
95.	Выполнение ампутацию шейки матки	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-7
96.	Физикальное обследование органов мочеполовой системы	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК4, ПК-5
97.	Оценка данных рентгенологического обследования органов мочеполовой системы	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-11
98.	Оценка данных ультразвукового обследования органов мочеполовой системы	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-11
99.	Оценка данных эндоскопического обследования органов мочеполовой системы	УК-1, ПК-4, ПК5, ПК-11
100.	Визуальная оценка и пальпаторное обследование молочных желез и регионарных зон	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
101.	Осмотр и выявление опухоли наружных половых органов у мужчин и женщин	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

102.	Катетеризация мочевого пузыря у мужчин и женщин	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
103.	Пальцевое исследование прямой кишки	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
104.	Пальцевое обследование предстательной железы	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
105.	Мануальный и бимануальный осмотр у женщин	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
106.	Подготовка пациента к операции, рентгенологическим исследованиям (рентгенографии желудочно-кишечного тракта и мочевыводящих путей) и эндоскопическим исследованиям	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
107.	Выполнение пункционной (тонкоигольной аспирационной) биопсии и хирургической биопсии опухолей наружных локализаций	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
108.	Выполнение эксцизионной биопсии (туморэктомии) при опухолях наружных локализаций	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
109.	Выполнение ректоскопии и ректороманоскопии	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
110.	Промывание желудка (подготовка к эндоскопическому и рентгенологическому исследованиям и операции)	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
111.	Уход за стомой	УК-1, ПК-6, ПК-8
112.	Тактика лечения и профилактики пролежней	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8
113.	Назначение и выписывание лекарственных препаратов, а также порядок оформления, учет и хранение рецептурных бланков	УК-1, ПК-6
114.	Освоение методов лекарственной терапии. Подбор путей введения противоопухолевых препаратов	УК-1, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6
115.	Подбор схемы противоопухолевой препаратов при различных онкологических заболеваниях	ПК-1, ПК-5, ПК-6
116.	Расчет индекса массы тела для расчета дозы лекарственного препарата	УК-1, ПК-6
117.	Расчет разовых и курсовых доз противоопухолевых препаратов, разведения и введения цитостатиков	УК-1, ПК-6
118.	Оценка объективных эффектов химиотерапии и гормонотерапии по современным критериям эффективности	УК-1, ПК-5, ПК-6
119.	Мониторинг токсичности химиотерапии и гормонотерапии с оценкой степени ее выраженности в баллах	УК-1, ПК-6
120.	Владение методами профилактики и лечения местных и общих осложнений, связанных с введением противоопухолевых лекарственных препаратов	УК-1, ПК-2, ПК4, ПК-5, ПК-6
121.	Освоение методов лучевой терапии. Выбор метода радиотерапевтического лечения онкологических больных	УК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4
122.	Профилактика и лечение постлучевых осложнений	УК-1, ПК-2, ПК5, ПК-6
123.	Работа с программами: Microsoft word, Microsoft excel, power point	УК-1, ПК-10, ПК-11
124.	Алгоритмом оформления медицинской карты, в т.ч. электронной	УК-1, ПК-6, ПК-11
125.	Работа с программами базы данных рентгенодиагностического отделения, лабораторий и отделения ультразвуковой диагностики	УК-1, ПК-6
126.	Работа с программами статистической обработки данных	УК-1, ПК-10, ПК-11
127.	Приобретение навыков организации медицинской помощи	УК-1, ПК-7, ПК-12

	при чрезвычайных ситуациях: введение лекарственных средств, оказание помощи при дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, остановка наружных кровотечений, наложение шин	
128.	Подготовка к проведению противоэпидемических мероприятий в очагах особо опасных инфекций	УК-1, ПК-3
129.	Проведение экспертной оценки и анализа результатов хирургического и консервативного способов лечения в онкологии с использованием медико-статистических показателей	УК-1, ПК-11
130.	Проведение профилактических медицинских осмотров пациентов с целью выявления онкопатологии.	УК-1, ПК-2
131.	Организация работы онкологического кабинета, отделения	УК-1, ПК-10
132.	Диспансеризация пациентов с учетом выявленной онкопатологии. Проведение реабилитационных мероприятий после хирургического и консервативного лечения с проведением традиционных и нетрадиционных методов	УК-1, ПК-2
133.	Назначение санаторно-курортного лечения, направление на медицинскую реабилитацию	УК-1, ПК-8
134.	Приобретение навыков педагогической деятельности (занятия с группами студентов под руководством преподавателя)	УК-3
135.	Составление аналитического отчета по практической работе врача-онколога поликлиники и стационара	УК-1, ПК-11
136.	Ведение медицинской документации на этапе первичной медико-санитарной помощи, профильных отделения онкологического диспансера	УК-1,ПК-2, ПК-3
137.	Приобретение навыков руководства средним персоналом онкологического кабинета поликлиники, отделения стационара	УК-2, ПК-2
138.	Пропаганда здорового образа жизни и проведение санитарно-просветительной работы по профилактике злокачественных новообразований	ПК-9
139.	Владеть основами биологической, социальной, трудовой и психологической реабилитации онкологических больных	УК-1,УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1 УК-1; ПК-1,5,6

Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков диссеминации процесса нет.

Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы.

T4N0M0. Больной рекомендовано провести лучевое лечение.

Вопрос:

- Каковы основные принципы предлучевой подготовки больной?

Задача №2 УК-1; ПК-1,5,6,8

Больная Х., 65 лет. Предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак среднеампулярного отдела прямой кишки. Принято решение о проведении комбинированного лечения: предоперационная лучевая терапия + чрезбрюшная резекция прямой кишки.

Вопрос:

- Какие возможны осложнения при облучении тазовой области?

Задача №3 УК-1; ПК-1,5,6
Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле. При осмотре выявлены увеличенные шейные лимфоузлы. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит. Установлен диагноз: рак гортаноглотки. Планируется комбинированное лечение: операция и лучевая терапия.
Вопрос:

- Какие возможны побочные реакции при проведении лучевой терапии у данной больной?

Задача №4 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких): метастазы в правом легком. Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы.T4N0M1.Метастазы в легкие. Больной планируется комбинированное лечение: неоадъювантная ПХТ, ЛТ, хирургическое лечение.

Вопрос:

- Каковы основные цели неоадъювантной химиотерапии?

Задача №5 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Б., 36 лет. Жалуется на боли в животе, преимущественно в области поясницы, чаще возникающие ночью, отеки нижних конечностей. Обследован гастроэнтерологом: патологии желудочно-кишечного тракта не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены увеличенные парааортальные лимфоузлы, спленомегалия. При РКТ органов малого таза: увеличенные подвздошные лимфоузлы. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, лимфопения. Выставлен диагноз: лимфогранулематоз. Больному начато лечение: проведено 3 цикла ПХТ.
Вопросы:

- Каковы критерии оценки эффективности химиотерапии?

Задача №6 УК-1; ПК-1,5,6
Пациент пришел на прием к онкологу с жалобами на плотное, подкожное образование в области грудины.
Вопросы:

- К какой клинической группе он относится?
- За какой срок надо поставить диагноз?

Задача №7 УК-1; ПК-1,5,6
Пациент после резекции желудка по поводу рака через 6 месяцев пришел на прием к онкологу для диспансерного наблюдения.
Вопросы:

- Какие обследования он должен пройти и для чего?
- Как часто он должен обследоваться в дальнейшем?

Задача №8 УК-1; ПК-1,5,6
У пациента 4 стадия рака предстательной железы.

- К какой клинической группе он относится?
- Определите план его лечения?

Задача №9 УК-1; ПК-1,5,6

Больной по поводу рака молочной железы планируется провести химиотерапию препаратами антрациклинового ряда.
Вопросы:

- Какие непосредственные осложнения надо ожидать?
- Как их купировать?
- Какие возможные отдаленные осложнения могут быть?

Задача №10 УК-1; ПК-1,5,6
После лучевой терапии у больного кожа в месте облучения гиперемирована.
Вопросы:

- К какой группе осложнений относится данное проявление?
- Как помочь больному?

Задача №11 УК-1; ПК-1,5,6
Больной предстоит химиотерапия препаратами группы антрациклинов и таксанов.
Вопросы:

- Какие осложнения могут быть?
- Как с ними бороться?

Задача №12 УК-1; ПК-1,5
При паталогоанатомическом вскрытии трупа после ДТП случайной находкой выявлен рак желудка 1 стадии.
Вопросы:

- Какие документы заполняет паталогоанатом и для чего?

Задача №13 УК-1; ПК-1,5,8,9
Больной узнал, что после обследования в поликлинике по месту жительства у него рак почки. Он просит направление в онкодиспансер и ОНЦ для повторной диагностики.
Вопросы:

- Причины поведения больного?
- Как помочь больному в плане психологической адаптации?

Задача №14 УК-1; ПК-1,5,9,11
У больной выявлен рак молочной железы 1 стадии.

- К какой клинической группе она относится?
- Какие дальнейшие действия онколога по месту жительства?

Задача №15 УК-1; ПК-1,2,5,11
На мебельной фабрики участились случаи заболеваемости раком.
Вопросы:

- Рак какой локализации преобладает в данном случае?
- Какой вид диспансеризации нужно провести?
- Какая профилактика должна быть проведена на фабрике?

Задача №16 УК-1; ПК-1,5,6
К гинекологу на контрольное обследование пришла женщина 52 лет с отсутствием специфических жалоб. При гинекологическом осмотре врач не обнаружил какой-либо выраженной патологии.
Вопросы:

- Какие манипуляции с данной пациенткой должен произвести врач?
- На какие дополнительные исследования он должен ее направить?

Задача №17 УК-1; ПК-1,5,6
К хирургу обратилась женщина 47 лет с жалобами на увеличение в размерах подмышечных лимфоузлов справа. При осмотре в правой аксиллярной области обнаружены единичные плотные лимфоузлы с ограниченной подвижностью, размером до 1-1,5 см не спаянные между собой. При физикальном осмотре в молочных железах узловые образования не определяются. Соски, ареолы не изменены. Другие группы регионарных лимфоузлов не увеличены. Признаков воспаления в правой молочной железе не выявлено. Пациентка направлена на маммографическое исследование, при котором в обеих молочных железах обнаружена картина умеренно выраженной двусторонней фиброзно-кистозной мастопатии. Узловые образования в ткани молочных желез не выявлены. Пациентка было рекомендовано контрольное обследование через 3 месяца.
Вопросы:

- Правильная ли тактика выбрана хирургом?
- Какие дополнительные обследования вы порекомендуете?
- Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением аксиллярных лимфатических узлов?

ОПУХОЛИ КОЖИ
Рак кожи. Меланомы.

Задача №1 УК-1; ПК-1,5,6
Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: В области лба поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.
Задания
1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Задача №2 УК-1; ПК-1,5,6
Больная М., 39 лет. Жалобы на наличие новообразования на наружной поверхности правого плеча, которое увеличилось в размерах за последние 2 месяца. При осмотре: на латеральной поверхности плеча имеется узловое образование, размерами 3х4см, на широком основании, с выраженным сосудистым компонентом, бордово-коричневого цвета, легко кровоточит при пальпации, безболезненно. В правой подмышечной впадине пальпируются увеличенные до 2 см лимфоузлы. Отдаленных метастазов не выявлено.
Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз?
- Какова ваша схема лечения данного больного?
- Какие пути метастазирования данной опухоли?

Задача №3 УК-1; ПК-1,5,6
Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере.
При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение

подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотно-эластическую консистенцию. Безболезненны.
Вопросы:

- Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
- Назовите необходимые дополнительные исследования.
- Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Задача №4 УК-1; ПК-1,5,6
У пациента 37 лет при обследовании обнаружено увеличение паховых лимфатических узлов слева. При осмотре на коже передней поверхности левой голени пигментное образование неправильной формы до 12 мм, с неровной поверхностью, неоднородной окраски. Из анамнеза: Пациент отмечает наличие этого образование с детства, однако за последние полгода отметил увеличение его в размере, изменение формы.
Вопросы:

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

Задача №5 УК-1; ПК-1,5,6
У пациента 38 лет в косметологической клинике 4 месяца назад было удалено пигментное образование правого предплечья. В настоящее время в области послеоперационного рубца появилось уплотнение с черным пигментным окрашиванием размером 4 мм. Также в подмышечной области справа определяются подмышечные лимфоузлы, увеличенные до 1,5 см, плотноэластичной консистенции.
Вопросы:

- Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
- Назовите необходимые дополнительные исследования.
- Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Задача №6 УК-1; ПК-1,5,6
У больного 47 лет, длительное время работавшего с радиоактивными веществами, на коже тыльной поверхности правой кисти появилось образование размером 1,5см с мокнущей поверхностью и инфильтрацией подлежащих тканей, отеком и гиперемией вокруг. Обратился к врачу в поликлинику, где назначена противовоспалительная терапия местного и общего характера, что привело к регрессу новообразования и формированию струпа.
Вопросы:

- Правильно ли выбран метод лечения?
- Какова дальнейшая тактика?

Задача №7 УК-1; ПК-1,5,6
У больного 48 лет, недавно перенесшего острую респираторную вирусную инфекцию, при контрольном осмотре спустя 2 года после лечения хирургическим методом меланомы кожи грудной стенки II уровня инвазии по Кларку обнаружены увеличенные до 3см лимфатические узлы в подмышечной области справа.
Вопрос:

- Ваши действия?

Задача №8 УК-1; ПК-1,5,6
Больная 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на изменение цвета, формы и размеров пигментного новообразования на коже передней брюшной стенки. При осмотре выявлен ново-

образование размером 2,5см, темно-коричневое, без пушковых волос, с венчиком гиперемии по окружности. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.
Вопросы:

- Ваш диагноз?
- Назначьте план обследования и лечения.

Задача №9 УК-1; ПК-1,5,6
Больному 62 лет в поликлинике три месяца назад произведено иссечение опухоли кожи височной области справа. В выписке указан диагноз: пигментный невус (гистологическое исследование не проводилось). При осмотре на коже височной области справа обнаружен окрепший послеоперационный рубец. Рядом с ним в толще кожи пальпируется узелок с синеватым оттенком. В правой околоушной слюной железе пальпаторно выявлена плотная подвижная округлой формы опухоль размерами 1,5х2,0см.
Вопросы:

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

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Рак нижней губы.

Задача №1 УК-1; ПК-1,5,6
У курильщика 68 лет появилась образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытая корочкой. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см.
Вопросы:
А) Ваш предварительный диагноз?
Б) С помощью какого метода это можно установить?
В) Тактика лечения этого больного**?**

Задача №2 УК-1; ПК-1,5,6
Через 2 года после лечения рака нижней губы у женщины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области слева.
Вопросы:
А) Ваш предварительные диагноз?
Б) Ваша дальнейшая тактика дообследования и лечения?

Задача №3 УК-1; ПК-1,5,6
Больной обратился в поликлинику с жалобами на наличие язвенного образования на красной кайме нижней губы в течении последних 6-7 месяцев.
Вопросы:
А) Ваша тактика действия?
Б) К какому специалисту следует направить этого больного?

Рак языка и слизистой оболочки полости рта.

Задача №1 УК-1; ПК-1,5,6
Больному 5 лет назад выполнена радикальная операция по поводу рака языка. При контрольном осмотре жалоб не предъявляет. Рецидива и метастазов нет.
Вопросы:
А) Когда ему явиться на следующий контрольный осмотр?
Б) Какой минимальный метод обследования необходимо при этом выполнить?

Задача №2 УК-1; ПК-1,5,6
Больного в течение последнего года беспокоят периодические боли на левой боковой поверхности языка. Около 2 месяцев назад появилась уплотнение на этом месте. Обратился к врачу.
Вопрос:

Тактика действия врача?

Задача №3 УК-1; ПК-1,5,6
Через 4 года после лечения рака слизистой дна полости рта у мужчины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области справа.
Вопрос:
Тактика действия врача?

Опухоли слюнных желез.

Задача №1 УК-1; ПК-1,5,6
Больного в течении последнего года беспокоят периодические боли в области левой околоушной слюнной железы. Около 2-х месяцев назад появилась ассиметрия лица и уплотнение на этом месте. Обратился к врачу.
Вопросы:
А) Тактика действия врача?
Б) Наиболее вероятный диагноз?

Задача №2 УК-1; ПК-1,5,6
Через 2 года после лечения рака правой подчелюстной слюнной железы у мужчины появились плотные лимфатические узлы на шее слева.
Вопросы:
А) Тактика действия врача?
Б) Наиболее вероятный диагноз?

Задача №3 УК-1; ПК-1,5,6
В поликлинику обратился молодой человек, 23 лет с жалобами на опухолевидное образования в околоушной области справа, которая появилась около 3 месяцев назад после удара. В течение этого времени опухолевидное образование увеличивается в размере.
Вопросы:
А) Наиболее вероятный диагноз?
Б) Ваша тактика действия?

Рак щитовидной железы и гортаноглотки.

Задача №1 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа рост зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина.
Вопросы:
А) Ваш диагноз?
Б) С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

Задача №2 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа рост зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина. При сцинтиграфии костей скелета выявлены очаги повышенного накопления радиофармпрепарата в бедренных костях, которые расценены как метастатические.
Вопросы:
А) Ваш диагноз?

Б) Тактика лечения?

Задача №3 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Т., 45 лет. Предъявляет жалобы на снижение звучности голоса, затруднение акта глотания, боли в костях, за грудиной. Больной длительно лечился тиреостатиками. При осмотре щитовидная железа увеличена в размерах, отмечается ограничение ее смещаемости, увеличение шейных лимфоузлов.
Вопросы:
А) Ваш предварительный диагноз?
Б) Какие современные методы диагностики позволяют подтвердить диагноз?

Задача №4 УК-1; ПК-1,5,6
Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле. При осмотре шейные лимфоузлы не увеличены. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит. При дообследовании отдаленных метастазов не обнаружено.
Вопросы:
А) Ваш диагноз?
Б) Каков предполагаемый объем лечения?

Задача №5 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Н., 53 лет. Предъявляет жалобы на поперхивание, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле, охриплость. При осмотре шейные лимфоузлы не увеличены. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована опухолью, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит, голосовые складки фиксированы. Выполнена биопсия. Гистологическое заключение: аденокарцинома. При дообследовании отдаленных метастазов не обнаружено.
Вопросы:
А) Ваш диагноз?
Б) Каков предполагаемый объем лечения?

Задача №6 УК-1; ПК-1,5,6
У больной 46 лет с жалобами на чувство тяжести за грудиной и непостоянную одышку при физической нагрузке при рентгенологическом исследовании грудной клетки за рукояткой грудины выявлена опухоль с четкими контурами, 8 см в диаметре, смещающая трахею вправо. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, мягкой консистенции.
Вопросы:
А) Ваш предварительный диагноз?
Б) Какой метод обследования дает возможность определить, что это не щитовидная железа? В) Какие методы лечения можно проводить этой пациентке?

Задача №7 УК-1; ПК-1,5,6
У больной 50 лет диагностирован рак щитовидной железы. При осмотре определяется плотный узел в правой доле, лимфоузлы 3×4 см по ходу кивательной мышцы плотные, увеличенные, безболезненные.
Вопросы:
А) Как радикально лечить больную?
Б) Следует ли после операции проводить еще дополнительное специализированное лечение?

Задача №8 УК-1; ПК-1,5,6
У больной 60 лет 10 лет назад диагностирован узловой эутиреоидный зоб размерами 5×3 см. За последние полгода образование увеличилось вдвое, ухудшилось общее состояние больной, по-

явились слабость, быстрая утомляемость. При пальпации поверхность щитовидной железы неровная, консистенция плотная. Образование малоподвижное. Лимфоузлы на левой половине шеи увеличены, плотные.
Вопросы:
А) Ваш предварительный диагноз?
Б) С помощью какого метода можно установить точный диагноз?
В) Тактика лечения этой больной?

Задача №9 УК-1; ПК-1,5,6
Больной 45 лет был прооперирован по поводу рака щитовидной железы. Сразу же после операции появилась осиплость голоса, больной стал поперхиваться.
Вопросы:
А) Какое осложнение струмэктомии возникло у данного больного?
Б) Какие последствия это может это за собой повлечь?

Задача №10 УК-1; ПК-1,5,6
Больная поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Считает себя больным 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен – 30%. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено. При рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы размером 5×5 см с четкими границами.
Вопросы:
А) Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
Б) У каких специалистов должна лечиться это больная?

Задача №11 УК-1; ПК-1,5,6
У курильщика 58 лет появилась охриплость постоянного характера и одышка при малейшей физической нагрузке. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см.
Вопросы:
А) Ваш наиболее вероятный диагноз?
Б) Какой метод это может точно подтвердить?
В) Тактика лечения этого больного?

Задача №12 УК-1; ПК-1,5,6
Больной обратился в поликлинику с жалобами на охриплость и боли в горле усиливающиеся при глотании. При фиброларингоскопии слизистая гортаноглотки и гортани не изменены, но отмечается отечность и сужение просвета гортани.
Вопросы:
А) Какие дополнительные методы исследования нужно провести?
Б) С помощью какого метода диагностики можно взять прицельно пункцию и верифицировать диагноз?

Задача №13 УК-1; ПК-1,5,6
Больной 3 года назад оперировался по поводу рака гортани. Выполнена резекция гортани. За последние 2-3 месяца появились жалобы на одышку при малейшей физической нагрузке и усиление охриплости.
А) Вопросы:
Б) Дальнейшая тактика действия врача?
В) Какие методы лечения нужно применить у этого больного?

Задача №14 УК-1; ПК-1,5,6
Больной поступил с диагнозом рак гортани и метастазами в лимфатические узлы шеи с обеих сторон.

Вопросы:
А) Какой объем операции требуется на первом этапе?
Б) Какой метод лечения требуется на втором этапе?
В) Какое минимальное специализированное лечение в послеоперационном периоде больному еще требуется проводить?

Задача №15 УК-1; ПК-1,5,6
У больного диагноз рак гортаноглотки с метастазами в лимфатические узлы шеи инфильтративного характера с обеих сторон.
Вопросы:
А) Какой метод лечения нужно применить?
Б) При обтурации опухолью просвета гортани, дополнительно, какую операцию необходимо выполнить?

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
Мастопатии. Рак молочной железы.

Задача № 1 УК-1; ПК-1,5,6
Пациентка 43 лет обратилась с жалобами на обильные выделения из соска правой молочной железы. Беспокоят в течение 2х месяцев. Вначале выделения были светло-желтого цвета, в последнее время приобрели бурый оттенок. Во время последней маммографии, выполненной 6 месяцев назад, патологии не обнаружено. При осмотре: Молочные железы симметричны. При надавливании на правый сосок отмечается наличие выделений бурого цвета. Выделения из левого соска отсутствуют. При пальпации узловые образования не определяются. Региональные лимфатические узлы не увеличены.
Вопрос:

- Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
- Назовите необходимые дополнительные исследования.
- Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе заболевания.

Задача № 2 УК-1; ПК-1,5,6
Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли 2 недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6 С. При осмотре: Левая молочная железа больше левой, кожа железы диффузно отечна, гиперемирована. Отмечается повышение локальной температуры. При пальпации умеренно болезненна, диффузно уплотнена за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные.
Вопрос:

- Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
- Назовите необходимые дополнительные исследования.
- Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Задача № 3 УК-1; ПК-1,5,6
У пациентки 58 лет в постменопаузе при маммографическом исследовании выявлено узловое образование в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы. Образование неправильной формы, с тяжами в окружающие ткани, размером 1,5 см. При пункционной биопсии получено подтверждение наличия рака молочной железы, а также высокий уровень рецепторов к эстрогену и прогестерону в опухоли и отсутствие гиперэкспрессии HER2\neu. В анамнезе у

больной лимфогранулематоз с поражением загрудинных лимфатических узлов, по поводу которого она получала химиолучевое лечение.
Вопрос:

- Определите объем обследования для определения стадии заболевания.
- Какой объем оперативного вмешательства будет предложен этой пациентке и почему?
- Какая системная терапия может быть предложена этой пациентке, если у нее нет метастазов в подмышечные лимфатические узлы?

Задача №4 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Ж. 41 год, секретарь. Жалобы на уплотнение в левой молочной железе. Мать умерла от рака молочной железы. В анамнезе 10 абортов, детей нет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте левой молочной железы пальпируется уплотнение до 3х см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте левой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 3х см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: в обоих препаратах обнаружены атипические клетки.
Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №5 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Ш. 50 лет. Жалобы на уплотнение в правой молочной железе. В анамнезе сахарный диабет, ожирение. Менструации с 11 лет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение до 2х см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 2,5х см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: папиллярная карцинома.
Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №6 УК-1; ПК-1,5,6
Больная М. 43 лет. Жалобы на уплотнение в правой молочной железе. Менструации с 11 лет, регулярные. Имеет двое детей. Страдает гипотиреозом. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение более 5 см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируются увеличенные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами 5х6 см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: протоковый рак. При УЗИ брюшной полости обнаружены очаговые образования в печени.
Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №7 УК-1; ПК-1,5,6
Пациентка 64 лет поступила с жалобами на плотное безболезненное образование в правой молочной железе размером 3 см, которое она обнаружила при самообследовании 8 месяцев назад.
Вопрос:

- Поставьте предварительный диагноз?
- Какие обследования надо сделать?

Задача №8 УК-1; ПК-1,5,6
Больной 32 года, самостоятельно обнаружила опухоль в левой молочной железе. При обследовании по месту жительства выявлено: опухоль в молочной железе размером 1,5 см, при цитологическом заключении поставлен диагноз рак. При исследовании зон регионарного и отдаленного метастазирования данных за Mts не получено.
Вопрос:

- Назовите зоны регионарного и отдаленного метастазирования.
- Поставьте стадию заболевания?
- Определите тактику лечения.

Задача №9 УК-1; ПК-1,5,6
Больная 25 лет, жалобы на уплотнение, боли в молочных железах и увеличение желез в размерах. Данная симптоматика появляется перед менструацией в течение последних 6 месяцев.
Вопрос:

- Поставьте предварительный диагноз?
- Какие обследования надо провести?

Задача №10 УК-1; ПК-1,5,6
Больной 85 лет, жалобы на плотное безболезненное образование в левой молочной железе, которое пальпируется на протяжении 5 лет. К врачам не обращалась? При осмотре в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы плотное, бугристое образование без четких контуров размером 3 см. В левой подмышечной области плотный, увеличенный, подвижный, безболезненный лимфоузел. При сканировании костей скелета накопление радиофармпрепарата в головке бедренной кости.
Вопрос:

- Какие обследования надо провести?
- Поставьте стадию заболевания?
- Определите план лечения?

Задача №11 УК-1; ПК-1,5,6
Больная 50 лет, жалобы на кровянистые выделения из сосков.
Вопрос:

- Ваш предварительный диагноз?
- План обследования?
- Основной метод лечения?

Задача №12 УК-1; ПК-1,5,6
Больная 56 лет, страдает сахарным диабетом. В течение 2 недель правая молочная железа гиперемирована, отечна, сосок втянут.
Вопрос:

- Ваш предварительный диагноз?
- Определите алгоритм диагностики?
- С чего надо начать лечение данной больной?

Задача №13 УК-1; ПК-1,5,6
Вопрос:
У больной 40 лет рак правой молочной железы T2 N0M0.

- Определите варианты возможного лечения?

Задача №14 УК-1; ПК-1,5,6

У больной 60 лет обнаружена опухоль в левой молочной железе 4 см, конгломерат лимфатических узлов в левой подмышечной области. В зонах отдаленного метастазирования данных за Mts не получено.
Вопрос:

- Назовите зоны отдаленного метастазирования и методы их обследования?
- Поставьте стадию заболевания?
- Определите тактику лечения?

Задача №15 УК-1; ПК-1,5,6
У больной 47 лет язва в области соска правой молочной железы, которая наблюдается в течение 2 лет.
Вопрос:

- Ваш диагноз?
- Алгоритм обследования?
- План лечения?

Задача №16 УК-1; ПК-1,5,6
У больной 64 лет правая молочная железа за последние 3 месяца резко увеличилась в размере, стала плотной и бугристой, но безболезненной. Кожа железы не изменена.
Вопрос:

- Каков предварительный диагноз?
- Составьте план обследования.

Задача №17 УК-1; ПК-1,5,6
У больной 70 лет правая молочная железа за последние 6 месяцев уменьшилась в размере в два раза. Стала плотной, как «камень». Из-за боли в бедре появилась хромота.
Вопрос:

- Поставьте предварительный диагноз?
- Определите план обследования?

Задача №18 УК-1; ПК-1,5,6
У больной 18 лет пальпируется круглое эластичное образование в молочной железе.
Вопрос:

- Поставьте диагноз?
- Какие исследования надо провести для его уточнения?

РАК ЛЕГКОГО

Задача №1 УК-1; ПК-1,5,6
Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. РКТ головного мозга - без патологии.
Вопрос:

- Диагноз?
- Тактика лечения?

Задача №2 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа- без патологии, слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии.
Вопрос:

- Диагноз?
- Тактика лечения?

Задача №3 УК-1; ПК-1,5,6
Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак.
Вопрос:

- Диагноз?
- Какую лечебную манипуляцию необходимо выполнить больному?
- Тактика обследования больного?

Задача №4 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены.
Вопрос:

- Диагноз?
- Тактика обследования?

Задача №5 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Ш. 51 год, курит 20 лет. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3-х см в диаметре. Имеется поражение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Выполнена чрезкожная трансторокальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.
Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика.

Задача №6 УК-1; ПК-1,5,6

Больной Б. 57 лет, курит 37 лет. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: слева в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 5 см в диаметре. Имеется поражение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Выполнена чрезкожная трансторокальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.
Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика.

Задача №7 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Е. 62 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, снижение работоспособности, сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 6 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.
Вопрос:

- Диагноз?
- Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза?
- Лечебная тактика.

Задача№8 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Х. 63 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, боли в верхней части плеча с распространением на локтевую поверхность, охриплость голоса, опущение верхнего века, слабость мышц кисти. Объективно: обращает на себя внимание наличие синдрома Горнера, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах верхней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.
Вопрос:

- Диагноз?
- Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза?
- Лечебная тактика.

Задача №9 УК-1; ПК-1,5,6
Больной К. 59 лет. Жалобы на сухой кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку, слабость. Похудел за 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого, имеется увеличение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ

брюшной полости: печень, почки- без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. КТ головного мозга - без патологии.
Вопрос:

- Диагноз?
- Тактика лечения?

Задача №10 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Г. 65 лет. Жалобы на кровохарканье, боли в правом боку, одышку, слабость, утомляемость. В анамнезе: хронический бронхит, частые пневмонии. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание в норме. Проведено цитологическое исследование мокроты: обнаружены атипичные клетки.
Вопрос:

- Предположительный диагноз?
- Каков план обследования?
- Предположите объем лечения.

ОПУХОЛИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА
Рак пищевода. Рак желудка.

Задача №1 УК-1; ПК-1,5,6
Больной В. 60 лет, шофер 40 лет. Курит 45 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 29 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.
Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №2 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.
Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №3 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Е. 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течениие 15 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе - патологии не выявлено. В нижней трети желудка

имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.
Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №4 УК-1; ПК-1,5,6
Больной К. 74 лет, хирург. Жалобы на похудание, снижение аппетита, затруднение глотания. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается незначительная болезненность в эпигастральной области. Рентгенологически: сужение просвета верхней трети желудка с переходом на розетку кардии. ЭГДС: слизистая верхней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, отмечается сужение розетки кардии, инфильтрации распространяется на пищевод. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, забрюшинных лимфоузлов не выявлено.
Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №5 УК-1; ПК-1,5,6
Больной К. 65 лет. Курит 40 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 3 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.
Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №6 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Б. 60 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии.
Вопрос:

- Диагноз?

- Лечебная тактика?

Задача №7 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Н. 62 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в нижней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в нижней трети пищевода по задней стенке имеется опухолевое образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см, с преимущественно инфильтративным ростом. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии.
Вопрос:
- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №8 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Н. 62 лет. В анамнезе: системная склеродермия. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи. За последние 4 месяца похудела на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, на всем протяжении пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.
Вопрос:
- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №9 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Т. 68 лет. В анамнезе: химический ожог пищевода. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи, усиленное слюноотделение, рвоту. За последние 4 месяца похудела на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, на всем протяжении пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.
Вопрос:
- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №10 УК-1; ПК-1,5,6
Больная К. 67 лет. В анамнезе: синдром Пламмера-Винсона. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи, усиленное слюноотделение, рвоту. За последние 3 месяца похудела на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в верхнегрудном отделе пищевода

имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в верхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,3 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.
Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №11 УК-1; ПК-1,5,6
Больной М. 67 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи, усиленное слюноотделение, охриплость голоса, слабость, похудание. За последние 3 месяца похудел на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в верхнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в верхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,3 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.
Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №12 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Л., 69 лет. В анамнезе: пептические язвы пищевода. Жалобы на боль за грудиной, изжогу, усиленное слюноотделение, слабость, похудание, затрудненное глотание. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в средне- и нижнерхнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средне- и нижнерхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: без патологии.
Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №13 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Н., 70 лет. В анамнезе: ахалазия пищевода. Жалобы на боли за грудиной, чувство полноты за грудиной при приеме пищи, усиленное слюноотделение, слабость, затрудненное глотание. Объективно: больной астенического телосложения, пониженного
иритпитания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в средне- и нижнерхнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, неровность контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средне- и нижнерхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: без патологии.
Вопрос:

- Диагноз?

- Лечебная тактика?

Задача №14 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Ф. 40 лет, механик. В анамнезе: в течении 8 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При обследовании: в легких - без патологии; пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. Гастроскопия: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.
Вопрос:
- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №15 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Н. 53 лет. Мать, бабушка умерли от рака желудка. В анамнезе: хронический анацидный гастрит. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 12 кг. При рентгеноконтрастном исследовании желудка обнаружено, что в нижней его трети имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. ЭГДС: пищевод без патологии, в желудке признаки атрофии слизистой оболочки, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети, имеется застойное содержимое. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии.
Вопрос:
- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №16 УК-1; ПК-1,5,6
Больная К. 34 лет. Мать, бабушка умерли от рака желудка. Жалобы на боли в эпигастральной области, рвоту съеденной пищей, увеличение живота в объеме. Похудела за последние 2 месяца на 12 кг. При ЭГДС и рентгеноконтрастном исследовании желудка и пищевода установлено наличие опухоли, инфильтрирующей слизистую желудка по большой и малой кривизне на всем протяжении от кардиального жома до привратника. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: имеется свободная жидкость в брюшной полости, по брюшине определяются очаги инфильтрации до 1 см в диаметре.
Вопрос:
- Диагноз?
- Стадия?
- Лечебная тактика?

Задача №17 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Р. 72 лет. В анамнезе: хронический атрофический гастрит. Жалобы на слабость, похудание, боли в эпигастральной области, затруднение глотания. Похудел за последние 2 месяца на 10 кг. При ЭГДС: в желудке признаки атрофии слизистой оболочки, в верхней трети слизистая инфильтрирована по большой кривизне до средней трети, имеется инфильтрация розетки кардии. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии.
Вопрос:
- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №18 УК-1; ПК-1,5,6
Больная В. 62 лет, профессор орнитологии. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области. Похудела за 3 месяца на 13 кг. Объективно: увеличены надключичные лимфоузлы слева, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно - дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в печени имеется 3 округлых образования, без четких границ, размерами до 2 см в диаметре, забрюшинное пространство без очаговых образований, в брюшной полости определяется свободная жидкость.
Вопрос:

- Диагноз?
- Стадия?
- Лечебная тактика?

Задача №19 УК-1; ПК-1,5,6
Больная В. 62 лет, профессор орнитологии. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области. Похудела за 3 месяца на 13 кг. Объективно: увеличены надключичные лимфоузлы слева, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно - дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области.
Вопрос:

- Предположительный диагноз?
- Объем обследования.

Задача №20 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Щ. 41 лет. В анамнезе: в течении 5 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка, анемии. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При обследовании: в легких - без патологии; пищевод не изменен, в нижней трети желудка по малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. ЭГДС: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, доходящая до привратника, при пальпации кровоточит. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника, очаги инфильтрации по брюшине.
Вопрос:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?
- Какое необходимо дополнительное исследование провести в данном случае?

Рак ободочной кишки. Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны.

Задача №1 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Л. 55 лет, механик. Мать умерла от рака желудка. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли внизу живота. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в сигмовидной кишке сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в сигмовидной кишке просвет сужен за счет инфильтрации. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: обнаружено опухолевое поражение сигмовидной кишки, печень, почки без патологии.
Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №2 УК-1; ПК-1,5,6
Больной А. 56 лет, профессор истории. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: в печени в области 7 сегмента имеется округлое образование, без четких границ, в головке поджелудочной железы определяется объемное образование 3х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл.
Диагноз? Тактика лечения?

Задача №3 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Н. 70 лет. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище, за последние две недели отметил желтушность кожи, зуд. Похудел за 2 месяца на 9 кг. В анамнезе хронический панкреатит. Объективно: кожные покровы и склеры желтушны, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, отмечается сдавление общего желчного протока, поджелудочная железа неоднородной структуры, отечна, вирсунгов проток расширен, в области головки поджелудочной железы определяется объемное образование 3х4см; в брюшной полости свободная жидкость; забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: определяется объемное образование в области головки поджелудочной железы, размерами 3х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 700 Ед/мл.
Диагноз? Тактика лечения?

Задача №4 УК-1; ПК-1,5,6
Больной А. 69 лет, слесарь. Злоупотребляет алкоголем. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище. Похудел за 2 месяца на 8 кг. В анамнезе хронический панкреатит, страдает тромбофлебитом. Без эффекта лечился по поводу язвенной болезни желудка. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, в области тела поджелудочной железы определяется объемное образование 4х4см, структура поджелудочной железы неоднородная, отечна, забрюшинное пространство без особенностей. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование в головке поджелудочной железы, размерами 4х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 654 Ед/мл.
Диагноз? Тактика лечения?

Задача №5 УК-1; ПК-1,5,6
Больной А. 60 лет, рабочий в области резиновой промышленности. Жалобы на тошноту, боли в эпигастральной области, отвращение к пище. В анамнезе желчно-каменная болезнь. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ, РКТ органов брюшной полости: в области 4 и 5 сегментах печени отмечаются 3 очаговых образования размерами от 1 до 1,5 см с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, стенка желчного пузыря инфильтрирована, в просвете определяется объемное образование 2 см в диаметре. Положительны маркеры: СА 19-9, щелочная фосфатаза.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №6 УК-1; ПК-1,5,6

Больной Х. 56 лет, инженер. Отец умер от рака толстой кишки. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота, слабость. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в правой половине кишки просвет сужен за счет экзофитного образования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №7 УК-1; ПК-1,5,6

Больной Р. 63 лет. Отец, брат умерли от рака толстой кишки. В анамнезе: семейный полипоз. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота, слабость. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в правой отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в правой половине кишки просвет сужен за счет экзофитного образования, рамерами до 6 см в диаметре, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в правой доле печени имеется очаг размерами 2см в диаметре, с нечетким контуром.

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

Задача №8 УК-1; ПК-1,5,6

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

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №9 УК-1; ПК-1,5,6

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

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

Задача №10 УК-1; ПК-1,5,6

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

(6 см в диаметре), легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.
Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №11 УК-1; ПК-1,5,6
Больной А. 60 лет. В анамнезе: хронический колит. Жалобы слабость, наличие опухолевидного образования в правой половине живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование размерами до 7 см в диаметре. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет восходящего отдела сужен за счет экзофитного бугристого образования (6 см в диаметре), легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии. На рентгенограмме органов грудной полости обнаружены множественные очаги с нечеткими контурами в левом легком.
Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №12
Больной Т. 68лет. Страдает наследственным полипозом. Жалобы на слабость, тошноту, тяжесть в животе, урчание, запоры. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эдофитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости, по брюшине – множественные очаги от 0,5 до 1,5 см в диаметре.
Диагноз? Лечебная тактика? Какое дополнительное исследование нужно провести больному?

Задача №13 УК-1; ПК-1,5,6
Больной К. 71 года. Страдает наследственным полипозом. Жалобы на тошноту, тяжесть в животе, урчание, запоры, боли в животе. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в поперечном отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет поперечного отдела толстой кишки сужен за счет эдофитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологическое заключение: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости, по брюшине – множественные очаги от 0,5 до 1,5 см в диаметре, в печени 2 очага до 3 см в диаметре с нечеткими контурами.
Диагноз? Лечебная тактика? Какие дополнительные исследования нужно провести больному?

Задача №14 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Ж., 53 года. Страдает хроническим колитом. Жалобы нет. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, безболезненный, опухолевое образование не пальпируется. Пришел на контрольное обследование по поводу своего заболевания. При фиброколоноскопии в нисходящем отделе толстой кишки обнаружено экзофитно-растущее новообразование, размерами более 3 см, взята биопсия. Гистологическое заключение: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.
Диагноз? Лечебная тактика?

Рак прямой кишки.

Задача №1 УК-1; ПК-1,5,6
Больной И. 65 лет, шофер, мать умерла от рака прямой кишки. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный. Ирри-

госкопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки (суживающий ее просвет). Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.
Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №2 УК-1; ПК-1,5,6
Больная К. 65 лет, страдает геморроем 20 лет. В прошлом работник химкомбината в течении 45 лет. Жалобы на запоры, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудела на 8 кг. Объективно: невоспаленный геморрой. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологически: инфильтративный рак, низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.
Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №3 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Х., 65 лет. Жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак прямой кишки. Отдаленных метастазов не выявлено. Поскольку опухоль локализована в нижнеампулярном отделе, принято решение о проведении комбинированного лечения: лучевая терапия + операция в объеме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.
Каковы основные принципы реабилитации больного с колостомой (что должен знать больной, чтобы научится управлять колостомой)?

Рак печени.

Задача №1 УК-1; ПК-1,5,6
Больной С. 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, отмечается гепатомегалия. УЗИ, КТ брюшной полости: 4,5,6 сегменты печени занимает объемное образование размерами 4х5 см в диаметре с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, асцит. Маркер: АФП 700 нг\мл. Гистологическое заключение: гепатоцеллюлярный рак.
Диагноз? Тактика лечения?

Задача №2 УК-1; ПК-1,5,6
Больной И., 36 лет. В течение 4-х лет болен вирусным гепатитом С. При настоящем обследовании в правой доле печени, на фоне цирротических изменений. Определяется объемное образование до 7,0 см в диаметре.
Определите диагностическую и лечебную тактику? Назовите возможные варианты заболеваний?

Задача №3 УК-1; ПК-1,5,6
Больной А., 45 лет. 2 года назад перенес резекцию сигмовидной кишки по поводу рака. При настоящем обследовании в проекции 5 и 8 сегментов печени определяется два опухолевых очага, максимальным размером до 5,0 см.
Определите диагностическую и лечебную тактику.

Задача №4 УК-1; ПК-1,5,6
Больной А., 68 лет. 2 года назад перенес переднюю резекцию прямой кишки по поводу рака. При настоящем обследовании в проекции 2, 5 и 8 сегментов печени определяется два опухолевых очага, максимальным размером до 5,0 см.
Определите диагностическую и лечебную тактику.

ОПУХОЛИ КОСТЕЙ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Задача №1 УК-1; ПК-1,5,6

Больная Х., 23 лет. Жалобы на боли в левой ноге, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: в области латеральной поверхности средней трети левого бедра пальпируется опухолевидное образование, малоподвижное, каменистой плотности, размерами 5х6 см. Паховые лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, размерами от 1 до 2 см, безболезненны. Больной выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ: опухоль располагается в средней трети бедренной кости, протяженностью до 6 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ.

Вопросы:

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

Задача №2 УК-1; ПК-1,5,6

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

Вопросы:

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

Задача №3 УК-1; ПК-1,5,6

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

Вопросы:

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

Задача №4 УК-1; ПК-1,5,6

У пациента липосаркома забрюшинного пространства, опухоль до 15 см, низкой степени дифференцировки, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов.

Вопросы:

- Какая стадия?
- Как классифицируются опухоль по глубине залегания?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №5 УК-1; ПК-1,5,6

У больного 30 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома правого бедра, опухоль 6 см, высокой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.
Вопросы:

- Какая стадия?
- Как классифицируются опухоль по глубине залегания?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №6 УК-1; ПК-1,5,6
У больного 50 лет ангиосаркома плеча, опухоль 8 см, низкой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.
Вопросы:

- Какая стадия?
- Как классифицируются опухоль по глубине залегания?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №7 УК-1; ПК-1,5,6
У больного 39 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома бедра, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, имеются множественные метастазы в легкие.
Вопросы:

- Какая стадия?
- Как классифицируются опухоль по глубине залегания?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №8 УК-1; ПК-1,5,6
У больного 40 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома голени, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, опухоль располагалась над поверхностной фасцией. Регионарные лимфатические узлы не были поражены, отдаленных метастазов не было. Проведено хирургическое лечение голени, послеоперационный курс дистанционной лучевой терапии на голень. Через 6 месяцев выявлены метастазы в легкие.
Вопросы:

- Какая была стадия?
- Как классифицировалась опухоль по глубине залегания?
- Какая СОД при проведении послеоперационного курса дистанционной лучевой терапии подводится в подобных случаях?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №9 УК-1; ПК-1,5,6
У пациента остеосаркома бедра, опухоль до 7 см, низкой степени злокачественности, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов.
Вопросы:

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении остеосаркомы конечности?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №10 УК-1; ПК-1,5,6
У больного 20 лет саркома Юинга плеча, опухоль 9 см, низкой степени дифференцировки. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.
Вопросы:

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении саркомы Юинга конечности?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №11 УК-1; ПК-1,5,6
У больного 50 лет хондросаркома плеча, опухоль 8,5 см, низкой степени злокачественности. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.
Вопросы:

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при хирургическом лечении хондросаркомы конечности?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №12 УК-1; ПК-1,5,6
У больного 19 лет саркома Юинга крестца, опухоль 10 см, низкой степени дифференцировки. Регионарные лимфатические узлы не поражены, имеются множественные метастазы в легкие.
Вопросы:

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении саркомы Юинга с наличием метастазов в легкие?
- Тактика лечения.

Задача №13 УК-1; ПК-1,2,5,6
У больного 25 лет остеосаркома голени, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, Регионарные лимфатические узлы не были поражены, отдаленных метастазов не было. Проведено 6 курсов предоперационной химиотерапии, хирургическое лечение, 6 курсов послеоперационной химиотерапии. Через 6 месяцев выявлен рецидив в голени и метастазы в легкие.
Вопросы:

- Какая была стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при лечении остеосаркомы с наличием рецидива и метастазов в легкие?
- Тактика лечения.

ЛИМФОМЫ

Лимфогранулематоз.

Задача №1 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Р., 35 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38^0 в течении нескольких дней подряд, ночную потливость, похудание, кожный зуд, наличие опухолевидного образования в области шеи. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный. В анализе крови: СОЭ 30 мм\ч, фибриноген 570 мг%, лимфоциты 27%.
Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз?
- Каков объем обследования данной больной?
- Какие клетки обнаруживаются при гистологическом исследовании данного вида опухоли?

Задача №2 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Г., 37 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38^0 в течении нескольких дней подряд, кашель, одышку, боли за грудиной. В анамнезе: длительно лечился по поводу бронхита, антибиотикотерапия без эффекта. При осмотре пальпируются увеличенные

шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, селезенка, печень не увеличены. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, фибриноген 600 мг%, лимфоциты 17%.
Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз?
- Какую манипуляцию необходимо выполнить для морфологической верификации болезни? Что является морфологическим субстратом данного вида опухоли?

Задача №3 УК-1; ПК-1,5,6
Больной Б., 36 лет. Жалуется на боли в животе, преимущественно в области поясницы, чаще возникающие ночью, отеки нижних конечностей. Обследован гастроэнтерологом: патологии желудочно-кишечного тракта не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены увеличенные парааортальные лимфоузлы, спленомегалия. При РКТ органов малого таза: увеличенные подвздошные лимфоузлы. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, лимфопения.
Вопросы:

- Ваш предположительный диагноз?
- Какова ваша схема лечения данного больного?

Задача №4 УК-1; ПК-1,5,6
У больной 20 лет лимфомы Ходжкина, нодулярный склероз, Ia стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области, факторы риска не выявлены.
Вопросы:

- Имеются ли у данной больной симптомы интоксикации?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №5 УК-1; ПК-1,5,6
У больного 30 лет ЛХ, смешанно-клеточный вариант IIв стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области и средостения, без других факторов риска.
Вопросы:

- Имеются ли у данной больной симптомы интоксикации?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №6 УК-1; ПК-1,5,6
У больного 28 лет ЛХ, смешанно-клеточный вариант IIв стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области и средостения, индекс массы тела более 0,33.
Вопросы:

- Имеются ли у данной больной симптомы интоксикации?
- Имеются ли дополнительные факторы риска?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №7 УК-1; ПК-1,5,6
У больной 58 лет ЛХ, вариант лимфоидное истощение с поражением лимфоузлов правой надключичной области и локальным поражение печени.
Вопросы:

- Какая стадия?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №8 УК-1; ПК-1,5,6

У больного 31 года ЛХ, вариант лимфоидное истощение с поражением лимфоузлов области средостения и локальным до 1 см, единичным очагом в правом легком. Предъявляет жалобы на ночной профузный пот.
Вопросы:

- Какая стадия?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №9 УК-1; ПК-1,2,5,6
Больная М., 30 лет, 2 года назад обратилась к участковому врачу в связи с увеличением до 2 см в диаметре лимфоузла в правой надключичной области. Незадолго до этого перенесла ОРВИ. Врач не назначил никаких дополнительных исследований, рекомендовал спиртовые компрессы. Через полгода у больной в этом же месте появились еще два плотных лимфоузла размерами 1,5х2,0 см, а в надключичной области слева появился лимфоузел такого же размера.
Врач поликлиники снова назначил тепловые процедуры и антибиотики. Лимфоузлы сначала незначительно уменьшились в размерах, затем снова увеличились до 2,0-3,0 см в диаметре.
Больная решила больше к врачам не обращаться, самочувствие оставалось удовлетворительным.
Через 2 года внезапно поднялась температура до 38,5-39,0ºС ежедневно, не снижалась от применения антибиотиков. По ночам отмечалась обильная потливость. Периодически отмечала кожный зуд. При ходьбе несколько раз отмечала колющие боли в левом подреберье. Во время врачебного осмотра на этот раз были выявлены увеличенные немногочисленные плотные лимфоузлы (не менее 3 см в диаметре) в обеих шейно-надключичных областях. При пальпации селезенка выступала на 4 см из-под края реберной дуги.
Вопросы:

- Какой диагноз можно предположительно поставить больной?
- Какие дополнительные методы исследования необходимы?
- Можно ли считать проявлениями одного и того же заболевания симптомы, возникшие 2 года назад и появляющиеся в дальнейшем?
- Что можно сказать о характере течения болезни, какие клинические стадии заболевания можно отметить у больной за время трех ее обращений к врачу в течение 2-х лет?

Неходжкинские лимфомы (Лимфосаркомы).

Задача №1 УК-1; ПК-1,5
К участковому терапевту обратилась пациентка Н, 30 лет с жалобами на увеличение подмышечных, паховых лимфоузлов с обеих сторон. За последние 6 месяцев пациентка похудела на 10 кг, отмечает вечерний подъем температуры тела до 38 С, повышенную ночную потливость. При осмотре: выраженная астения, подмышечные и паховые лимфоузлы резко увеличены, малоподвижны, безеболезненны.
Вопросы:

- Какое заболевание можно предположить у данной пациентки на основании данных анамнеза и осмотра?
- Какие диагностические мероприятия могут подтвердить диагноз?

Задача №2 УК-1; ПК-1,5,6
В отделение гематологии областной больницы поступила пациентка Д., 45 лет с диагнозом: неходжкинская лимфома, 2 стадия, небластный вариант. Диагноз подтвержден гистологическим исследование с иммунофенотипированием.
Вопросы:

- От каких факторов зависит дальнейшее лечение пациенки?
- Приведите схему химиотерапию используемую в данном случае?

Задача №3 УК-1; ПК-1,5,6

В отделение гематологии городской больницы поступила пациентка И., 28 лет, с жалобами на увеличение всех групп периферических лимфоузлов, похудание за 3 месяца на 8 кг, общую слабость, повышение тепературы тела к вечеру до 38,5 С, ночные поты. При осмотре: все группы периферических лимфоузлов увеличены в размерах, астения, кожные покровы и видимые слизистые незначительно эктеричны.
Вопросы:

- Какое заболевание можно предположить у пациентки?
- Как подтвердить правильность диагноза?
- Какой режим химиотерапии назначают при таком варианте течения заболевания?

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ
Рак шейки матки. Рак тела матки. Рак яичников.

Задача №1 УК-1; ПК-1,5,6
Больная К.Т.М. - 70 лет, считает себя больной с декабря 2008 года, когда впервые отметила появление кровянистых выделений из половых путей на фоне менопаузы. В январе 2009 года больную госпитализировали. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободны.
Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №2 УК-1; ПК-1,5
У больной К.Л.Г. – 50 лет появились жалобы на кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы. По месту жительства выполнили раздельное диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные. Выполнили операцию в объеме - экстирпация матки с придатками. Гистологическое заключение: шейка матки выстлана многослойным плоским и цилиндрическим эпителием. В эндометрии разрастание умеренно-дифференцированной эндометриоидной аденокарциномы с плоскоклеточной метаплазией, с инвазией в миометрий до 5 мм (менее толщины миометрия). Яичники и маточные трубы с признаками возрастной инволюции.
Вопросы:

- Сформулируйте заключительный диагноз, стадию?
- У данной больной метастазы не обнаружены.

Задача №3 УК-1; ПК-1,5
Больная К.В.Л. 70 лет предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей последние 3 месяца на фоне 20-летней менопаузы. При гинекологическом осмотре: женские половые органы развиты правильно. В зеркаплах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Тело матки увеличено до 7-8 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.
Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №4 УК-1; ПК-1,5
У больной И.Е.Д. 60 лет, появились боли внизу живота и кровянистые выделения из половых

путей на фоне менопаузы. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные. Произведено раздельное диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Выполнена операция в объеме экстирпация матки с придатками. Результат гистологического исследования: высокодифференцированная аденокарцинома, прорастающая более? толщи миометрия. У данной больной метастазы не обнаружены.
Вопросы:

- Сформулируйте заключительный диагноз, стадию?
- Ваши рекомендации?

Задача №5 УК-1; ПК-1,5
Больная И.Н.Я. 47 лет предъявляет жалобы на ациклические кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота, слабость. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Тело матки увеличено в размерах за счет миоматозных узлов. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, параметрии свободные.
Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №6 УК-1; ПК-1,5
Больная Т.Н.В. 42 лет, предъявляет жалобы на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. В зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, деформирована опухолью до 4 см в диаметре. Тело матки не увеличено. Придатки с обеих сторон без особенностей. Параметрии свободные, своды глубокие.
Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №7 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Т.Н.И. 59 лет. Жалоб нет. При проф. осмотре взяты мазки на онкоцитологию с шейки матки. Заподозрен рак шейки матки.
Вопросы:

- Какие методы диагностики нужно применить для уточнения диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №8 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Т.Л.А. 39 лет предъявляет жалобы на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Анамнез: в течение 3-х лет стояла ВМС. Стали беспокоить ациклические кровянистые выделения из половых путей, в связи с чем ВМС удалили. Затем провели противовоспалительное лечение. Через месяц вновь установили ВМС. Через три месяца появились контактные кровянистые выделения из половых путей. Через месяц ВМС удалили. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки несколько гипертрофирована, слизистая ее не изменена. При пальпации шейка матки эластичная. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.
Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №9 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Т.Р.М. 51 года. В течение последних 2-х месяцев предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, водянистые бели из половых путей и контактные кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства.
Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки раздута, плотная, слизистая оболочка темно-багрового цвета. При пальпации шейка матки ригидная. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.
Вопросы:
- Ваш предварительный диагноз?
- Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №10 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Т.Н.Я. 35 лет, предъявляет жалобы на контактные кровянистые выделения и водянистые бели из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства.
Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки в виде мелкобугристых разрастаний, напоминает цветную капусту, покрыта темными корками. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.
Вопросы:
- Ваш предварительный диагноз?
- Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №11 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Т.В.И. 44 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость. При УЗИ органов малого таза обнаружено: увеличение левого яичника до 12 см, правого до 5 см. СА – 125 = 1595,0 МЕ/мл. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище рожавшей. Слизистая влагалища и шейки матки не изменена. Тело матки нормальных размеров. Слева от матки определяется образование до 12 см в диаметре, плотноэластической консистенции, подвижное, справа определяется образование до 5 см в диаметре, подвижное. Параметрии свободные, своды глубокие.
Вопросы:
- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №12 УК-1; ПК-1,5,6
Больная О.В.Г. 65 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость, увеличение живота в объеме.
Вопросы:
- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №13 УК-1; ПК-1,5,6
Больная В.Л.М. 69 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость, увеличение живота в объеме, похудание.
Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача№14 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Р.К.Д. 53 лет, в течение последних пяти лет наблюдается по поводу опухоли левого яичника (до 2 см в диаметре). С июня 2009 года отмечается рост опухоли до 10 см. СА – 125 = 629 МЕ/мл. В октябре 2009 года обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Шейка матки цилиндрической формы. Тело матки нормальных размеров. Слева от матки определяется подвижное тугоэластической консистенции опухолевое образование до 10 см в диаметре. Справа без особенностей.
Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №15 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Ш.Ю.Я., 39 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, увеличение живота в объеме, быструю утомляемость, похудание. СА – 125= 842 МЕ/мл.
Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №16 УК-1; ПК-1,5,6
Больная М. 55 лет. Жалоб не предъявляет. При профосмотре обнаружено увеличение в объеме правого яичника, выполнено ультразвуковое исследование, при котором установлено, что правый яичник увеличен в размерах до 7 см, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Менструации с 12 лет, регулярные. Имеет двое детей. Объективно: при бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенный до 6-7 см правыцй яичник, безболезненный. УЗИ органов брюшной полости и малого таза: асцит, объемное образование правого яичника. При лапароскопическом исследовании обнаружены метастатические очаги по брюшине. Цитологическое исследование опухолевой ткани яичников: аденокарцинома. Исследование асцитической жидкости: обнаружены опухолевые клетки. Маркер СА 125 450 ед\мл.
Вопросы:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №17 УК-1; ПК-1,5,6
Больная М. 61 года. Жалобы на мажущие выделения из половых путей Менструации с 13 лет, постменопауза. Имеет трое детей. Объективно: при бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенная в размерах матка до 6-7 беременности, безболезненная, из половых путей имеются сукровичные выделения. Выполнено УЗИ органов брюшной полости, малого таза, трансвагивальное УЗИ: объемное образование тела матки, толщина эндометрия более 15 мм. При рентгенологическом исследовании легких без очаговой патологии. Проведено раздельное диагностическое выскабливание, гистологическое заключение: эндометриоидная аденокарцинома.

Вопросы:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №18 УК-1; ПК-1,5,6
Больная М., 35 лет. Длительно лечилась по поводу папилломавирусной инфекции. Половая жизнь с 16 лет. Жалоб не предъявляет. При очередном гинекологическом обследовании взят соскоб с шейки матки для цитологического исследования, по результатам которого обнаружена аденокарцинома шейки матки. Проведено обследование: глубина инвазии опухоли не более 3 мм протяженностью до 5мм, признаков диссеминации процесса нет.
Вопросы:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Задача №19 УК-1; ПК-1,5,6
Больная К., 40 лет. Жалобы на межменструальные выделения, водянистые мутные бели. В анамнезе: лечение по поводу папилломавирусной инфекции. При гинекологическом осмотре: шейка матки уплотнена, отмечается ранимость, повышенная кровоточивость слизистой, имеется небольшой пришеечный инфильтрат с переходом на своды влагалища. Кольпоскопия: картина соответствует высокоатипичному эпителию. Результаты биопсии: глубина инвазии опухоли до 6мм в диаметре до 7мм. При дообследовании (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков поражения регионарных лимфоузлов, диссеминации процесса нет.
Вопросы:

- Диагноз?
- Лечебная тактика?

Трофобластические опухоли.

Задача№1 УК-1; ПК-1,5,6
Больная И.А.Н., 28 лет. В июле 2009 года ЭКО в связи с бесплодием трубного генеза. В сроке 5 недель – неразвивающаяся беременность по данным УЗИ. 24.07.09г – РДВ. С июля 2009г по сентябрь 2009г продолжались кровянистые выделения. Обратилась к гинекологу. ХГ – (29.09.09г) – 305,5 МЕ/л. Матка мягковатой консистенции, увеличена до 10 недель беременности.
Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача№2 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Б.И.И., 26 лет. Последняя нормальная менструация в июне 2009 года. В августе 2009 года после недельной задержки менструации отметила кровянистые выделения из половых путей. По месту жительства выполнено РДВ. После РДВ кровянистые выделения из половых путей усилились. 12.10.09г повторное РДВ. ХГ от 27.10.09г – 32 тыс. МЕ/л. А) Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача№3 УК-1; ПК-1,5,6
Больная Б.Ю.П., 26 лет, считает себя больной в течение последних четырех месяцев. Последняя нормальная менструация в январе 2008 года. В октябре 2008 года кесарево сечение. В последующие 4 месяца ациклические кровянистые выделения из половых путей. ХГ – 20 тыс. МЕ/л.
Вопросы:

- Ваш предварительный диагноз?
- Ваш алгоритм обследования?
- Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ В ОНКОЛОГИИ
Метастазы рака неизвестной первичной локализации (МРНПЛ). Паранеопластический синдром. Семейно-ассоциированный опухолевый синдром. Болевой компрессионный корешковый синдром при онкологических заболеваниях. Первичные и метастатические опухоли позвоночника. Миеломная болезнь. Современные представления о первично-множественных опухолях.

Задача№1 УК-1; ПК-1,5,6
Пациент Э., 35 лет, обратился к хирургу в поликлинику по месту жительства с жалобами на припухлость в области шеи после перенесенной 3 месяца назад ангины. При осмотре: область шеи справа увеличена за счет безболезненного, малоподвижного образования. Т тела в пределах нормы. Хирургом был поставлен диагноз «шейный лимфаденит» и назначена антибактериальная терапия. Однако эффекта от антибактериальной терапии в течении 7 дней не отмечалось, образование в области шеи увеличивалось и пациент был направлен на консультацию к районному онкологу.
Вопросы: 1. В чем тактическая ошибка хирурга поликлиники? 2. Какой комплекс диагностических мероприятий для уточнения диагноза может быть использован районным онкологом? 3. Какой диагноз можно поставить пациенту на данном этапе?

Задача№2 УК-1; ПК-1,5,6
К онкологу в онкологическом диспансере обратилась пациентка К. 63 лет с жалобами на отечность и увеличение в объеме правой подмышечной области. При осмотре: кожа правой подмышечной области визуально не изменена. При пальпации в правой подмышечной области пальпируется крупный лимфоузел, около 3 см в диаметре, малосмещаемый, безболезненный. Молочные железы без узловых образований. Другие группы периферических лимфоузлов не увеличены. Пациентке выполнена диагностическая тонкоигольная биопсия лимфоузла правой подмышечной области, которая оказалась безуспешной и диагностического материала не содержала, маммографическое исследование - без патологических образований в молочных железах.
Вопросы: 1. Какова дальнейшая тактика онколога? 2. Метастазами из каких других первичных очагов (кроме молочной железы) могут поражаться подмышечные лимфоузлы?

Задача№3 УК-1; ПК-1,5,6
В городскую больницу № 1 потсупила пациентка Н, 75 лет с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, повышение Т тела к вечеру до 37,5. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые эктеричны, гепатомегалия (+2 см), асцит. Из анамнеза: считает себя больной около1 года, когда впервые появились боли в правом подреберье. Много лет наблюдалась у гинеколога по поводу поликистозно измененных яичников, однако последние 10 лет гинеколога не посещала. Из сопутствующих заболеваний: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии ремиссии, ИБС, гипертоническая болезнь 2 стадии.
Вопросы: 1. Приведите схему обследования данной больной на основании данных осмотра и анамнеза? 2. О каких диагнозах можно думать, опираясь на данные осмотра и анамнеза?

Задача№4 УК-1; ПК-1,5,6
Пациенка Е., 45 лет, доставлена в приемное отделение больницы №7 бригадой скорой помощи с жалобами на сильную головную боль, неукротимую рвоту. При осмотре: дезориентирована в

ситуации, критика снижена, имеются элементы афазии, правосторонний гемипарез, вторичная стволовая симптоматика. Со слов родственников известно, что пациентка длительное время наблюдалась у онколога по месту жительства, однако заболевание свое от них скрывала. Документальных подтверждений онкологического заболевания нет.
Вопросы: 1. Какова неотложная лечебная тактика при данной симтоматике? 2. Приведите схему диагностического поиска? 3. Какой диагноз можно поставить на данном этапе?

Задача№5 УК-1; ПК-1,5,6
Пациент В., 20 лет, водитель, обратился к неврологу в городскую поликлинику с жалобами на боли в области поясничного отдела позвоночночника. После осмотра неврологом был поставлен диагноз: поясничный остеохондроз и назначено физиотерапевтическое лечение. Однако спустя 2 месяца пациент вновь обратился к неврологу с жалобами на усиление болей в поясничной области, уплотнение кожи по ходу поясничных позвонков, периодическое чувство онемения нижних конечностей. Пациент направлен на консультацию онколога в районный онкологический диспансер.
Вопросы: 1. О каком диагнозе можно думать исходя из клинической картины?
2. Какова диагностическая тактика онколога районного онкологического диспансера?
3. Какие принципы хирургического лечения данной патологии вы знаете?

Задача№6 УК-1; ПК-1,5,6
Пациентка Д., 65 лет, обратилась к неврологу в городскую поликлинику с жалобами на появление болей в грудном отделе позвоночника. При осмотре неврологической симптоматики не выявлено. Пациентка направлена на рентгенологическое исследование грудного отдела позвоночника. Заключение: специфическое поражение Th7-8, вероятнее всего метастатической природы.
Вопросы: 1. С каким еще заболеванием нужно дифференцировать данный диагноз?
2. Приведите принципы диагностического поиска первичной опухоли?
3. Опухоли какой локализации, вероятнее всего, могут метастазировать в позвоночник?

Задача№7 УК-1; ПК-1,5,6
К терапевту в городскую поликлинику обратился пациент Т., 25 лет, с жалобами на повышение Т тела до 37,5 к вечеру, слабость, потливость в течении месяца. В общем анализе крови: Эритр._4,83;_Гем._10,0;_Лей._8,5;_СОЭ 16. В общем анализе мочи: Цв._сол-желтый; Уд. вес_1020;_Белок_нет. В Биохим. анализе крови: глюкоза вен.
4 ммоль/л;_АЛТ_27,9 Ед/л;_общий бил._12 мкмоль/л;_креатинин_63 мкмоль/л; общий белок_72.5 г/л. Терапевтом поставлен диагноз ОРВИ и назначено симптоматическое лечение. Однако в течение следующей недели симтоматика нарастала: появилась выраженная слабость, боли в костях, олигоурия, пациент резко похудел.
Вопросы:1. О каких диагнозах можно думать исходя из клинической картины болезни? 2. Какие исследования нужно провести для постановки диагноза?

Задача№8 УК-1; ПК-1,5,6
К маммологу в городскую поликлинику обратилась пациентка С., 52 лет с жалобами на наличие узлового образования в левой молочной железе. При осмотре выявлено узловое образование левой и правой молочных железах. Пациентка направлена на маммографическое исследование. При маммографическом исследовании рентгенологическая картина рака левой и правой молочной желез.
Вопросы: 1. Определите дальнейшую диагностическую тактику маммолога?
2. Поставьте предварительный диагноз данной пациентке?

Задача№9 УК-1; ПК-1,5,6
К гинекологу в городскую поликлинику обратилась пациентка Ю., 48 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей вне менструации. Из анамнеза: 3 года назад оперирована по поводу рака левой молочной железы T2N2M0, III А стадии в объеме радикальная мастэкто-

мия слева с сохранением грудных мышц. От дальнейшего предложенного лечения (химиотерапия, гормонотерапия, лучевая терапия) пациентка отказалась. В последующие 3 года после операции не наблюдалась.
Вопросы: 1. Определите дальнейшую диагностическую тактику гинеколога?
2. О каком предположительном диагнозе может идти речь?

Задача№10 УК-1; ПК-1,5
К онкологу в онкологический диспансер обратилась пациентка Р., 27 лет с жалобами на боли и уплотнения в молочных железах. При осмотре: на коже лица и рук пациентки имеются мелкие пигментные пятна, при пальпации молочных желез выявлены множественные узловые образования от 0,5 до 1 см в диаметре. Пациентка направлена на УЗИ молочных желез, заключение: множественные фиброаденомы молочных желез. Диагноз верифицирован в дальнейшем при помощи тонкоигольной диагностической пункционной биопсии. Из анамнеза пациентки известно, что все родственники женского пола по материнской линии болели раком молочной железы.
Вопросы:1. О каких синдромах можно думать, исходя из анамнестических и клинических данных заболевания? 2. Какова дальнейшая тактика онколога?

6.2.2. Аттестационные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

1. Хирургическая анатомия – это
   а) раздел хирургии, изучающий и разрабатывающий отдельные хирургические доступы и оперативные приемы
   б) раздел анатомии, изучающий строение тела человека применительно к запросам хирургии, главным образом, с целью обоснования оперативных доступов и приемов
   в) анатомия, изучающая строение, форму и взаимоотношение органов по областям тела
   г) раздел анатомии, изучающий пространственное расположение органов и анатомических образований

2. Оперативная хирургия – это
   а) раздел хирургии, изучающий основы патологии и общие принципы применения оперативных хирургических методов лечения
   б) раздел хирургии, изучающий отдельные хирургические доступы
   в) раздел хирургии, разрабатывающий и изучающий оперативные приемы
   г) раздел хирургии, разрабатывающий оперативные методы восстановления анатомической целости, формы и функции поврежденных органов и тканей
   д) правильные ответы б) и в)

3. Оперативный прием – это
   а) совокупность действий хирурга при разделении тканей для обнажения органа, являющегося основным объектом хирургического вмешательства
   б) совокупность действий хирурга на органах и тканях, являющихся основным объектом вмешательства
   в) решающий этап хирургической операции
   г) начальный этап оперативного вмешательства
   д) правильные ответы б) и в)

4. Основной путь лимфооттока в нормальных условиях
   а) ортоградный
   б) ретроградный
   в) коллатеральный

г) смешанный

5. Связь лимфатической и кровеносной систем осуществляется, главным образом, на уровне
а) лимфатических капилляров
б) внутриорганных сплетений мелких лимфатических сосудов
в) крупных экстраорганных отводящих лимфатических сосудов
г) правого и левого (грудного) лимфатических протоков, впадающих в крупные вены шеи

6. При естественном течении опухолевого процесса возможными путями метастазирования могут быть:
1) лимфогенный
2) гематогенный
3) лимфо-гематогенный
4) имплантационный
5) распространение по протяженности
а) все перечисленные
б) все перечисленные, кроме 5
в) все перечисленные, кроме 4 и 5
г) все перечисленные, кроме 3 и 5

7. К антибластике не имеет отношения
а) удаление опухоли единым блоком с регионарным лимфатическими узлами и другими анатомическими структурами в пределах здоровых тканей
б) предоперационная лучевая терапия
в) использование электрохирургического метода
г) применение лекарственных средств (химиопрепараты и другие)
д) перевязка магистральных сосудов до начала мобилизации пораженного опухолью органа

8. Соблюдение принципов анатомической зональности и футлярности лежит в основе
а) понятия «антибластики» при операциях по поводу злокачественных опухолей
б) понятия «абластики» при операциях по поводу злокачественных опухолей
в) мер профилактики ортоградного лимфогенного метастазирования
г) мер профилактики гематогенного метастазирования

9. Лимфатический отток из подвижной части языка осуществляется
а) в подбородочные лимфоузлы
б) в подчелюстные лимфоузлы
в) в глубокие яремные лимфоузлы
г) только в подчелюстные лимфоузлы
д) во все перечисленные лимфоузлы

10. Кровоснабжение щеки осуществляется за счет
а) задней ушной артерии
б) поверхностной височной артерии
в) внутренней челюстной артерии
г) восходящей глоточной артерии

11. Иннервация мягкого неба осуществляется
а) второй ветвью тройничного нерва
б) ветвями языкоглоточного нерва

в) ветвями блуждающего нерва
г) симпатическим нервом
д) всеми перечисленными

12. Кровоснабжение языка осуществляется за счет язычной артерии, отходящей от системы
а) внутренней сонной артерии
б) наружной сонной артерии
в) позвоночной артерии
г) все ответы верны
д) правильного ответа нет

13. Глоточный отросток околоушной слюнной железы расположен
а) в заглоточном пространстве
б) в переднее-боковом парафарингеальном пространстве
в) в заднее-боковом парафарингеальном пространстве
г) в крылонебной ямке
д) в ретрофарингеальном пространстве

14. Анатомическим образованием, делящим парафарингеальное пространство на передне- и задне-боковые, является
а) задняя небная дужка
б) шилодиафрагма (диафрагма Жанеско)
в) крыловидная мышцы
г) все вышеперечисленные

15. Типичной операцией при раке подвижной части языка II-III стадии является
а) половинная электрорезекция языка
б) субтотальная резекция языка
в) удаление языка
г) любая из вышеперечисленных

16. Типичной операцией при высокодифференцированном раке щитовидной железы T_{1-2} является
а) энуклеация узла
б) резекция доли
в) гемитиреоидэктомия
г) гемитиреоидэктомия с перешейком
д) субтотальная резекция железы

17. Грушевидный синус относится
а) к надскладочному отделу гортани
б) к складочному отделу гортани
в) к подскладочному отделу гортани
г) все ответы правильны

18. Хемодектома блуждающего нерва клинически локализуется в зачелюстной ямке. Она расположена
а) в переднее-боковом фарингеальном пространстве
б) в заднее-боковом парафарингеальном пространстве
в) в ретрофарингеальном пространстве
г) в сонном треугольнике
д) в подчелюстном треугольнике

19. Венозный круг в молочной железе (венозный анастоматический круг) располагается
    а) в области фасции большой грудной мышцы
    б) в области ареолы
    в) во внутренних квадрантах
    г) в верхнее-наружном квадранте
    д) в области переходной складки

20. Сосок молочной железы рефлекторно может изменять свою форму за счет
    а) волокон гладких мышц
    б) кожи
    в) жировой ткани
    г) соединительной ткани
    д) капилляров

21. Внутренняя артерия молочной железы (внутренняя грудная артерия) начинается
    а) из подключичной артерии
    б) из общей сонной артерии
    в) из верхней щитовидной артерии
    г) из позвоночной артерии

22. При радикальной мастэктомии по Холстеду-Майеру большая и малая грудные мышцы
    а) сохраняются
    б) удаляются
    в) большая грудная мышца сохраняется, малая грудная мышца удаляется
    г) малая грудная мышца сохраняется, большая грудная мышца удаляется

23. При операции радикальной мастэктомии по Пейти
    а) обе грудные мышцы удаляются
    б) большая грудная мышца сохраняется
    в) малая грудная мышца сохраняется, большая грудная мышца удаляется
    г) удаляются парастернальные лимфоузлы

24. В хирургической анатомии средостения предусмотрено выделение следующих его отделов:
    1) верхнее средостение
    2) нижнее средостение
    3) переднее средостение
    4) среднее (центральное) средостение
    5) заднее средостение
    а) правильно все перечисленное
    б) правильно все, кроме 5
    в) правильно 1, 2, 3
    г) правильно 2, 3, 4
    д) правильно 3, 4, 5

25. В верхнем средостении располагаются:
    1) дуга аорты
    2) три ветви дуги аорты
    3) трахея
    4) главные бронхи
    5) нижний полюс вилочковой железы

а) правильно 1 и 4
б) правильно 2 и 5
в) правильно 3 и 4
г) правильно 3, 4 и 5
д) правильно 1, 2 и 3

26. Кровоснабжение абдоминального сегмента пищевода осуществляется в основном за счет
а) восходящей ветви левой желудочной артерии
б) ветвей нижней левой диафрагмальной артерии
в) пищеводных артерий грудного отдела аорты
г) ветвей верхней левой диафрагмальной артерии
д) правильные ответы а) и б)

27. Из абдоминального сегмента пищевода лимфа оттекает преимущественно в следующие группы лимфатических узлов:
1) верхние трахеобронхиальные
2) нижние трахеобронхиальные
3) околокардиальные
4) верхние желудочные лимфатические узлы по малой кривизне
5) лимфатические узлы желудочно-поджелудочной связки
а) правильно 1 и 3
б) правильно 2 и 4
в) правильно 1 и 2
г) правильно 1, 2 и 3
д) правильно 3, 4 и 5

08. Верхняя доля правого легкого образована
а) двумя сегментами
б) тремя сегментами
в) четырьмя сегментами
г) пятью сегментами

29. Первым этапом ортоградного лимфогенного метастазирования периферического рака легких следует считать
а) пульмональные, лимфатические узлы
б) бронхопульмональные лимфатические узлы
в) паратрахеальные лимфатические узлы
г) нижние трахеобронхиальные (бифуркационные)

30. Грудной лимфатический проток проникает из брюшной полости в грудную
а) через пищеводное отверстие диафрагмы
б) через аортальное отверстие
в) через венозное отверстие
г) между внутренней и средней ножками диафрагмы слева

31. Трансстернальный оперативный доступ наиболее часто применяется при операциях по поводу опухолей:
1) переднего средостения
2) заднего средостения
3) трахеи
4) пищевода
5) легкого

а) правильно 1 и 3
б) правильно 2 и 4
в) правильно 3 и 5
г) правильно 1 и 2
д) правильно 4 и 5

32. Методом выбора при лейомиоме пищевода является
а) эндоскопическая лазерная деструкция опухоли
б) сегментарная резекция пищевода
в) энуклеация опухоли с сохранением целости слизистой оболочки
г) резекция грудного отдела пищевода с одномоментной эзофагопластикой
д) все варианты правильные

33. Повторные хирургические вмешательства оправданы при рецидивах следующих злокачественных новообразований средостения
1) нейрофибросаркомы
2) фибросаркомы
3) липосаркомы
4) лимфоцитарной тимомы
5) лимфогранулематоза
а) правильно 1, 2 и 3
б) правильно 2, 3 и 4
в) правильно 3, 4 и 5
г) правильно 4 и 5
д) все ответы правильные

34. Приток крови к печени осуществляется из системы
а) печеночной артерии
б) печеночной артерии и портальной вены
в) печеночной артерии и печеночной вены
г) печеночной артерии и пупочной вены
д) все ответы правильные

35. Печень покрыта брюшиной
а) со всех сторон
б) со всех сторон, за исключением ворот печени
в) со всех сторон, за исключением дорсальной поверхности, прилежащей к диафрагме
г) со всех сторон, за исключением ворот печени и дорсальной поверхности, прилежащей к диафрагме
д) правильного ответа нет

36. Портальная вена расположена в печеночно-двенадцатиперстной связке
а) между желчным протоком и печеночной артерией
б) между желчным протоком, печеночной артерией и кзади от них
в) между желчным протоком, печеночной артерией и кпереди от них
г) правильного ответа нет

37. В печени выделяется (по портальной системе)
а) 10 сегментов
б) 8 сегментов
в) 6 сегментов
г) 4 сегмента
д) деления печени на сегменты по портальной системе нет

38. Кровоснабжение желчного пузыря чаще всего осуществляется из системы
а) правой печеночной артерии
б) левой печеночной артерии
в) собственно печеночной артерии
г) общей печеночной артерии
д) из других источников

39. Короткие сосуды желудка проходят в составе
а) желудочно-ободочной связки
б) желудочно-селезеночной связки
в) печеночно-диафрагмальной связки
г) печеночно-желудочной связки
д) желудочно-поджелудочной связки

40. Левая желудочная артерия чаще всего отходит
а) от собственно печеночной артерии
б) от селезеночной артерии
в) от общей печеночной артерии
г) от аорты
д) от чревного ствола

41. Правая желудочная артерия чаще всего отходит
а) от собственно печеночной артерии
б) от общей печеночной артерии
в) от желудочно-двенадцатиперстной артерии
г) от чревного ствола
д) от аорты

42. Левая желудочная артерия проходит в составе
а) желудочно-ободочной связки
б) желудочно-селезеночной связки
в) печеночно-диафрагмальной связки
г) печеночно-желудочной связки
д) желудочно-поджелудочной связки

43. Большой дуоденальный сосочек расположен
а) на заднее-латеральной стенке нисходящего отдела 12-перстной кишки
б) на заднее-медиальной стенке нисходящего отдела 12-перстной кишки
в) на задней стенке нисходящего отдела 12-перстной кишки
г) правильного ответа нет
д) все ответы правильные

44. Кровоснабжение 12-перстной кишки осуществляется из системы
а) верхней брыжеечной артерии
б) общей печеночной артерии
в) и той, и другой
г) ни той, ни другой

45. Кровоснабжение поджелудочной железы осуществляется из системы
а) чревного ствола
б) верхней брыжеечной артерии
в) и той, и другой

г) ни той, ни другой

46. Селезеночная артерия чаще всего отходит
а) от чревного ствола
б) от аорты
в) от верхней брыжеечной артерии
г) правильного ответа нет
д) все ответы правильные

47. Селезеночная вена
а) впадает в нижнюю полую вену
б) впадает в верхнюю брыжеечную вену
в) впадает в воротную вену
г) сливается с верхней брыжеечной веной и образует воротную вену
д) правильного ответа нет

48. Верхняя брыжеечная артерия располагается
а) кпереди от селезеночной вены
б) кпереди от поджелудочной железы
в) позади поджелудочной железы
г) позади селезеночной вены и поджелудочной железы
д) позади селезеночной вены, поджелудочной железы и кпереди от крючковатого отростка поджелудочной железы

49. Тонкокишечные артерии
а) анастомозируют между собой во всех случаях
б) анастомозируют между собой не всегда
в) никогда не анастомозируют между собой

50. Кровоснабжение ободочной кишки осуществляется
а) из системы верхней брыжеечной артерии
б) из системы нижней брыжеечной артерии
в) и той, и другой
г) ни той, ни другой

51. Отток крови от восходящего отдела ободочной кишки осуществляется
а) в систему верхней брыжеечной артерии
б) в систему нижней брыжеечной артерии
в) и той, и другой
г) ни той, ни другой

52. Отток крови от нисходящего отдела ободочной кишки осуществляется
а) в систему верхней брыжеечной артерии
б) в систему нижней брыжеечной артерии
в) и той, и другой
г) ни той, ни другой

53. При кровоснабжении ободочной кишки
а) ветви верхней брыжеечной артерии обязательно анастомозируют с ветвями нижней брыжеечной артерии
б) ветви верхней брыжеечной артерии анастомозируют с ветвями нижней брыжеечной артерии не всегда
в) во всех случаях нет сосудистых анастомозов между ветвями верхней и нижней

брыжеечной артерии
г) все три варианта возможны

54. Отток крови от прямой кишки осуществляется
а) в систему нижней брыжеечной вены
б) в систему подвздошных вен
в) и той, и другой
г) ни той, ни другой

55. В воронко-тазовой связке проходят
а) мошоночные артерии и вена
б) яичниковые артерии и вена
в) пузырные артерия и вена
г) срамные артерия и вена

56. «Брыжейкой» матки является
а) круглая связка
б) широкая связка
в) кардинальная связка
г) воронко-тазовая связка

57. Кровоснабжение матки осуществляется в основном из системы
а) внутренней подвздошной артерии
б) общей подвздошной артерии
в) наружной подвздошной артерии
г) допустимы все три варианта

58. Маточная артерия является ветвью
а) внутренней подвздошной артерии
б) наружной подвздошной артерии
в) общей подвздошной артерии
г) яичниковой артерии

59. К связочному аппарату яичника относятся все перечисленные связки, кроме
а) собственной связки яичника
б) связки, подвешивающей яичники
в) брыжейки
г) круглой связки

60. Яичники кровоснабжаются от следующих артерий
а) внутренней подвздошной и маточной артерий
б) яичниковой от брюшной части аорты и ветвями яичниковой от маточной артерии
в) от наружной подвздошной и яичниковой
г) от общей подвздошной и маточной

61. Все органы, расположенные в тазу, покрыты брюшной, кроме
а) матки
б) маточных труб
в) яичника
г) мочевого пузыря

62. Мочеточники у ребра матки расположены
а) над маточной артерией

б) под маточной артерией
в) возможны варианты
г) правильного ответа нет

63. Типичная операция при раке шейки матки Iб стадии
а) конизация шейки матки
б) ампутация шейки матки
в) экстирпация матки с придатками
г) расширенная экстирпация матки с придатками

64. Типичная операция при раке яичников II стадии
а) расширенная экстирпация матки с придатками
б) экстирпация матки с придатками
в) экстирпация матки с придатками + резекция большого сальника
г) овариоэктомия

65. К операции Вертгейма относится
а) экстирпация матки с придатками
б) расширенная экстирпация матки с придатками
в) надвлагалищная ампутация матки с придатками
г) экстирпация матки с придатками + резекция большого сальника

66. В почечной ножке почечная артерия располагается
а) выше и кпереди от почечной лоханки с начальным отделом мочеточника
б) выше и кпереди от почечной вены
в) ниже и кзади от почечной лоханки с начальным отделом мочеточника
г) ниже и кпереди от почечной вены
д) правильного ответа нет

67. Правая почечная артерия проходит
а) позади нижней полой вены
б) впереди нижней полой вены
в) оба варианта возможны
г) правильного ответа нет

68. Левая почечная вена проходит
а) впереди аорты
б) позади аорты
в) оба варианта возможны
г) правильного ответа нет

69. Мочеточники располагаются
а) позади и кнутри от восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки
б) позади и кнаружи от восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки
в) спереди и кнутри от восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки
г) спереди и кнаружи от восходящего и нисходящего отделов ободочной кишки

70. В клетчатку малого таза свободно переходит из брюшинного пространства
а) клетчатка забрюшинная
б) околопочечная клетчатка
в) околокишечная клетчатка
г) все три вида клетчатки свободно переходят из брюшинного пространства в клетчатку малого таза

71. Из перечисленных фасций к забрюшинному пространству не относится
а) забрюшинная фасция
б) предпочечная фасция
в) позадипочечная фасция
г) позадиободочная фасция
д) поверхностная фасция

72. Забрюшинное клетчаточное пространство расположено
а) позади почечной и внутрибрюшинной фасций
б) между предпочечной и внутрибрюшинной фасцией
в) позади ободочной и предпочечной фасций
г) позади ободочной и внутрибрюшинной фасций

73. Фасциально-клетчаточный футляр надпочечника относится
а) к жировой капсуле почки
б) к забрюшинному клетчаточному пространству
в) к околокишечной клетчатке
г) правильного ответа нет

74. Надпочечниковые артерии не отходят
а) от нижней диафрагмальной артерии
б) от аорты
в) от чревного ствола
г) от почечной артерии

75. Мочеточники расположены
а) позади подвздошных сосудов
б) спереди подвздошных сосудов
в) возможны оба варианты
г) правильного ответа нет

76. Кровоснабжение прямой кишки осуществляется за счет артерий, отходящих
а) от нижней брыжеечной артерии
б) от внутренней подвздошной артерии
в) от обеих артерий
г) правильного ответа нет

77. Через ткани предстательной железы проходят
а) мочеиспускательный канал
б) семявыводящие протоки
в) и то, и другое
г) ни то, ни другое

78. При злокачественных первичных опухолях костей к сохранным операциям относятся
а) ампутация конечности
б) сегментарная резекция кости с замещением трансплантатом
в) экзартикуляция конечности
г) межлопаточно-грудная ампутация
д) межподвздошно-брюшное вычленение

79. Основной принцип сегментарной резекции кости при опухолевом поражении
а) широкое удаление опухоли

б) широкое удаление опухоли в пределах непораженной опухолевым процессом костной ткани
в) широкое удаление опухоли с удалением регионарных лимфоузлов
г) сегментарная резекция при опухолевом процессе не производится

80. При хирургическом лечении сарком костей соблюдается следующие основные принципы
а) радикальный характер операции
б) абластичность оперативного вмешательства
в) возможность дальнейшего протезирования
г) все ответы правильные
д) все ответы правильные, кроме в)

81. Выбор уровня усечения конечности при ампутации зависит
а) от локализации опухоли
б) от протяженности опухолевого роста
в) от степени вовлечения в процесс мягких тканей
г) от задач предстоящего протезирования
д) все ответы верные

82. Остеогенная саркома метастазирует
а) в паховые лимфоузлы
б) в плоские кости
в) в легкие
г) в кожу

83. Остеогенной саркомой поражаются чаще всего
а) длинные трубчатые кости
б) все плоские кости
в) кости черепа
г) кости таза

84. Паренхиму новообразования составляют
а) собственно опухолевые клетки
б) соединительная ткань
в) кровеносные и лимфатические сосуды
г) нервы и клеточные элементы стромы

85. Строма опухоли
а) является необходимой поддерживающей структурой
б) обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода
в) обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток
г) в ряде случаев не является обязательным компонентом новообразования
д) все правильные, кроме г)

86. Вновь образованные сосуды злокачественных опухолей
а) редко приближается по строению к нормальным венам и артериям
б) могут быть представлены в виде каналов, выстланных эндотелием
в) на уровне капилляров могут быть выстланы самими опухолевыми клетками
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и в)

87. Клеточные элементы стромы опухоли могут быть представлены

а) лимфоцитами и нейтрофилами
б) эозинофилами
в) плазматическими клетками
г) макрофагами и гигантскими клетками инородных тел
д) всеми перечисленными типами клеток

88. Хемодектомы шеи гистологической принадлежности относятся
а) к нейрогенным
б) к мезенхимальным
в) к дисэмбриональным
г) к неклассифицируемым опухолям

89. К предраку шейки матки относится
а) дисплазия
б) лейкоплаксия с атипией
в) интраэпителиальный рак
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

90. К дизонтогенетическим новообразованиям относятся
а) рак желудка
б) рак легкого
в) бронхогенная киста средостения
г) папиллома пищевода

91. В тератоме могут развиться производные
а) эктодермы
б) мезодермы
в) энтодермы
г) все ответы правильные
д) правильные ответы а) и б)

92. Рак in situ отличается от микроинвазивного тем, что
а) инфильтрирует и разрушает базальную мембрану
б) инфильтрирует ткани в пределах слизистой оболочки
в) инфильтрирует и слизистую и подслизистую оболочки органа
г) не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее

93. Рак in situ может быть
а) в шейке матки
б) в бронхе
в) в желудке
г) ни в одном из перечисленных органов
д) во всех перечисленных органах

94. Рак in situ по Международной классификации TNM относится
а) к раку
б) к предраку
в) к доброкачественным опухолям
г) отношение не определено

95. К опухолеподобным процессам относятся
а) гиперпластический полип

б) аденоматозный полип
в) адено-папилломатозный полип
г) папилломатозный полип
д) ни один из выше перечисленных

96. Местнодеструирующим ростом в гинекологической патологии обладает
а) фиброма
б) лейомиома
в) эндометриоз
г) кистома

97. К опухолям с местнодеструирующим ростом относятся
а) десмоид
б) фиброаденома
в) миома
г) липома

98. Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта обладают преимущественно
а) инфильтративным ростом
б) экзофитным ростом
в) смешанным ростом
г) все перечисленные типы встречаются с одинаковой частотой

99. К доброкачественным опухолям молочных желез относятся
а) диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
б) узловая фиброзно-кистозная мастопатия
в) фиброаденома
г) все перечисленные
д) ни одна из перечисленных

100. Особенностями роста фиброаденомы железы являются
а) экспансивный рост
б) инфильтрирующий с метастазами
в) инфильтрирующий без метастазов
г) все ответы правильные

101. Для папилломы мочевого пузыря характерны
а) наклонность к рецидивам
б) множественность поражений
в) частое озлокачествление
г) все ответы правильные
д) правильные ответы а) и б)

102. К опухолевидным процессам яичников относится
а) фолликулярная киста
б) фиброма яичников
в) кистома яичника
г) дермоидная киста

103. К истинным опухолям яичников относится
а) фолликулярная киста
б) киста желтого тела

в) параовариальная киста
г) цилиоэпителиальная киста

104. Частота возникновения плоскоклеточного рака кожи на фоне болезни (Боуэна) составляет
а) почти 100%
б) около 50%
в) 15-20%
г) никогда не возникает

105. К местнодеструирующим опухолям можно отнести
а) десмоид
б) эритроплакию Кейра
в) меланоз Дюбрея
г) мышьяковый дерматит
д) болезнь Педжета

106. К новообразованиям АПУД – системы относятся
а) рак большой слюнной железы
б) медуллярный рак щитовидной железы
в) бронхиогенный рак
г) менингиома
д) хордома

107. К опухолям АПУД – системы не относятся
а) гастринома
б) инсулома
в) хемодектома и карциноид
г) мелкоклеточный рак легкого
д) рак поджелудочной железы

108. Для достижения критической массы, несовместимой с жизнью, опухолевая клетка должна пройти
а) 10 удвоений
б) 20 удвоений
в) 30 удвоений
г) 40 удвоений

109. Ортоградным лимфогенным метастазированием считается
а) метастазирование против тока лимфы
б) метастазирование по току лимфы
в) и тот, и другой
г) ни тот, ни другой

110. Рак желудка метастазирует в яичники
а) гематогенным путем
б) имплантационным путем
в) ретроградно-лимфогенным и имплантационным путем
г) лимфогенным путем

111. Рак молочной железы метастазирует в яичники
а) лимфогенным путем
б) ретроградно-лимфогенным путем

в) гематогенным путем
г) имплантационным путем

112. Рак молочной железы может метастазировать
а) лимфогенно
б) гематогенно
в) имплантационно
г) смешанно (лимфогенно + гематогенно)
д) все ответы правильные

113. Рак почки наиболее часто метастазирует
а) в плевру и печень
б) в кости и легкие
в) в печень и головной мозг
г) в мягкие ткани и забрюшинные лимфоузлы
д) в забрюшинные лимфоузлы и яичники

114. При локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах, первым этапом метастазирования будут
а) подмышечные лимфоузлы
б) парастернальные лимфоузлы
в) паховые лимфоузлы
г) подлопаточные лимфоузлы

115. Саркома Юинга может метастазировать
а) гематогенным путем
б) лимфогенным путем
в) смешанным (лимфогенным + гематогенным) путем
г) все ответы правильные

116. Высокодифференцированный рак щитовидной железы может метастазировать
а) лимфогенным путем
б) гематогенным путем
в) внутриорганно
г) всеми указанными выше путями

117. Целям частной клинической онкологии в наибольшей степени соответствует и применяется
а) онконозологическая классификация
б) этиологическая классификация
в) эмбриогенетическая классификация
г) гистогенетическая классификация

118. Наиболее часто встречающаяся морфологическая форма рака эндометрия
а) плоскоклеточный рак
б) аденокарцинома
в) железисто-плоскоклеточный рак
г) недифференцированный рак
д) светлоклеточная аденокарцинома

119. Наиболее часто встречающаяся морфологическая форма рака шейки матки
а) плоскоклеточный рак
б) аденокарцинома

в) саркома
г) светлоклеточный рак

120. Плоскоклеточный рак преимущественно встречается
а) в пищеводе и анальном канале прямой кишки
б) в желудке и тонкой кишке
в) в тонкой и ободочной кишке
г) в желудке и ободочной кишке

121. Аденокарцинома чаще встречается при опухолях
а) шейки матки
б) тела матки
в) влагалища
г) вульвы

122. К опухолям стромы полового тяжа яичника относится
а) опухоль желточного мешка
б) тератома
в) гранулезоклеточная опухоль
г) все перечисленное

123. Срочное гистологическое исследование при операции по поводу новообразования молочной железы можно не выполнять, если диагноз подтвержден
а) клиническими данными
б) маммографией
в) термографией
г) морфологическим цитологическим исследованием

124. При клиническом диагнозе меланомы без морфологической верификации может быть начато
а) хирургическое лечение
б) химиотерапевтическое лечение
в) лучевое лечение
г) иммунологическое лечение

125. Для характеристики первичных опухолей отечественной классификацией опухолей по стадиям (МЗ СССР 1984г.) учитываются
а) размеры опухоли
б) глубина инвазии
в) наличие отдельных метастазов
г) верно а) и б)
д) все перечисленное

126. Символ «а» в классификации (кроме опухолей женских половых органов), как правило, указывает
а) на отсутствие регионарных метастазов
б) на наличие регионарных метастазов
в) на наличие отдельных метастазов

127. Символ «а» в классификации (кроме опухолей женских половых органов) не используется, как правило, для характеристики
а) I стадии заболевания
б) II стадии заболевания

в) III стадии заболевания
г) IV стадии заболевания

128. Символ «б» при II-III стадиях в классификации (кроме опухолей женских половых органов) применяется для обозначения
а) отдаленных метастазов
б) метастазов в регионарных лимфатических узлах
в) врастания опухоли в окружающие анатомические структуры
г) отсутствия инфильтрации прилегающих органов

129. Символ «б» в классификации (кроме опухолей женских половых органов) не используется, как правило, для характеристики
а) I стадии заболевания
б) II стадии заболевания
в) III стадии заболевания
г) IV стадии заболевания

130. Критерием IVб стадии является
а) наличие метастазов в отдаленных органах
б) наличие одиночного метастаза в регионарном лимфатическом узле
в) наличие множественных смещаемых метастазов в регионарных лимфатических узлах
г) массивное врастание опухоли в прилежащие жизненно важные органы

131. Критерием IVа стадии является
а) массивное врастание опухоли в прилегающие органы
б) наличие метастаза в регионарном лимфатическом узле
в) наличие множественных метастазов в регионарных лимфатических узлах
г) наличие множественных несмещаемых метастазов в регионарных лимфатических узлах

132. Массивное врастание опухоли в жизненно важный орган (органы) является исключительным признаком
а) IIIа стадии
б) IIIб стадии
в) IVа стадии
г) IVб стадии

133. Полное прорастание опухолью всех слоев полого органа желудочно-кишечного тракта, как правило, соответствует
а) I стадии
б) IIа стадии
в) IIб стадии
г) III стадии

134. Локализация опухоли желудочно-кишечного тракта в пределах слизистого и подслизистого слоев органа при отсутствии метастазов соответствует
а) I стадии
б) II стадии
в) III стадии
г) IV стадии

135. Наличие множественных, подвижных метастазов в регионарных лимфатических

узлах характеризует, как правило
а) IIа стадию
б) IIб стадию
в) IIIа стадию
г) IIIб стадию
д) правильные ответы б) и г)

136. Стадия заболевания может быть изменена после
а) хирургического вмешательства
б) лучевого лечения
в) химиотерапия
г) не изменяется никогда
д) в результате всего перечисленного

137. Стадия заболевания во многом определяет
а) выбор метода лечения
б) предполагаемый объем операции
в) прогноз
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)

138. Наиболее объективные сведения о местной распространенности опухолевого процесса (стадии заболевания) могут быть получены
а) при клиническом осмотре больного
б) при рентгенологическом исследовании
в) при использовании эндоскопических методов
г) при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарным лимфатическим аппаратом

139. Международный противораковый Союз предложил прекратить внесение изменений в последнее издание классификации TNM
а) до 1997 года
б) до 2007 года
в) до момента радикальных перемен в возможностях диагностики и лечения злокачественных опухолей

140. Клиническая классификация опухолей по системе TNM и определение гистологической структуры опухоли в значительной степени позволяет
а) выработать план лечения
б) определить прогноз
в) оценить эффективность лечения
г) провести обмен медицинской информацией
д) все ответы верные

141. Международная классификация новообразований по системе TNM применяется для характеристики
а) предопухолевых состояний
б) доброкачественных опухолей
в) злокачественных опухолей
г) нет правильного ответа

142. Основной целью международной классификации злокачественных опухолей являются

а) разработка методики единообразного представления клинических данных
б) унификация подходов к лечению злокачественных опухолей
в) попытка определить дальнейшие пути развития клинической онкологии
г) все ответы верные

143. При определении анатомической распространенности заболевания классификация TNM основывается на данных следующих видов обследования
а) клинического
б) инструментального
в) патогистологического
г) хирургического вмешательства
д) все ответы верные

144. Классификация TNM отвечает следующим требованиям
а) основные принципы ее применимы к абсолютному большинству опухолей
б) она может быть дополнена сведениями, полученными при патогистологическом исследовании
в) классификация может быть дополнена данными хирургического вмешательства
г) правильные ответы б) и в)
д) все ответы верные

145. Классификация TNM в настоящее время не разработана
а) для опухолей мягких тканей
б) для гематосарком
в) для лимфогранулематоза
г) правильные ответы б) и в)
д) для всех перечисленных опухолей

146. Символ «Т» в классификации TNM принят для обозначения
а) первичной опухоли
б) регионарных лимфатических узлов
в) метастазов в отдаленные органы

147. Символ «N» применим для обозначения состояния
а) только регионарных лимфатических узлов
б) всех групп лимфатических узлов выше или ниже диафрагмы
в) любых групп лимфатических узлов

148. Символ «М» применяется для обозначения
а) метастазов в отдаленных органах
б) метастазов в отдаленные группы лимфатических узлов
в) и того, и другого
г) ни того, ни другого

149. Цифры в классификации TNM добавляются к символу
а) Т
б) N
в) М
г) все ответы верные

150. Цифры в классификации TNM указывают
а) на локализацию первичной опухоли
б) на распространенность опухолевого процесса

в) оба ответы верные
г) нет правильного ответа

151. Необходимым условием применения классификации TNM является
а) обязательное гистологическое или цитологическое подтверждение диагноза
б) отдельное описание наблюдений без морфологического подтверждения диагноза
в) и то, и другое
г) ни то, ни другое

152. Патологическая классификация (постхирургическая, патогистологическая классификация), обозначаемая pTNM (pT, pN, pM), применима при условии
а) резекции органа, пораженного первичной опухолью и морфологическом его исследовании
б) адекватного удаления регионарных лимфатических узлов с последующим гистологическим исследованием
в) морфологического подтверждения наличия или отсутствия метастазов в отдаленных органах
г) все ответы верны
д) верны ответы а) и б)

153. Установленная степень распространения опухолевого процесса по системе TNM (и pTNM)
а) должна оставаться без изменений в медицинской документации
б) может быть изменена после специального лечения при выявлении в процессе наблюдения за больным метастаза (метастазов) в регионарных лимфатических узлах
в) может быть изменена только при выявлении отдаленных метастазов при динамическом наблюдении

154. При наличии сомнений в правильности определения категории TNM рекомендуется
а) выбрать более распространенную
б) выбрать менее распространенную
в) продолжить обследование больного

155. В случае множественных синхронных злокачественных опухолей в одном непарном органе классификация строится на основе оценки
а) каждой опухоли отдельно
б) опухоли с наивысшей категорией Т (например, T_4, а не T_3)
в) опухоли с наименьшей категорией Т

156. При наличии синхронных билатеральных опухолей парных органов
а) каждая опухоль классифицируется отдельно
б) классифицируется опухоль с наивысшей категорией Т
в) классифицируется опухоль с наименьшей категорией Т

157. Локализация злокачественных опухолей в классификации TNM определена
а) в соответствии с кодом Международной Классификации Болезней в Онкологии (ICД-0, ВОЗ, 1976г.)
б) в произвольном порядке
в) сочетаются оба принципа

158. В клинической классификации TNM символ «Т» может быть представлен в следующем сочетании

а) T_X
б) T_0
в) T_{is}
г) T_1
д) все ответы верные

159. Сочетание «T_0» обозначает
а) оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно
б) первичная опухоль не определяется
в) преинвазивная карцинома

160. Сочетание «T_{is}» обозначает
а) оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно
б) первичная опухоль не определяется
в) преинвазивная карцинома

161. Сочетание «T_X» обозначает
а) оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно
б) первичная опухоль не определяется
в) преинвазивная карцинома

162. В клинической классификации TNM символ «N» может быть представлен всеми следующими вариантами, кроме
а) N_X
б) N_0
в) N_2
г) N_{is}

163. Сочетание «N_X» обозначает
а) недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
б) нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
в) одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

164. Сочетание «N_0» обозначает
а) недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
б) нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
в) одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

165. Прямое распространение первичной опухоли на регионарные лимфатические узлы классифицируется
а) как N_0
б) как N_X
в) как N_{1-3}
г) как M_1

166. Метастазы в любых нерегионарных лимфатических узлах классифицируется в виде
а) N_0
б) N_X
в) N_{1-3}
г) M_1

167. Символ «M_0» в клинической классификации обозначает
а) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов

б) нет признаков отдаленных метастазов
в) имеются отдаленные метастазы

168. Символ «M_X» в клинической классификации TNM обозначает
а) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
б) нет признаков отдаленных метастазов
в) имеются отдаленные метастазы

169. Из перечисленных ниже категорий может быть дополнена символами: PUL, OSS, HEP, BRA, LYM…
а) T_1
б) N_1
в) M_0
г) нет правильного ответа

170. Из перечисленных ниже категорий может быть дополнена символами: MAR, PLE, PER, SKI, OTH…
а) M_X
б) M_0
в) M_1
г) все ответы верные

171. Подразделение основных категорий классификации TNM по типу: $T_{1а}$, $T_{1б}$ или $N_{2а}$, $N_{2б}$, применимо
а) для обозначения тяжести клинических проявлений
б) для характеристики отклонений в биохимических анализах
в) для большей детализации при определении распространенности опухолевого процесса
г) не применяется никогда

172. Подтвержденная гистологически распространенность первичной опухоли (при исследовании удаленного во время операции препарата) должна быть обозначена
а) pT_1
б) $уT_1$
в) $чT_1$
г) все ответы верные

173. Символ «pN_0» обозначает
а) регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены
б) при гистологическом исследовании регионарных лимфатических узлов метастазы не выявлены
в) регионарные лимфатические узлы гистологическому исследованию не подвергались
г) нет правильного ответа

174. Символ «pM_X» обозначает
а) наличие отдаленных метастазов не может быть определено микроскопически
б) при микроскопическом исследовании отдаленные метастазы отсутствуют
в) при микроскопическом исследовании подтверждено наличие отдаленных метастазов
г) нет правильного ответа

175. Для обозначения гистологической дифференцировки в классификации TNM

применяется символ
а) C
б) G
в) R
г) у
д) ч

176. Степень гистологической дифференцировки опухоли может быть
а) высокой
б) средней
в) низкой
г) все ответы верные

177. Символ «G_X» соответствует следующей степени гистологической дифференцировки
а) высокой
б) средней
в) низкой
г) нет правильного ответа

178. Высокой степени дифференцировки опухолевого процесса соответствует символ
а) G_1
б) G_2
в) G_3
г) G_4

179. Недифференцированные опухоли в классификации TNM обозначаются символом
а) G_1
б) G_2
в) G_3
г) G_4

180. Из дополнительных символов или обозначений в классификации могут быть использованы
а) C, R
б) ч, у
в) и те, и другие
г) нет правильного ответа

181. Применение дополнительных символов C, R, ч, у и обозначений в классификации TNM
а) обязательно
б) не обязательно
в) никогда не применяется

182. Символ «у» обозначает, что классификация TNM была применена или применяется
а) во время специального противоопухолевого лечения
б) после применения различных методов лечения
в) правильные ответы а) и б)
г) нет правильного ответа

183. Символ «ч» применяется для классификации по системе TNM
а) резидуальной опухоли
б) рецидива

в) верные ответы а) и б)
г) символ «ч» в классификации не применяется

184. «С-фактор» или «уровень надежности» в классификации TNM отражает
а) наличие или отсутствие клинических признаков заболевания
б) степени гистологической дифференцировки
в) достоверность классификации TNM с учетом использования диагностических методов
г) нет правильного ответа

185. Символу «C_1» соответствует следующая характеристика «С-фактора»
а) данные аутопсии
б) данные, полученные после радикальной операции и гистологического исследования препарата
в) данные только пробного хирургического вмешательства, включая биопсию и цитологическое (гистологическое) исследование
г) правильного ответа нет

186. Символу «C_5» соответствует следующая характеристика «С-фактора»
а) данные аутопсии
б) данные, полученные после радикальной операции и исследования операционного препарата
в) данные только пробного хирургического вмешательства, включая биопсию и морфологическое исследование
г) правильного ответа нет

187. «Уровень надежности» (С) диагноза, обеспечиваемый стандартными диагностическими методами (клиническое исследование, рентгеноскопия и рентгенография в стандартных проекциях, эндоскопия без биопсии), соответствует следующему значению «С-фактора»
а) C_1
б) C_2
в) C_3
г) C_4
д) C_5

188. «Уровень надежности» (С) диагноза, обеспечиваемый применением специальных диагностических методик (рентгенологическое исследование в специальных проекциях, томография, компьютерная томография, сцинтиграфия, ЯМР, эндоскопия, биопсия, цитологическое и гистологическое исследование), соответствует
а) C_1
б) C_2
в) C_3
г) C_4
д) C_5

189. «Уровень надежности» (С) диагноза, обеспечиваемый данными пробного хирургического вмешательства, включая биопсию и морфологическое исследование, соответствует
а) C_1
б) C_2
в) C_3

г) C_4
д) C_5

190. «Уровень надежности» (С) диагноза, полученный после радикальной операции и исследования операционного препарата, соответствует категории
а) C_1
б) C_2
в) C_3
г) C_4
д) C_5

191. Данные аутопсии обеспечивают следующий «уровень надежности» диагноза
а) C_1
б) C_2
в) C_3
г) C_4
д) C_5

192. Классификация pTNM равнозначна
а) C_1
б) C_2
в) C_3
г) C_4
д) C_5

193. Символ «R_0» обозначает
а) недостаточно данных для определения резидуальной опухоли
б) резидуальная опухоль отсутствует
в) резидуальная опухоль определяется микроскопически
г) резидуальная опухоль определяется макроскопически

194. Отсутствие необходимых данных для определения резидуальной опухоли обозначается символом
а) R_X
б) R_0
в) R_1
г) R_2

195. Резидуальная опухоль, определяемая макроскопически, обозначается символом
а) R_X
б) R_0
в) R_1
г) R_2

196. Микроскопически определяемая резидуальная опухоль обозначается символом
а) R_X
б) R_0
в) R_1
г) R_2

197. Карцинома in situ в классификации TNM соответствует
а) I стадии
б) II стадии

в) III стадии
г) IV стадии
д) 0 стадии (стадии 0)

198. Наблюдения с наличием отдаленных метастазов в классификации TNM относятся
а) к I стадии
б) к II стадии
в) к III стадии
г) к IV стадии
д) к 0 стадии

199. Группировка наблюдений по стадиям в классификации TNM
а) идентична стадированию заболеваний в отечественной классификации
б) в большей мере соответствует распределению больных по клиническим группам
в) является оригинальной для системы TNM
г) все ответы верные

200. В соответствии с классификацией Ann-Arbor клиническая стадия лимфогранулематоза основывается на данных, полученных
а) при осмотре и полученных физикальных данных
б) при применении инструментальных методов обследования (рентгенологического, ультразвукового и др.)
в) при гистологическом и/или цитологическом подтверждении диагноза
г) при биопсии и морфологическом исследовании костного мозга
д) при применении всех перечисленных методов

201. Биопсия костного мозга при лимфогранулематозе должна производиться
а) из клинически непораженного участка кости
б) из рентгенологически непораженного участка кости
в) из клинически и рентгенологически непораженного участка кости
г) из клинически пораженного участка кости
д) из рентгенологически пораженного участка кости

202. Поражение печени при лимфогранулематозе для определения клинической стадии заболевания основывается на выявлении
а) увеличения размеров печени, определяемое при осмотре больного врачом, уровня щелочной фосфатазы в сыворотке крови
б) изменений печени, выявленном методами визуализации и изменении одного функционального теста (уровень щелочной фосфатазы или АЛТ, или АСТ)
в) только увеличения размеров печени
г) правильные ответы а) и б)
д) правильные все ответы

203. Поражение селезенки при лимфогранулематозе (для определения клинической стадии) основывается
а) на выявленном при пальпации и перкуссии увеличении селезенки
б) на изменениях, выявленных методами визуализации (ультразвукового исследования, компьютерной томографии)
в) на одновременном сочетании физикальных данных и результатов инструментального исследования (ультразвукового исследования, компьютерной томографии больного), свидетельствующих об увеличении селезенки
г) на всем перечисленном

204. К лимфатическим структурам в соответствии с классификацией Ann-Arbor относятся
а) лимфатические узлы, селезенка, тимус
б) лимфатический аппарат кольца Вальдейра
в) аппендикс
г) пейеровы бляшки
д) все вышеперечисленные структуры

205. Поражение экстралимфатических органов и тканей при лимфогранулематозе обозначается символом
а) А
б) Б
в) S
г) Е

206. Поражение легкого расценивается как локализованное экстралимфатическое распространение болезни
а) при поражении одной доли легкого с гомолатериальной лимфаденопатией
б) при одностороннем плевральном выпоте с/или без вовлечения в процесс легкого, но с прикорневой гомолатеральной лимфаденопатией
в) правильно а) и б)
г) нет верного ответа

207. Клиническая стадия I означает
а) поражение одной лимфатической зоны
б) локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани
в) поражение двух лимфатических зон
г) все ответы верные
д) нет правильного ответа

208. Клиническая стадия IE при лимфогранулематозе означает
а) поражение одной лимфатической зоны
б) локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани
в) поражение двух лимфатических зон
г) поражение трех лимфатических зон
д) нет правильного ответа

209. Клиническая картина II при лимфогранулематозе означает
а) поражение двух или более лимфатических областей по одну сторону диафрагмы
б) поражение двух или более лимфатических областей по обе стороны диафрагмы
в) и то, и другое
г) ни то, ни другое

210. Клиническая стадия III при лимфогранулематозе означает
а) поражение двух или более лимфатических областей по одну сторону диафрагмы
б) поражение лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы
в) и то, и другое
г) ни то, ни другое

211. Клиническая стадия IV при лимфогранулематозе означает
а) диссеменированное (многофокусное) поражение одного или нескольких экстралимфатических органов с/или без поражения лимфатических узлов
б) изолированное поражение экстралимфатического органа с поражением отдаленных (нерегионарных) лимфатических узлов

в) и то, и другое
г) ни то, ни другое

212. К симптомам интоксикации (обозначенными символом Б) при лимфогранулематозе относятся
а) необъяснимая потеря веса более, чем на 10% за последние 6 последних месяцев до обращения к врачу
б) немотивированные подъемы температуры выше 38^0 С
в) ночная потливость (профузная)
г) все перечисленное
д) только а) и в)

213. При лимфогранулематозе для использования понятия «патологическая стадия» (pS), необходима информация, полученная
а) при спленэктомии
б) при биопсии печени
в) при биопсии лимфатического узла
г) при биопсии костного мозга
д) при всех перечисленных исследованиях

214. Носителем генетической информации клетки человека в основном является
а) РНК
б) АТФ
в) ДНК
г) правильно только а) и б)
д) все ответы правильные

215. Носитель генетической информации находится
а) в клеточной мембране
б) в цитоплазме
в) в ядре
г) правильно а) и б)
д) во всех структурах клетки

216. Гормональная регуляция роста опухоли в организме чаще всего осуществляется
а) непосредственным воздействием на генетический аппарат
б) непосредственным воздействием на цитоплазму
в) воздействием на гормональные рецепторы в клеточной мембране
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

217. Основными биохимическими процессами в опухолевой клетке являются
а) фотосинтез
б) анаэробный гликолиз
в) окислительно-восстановительные процессы
г) правильного ответа нет
д) все ответы правильные

218. В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток
а) не нарушена
б) нарушена умеренно
в) нарушена выражено
г) возможны все варианты

219. Дифференцировка клеток в злокачественных опухолях
а) не нарушается
б) нарушена часто
в) нарушена редко
г) нарушена всегда

220. Основным свойством клеток злокачественных новообразований является
а) неконтролируемый рост
б) контролируемый рост
в) обязательное укорочение клеточного цикла
г) обязательное удлинение клеточного цикла

221. Злокачественные опухоли могут быть вызваны воздействием
а) полициклических ароматических углеводородов
б) ионизирующего излучения
в) ретровирусов
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

222. Наибольшей канцерогенной активностью обладают
а) жиры
б) углеводы
в) витамины группы А и В
г) полициклические ароматические углеводороды
д) белки

223. Ионизирующие излучения обладают канцерогенным действием при воздействии
а) в малых дозах
б) в больших дозах
в) не обладают канцерогенным действием
г) не доказано

224. Необходимым элементом вирусного канцерогенеза является
а) размножение вируса в клетке
б) гибель клетки
в) внедрение геном вируса в геном клетки
г) изменение иммунологического статуса
д) все ответы правильные

225. Наиболее часто связывают возникновение рака шейки матки с вирусом группы
а) герпес
б) вирус папилломы
в) аденовирус
г) вирус гепатита
д) правильные ответы а) и б)

226. С воздействием вируса не связывают возникновение
а) рака шейки матки
б) рака печени
в) рака желудка
г) рака носоглотки
д) лейкозов

227. Основная сущность злокачественных опухолей заключается
а) в нарушении биохимических процессов в цитоплазме
б) в нарушении взаимодействия структур ядра и цитоплазмы
в) в повреждении генетического аппарата клетки
г) правильно а) и б)
д) правильного ответа нет

228. Нарушение гормонального баланса не оказывает влияния на возникновение
а) рака яичников
б) рака матки
в) рака молочной железы
г) рака печени
д) рака предстательной железы

229. В результате воздействия одного химического канцерогена возникают опухоли
а) только одного гистологического типа
б) тип опухли, зависит от типа клеток, подвергаемых воздействию канцерогена
в) тип опухоли зависит от факторов развития (эмбриогенез, половое созревание)
г) правильно б) и в)
д) правильного ответа нет

230. Доброкачественным опухолям присущи
а) инфильтративный рост
б) экспансивный рост
в) нарушение дифференцировки клеток
г) правильно б) и в)
д) правильные все ответы

231. Обязательным свойством только злокачественных опухолей является
а) инфильтративный рост
б) метастазирование
в) экспансивный рост
г) все ответы правильные
д) правильные ответы а) и б)

233. Определение гормональных рецепторов важно
а) для типирования гистологической природы опухоли
б) для определения уровня гормонов в организме
в) для определения целесообразности гормонотерапии
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

233. Наиболее угрожающей для развития рака является
а) диффузная неравномерная гиперплазия
б) очаговые пролифераты
в) нодозные (узловые) пролифераты
г) правильно б) и в)
д) все ответы верные

234. Частота возникновения рака при состояниях, относимых к факультативному предраку, составляет
а) менее 1%

б) не менее 15%
в) 20-30%
г) 50%
д) 80% и более

235. Частота возникновения рака на фоне состояний, относимых к облигатному предраку, составляет
а) менее 1%
б) 6-10%
в) 20-30%
г) 50%
д) 80% и более

236. К облигатному предраку можно отнести
а) неспецифический язвенный колит
б) болезнь Крона
в) гиперпластический полип
г) диффузный семейный полипоз толстой кишки
д) все перечисленное

237. Генетические маркеры не обнаружены
а) при раке желудка
б) при ретинобластоме
в) при опухоли Вилмса
г) при хроническом миелолейкозе

238. Возникновению опухолей способствует
а) снижение показателей клеточного иммунитета
б) состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей
в) влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно

239. Опухоли могут вызываться
а) химическими агентами
б) физическими агентами
в) биологическими агентами
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)

240. К химическим канцерогенным веществам относятся следующие классы соединений
а) полициклические ароматические углеводороды и гетероциклические соединения
б) ароматические азосоединения и аминосоединения
в) нитросоединения
г) металлы, металлоиды, неорганические соли
д) все перечисленные

241. Канцерогенными для человека производственными процессами являются
а) работа с асбестом, сажей, производство резины
б) работа с мышьяком, никелем, хромом и их соединениями
в) деревообрабатывающая и мебельная промышленность
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

242. К физическим канцерогенным факторам относятся

а) ионизирующая радиация
б) ультрафиолетовые лучи
в) вибрация
г) повышенное атмосферное давление
д) правильные ответы а) и б)

243. Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению
а) рака кожи
б) рака легкого
в) рака желудка
г) нет правильного ответа

244. Наиболее устойчива к онкогенному действию ультрафиолетового излучения кожа
а) не содержащая пигмента
б) содержащая незначительное количество пигмента
в) сильно пигментированная
г) содержание пигмента не оказывает влияния

245. Дробление общей дозы при радиоактивном (ионизирующем) облучении
а) снижает онкогенный эффект
б) повышает онкогенный эффект
в) не оказывает какого-либо влияния на онкогенный эффект

246. Дробление общей дозы при действии химических канцерогенов
а) увеличивает онкогенный эффект
б) не оказывает какого-либо влияния
в) снижает онкогенный эффект

247. Онкогенные вирусы
а) являются инфекционными
б) не являются инфекционными
в) нет сведений о неинфекционных свойствах

248. Онкогенные вирусы передаются, главным образом
а) горизонтально, от особи к особи
б) вертикально, через наследственный аппарат
в) механизм передачи неизвестен

249. Онкогенными являются
а) только РНК-вирусы
б) только ДНК-вирусы
в) и те, и другие
г) ни те, ни другие

250. Трансформация клеток-мишеней в опухолевые под воздействием онкогенных вирусов
а) не сопровождается гибелью клеток
б) сопровождается гибелью клеток
в) в равной мере возможны оба варианта а) и б)

251. Необходимым условием превращения нормальной клетки в опухолевую в условиях вирусного канцерогенеза является
а) локализация вируса в цитоплазме клетки

б) интеграция ДНК или РНК вируса в ДНК клетки
в) возможны оба механизма

252. Определенное отношение к возникновению лимфомы Беркитта и рака носоглотки у человека имеет
а) аденовирус
б) вирус Эпштейна-Бар (возбудитель инфекционного мононуклеоза)
в) Papova-вирус
г) вирус из группы вирусов оспы

253. Возникновение папиллом кожи и слизистых у человека связывают с вирусом
а) ДНК-содержащим
б) РНК-содержащим
в) из группы Papova-вирусов
г) из группы вирусов оспы
д) правильные ответы а) и в)

254. Аденовирусы вызывают у человека развитие
а) папиллом
б) опухоли ротоглотки
в) контагиозного моллюска
г) инфекции дыхательных путей

255. Современная схема вирусного канцерогенеза включает в себя
а) проникновение вируса в клетку и физическую интеграцию его с клеточной ДНК
б) функционирование интегрированного вирусного генома с образованием специфических мРНК и онкобелков
в) онкобелки воздействуют на функции клеток, приводят ее к опухолевой трансформации
г) все ответы правильные
д) правильно только а) и б)

256. Необратимые нарушения в нормальной клетке, вследствие чего она переходит в предрасположенное к опухолевой трансформации состояние, могут иметь
а) генетический характер
б) эпигенетический характер
в) и то, и другое
г) ни то, ни другое

257. Генетические нарушения (повреждения) нормальной клетки, предрасполагающие ее к опухолевой трансформации, могут быть реализованы в виде
а) генных мутаций
б) хромосомных аберраций
в) изменений в количестве копий генов
г) изменений в количестве хромосом
д) все ответы верные

258. Современную концепцию онкогенов, утверждающую, что возникновение клеток со специфически измененным генотипом происходит в результате индуцируемых канцерогенами точечных мутаций, подтверждают известные данные о том, что
а) практически все канцерогенные вещества (или агенты) обладают мутагенным эффектом
б) подавляющее большинство мутагенных веществ обладает канцерогенной

активностью
в) оба ответа правильные
г) нет правильного ответа

259. Контакт организма с безусловно канцерогенными агентами и повреждения, производимые ими в геноме
а) во всех случаях приводят к возникновению злокачественных опухолей
б) далеко не всегда приводят к возникновению злокачественных опухолей
в) никогда не приводят к возникновению злокачественных новообразований

260. Возможность сохранения нормального генотипа клетки, несмотря на постоянное воздействие канцерогенных факторов, обусловлена, в первую очередь
а) наличием в клетке системы репарации повреждений ДНК
б) чрезвычайной устойчивостью ДНК любой клетки к воздействию канцерогенов
в) оба ответа правильные
г) правильного ответа нет

261. Более эффективную систему репарации ДНК имеют клетки
а) человека
б) крысы
в) мыши
г) различия отсутствуют

262. Протоонкогены клетки существуют в виде
а) лишней хромосомы
б) участка клеточной мембраны
в) небольшой области нуклеотидных последовательностей ДНК

263. Онкоген является
а) активным гомологом протоонкогена
б) небольшой нуклеотидной последовательностью, расположенной в ДНК рядом с протоонкогеном
в) оба ответа правильные
г) правильного ответа нет

264. Онкогены обнаружены в геномах
а) простейших одноклеточных организмов
б) вирусов
в) растений
г) животных
д) во всех перечисленных

265. Процессы пролиферации клеток в организме находятся под контролем
а) факторов роста (ФР)
б) ингибиторов пролиферации
в) и того, и другого
г) ни того, ни другого

266. Независимость пролиферации раковых клеток от факторов роста и ингибиторов пролиферации может быть обусловлена
а) активацией синтеза белков, аутологических фактору(ам) роста – «аутокринная активация»
б) образованием поврежденных (видоизмененных) рецепторов

в) возбуждением пострецепторных путей переноса сигналов, позволяющих обходиться раковым клеткам вообще без рецепторов факторов роста
г) всем перечисленным
д) только б) и в)

267. Онкобелки, продуцируемые клеткой вследствие активации протоонкогена, могут быть гомологичными
а) ростовому фактору тромбоцитов (РФТ)
б) трансферрину (фактору роста гемопоэтических клеток)
в) гастрину (фактору роста некоторых эпителиальных клеток)
г) эпидермальному фактору роста
д) всему перечисленному

268. Концепция противоопухолевого иммунного надзора (Burnet F., 1970) основывается на следующих известных положениях
а) наличие на поверхности опухолевых клеток антигенов, распознаваемых иммунной системой хозяина, которая в ряде случаев элиминирует опухолевые клетки или длительное время сдерживает их рост
б) высокая вероятность развития злокачественных опухолей у больных с первичными иммунодефицитами (в 100-1000 раз) или иммунодепрессией у больных при трансплантации органов (в 10-100 раз)
в) индукция иммунной недостаточности (тимэктомия)
г) все ответы правильные

269. Угнетение или снижение иммунной реактивности отмечено
а) при воздействии на организм канцерогенных агентов
б) при прогрессировании опухолевого роста
в) при старении
г) при всех перечисленных факторах
д) ни одного из перечисленных

270. Отличительными чертами системы естественной (неспецифической) противоопухолевой резистентности организма от специфического противоопухолевого иммунитета являются
а) иммунный неспецифический характер распознавания опухолевых клеток
б) готовность к немедленной реакции, не требующей предварительной иммунизации («спонтанная» цитотоксичность)
в) отсутствие иммунной памяти
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

271. Для распознавания системой естественной (неспецифической) противоопухолевой резистентности опухолевых клеток достаточным является следующее их количество
а) единичные
б) 10^3
в) 10^6
г) 10^9
д) 10^{12}

272. К эффекторам системы естественной противоопухолевой резистентности относятся
а) активированные макрофаги
б) естественные киллеры и цитостатические клетки, естественные антитела
в) гуморальные факторы (фактор некроза опухоли, интерферон, интерлейкины и др.)

г) все перечисленные
д) только а) и б)

273. К достоинствам метода ультразвуковой томографии относятся:
1) неинвазивный характер исследования
2) безвредность
3) практически отсутствие противопоказаний
4) возможность выявления мелких (до 1см в диаметре) новообразований в легких
5) высокая информативность при исследовании желудка и толстой кишки
а) все ответы правильные
б) правильные ответы 1, 2 и 3
в) правильные ответы 2, 3 и 4
г) правильные ответы 3, 4 и 5
д) правильные ответы 4 и 5

274. Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных с опухолями
а) легких
б) органов брюшной полости
в) молочной железы
г) щитовидной железы
д) правильные ответы в) и г)

275. К эндоскопическим исследованиям с применением фиброволоконной оптики, используемым в настоящее время в клинике, относятся
а) лапароскопия
б) торакоскопия
в) цистоскопия
г) артроскопия
д) все перечисленные

276. Применение рентгенотелевидения
а) уменьшает лучевую нагрузку на рентгенолога и больного
б) увеличивает лучевую нагрузку
в) не влияет на величину лучевой нагрузки
г) повышает качество рентгенограммы
д) ухудшает качество рентгенограммы

277. Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить
а) морфологический диагноз
б) топический диагноз
в) клинический диагноз
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет

278. Инструментальным методом, позволяющим дифференцировать магистральные сосуды без их контрастирования, может быть
а) ультразвуковая томография
б) ангиография
в) обзорная рентгенография
г) правильного ответа нет

279. Уровень катехоламинов может быть определен при лабораторном анализе

а) мочи
б) крови
в) ткани опухоли
г) все ответы верные
д) правильного ответа нет

280. Уровень стероидных гормонов может быть определен
а) в моче
б) в крови
в) в слюне
г) в слюне и крови
д) в моче и крови

281. При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается
а) гипокоагуляция
б) нормокоагуляция
в) гиперкоагуляция
г) все варианты встречаются с одинаковой частотой

282. Для механической желтухи в первую очередь характерно резкое повышение активности
а) АСТ (аспарагиновой трансаминазы)
б) АЛТ (аланиновой трансаминазы)
в) щелочной фосфатазы
г) ЛДГ (лактатдегидрогеназы)
д) правильного ответа нет

283. Для механической желтухи характерно
а) повышение концентрации только прямого билирубина
б) повышение концентрации только непрямого билирубина
в) в равной мере повышается концентрация как прямого, так и непрямого билирубина
г) в начале отмечается повышение концентрации прямого билирубина, а затем и непрямого
д) в начале повышается концентрация непрямого билирубина, а затем и прямого

284. Для рака желудка характерна
а) повышенная кислотность желудочного сока
б) сниженная кислотность желудочного сока
в) повышение ранее сниженной кислотности желудочного сока
г) правильного ответа нет

285. Для рака молочной железы I стадии характерны следующие изменения анализа крови
а) анемия
б) лейкоцитоз
в) ускорение СОЭ
г) все ответы верные
д) правильного ответа нет

286. Из перечисленных методик дуоденографии наиболее информативной является
а) беззондовая дуоденография без гипотонии двенадцатиперстной кишки
б) зондовая дуоденография без гипотонии двенадцатиперстной кишки

в) зондовая гипотензивная дуоденография
г) беззондовая гипотензивная дуоденография
д) все перечисленные методики обладают одинаковой информативностью

287. Ретроградная панкреатохолангиография наиболее информативна при локализации опухоли
а) в головке поджелудочной железы
б) в теле железы
в) в хвосте железы
г) при всех локализациях информативность метода одинакова
д) правильного ответа нет

288. Ангиография обладает наименьшей информативностью в диагностике
а) опухолей печени
б) опухолей почек
в) забрюшинных неорганных опухолей
г) опухолей желудочно-кишечного тракта
д) опухолей матки и ее придатков

289. Наиболее информативным из перечисленных методов диагностики метастатического поражения паренхимы печени является
а) лапароскопия
б) ангиография
в) биохимическое исследование крови
г) сканирование печени
д) все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью

290. Чрескожная чреспеченочная холангиография может быть использована
а) только в диагностических целях
б) с паллиативной лечебной целью
в) с целью радикального лечения
г) с диагностической целью и паллиативного лечения
д) с диагностической целью и радикального лечения

291. Флебография в диагностике забрюшинных неорганных опухолей показана
а) при всех локализациях опухоли
б) только при правосторонней локализации опухоли
в) только при срединной локализации опухоли
г) только при левосторонней локализации опухоли
д) при правосторонней и срединной локализации опухоли

292. На поперечных срезах грудной клетки при рентгеновской компьютерной томографии нельзя
а) точно локализовать опухоль
б) рассчитать ее размеры
в) оценить плотность и однородность опухоли
г) определить доброкачественный или злокачественный характер новообразования

293. К методам рентгенологического исследования больного в вертикальном положении (стоя) относятся:
1) ортоскопия
2) ортография
3) трохоскопия

4) трохография
5) латероскопия
6) латерография
а) все ответы правильные
б) правильны 1, 2, 3 и 4
в) правильны 3, 4, 5 и 6
г) правильны 1 и 2
д) правильны 5 и 6

294. Рентгенологическое томографическое исследование органов грудной полости позволяет
а) определить точную локализацию и распространенность процесса в легочной паренхиме
б) изучить состояние трахеи и главных бронхов
в) изучить состояние сегментарных бронхов
г) уточнить состояние лимфатических узлов средостения и корней легких
д) все ответы правильные

295. Рентгенокинематографическое исследование
а) является основной методикой изучения морфологии органа и патологического процесса
б) применение метода связано с большими трудностями
в) увеличивает лучевую нагрузку на больного и рентгенолога
г) качество изображения не уступает таковому на высококачественной рентгенограмме
д) правильные ответы б) и в)

296. Свойством, не характерным для электрорентгенографии, является
а) получение скрытого изображения на селеновой пластинке
б) быстрота изготовления снимков
в) невозможность визуального контроля при производстве электрорентгенограмм
г) нечеткое изображение контуров отдельных органов и деталей
д) отсутствие необходимости затемнения помещения

297. Абсолютными противопоказаниями к бронхографии являются
а) тяжелая декомпенсация при пороках сердца
б) выраженная недостаточность внешнего дыхания
в) острое воспаление верхних дыхательных путей
г) массивное легочное кровотечение
д) все ответы верные

298. Условиями выполнения диагностического пневмоторакса являются:
1) проводится в стационаре
2) проводится амбулаторно
3) оптимальное количество газа, вводимое в плевральную полость, - 400-800 мл
4) обязательное введение не менее 1500 мл газа
а) правильно 1 и 3
б) правильно 2 и 4
в) правильно 1 и 4
г) правильно 2 и 3
д) правильного ответа нет

299. Наиболее часто применяемыми методами введения газа в переднее средостение с диагностическими целями являются:

1) парастернальный метод Розенштрауха-Эндера
2) ретроманубриальный метод Кондорелли-Казанского
3) субоксифоидальный
4) паравертебральный
5) транстрахеальный
а) правильно 1, 2 и 3
б) правильно 3, 4 и 5
в) правильно 1, 4 и 5
г) правильно 4 и 5
д) правильно 1 и 5

300. Рентгенологическим признаком, не характерным для поражения лимфатических узлов при лимфомах, по данным лимфографии является
а) резкий полиморфизм изменения структуры лимфатических узлов
б) увеличение их размеров
в) сферическая форма лимфатических узлов
г) длительное сохранение четкости контуров пораженных лимфоузлов
д) резкое нарушение ортоградного лимфооттока даже при незначительном увеличении и минимальном нарушении структуры лимфатических узлов

301. Показаниями к проведению сиалографии являются
а) аденома слюнной железы
б) рак слюнной железы
в) хронический сиалоаденит
г) все перечисленные
д) ничего из перечисленного

302. Антиография является наиболее информативным методом в диагностике
а) хемодектомы шеи
б) метастазов в лимфоузлы шеи
в) рака слюнных желез
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет

303. Внутрипротоковые папилломы молочных желез могут быть выявлены
а) при бесконтрастной маммографии
б) при дуктографии
в) при крупнокадровой флюорографии
г) выявлены рентгенологически не могут

304. Диагностика опухолевых образований молочных желез возможна
а) при ультразвуковом исследовании
б) при маммографии
в) при термографии
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет

305. К инвазивным методам рентгенологического исследования относятся
а) компьютерная томография
б) ирригоскопия
в) ангиография
г) флюорография

306. К неинвазивным методам рентгенологического исследования относятся
а) аортография
б) лимфография
в) компьютерная томография
г) илиокавография
д) веноазигография

307. К рентгенологическим методикам с повышенной лучевой нагрузкой относятся
а) ретроградная панкреатохолангиография
б) флюорография
в) рентгенография конечностей
г) обзорная рентгенография брюшной полости
д) рентгеноскопия брюшной или грудной полости

308. К специальным методикам рентгенологического исследования относятся
а) рентгенография грудной клетки
б) гистерография
в) рентгенография костей скелета
г) обзорная рентгенография брюшной полости

309. К рентгенологическим методикам исследования мочевыводящих путей относятся
а) гистерография
б) экскреторная урография
в) холецистография
г) бронхография

310. К непрямым методам диагностики увеличенных лимфоузлов относятся
а) лимфография
б) илиокавография
в) рентгеновская компьютерная томография
г) ультразвуковая томография
311. Ангиография наиболее информативна при диагностике опухолей
а) шейки матки
б) почки
в) желудка
г) легких

312. Использование лимфографии целесообразно при следующих опухолях яичников
а) серозная цистаденокарцинома
б) дисгерминома
в) муцинозный рак
г) эндометриоидный рак

313. Радиоизотопные исследования в клинической онкологии используются
а) для выявления первичной опухоли
б) для определения распространенности злокачественного процесса
в) для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов
г) правильные только ответы а) и б)
д) все ответы правильные

314. Опухоль характеризуется
а) повышенным накоплением радионуклида в опухоли
б) пониженным накоплением радионуклида в опухоли

в) нарушением распространения радиоактивного вещества по сосудам
г) все ответы правильные
д) правильные только а) и б)

315. Радиофосфорный тест применяют для диагностики
а) поверхностных опухолей
б) опухолей полостных органов, доступных для введения датчика
в) только для опухолей, имеющих тропность к фосфору
г) все ответы правильные
д) правильные ответы а) и б)

316. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей
а) поджелудочной железы
б) желудка
в) щитовидной железы
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет

317. Радиоактивный йод может быть применен для выявления
а) первичной опухоли щитовидной железы
б) метастазов рака щитовидной железы в легкие, печень
в) метастазов рака щитовидной железы в кости
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

318. Для диагностики метастатического поражения костей чаще всего используются
а) радиоактивный ^{32}p
б) радиоактивный ^{99}Sr
в) радиоактивный ^{90}Co
г) радиоактивный ^{131}J
д) все ответы правильные

319. Радиоизотопные исследования лимфатических узлов с цитратом галлия ^{67}Ga информативны
а) для рака легкого
б) для лимфомы
в) для рака пищевода
г) все ответы правильные

320. Радиоизотопные исследования легких с внутривенным введением ^{133}Xe используются
а) для диагностики злокачественных опухолей
б) для диагностики доброкачественных опухолей
в) для оценки регионарного легочного кровотока
г) для оценки вентиляции легких

321. Радиоиммунологическое определение уровня РЭА (раково-эмбрионального антигена) может быть использовано
а) для установления диагноза рака
б) для уточнения степени распространенности опухоли
в) для динамического наблюдения
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

322. Повышение уровня кальцитонина, определяемое радиоиммунологическим методом, характерно
а) для папиллярного рака щитовидной железы
б) для фолликулярного рака щитовидной железы
в) для недифференцированного рака щитовидной железы
г) для медуллярного рака щитовидной железы
д) все ответы правильные

323. Рецепторы стероидных гормонов выявляются в опухолях
а) молочной железы
б) матки
в) гортани
г) правильные ответы а) и б)
д) все ответы правильные

324. Для диагностики злокачественных опухолей тела матки наиболее информативной является
а) лапароскопия
б) гистероскопия
в) кольпоскопия
г) кульдоскопия

325. Противопоказанием к выполнению бронхофиброскопии не является
а) тяжелый астматический статус (при самостоятельном дыхании)
б) искусственная вентиляция легких в связи с дыхательной недостаточностью
в) профузное легочное кровотечение (при самостоятельном дыхании)
г) наличие крупного инородного тела в трахее (при самостоятельном дыхании)
д) в настоящее время перечисленные ситуации противопоказанием не являются

326. Экстренная эзофагоскопия показана:
1) для подтверждения или исключения диагноза злокачественного новообразования в пищеводе
2) для уточнения распространенности опухолевого процесса
3) при подозрении на повреждение или перфорацию пищевода
4) при пищеводно-желудочном кровотечении
5) для оценки эффективности противоопухолевого лечения
а) правильно 1 и 2
б) правильно 3 и 4
в) правильно 4 и 5
г) правильно 1 и 4
д) правильно 1 и 5

327. Абсолютным противопоказанием к выполнению медиастиноскопии является
а) увеличение щитовидной железы (I-II степени)
б) выраженный синдром сдавления верхней полой вены
в) синусовая тахикардия до 100 в минуту
г) недостаточность легочной вентиляции II степени

328. Методами, позволяющими определить функциональное участие правого и левого легкого в вентиляции, являются:
1) сканирование органов средостения с цитратом галлия (^{67}Ga)
2) сканирование легких с макроагрегатом альбумина, меченного ^{131}J
3) общая спирография (спирометрия)

4) раздельная бронхоспирография (-спирометрия)
5) латеротест (Бергана)
а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 4 и 5
д) правильно 2 и 4

329. Аспирационный (пункционный) метод исследования наиболее информативен в цитологической диагностике
а) эпителиальных опухолей
б) мезенхимальных опухолей
в) нейрогенных опухолей
г) дисэмбриональных опухолей

330. Для диагностики хорионкарциномы матки целесообразно применять следующие иммунологические методы исследования
а) АФП, РЭА (α-фетопротеин, раково-эмбриональный антиген)
б) ХГ, ТБГ (хронический гонадотропин, трофобластический β-глобулин)
в) правильного ответа нет
г) все ответы правильные

331. Интраоперационная оценка распространенности опухолевого процесса должна основываться
а) только на визуальных данных
б) только на основании пальпаторных данных
в) на основании срочного цитологического исследования биопсийного материала
г) на основании сочетания перечисленных методов диагностики

332. Абсолютно достоверная интраоперационная диагностика распространенности опухолевого процесса возможна
а) на основании срочного цитологического исследования материала, взятого во время операции
б) на основании срочного гистологического исследования биопсийного материала, взятого во время операции
в) на основании комплексного обследования (пальпация, осмотр, срочное гистологическое и цитологическое исследование)
г) нет абсолютно достоверных методов интраоперационной диагностики распространенности опухолевого процесса
д) правильного ответа нет

333. Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено
а) на обеспечение антибластики
б) на обеспечение абластики
в) на снижение риска хирургических вмешательств
г) на максимальное сохранение функции органа

334. Главной целью симптоматической операции является
а) удаление пораженного опухолью органа
б) удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли
в) устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти
г) все ответы верные

335. Недостатками метода электрокоагуляции опухоли являются
а) пригорание фрагментов опухоли к электроду
б) опасность глубокого поражения стенки органа
в) отторжение коагулированных тканей в течение нескольких дней
г) все ответы правильные
д) верные ответы а) и в)

336. Факторами, предрасполагающими к тромбоэмболии легочной артерии, являются
а) длительная катетеризация крупных вен
б) операции на органах малого таза и нижних конечностях
в) длительное неподвижное положение в постели, пожилой возраст
г) посттромботический синдром
д) все ответы правильные

337. Тромбоэмболия легочной артерии может проявляться следующими синдромами (синдромом)
а) легочно-плевральным
б) кардиальным
в) абдоминальным и почечным
г) церебральным
д) всеми перечисленными

338. Проводниковая аналгезия в послеоперационном периоде имеет перед применением наркотических анальгетиков (при подкожном, внутримышечном и внутривенном введении) следующие преимущества
а) сохранение сознания больного и возможность контроля его субъективных ощущений
б) отсутствие отрицательного влияния на функции жизненно важных органов
в) депрессию дыхания
г) рвоту, тошноту
д) правильные ответы а) и б)

339. Оптимальным уровнем разрежения при вакуум-дренировании плевральной полости после хирургического вмешательства следует считать разрежение в пределах
а) от +5 до +10см вод.ст.
б) от -10 до -12см вод.ст.
в) от -30 до -40см вод.ст.
г) от -70 до -100см вод.ст.

340. Наиболее важным мероприятиями, направленными на профилактику послеоперационных ателектазов, являются:
1) тщательная и бережная санация трахеобронхиального дерева во время и в конце операции
2) полное расправление легкого в конце операции
3) поддержание отрицательного давления в плевральной полости после операции
4) полноценное обезболивание после операции
5) ранняя активизация больных и комплекс дыхательных упражнений
а) все ответы правильные
б) правильные все, кроме 1
в) правильные все, кроме 1 и 2
г) правильные все, кроме 3 и 4
д) правильные все, кроме 5

341. Профилактика послеоперационной пневмонии включает следующие мероприятия:
1) санацию полости рта, зева, верхних дыхательных путей
2) раннюю активизацию больного
3) комплекс дыхательных упражнений
4) адекватное обезболивание
5) длительное применение наркотических анальгетиков (больших доз)
а) все ответы правильные
б) правильные все, кроме 5
в) правильные все, кроме 4, 5
г) правильные все, кроме 3, 4 и 5
д) правильные все, кроме 1 и 2

342. 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 и 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

343. К комбинированной операции следует относить
а) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером
б) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
в) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
г) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого заболевания
д) все ответы правильные

344. Термину «операбельность» больше всего соответствует
а) состояние больного, позволяющее выполнить операцию
б) состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию
в) выявленная во время хирургического вмешательства возможность выполнить радикальную операцию
г) правильного ответа нет

345. На отдаленные результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний оказывает наименьшее влияние
а) тип роста опухоли
б) гистологическая структура опухоли
в) наличие метастазов в регионарных лимфоузлах
г) наличие отдаленных метастазов
д) возраст больного

346. Предоперационная подготовка гепарином (по Коккару) целесообразна
а) при наличии гиперкоагуляции

б) больным с избыточным весом
в) при наличии тромбоэмболических осложнений в анамнезе
г) при наличии варикознорасширенных подкожных вен нижних конечностей
д) все ответы правильные

347. На частоту развития несостоятельности швов могут оказывать влияние:
1) гипопротеинемия
2) анемия
3) погрешности хирургической техники
4) наличие опухолевых клеток по линии резекции
5) натяжение сшиваемых органов
а) все ответы правильные
б) правильные все, кроме 5
в) правильные все, кроме 4 и 5
г) правильные все, кроме 1 и 2
д) правильные все, кроме 3 и 4

348. Радикальная резекция молочной железы оправдана при локализации опухоли
а) в верхневнутреннем квадранте
б) в верхненаружном квадранте
в) в нижневнутреннем квадранте
г) в нижненаружном квадранте

349. Факторами, которые могут влиять на объем операции, являются
а) стадия заболевания
б) возраст больного
в) сопутствующие заболевания
г) все ответы верные

350. Отечно-инфильтративная форма рака молочной железы может быть
а) в I стадии
б) в $II_а$ стадии
в) в $II_б$ стадии
г) в III и IV стадии
д) все ответы верные

351. Показанием для паллиативной мастэктомии может быть
а) наличие изъязвленной опухоли
б) тяжелые сопутствующие заболевания
в) преклонный возраст больной
г) все ответы верные
д) правильного ответа нет

352. Предоперационное лечение при раке молочной железы необходимо больным
а) с I стадией
б) со $II_а$ стадией
в) с III стадией
г) правильного ответа нет

353. Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется
а) как самостоятельный метод
б) в комбинации с хирургическим методом
в) в комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией)

г) все ответы правильные
д) правильные первые два ответа

354. Основная цель радикальной лучевой терапии
а) подведение максимально возможной дозы излучения
б) снижение биологической активности опухолевых клеток
в) вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
г) достижение частичной регрессии опухоли
д) достижение полной регрессии опухоли

355. Паллиативная лучевая терапия решает следующие задачи
а) подведение максимально возможной дозы излучения
б) вызов гибели наиболее чувствительного пула опухолевых клеток
в) получить торможение роста опухоли
г) получить частичную регрессии опухоли
д) все ответы правильные

356. Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются
а) повышение операбельности
б) повышение резектабельности
в) достижение значительного уменьшения опухоли
г) получение полной регрессии опухоли
д) понижение жизнеспособности опухолевых клеток

357. К радиочувствительным могут быть отнесены все перечисленные ниже опухоли, кроме
а) лимфогранулематоза
б) лимфосаркомы
в) семиномы
г) аденокарциномы желудка
д) мелкоклеточного рака легкого

358. Наиболее радиорезистентной опухолью из перечисленных является
а) плоскоклеточный неороговевающий рак
б) семинома
в) опухоль Юинга
г) остеогенная саркома
д) все перечисленные опухоли

359. Послеоперационная лучевая терапия может быть проведена в случае
а) нерадикальности операции
б) неабластичности операции
в) выявленных во время операции регионарных метастазов
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)

360. На радиочувствительность опухоли оказывают влияние
а) напряжение кислорода опухоли
б) дифференцировка опухолевых клеток
в) форма роста опухоли
г) правильные первые два фактора
д) все перечисленные факторы

361. Следующие факторы модификации радиочувствительности опухоли и нормальных тканей использует в лучевой терапии
а) локальную гипертермию
б) искусственную гипергликемию
в) гипербарическую оксигенацию
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет

362. Расщепленный курс лучевой терапии применяют
а) для повышения радиочувствительности опухоли
б) для защиты нормальных тканей
в) для снижения числа рецидивов
г) для повышения дозы облучения

363. Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является
а) пожилой возраст
б) молодой возраст
в) активный туберкулез
г) все перечисленные факторы
д) ни один из перечисленных факторов

364. В практике лучевой терапии пока не применяется
а) дистанционное облучение
б) внутриполостное облучение
в) внутритканевое облучение
г) внутреннее облучение
д) нейтронзахватная терапия

365. Сочетанная лучевая терапия означает
а) применение двух способов облучения или двух излучения
б) расщепления курса лучевой терапии
в) облучение с радиомодификаторами
г) облучение в сочетании с химиотерапией
д) правильного ответа нет

366. Единицей измерения экспозиционной дозы излучения является
а) Грей
б) Рад
в) Кюри
г) Рентген

367. Единицей измерения поглощенной дозы излучения является
а) Грей
б) Кюри
в) Рентген
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет

368. К лучевым реакциям относится
а) фиброз
б) лучевая язва
в) эритема кожи

г) лучевой рак

369. На частоту местных лучевых реакций не влияет
а) пожилой возраст
б) аллергические заболевания
в) сахарный диабет
т) тиреотоксикоз
д) правильного ответа нет

370. Для профилактики и лечения лучевых реакций слизистых оболочек применяют
а) антисептические растворы
б) витаминизированные растворы
в) метилурацил
г) все перечисленные
д) ничего из перечисленного

371. Для профилактики и лечения общих лучевых реакций применяют
а) антигистаминные препараты
б) витамины
в) седативные средства
г) правильные ответы а) и б)
д) все ответы правильные

372. Механизм действия алкилирующих препаратов состоит
а) в реакции алкилирования
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина – белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК

373. Механизм действия противоопухолевых антибиотиков состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина – белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК

374. Механизм действия антиметаболитов состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина – белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК

375. Механизм действия препаратов растительного происхождения (например, таксола) состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина – белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК

376. Механизм действия производных платины состоит

а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина – белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК

377. Наиболее часто лекарственная терапия может считаться самостоятельным высокоэффективным методом при лечении
а) рака почки
б) мелкоклеточного рака легкого
в) рака мочевого пузыря
г) рака желудка
д) рака яичников

378. Эффективная предоперационная химиотерапия в ряде случаев может привести
а) к уменьшению объема опухоли
б) к переводу больного в операбельное состояние
в) к возможному сокращению объема оперативного вмешательства
г) ко всему перечисленному
д) верных ответов нет

379. Высокочувствительными к цитостатикам являются:
1) ретинобластома
2) герминогенные опухоли
3) саркома матки
4) саркома Юинга
5) рак вульвы
а) все перечисленное правильно
б) правильно 1, 2 и 3
в) правильно 1, 2 и 4
г) правильно 1, 2 и 5
д) правильно 2, 3, 4

380. Наиболее уязвима для цитостатиков опухолевая клетка, находящаяся в фазе
а) M
б) G_1
в) S
г) G_2
д) G_0

381. К цитостатикам с преимущественно фазово-неспецифическим действием относятся
а) адриамицин
б) платидиам
в) метотрексат
г) алкилирующие агенты
д) правильно все перечисленное

382. К алкилирующим препаратам относятся
а) инфосфамид
б) эмбихин
в) вепезид
г) тио-ТЭФ
д) все перечисленные, кроме в)

383. К противоопухолевым антибиотикам относятся
а) адриамицин
б) митрамицин
в) стрептозотоцин
г) проспидин
д) правильно а) и б)

384. К антиметаболитам относятся
а) фторурацил
б) цитозар
в) хлодитан
г) цитембена
д) правильное ответы все, кроме в)

385. Противопоказанием для назначения антрациклинов является
а) диссеминация опухолевого процесса
б) сердечно-сосудистая недостаточность
в) повышение температуры тела до $37,5^0$С
г) отсутствие одной почки

386. Противопоказанием для применения ифосфамида является
а) геморрагический цистит
б) инфаркт в анамнезе
в) повышение трансаминаз в 2 раза
г) аллергия в анамнезе

387. Целью I фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является
а) определение допустимой для человека разовой и суммарной дозы цитостатика и спектра токсичности
б) изучение противоопухолевой активности цитостатика при разных видах опухоли
в) сравнительное изучение нового агента с другими цитостатиками
г) изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками

388. Целью II фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является
а) определение максимально переносимой дозы цитостатика
б) изучение противоопухолевой активности цитостатика и ее спектра при «сигнальных опухолях» - десяти наиболее часто встречающихся опухолей человека
в) сравнительное изучение с другими цитостатиками
г) изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками

389. Целью III фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является
а) определение максимально переносимой дозы цитостатика
б) изучение противоопухолевой активности цитостатика и ее спектра при «сигнальных опухолях»
в) сравнительное изучение с другими цитостатиками
г) изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками

390. При лечении опухолевых плевритов и асцитов наиболее эффективным способом введения химиопрепаратов является
а) системная химиотерапия
б) регионарная химиотерапия
в) локальная химиотерапия (внутриполостное введение)

г) все методы одинаково эффективны

391. Согласно рекомендации ВОЗ под полным эффектом (полной ремиссией) понимают
а) полную резорбцию опухоли
б) полную резорбцию опухоли сроком не менее, чем на 1 месяц
в) полную резорбцию опухоли сроком не менее, чем на 2 месяца
г) уменьшение опухоли и улучшение состояния больного

392. Согласно рекомендации ВОЗ под частичным эффектом (частичной ремиссией) понимают
а) уменьшение опухоли, улучшение состояния больного
б) уменьшение размеров опухоли > 50%
в) уменьшение размеров опухоли > 50% сроком не менее, чем на 2 месяца

393. Статистически значимое увеличение жизни больных с диссеминированным опухолевым процессом достигается
а) при получении полного эффекта
б) при получении эффекта < 50%
в) при получении субъективного эффекта
г) верно а) и б)

394. Под термином «неоадъювантная химиотерапия» понимают
а) послеоперационную химиотерапию
б) профилактическую химиотерапию
в) оценку эффективности предоперационной химиотерапии по степени лекарственного патоморфоза для определения дальнейшей тактики лечения
г) предоперационную химиотерапию

395. К побочным реакциям химиотерапии относятся
а) тошнота и рвота
б) гипертермия
в) агранулоцитоз
г) нефротоксичность
д) правильно а) и б)

396. К осложнениям химиотерапии относятся
а) диарея
б) анорексия
в) стоматит
г) цистит
д) правильные ответы а), в) и г)

397. Андрогены применяются
а) при раке мочевого пузыря
б) при раке молочной железы
в) при злокачественных опухолях яичника
г) при раке предстательной железы
д) верные ответы б) и г)

398. Эстрогены применяются
а) при раке предстательной железы
б) при злокачественных опухолях яичка
в) при раке яичников

г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)

400.Антиэстрогены применяются
а) при раке молочной железы
б) при раке почки
в) при меланоме кожи
г) верно а), б)
д) все ответы верные

401. Антиандрогены применяются
а) при раке предстательной железы
б) при раке почки
в) при злокачественных опухолях яичка
г) при меланоме кожи

402. К средствам неспецифической иммунотерапии относятся
а) БЦЖ
б) зимозан, летинол
в) Poly-A-Poly-И
г) витамины
д) все перечисленное

403. К средствам специфической иммунотерапии относятся
а) ауто- или аллогенная опухолевая клетка, отработанная тем или иным способом с сохранением антигенной структуры клеток
б) интерфероны, лимфокины
в) препараты тимуса
г) все перечисленное

404. Термин «симптоматическая терапия» означает
а) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии
б) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей
в) терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов
г) правильного ответа нет

405. Суточная потребность организма в белках составляет
а) 20-30г в сутки
б) 50-60г в сутки
в) 80-100г в сутки
г) 120-200г в сутки

406. Показанием для применения витамина B_{12} является
а) агастральная анемия
б) анемия при раке желудка
в) токсический полиневрит
г) все перечисленное
д) только а) и б)

407. Наиболее частым возбудителем инфекционных осложнений у онкологических больных является

а) грамотрицательная флора
б) грамположительная форма
в) грибковая флора
г) анаэробы
д) верно все

408. Не рекомендуются следующие сочетания
а) пенициллин + сульфаниламиды
б) пенициллин + тетрациклин
в) оба ответа правильные
г) правильного ответа нет

409. Для лечения вирусных инфекций (herpes zoster) используются
а) карбоницилин
б) бисептол
в) пентамицин
+г) зовиракс, препараты интерферона-α

410. Паренхиму новообразования составляют
а) собственно опухолевые клетки
б) соединительная ткань
в) кровеносные и лимфатические сосуды
г) нервы и клеточные элементы стромы

411. Строма опухоли
а) является необходимой поддерживающей структурой
б) обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода
в) обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток
г) в ряде случаев не является обязательным компонентом новообразования
д) все правильные, кроме г)

412. Вновь образованные сосуды злокачественных опухолей
а) редко приближается по строению к нормальным венам и артериям
б) могут быть представлены в виде каналов, выстланных эндотелием
в) на уровне капилляров могут быть выстланы самими опухолевыми клетками
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и в)

413. Клеточные элементы стромы опухоли могут быть представлены
а) лимфоцитами и нейтрофилами
б) эозинофилами
в) плазматическими клетками
г) макрофагами и гигантскими клетками инородных тел
д) всеми перечисленными типами клеток

414. Хемодектомы шеи гистологической принадлежности относятся
а) к нейрогенным
б) к мезенхимальным
в) к дисэмбриональным
г) к неклассифицируемым опухолям

415. К предраку шейки матки относится
а) дисплазия

б) лейкоплаксия с атипией
в) интраэпителиальный рак
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

416. К дизонтогенетическим новообразованиям относятся
а) рак желудка
б) рак легкого
в) бронхогенная киста средостения
г) папиллома пищевода

417. В тератоме могут развиться производные
а) эктодермы
б) мезодермы
в) энтодермы
г) все ответы правильные
д) правильные ответы а) и б)

418. Рак in situ отличается от микроинвазивного тем, что
а) инфильтрирует и разрушает базальную мембрану
б) инфильтрирует ткани в пределах слизистой оболочки
в) инфильтрирует и слизистую и подслизистую оболочки органа
г) не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее

419. Рак in situ может быть
а) в шейке матки
б) в бронхе
в) в желудке
г) ни в одном из перечисленных органов
д) во всех перечисленных органах

420. Рак in situ по Международной классификации TNM относится
а) к раку
б) к предраку
в) к доброкачественным опухолям
г) отношение не определено

421. К опухолеподобным процессам относятся
а) гиперпластический полип
б) аденоматозный полип
в) адено-папилломатозный полип
г) папилломатозный полип
д) ни один из выше перечисленных

422. Местнодеструирующим ростом в гинекологической патологии обладает
а) фиброма
б) лейомиома
в) эндометриоз
г) кистома

423. К опухолям с местнодеструирующим ростом относятся
а) десмоид
б) фиброаденома

в) миома
г) липома

424. Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта обладают преимущественно
а) инфильтративным ростом
б) экзофитным ростом
в) смешанным ростом
г) все перечисленные типы встречаются с одинаковой частотой

425. К доброкачественным опухолям молочных желез относятся
а) диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
б) узловая фиброзно-кистозная мастопатия
в) фиброаденома
г) все перечисленные
д) ни одна из перечисленных

426. Особенностями роста фиброаденомы железы являются
а) экспансивный рост
б) инфильтрирующий с метастазами
в) инфильтрирующий без метастазов
г) все ответы правильные

427. Для папилломы мочевого пузыря характерны
а) наклонность к рецидивам
б) множественность поражений
в) частое озлокачествление
г) все ответы правильные
д) правильные ответы а) и б)

428. К опухолевидным процессам яичников относится
а) фолликулярная киста
б) фиброма яичников
в) кистома яичника
г) дермоидная киста

429. К истинным опухолям яичников относится
а) фолликулярная киста
б) киста желтого тела
в) параовариальная киста
г) цилиоэпителиальная киста

430. Частота возникновения плоскоклеточного рака кожи на фоне болезни (Боуэна) составляет
а) почти 100%
б) около 50%
в) 15-20%
г) никогда не возникает

431. К местнодеструирующим опухолям можно отнести
а) десмоид
б) эритроплакию Кейра
в) меланоз Дюбрея

г) мышьяковый дерматит
д) болезнь Педжета

432. К новообразованиям АПУД – системы относятся
а) рак большой слюнной железы
б) медуллярный рак щитовидной железы
в) бронхиогенный рак
г) менингиома
д) хордома

433. К опухолям АПУД – системы не относятся
а) гастринома
б) инсулома
в) хемодектома и карциноид
г) мелкоклеточный рак легкого
д) рак поджелудочной железы

434. Для достижения критической массы, несовместимой с жизнью, опухолевая клетка должна пройти
а) 10 удвоений
б) 20 удвоений
в) 30 удвоений
г) 40 удвоений

435. Ортоградным лимфогенным метастазированием считается
а) метастазирование против тока лимфы
б) метастазирование по току лимфы
в) и тот, и другой
г) ни тот, ни другой

436. Рак желудка метастазирует в яичники
а) гематогенным путем
б) имплантационным путем
в) ретроградно-лимфогенным и имплантационным путем
г) лимфогенным путем

437. Рак молочной железы метастазирует в яичники
а) лимфогенным путем
б) ретроградно-лимфогенным путем
в) гематогенным путем
г) имплантационным путем

438. Рак молочной железы может метастазировать
а) лимфогенно
б) гематогенно
в) имплантационно
г) смешанно (лимфогенно + гематогенно)
д) все ответы правильные

439. Рак почки наиболее часто метастазирует
а) в плевру и печень
б) в кости и легкие
в) в печень и головной мозг

г) в мягкие ткани и забрюшинные лимфоузлы
д) в забрюшинные лимфоузлы и яичники

440. При локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах, первым этапом метастазирования будут
а) подмышечные лимфоузлы
б) парастернальные лимфоузлы
в) паховые лимфоузлы
г) подлопаточные лимфоузлы

441. Саркома Юинга может метастазировать
а) гематогенным путем
б) лимфогенным путем
в) смешанным (лимфогенным + гематогенным) путем
г) все ответы правильные

442. Высокодифференцированный рак щитовидной железы может метастазировать
а) лимфогенным путем
б) гематогенным путем
в) внутриорганно
г) всеми указанными выше путями

443. Целям частной клинической онкологии в наибольшей степени соответствует и применяется
а) онконозологическая классификация
б) этиологическая классификация
в) эмбриогенетическая классификация
г) гистогенетическая классификация

444. Наиболее часто встречающаяся морфологическая форма рака эндометрия
а) плоскоклеточный рак
б) аденокарцинома
в) железисто-плоскоклеточный рак
г) недифференцированный рак
д) светлоклеточная аденокарцинома

445. Наиболее часто встречающаяся морфологическая форма рака шейки матки
а) плоскоклеточный рак
б) аденокарцинома
в) саркома
г) светлоклеточный рак

446. Плоскоклеточный рак преимущественно встречается
а) в пищеводе и анальном канале прямой кишки
б) в желудке и тонкой кишке
в) в тонкой и ободочной кишке
г) в желудке и ободочной кишке

447. Аденокарцинома чаще встречается при опухолях
а) шейки матки
б) тела матки
в) влагалища
г) вульвы

448. К опухолям стромы полового тяжа яичника относится
а) опухоль желточного мешка
б) тератома
в) гранулезоклеточная опухоль
г) все перечисленное

449. Срочное гистологическое исследование при операции по поводу новообразования молочной железы можно не выполнять, если диагноз подтвержден
а) клиническими данными
б) маммографией
в) термографией
г) морфологическим цитологическим исследованием

450. При клиническом диагнозе меланомы без морфологической верификации может быть начато
а) хирургическое лечение
б) химиотерапевтическое лечение
в) лучевое лечение
г) иммунологическое лечение

451. Для характеристики первичных опухолей отечественной классификацией опухолей по стадиям (МЗ СССР 1984г.) учитываются
а) размеры опухоли
б) глубина инвазии
в) наличие отдельных метастазов
г) верно а) и б)
д) все перечисленное

452. Символ «а» в классификации (кроме опухолей женских половых органов), как правило, указывает
а) на отсутствие регионарных метастазов
б) на наличие регионарных метастазов
в) на наличие отдельных метастазов

453. Символ «а» в классификации (кроме опухолей женских половых органов) не используется, как правило, для характеристики
а) I стадии заболевания
б) II стадии заболевания
в) III стадии заболевания
г) IV стадии заболевания

454. Символ «б» при II-III стадиях в классификации (кроме опухолей женских половых органов) применяется для обозначения
а) отдаленных метастазов
б) метастазов в регионарных лимфатических узлах
в) врастания опухоли в окружающие анатомические структуры
г) отсутствия инфильтрации прилегающих органов

455. Символ «б» в классификации (кроме опухолей женских половых органов) не используется, как правило, для характеристики
а) I стадии заболевания
б) II стадии заболевания

в) III стадии заболевания
г) IV стадии заболевания

456. Критерием IVб стадии является
а) наличие метастазов в отдаленных органах
б) наличие одиночного метастаза в регионарном лимфатическом узле
в) наличие множественных смещаемых метастазов в регионарных лимфатических узлах
г) массивное врастание опухоли в прилежащие жизненно важные органы

457. Критерием IVа стадии является
а) массивное врастание опухоли в прилегающие органы
б) наличие метастаза в регионарном лимфатическом узле
в) наличие множественных метастазов в регионарных лимфатических узлах
г) наличие множественных несмещаемых метастазов в регионарных лимфатических узлах

458. Массивное врастание опухоли в жизненно важный орган (органы) является исключительным признаком
а) IIIа стадии
б) IIIб стадии
в) IVа стадии
г) IVб стадии

459. Полное прорастание опухолью всех слоев полого органа желудочно-кишечного тракта, как правило, соответствует
а) I стадии
б) IIа стадии
в) IIб стадии
г) III стадии

460. Локализация опухоли желудочно-кишечного тракта в пределах слизистого и подслизистого слоев органа при отсутствии метастазов соответствует
а) I стадии
б) II стадии
в) III стадии
г) IV стадии

461. Наличие множественных, подвижных метастазов в регионарных лимфатических узлах характеризует, как правило
а) IIа стадию
б) IIб стадию
в) IIIа стадию
г) IIIб стадию
д) правильные ответы б) и г)

462. Стадия заболевания может быть изменена после
а) хирургического вмешательства
б) лучевого лечения
в) химиотерапия
г) не изменяется никогда
д) в результате всего перечисленного

463. Стадия заболевания во многом определяет
а) выбор метода лечения
б) предполагаемый объем операции
в) прогноз
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)

464. Наиболее объективные сведения о местной распространенности опухолевого процесса (стадии заболевания) могут быть получены
а) при клиническом осмотре больного
б) при рентгенологическом исследовании
в) при использовании эндоскопических методов
г) при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарным лимфатическим аппаратом

465. Международный противораковый Союз предложил прекратить внесение изменений в последнее издание классификации TNM
а) до 1997 года
б) до 2007 года
в) до момента радикальных перемен в возможностях диагностики и лечения злокачественных опухолей

466. Клиническая классификация опухолей по системе TNM и определение гистологической структуры опухоли в значительной степени позволяет
а) выработать план лечения
б) определить прогноз
в) оценить эффективность лечения
г) провести обмен медицинской информацией
д) все ответы верные

467. Международная классификация новообразований по системе TNM применяется для характеристики
а) предопухолевых состояний
б) доброкачественных опухолей
в) злокачественных опухолей
г) нет правильного ответа

468. Основной целью международной классификации злокачественных опухолей являются
а) разработка методики единообразного представления клинических данных
б) унификация подходов к лечению злокачественных опухолей
в) попытка определить дальнейшие пути развития клинической онкологии
г) все ответы верные

469. При определении анатомической распространенности заболевания классификация TNM основывается на данных следующих видов обследования
а) клинического
б) инструментального
в) патогистологического
г) хирургического вмешательства
д) все ответы верные

470. Классификация TNM отвечает следующим требованиям

а) основные принципы ее применимы к абсолютному большинству опухолей
б) она может быть дополнена сведениями, полученными при патогистологическом исследовании
в) классификация может быть дополнена данными хирургического вмешательства
г) правильные ответы б) и в)
д) все ответы верные

471. Классификация TNM в настоящее время не разработана
а) для опухолей мягких тканей
б) для гематосарком
в) для лимфогранулематоза
г) правильные ответы б) и в)
д) для всех перечисленных опухолей

472. Символ «Т» в классификации TNM принят для обозначения
а) первичной опухоли
б) регионарных лимфатических узлов
в) метастазов в отдаленные органы

473. Символ «N» применим для обозначения состояния
а) только регионарных лимфатических узлов
б) всех групп лимфатических узлов выше или ниже диафрагмы
в) любых групп лимфатических узлов

474. Символ «М» применяется для обозначения
а) метастазов в отдаленных органах
б) метастазов в отдаленные группы лимфатических узлов
в) и того, и другого
г) ни того, ни другого

475. Цифры в классификации TNM добавляются к символу
а) T
б) N
в) M
г) все ответы верные

476. Цифры в классификации TNM указывают
а) на локализацию первичной опухоли
б) на распространенность опухолевого процесса
в) оба ответы верные
г) нет правильного ответа

477. Необходимым условием применения классификации TNM является
а) обязательное гистологическое или цитологическое подтверждение диагноза
б) отдельное описание наблюдений без морфологического подтверждения диагноза
в) и то, и другое
г) ни то, ни другое

478. Патологическая классификация (постхирургическая, патогистологическая классификация), обозначаемая pTNM (pT, pN, pM), применима при условии
а) резекции органа, пораженного первичной опухолью и морфологическом его исследовании
б) адекватного удаления регионарных лимфатических узлов с последующим

гистологическим исследованием
в) морфологического подтверждения наличия или отсутствия метастазов в отдаленных органах
г) все ответы верны
д) верны ответы а) и б)

479. Установленная степень распространения опухолевого процесса по системе TNM (и pTNM)
а) должна оставаться без изменений в медицинской документации
б) может быть изменена после специального лечения при выявлении в процессе наблюдения за больным метастаза (метастазов) в регионарных лимфатических узлах
в) может быть изменена только при выявлении отдаленных метастазов при динамическом наблюдении

480. При наличии сомнений в правильности определения категории TNM рекомендуется
а) выбрать более распространенную
б) выбрать менее распространенную
в) продолжить обследование больного

481. В случае множественных синхронных злокачественных опухолей в одном непарном органе классификация строится на основе оценки
а) каждой опухоли отдельно
б) опухоли с наивысшей категорией Т (например, T_4, а не T_3)
в) опухоли с наименьшей категорией Т

482. При наличии синхронных билатеральных опухолей парных органов
а) каждая опухоль классифицируется отдельно
б) классифицируется опухоль с наивысшей категорией Т
в) классифицируется опухоль с наименьшей категорией Т

483. Локализация злокачественных опухолей в классификации TNM определена
а) в соответствии с кодом Международной Классификации Болезней в Онкологии (ICД-0, ВОЗ, 1976г.)
б) в произвольном порядке
в) сочетаются оба принципа

484. В клинической классификации TNM символ «Т» может быть представлен в следующем сочетании
а) T_X
б) T_0
в) T_{is}
г) T_1
д) все ответы верные

485. Сочетание «T_0» обозначает
а) оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно
б) первичная опухоль не определяется
в) преинвазивная карцинома

486. Сочетание «T_{is}» обозначает
а) оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно

б) первичная опухоль не определяется
в) преинвазивная карцинома

487. Сочетание «T_X» обозначает
а) оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно
б) первичная опухоль не определяется
в) преинвазивная карцинома

488. В клинической классификации TNM символ «N» может быть представлен всеми следующими вариантами, кроме
а) N_X
б) N_0
в) N_2
г) N_{is}

489. Сочетание «N_X» обозначает
а) недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
б) нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
в) одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

490. Сочетание «N_0» обозначает
а) недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
б) нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
в) одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

491. Прямое распространение первичной опухоли на регионарные лимфатические узлы классифицируется
а) как N_0
б) как N_X
в) как N_{1-3}
г) как M_1

492. Метастазы в любых нерегионарных лимфатических узлах классифицируется в виде
а) N_0
б) N_X
в) N_{1-3}
г) M_1

493. Символ «M_0» в клинической классификации обозначает
а) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
б) нет признаков отдаленных метастазов
в) имеются отдаленные метастазы

494. Символ «M_X» в клинической классификации TNM обозначает
а) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
б) нет признаков отдаленных метастазов
в) имеются отдаленные метастазы

495. Из перечисленных ниже категорий может быть дополнена символами: PUL, OSS, HEP, BRA, LYM…
а) T_1
б) N_1
в) M_0

г) нет правильного ответа

496. Из перечисленных ниже категорий может быть дополнена символами: MAR, PLE, PER, SKI, OTH…
а) M_X
б) M_0
в) M_1
г) все ответы верные

497. Подразделение основных категорий классификации TNM по типу: $T_{1а}$, $T_{1б}$ или $N_{2а}$, $N_{2б}$, применимо
а) для обозначения тяжести клинических проявлений
б) для характеристики отклонений в биохимических анализах
в) для большей детализации при определении распространенности опухолевого процесса
г) не применяется никогда

498. Подтвержденная гистологически распространенность первичной опухоли (при исследовании удаленного во время операции препарата) должна быть обозначена
а) pT_1
б) $уT_1$
в) $чT_1$
г) все ответы верные

499. Символ «pN_0» обозначает
а) регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены
б) при гистологическом исследовании регионарных лимфатических узлов метастазы не выявлены
в) регионарные лимфатические узлы гистологическому исследованию не подвергались
г) нет правильного ответа

500. Символ «pM_X» обозначает
а) наличие отдаленных метастазов не может быть определено микроскопически
б) при микроскопическом исследовании отдаленные метастазы отсутствуют
в) при микроскопическом исследовании подтверждено наличие отдаленных метастазов
г) нет правильного ответа

501. Для обозначения гистологической дифференцировки в классификации TNM применяется символ
а) C
б) G
в) R
г) у
д) ч

502. Степень гистологической дифференцировки опухоли может быть
а) высокой
б) средней
в) низкой
г) все ответы верные

503. Символ «G_X» соответствует следующей степени гистологической дифференцировки
а) высокой
б) средней
в) низкой
г) нет правильного ответа

504. Высокой степени дифференцировки опухолевого процесса соответствует символ
а) G_1
б) G_2
в) G_3
г) G_4

505. Недифференцированные опухоли в классификации TNM обозначаются символом
а) G_1
б) G_2
в) G_3
г) G_4

506. Из дополнительных символов или обозначений в классификации могут быть использованы
а) C, R
б) ч, у
в) и те, и другие
г) нет правильного ответа

507. Применение дополнительных символов C, R, ч, у и обозначений в классификации TNM
а) обязательно
б) не обязательно
в) никогда не применяется

508. Символ «у» обозначает, что классификация TNM была применена или применяется
а) во время специального противоопухолевого лечения
б) после применения различных методов лечения
в) правильные ответы а) и б)
г) нет правильного ответа

509. Символ «ч» применяется для классификации по системе TNM
а) резидуальной опухоли
б) рецидива
в) верные ответы а) и б)
г) символ «ч» в классификации не применяется

510. «С-фактор» или «уровень надежности» в классификации TNM отражает
а) наличие или отсутствие клинических признаков заболевания
б) степени гистологической дифференцировки
в) достоверность классификации TNM с учетом использования диагностических методов
г) нет правильного ответа

511. Символу «C_1» соответствует следующая характеристика «С-фактора»
а) данные аутопсии
б) данные, полученные после радикальной операции и гистологического

исследования препарата
в) данные только пробного хирургического вмешательства, включая биопсию и цитологическое (гистологическое) исследование
г) правильного ответа нет

512. Символу «C_5» соответствует следующая характеристика «С-фактора»
а) данные аутопсии
б) данные, полученные после радикальной операции и исследования операционного препарата
в) данные только пробного хирургического вмешательства, включая биопсию и морфологическое исследование
г) правильного ответа нет

513. «Уровень надежности» (С) диагноза, обеспечиваемый стандартными диагностическими методами (клиническое исследование, рентгеноскопия и рентгенография в стандартных проекциях, эндоскопия без биопсии), соответствует следующему значению «С-фактора»
а) C_1
б) C_2
в) C_3
г) C_4
д) C_5

514. «Уровень надежности» (С) диагноза, обеспечиваемый применением специальных диагностических методик (рентгенологическое исследование в специальных проекциях, томография, компьютерная томография, сцинтиграфия, ЯМР, эндоскопия, биопсия, цитологическое и гистологическое исследование), соответствует
а) C_1
б) C_2
в) C_3
г) C_4
д) C_5

515. «Уровень надежности» (С) диагноза, обеспечиваемый данными пробного хирургического вмешательства, включая биопсию и морфологическое исследование, соответствует
а) C_1
б) C_2
в) C_3
г) C_4
д) C_5

516. «Уровень надежности» (С) диагноза, полученный после радикальной операции и исследования операционного препарата, соответствует категории
а) C_1
б) C_2
в) C_3
г) C_4
д) C_5

517. Данные аутопсии обеспечивают следующий «уровень надежности» диагноза
а) C_1

б) C_2
в) C_3
г) C_4
д) C_5

518. Классификация pTNM равнозначна
а) C_1
б) C_2
в) C_3
г) C_4
д) C_5

519. Символ «R_0» обозначает
а) недостаточно данных для определения резидуальной опухоли
б) резидуальная опухоль отсутствует
в) резидуальная опухоль определяется микроскопически
г) резидуальная опухоль определяется макроскопически

520. Отсутствие необходимых данных для определения резидуальной опухоли обозначается символом
а) R_X
б) R_0
в) R_1
г) R_2

521. Резидуальная опухоль, определяемая макроскопически, обозначается символом
а) R_X
б) R_0
в) R_1
г) R_2

522. Микроскопически определяемая резидуальная опухоль обозначается символом
а) R_X
б) R_0
в) R_1
г) R_2

523. Карцинома in situ в классификации TNM соответствует
а) I стадии
б) II стадии
в) III стадии
г) IV стадии
д) 0 стадии (стадии 0)

524. Наблюдения с наличием отдаленных метастазов в классификации TNM относятся
а) к I стадии
б) к II стадии
в) к III стадии
г) к IV стадии
д) к 0 стадии

525. Группировка наблюдений по стадиям в классификации TNM
а) идентична стадированию заболеваний в отечественной классификации

б) в большей мере соответствует распределению больных по клиническим группам
в) является оригинальной для системы TNM
г) все ответы верные

526. В соответствии с классификацией Ann-Arbor клиническая стадия лимфогранулематоза основывается на данных, полученных
а) при осмотре и полученных физикальных данных
б) при применении инструментальных методов обследования (рентгенологического, ультразвукового и др.)
в) при гистологическом и/или цитологическом подтверждении диагноза
г) при биопсии и морфологическом исследовании костного мозга
д) при применении всех перечисленных методов

527. Биопсия костного мозга при лимфогранулематозе должна производиться
а) из клинически непораженного участка кости
б) из рентгенологически непораженного участка кости
в) из клинически и рентгенологически непораженного участка кости
г) из клинически пораженного участка кости
д) из рентгенологически пораженного участка кости

528. Поражение печени при лимфогранулематозе для определения клинической стадии заболевания основывается на выявлении
а) увеличения размеров печени, определяемое при осмотре больного врачом, уровня щелочной фосфатазы в сыворотке крови
б) изменений печени, выявленном методами визуализации и изменении одного функционального теста (уровень щелочной фосфатазы или АЛТ, или АСТ)
в) только увеличения размеров печени
г) правильные ответы а) и б)
д) правильные все ответы

529. Поражение селезенки при лимфогранулематозе (для определения клинической стадии) основывается
а) на выявленном при пальпации и перкуссии увеличении селезенки
б) на изменениях, выявленных методами визуализации (ультразвукового исследования, компьютерной томографии)
в) на одновременном сочетании физикальных данных и результатов инструментального исследования (ультразвукового исследования, компьютерной томографии больного), свидетельствующих об увеличении селезенки
г) на всем перечисленном

530. К лимфатическим структурам в соответствии с классификацией Ann-Arbor относятся
а) лимфатические узлы, селезенка, тимус
б) лимфатический аппарат кольца Вальдейра
в) аппендикс
г) пейеровы бляшки
д) все вышеперечисленные структуры

531. Поражение экстралимфатических органов и тканей при лимфогранулематозе обозначается символом
а) А
б) Б
в) S
г) Е

532. Поражение легкого расценивается как локализованное экстралимфатическое распространение болезни
а) при поражении одной доли легкого с гомолатериальной лимфаденопатией
б) при одностороннем плевральном выпоте с/или без вовлечения в процесс легкого, но с прикорневой гомолатеральной лимфаденопатией
в) правильно а) и б)
г) нет верного ответа

533. Клиническая стадия I означает
а) поражение одной лимфатической зоны
б) локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани
в) поражение двух лимфатических зон
г) все ответы верные
д) нет правильного ответа

534. Клиническая стадия IE при лимфогранулематозе означает
а) поражение одной лимфатической зоны
б) локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани
в) поражение двух лимфатических зон
г) поражение трех лимфатических зон
д) нет правильного ответа

535. Клиническая картина II при лимфогранулематозе означает
а) поражение двух или более лимфатических областей по одну сторону диафрагмы
б) поражение двух или более лимфатических областей по обе стороны диафрагмы
в) и то, и другое
г) ни то, ни другое

536. Клиническая стадия III при лимфогранулематозе означает
а) поражение двух или более лимфатических областей по одну сторону диафрагмы
б) поражение лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы
в) и то, и другое
г) ни то, ни другое

537. Клиническая стадия IV при лимфогранулематозе означает
а) диссеменированное (многофокусное) поражение одного или нескольких экстралимфатических органов с/или без поражения лимфатических узлов
б) изолированное поражение экстралимфатического органа с поражением отдаленных (нерегионарных) лимфатических узлов
в) и то, и другое
г) ни то, ни другое

538. К симптомам интоксикации (обозначенными символом Б) при лимфогранулематозе относятся
а) необъяснимая потеря веса более, чем на 10% за последние 6 последних месяцев до обращения к врачу
б) немотивированные подъемы температуры выше 38^0 С
в) ночная потливость (профузная)
г) все перечисленное
д) только а) и в)

539. При лимфогранулематозе для использования понятия «патологическая стадия» (pS),

необходима информация, полученная
а) при спленэктомии
б) при биопсии печени
в) при биопсии лимфатического узла
г) при биопсии костного мозга
д) при всех перечисленных исследованиях

540. Носителем генетической информации клетки человека в основном является
а) РНК
б) АТФ
в) ДНК
г) правильно только а) и б)
д) все ответы правильные

541. Носитель генетической информации находится
а) в клеточной мембране
б) в цитоплазме
в) в ядре
г) правильно а) и б)
д) во всех структурах клетки

542. Гормональная регуляция роста опухоли в организме чаще всего осуществляется
а) непосредственным воздействием на генетический аппарат
б) непосредственным воздействием на цитоплазму
в) воздействием на гормональные рецепторы в клеточной мембране
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

543. Основными биохимическими процессами в опухолевой клетке являются
а) фотосинтез
б) анаэробный гликолиз
в) окислительно-восстановительные процессы
г) правильного ответа нет
д) все ответы правильные

544. В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток
а) не нарушена
б) нарушена умеренно
в) нарушена выражено
г) возможны все варианты

545. Дифференцировка клеток в злокачественных опухолях
а) не нарушается
б) нарушена часто
в) нарушена редко
г) нарушена всегда

546. Основным свойством клеток злокачественных новообразований является
а) неконтролируемый рост
б) контролируемый рост
в) обязательное укорочение клеточного цикла
г) обязательное удлинение клеточного цикла

547. Злокачественные опухоли могут быть вызваны воздействием
а) полициклических ароматических углеводородов
б) ионизирующего излучения
в) ретровирусов
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

548. Наибольшей канцерогенной активностью обладают
а) жиры
б) углеводы
в) витамины группы А и В
г) полициклические ароматические углеводороды
д) белки

549. Ионизирующие излучения обладают канцерогенным действием при воздействии
а) в малых дозах
б) в больших дозах
в) не обладают канцерогенным действием
г) не доказано

550. Необходимым элементом вирусного канцерогенеза является
а) размножение вируса в клетке
б) гибель клетки
в) внедрение геном вируса в геном клетки
г) изменение иммунологического статуса
д) все ответы правильные

551. Наиболее часто связывают возникновение рака шейки матки с вирусом группы
а) герпес
б) вирус папилломы
в) аденовирус
г) вирус гепатита
д) правильные ответы а) и б)

552. С воздействием вируса не связывают возникновение
а) рака шейки матки
б) рака печени
в) рака желудка
г) рака носоглотки
д) лейкозов

553. Основная сущность злокачественных опухолей заключается
а) в нарушении биохимических процессов в цитоплазме
б) в нарушении взаимодействия структур ядра и цитоплазмы
в) в повреждении генетического аппарата клетки
г) правильно а) и б)
д) правильного ответа нет

554. Нарушение гормонального баланса не оказывает влияния на возникновение
а) рака яичников
б) рака матки
в) рака молочной железы
г) рака печени

д) рака предстательной железы

555. В результате воздействия одного химического канцерогена возникают опухоли
а) только одного гистологического типа
б) тип опухли, зависит от типа клеток, подвергаемых воздействию канцерогена
в) тип опухоли зависит от факторов развития (эмбриогенез, половое созревание)
г) правильно б) и в)
д) правильного ответа нет

556. Доброкачественным опухолям присущи
а) инфильтративный рост
б) экспансивный рост
в) нарушение дифференцировки клеток
г) правильно б) и в)
д) правильные все ответы

557. Обязательным свойством только злокачественных опухолей является
а) инфильтративный рост
б) метастазирование
в) экспансивный рост
г) все ответы правильные
д) правильные ответы а) и б)

558. Определение гормональных рецепторов важно
а) для типирования гистологической природы опухоли
б) для определения уровня гормонов в организме
в) для определения целесообразности гормонотерапии
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

559. Наиболее угрожающей для развития рака является
а) диффузная неравномерная гиперплазия
б) очаговые пролифераты
в) нодозные (узловые) пролифераты
г) правильно б) и в)
д) все ответы верные

560. Частота возникновения рака при состояниях, относимых к факультативному предраку, составляет
а) менее 1%
б) не менее 15%
в) 20-30%
г) 50%
д) 80% и более

561. Частота возникновения рака на фоне состояний, относимых к облигатному предраку, составляет
а) менее 1%
б) 6-10%
в) 20-30%
г) 50%
д) 80% и более

562. К облигатному предраку можно отнести
а) неспецифический язвенный колит
б) болезнь Крона
в) гиперпластический полип
г) диффузный семейный полипоз толстой кишки
д) все перечисленное

563. Генетические маркеры не обнаружены
а) при раке желудка
б) при ретинобластоме
в) при опухоли Вилмса
г) при хроническом миелолейкозе

564. Возникновению опухолей способствует
а) снижение показателей клеточного иммунитета
б) состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей
в) влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно

565. Опухоли могут вызываться
а) химическими агентами
б) физическими агентами
в) биологическими агентами
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)

566. К химическим канцерогенным веществам относятся следующие классы соединений
а) полициклические ароматические углеводороды и гетероциклические соединения
б) ароматические азосоединения и аминосоединения
в) нитросоединения
г) металлы, металлоиды, неорганические соли
д) все перечисленные

567. Канцерогенными для человека производственными процессами являются
а) работа с асбестом, сажей, производство резины
б) работа с мышьяком, никелем, хромом и их соединениями
в) деревообрабатывающая и мебельная промышленность
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

568. К физическим канцерогенным факторам относятся
а) ионизирующая радиация
б) ультрафиолетовые лучи
в) вибрация
г) повышенное атмосферное давление
д) правильные ответы а) и б)

569. Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению
а) рака кожи
б) рака легкого
в) рака желудка
г) нет правильного ответа

570. Наиболее устойчива к онкогенному действию ультрафиолетового излучения кожа

а) не содержащая пигмента
б) содержащая незначительное количество пигмента
в) сильно пигментированная
г) содержание пигмента не оказывает влияния

571. Дробление общей дозы при радиоактивном (ионизирующем) облучении
а) снижает онкогенный эффект
б) повышает онкогенный эффект
в) не оказывает какого-либо влияния на онкогенный эффект

572. Дробление общей дозы при действии химических канцерогенов
а) увеличивает онкогенный эффект
б) не оказывает какого-либо влияния
в) снижает онкогенный эффект

573. Онкогенные вирусы
а) являются инфекционными
б) не являются инфекционными
в) нет сведений о неинфекционных свойствах

574. Онкогенные вирусы передаются, главным образом
а) горизонтально, от особи к особи
б) вертикально, через наследственный аппарат
в) механизм передачи неизвестен

575. Онкогенными являются
а) только РНК-вирусы
б) только ДНК-вирусы
в) и те, и другие
г) ни те, ни другие

576. Трансформация клеток-мишеней в опухолевые под воздействием онкогенных вирусов
а) не сопровождается гибелью клеток
б) сопровождается гибелью клеток
в) в равной мере возможны оба варианта а) и б)

577. Необходимым условием превращения нормальной клетки в опухолевую в условиях вирусного канцерогенеза является
а) локализация вируса в цитоплазме клетки
б) интеграция ДНК или РНК вируса в ДНК клетки
в) возможны оба механизма

578. Определенное отношение к возникновению лимфомы Беркитта и рака носоглотки у человека имеет
а) аденовирус
б) вирус Эпштейна-Бар (возбудитель инфекционного мононуклеоза)
в) Papova-вирус
г) вирус из группы вирусов оспы

579. Возникновение папиллом кожи и слизистых у человека связывают с вирусом
а) ДНК-содержащим
б) РНК-содержащим

в) из группы Papova-вирусов
г) из группы вирусов оспы
д) правильные ответы а) и в)

580. Аденовирусы вызывают у человека развитие
а) папиллом
б) опухоли ротоглотки
в) контагиозного моллюска
г) инфекции дыхательных путей

581. Современная схема вирусного канцерогенеза включает в себя
а) проникновение вируса в клетку и физическую интеграцию его с клеточной ДНК
б) функционирование интегрированного вирусного генома с образованием специфических мРНК и онкобелков
в) онкобелки воздействуют на функции клеток, приводят ее к опухолевой трансформации
г) все ответы правильные
д) правильно только а) и б)

582. Необратимые нарушения в нормальной клетке, вследствие чего она переходит в предрасположенное к опухолевой трансформации состояние, могут иметь
а) генетический характер
б) эпигенетический характер
в) и то, и другое
г) ни то, ни другое

583. Генетические нарушения (повреждения) нормальной клетки, предрасполагающие ее к опухолевой трансформации, могут быть реализованы в виде
а) генных мутаций
б) хромосомных аберраций
в) изменений в количестве копий генов
г) изменений в количестве хромосом
д) все ответы верные

584. Современную концепцию онкогенов, утверждающую, что возникновение клеток со специфически измененным генотипом происходит в результате индуцируемых канцерогенами точечных мутаций, подтверждают известные данные о том, что
а) практически все канцерогенные вещества (или агенты) обладают мутагенным эффектом
б) подавляющее большинство мутагенных веществ обладает канцерогенной активностью
в) оба ответа правильные
г) нет правильного ответа

585. Контакт организма с безусловно канцерогенными агентами и повреждения, производимые ими в геноме
а) во всех случаях приводят к возникновению злокачественных опухолей
б) далеко не всегда приводят к возникновению злокачественных опухолей
в) никогда не приводят к возникновению злокачественных новообразований

586. Возможность сохранения нормального генотипа клетки, несмотря на постоянное воздействие канцерогенных факторов, обусловлена, в первую очередь
а) наличием в клетке системы репарации повреждений ДНК

б) чрезвычайной устойчивостью ДНК любой клетки к воздействию канцерогенов
в) оба ответа правильные
г) правильного ответа нет

587. Более эффективную систему репарации ДНК имеют клетки
а) человека
б) крысы
в) мыши
г) различия отсутствуют

588. Протоонкогены клетки существуют в виде
а) лишней хромосомы
б) участка клеточной мембраны
в) небольшой области нуклеотидных последовательностей ДНК

589. Онкоген является
а) активным гомологом протоонкогена
б) небольшой нуклеотидной последовательностью, расположенной в ДНК рядом с протоонкогеном
в) оба ответа правильные
г) правильного ответа нет

590. Онкогены обнаружены в геномах
а) простейших одноклеточных организмов
б) вирусов
в) растений
г) животных
д) во всех перечисленных

591. Процессы пролиферации клеток в организме находятся под контролем
а) факторов роста (ФР)
б) ингибиторов пролиферации
в) и того, и другого
г) ни того, ни другого

592. Независимость пролиферации раковых клеток от факторов роста и ингибиторов пролиферации может быть обусловлена
а) активацией синтеза белков, аутологических фактору(ам) роста – «аутокринная активация»
б) образованием поврежденных (видоизмененных) рецепторов
в) возбуждением пострецепторных путей переноса сигналов, позволяющих обходиться раковым клеткам вообще без рецепторов факторов роста
г) всем перечисленным
д) только б) и в)

593. Онкобелки, продуцируемые клеткой вследствие активации протоонкогена, могут быть гомологичными
а) ростовому фактору тромбоцитов (РФТ)
б) трансферрину (фактору роста гемопоэтических клеток)
в) гастрину (фактору роста некоторых эпителиальных клеток)
г) эпидермальному фактору роста
д) всему перечисленному

594. Концепция противоопухолевого иммунного надзора (Burnet F., 1970) основывается на следующих известных положениях
а) наличие на поверхности опухолевых клеток антигенов, распознаваемых иммунной системой хозяина, которая в ряде случаев элиминирует опухолевые клетки или длительное время сдерживает их рост
б) высокая вероятность развития злокачественных опухолей у больных с первичными иммунодефицитами (в 100-1000 раз) или иммунодепрессией у больных при трансплантации органов (в 10-100 раз)
в) индукция иммунной недостаточности (тимэктомия)
г) все ответы правильные

595. Угнетение или снижение иммунной реактивности отмечено
а) при воздействии на организм канцерогенных агентов
б) при прогрессировании опухолевого роста
в) при старении
г) при всех перечисленных факторах
д) ни одного из перечисленных

596. Отличительными чертами системы естественной (неспецифической) противоопухолевой резистентности организма от специфического противоопухолевого иммунитета являются
а) иммунный неспецифический характер распознавания опухолевых клеток
б) готовность к немедленной реакции, не требующей предварительной иммунизации («спонтанная» цитотоксичность)
в) отсутствие иммунной памяти
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

597. Для распознавания системой естественной (неспецифической) противоопухолевой резистентности опухолевых клеток достаточным является следующее их количество
а) единичные
б) 10^3
в) 10^6
г) 10^9
д) 10^{12}

598. К эффекторам системы естественной противоопухолевой резистентности относятся
а) активированные макрофаги
б) естественные киллеры и цитостатические клетки, естественные антитела
в) гуморальные факторы (фактор некроза опухоли, интерферон, интерлейкины и др.)
г) все перечисленные
д) только а) и б)

599. К достоинствам метода ультразвуковой томографии относятся:
1) неинвазивный характер исследования
2) безвредность
3) практически отсутствие противопоказаний
4) возможность выявления мелких (до 1см в диаметре) новообразований в легких
5) высокая информативность при исследовании желудка и толстой кишки
а) все ответы правильные
б) правильные ответы 1, 2 и 3
в) правильные ответы 2, 3 и 4
г) правильные ответы 3, 4 и 5

д) правильные ответы 4 и 5

600. Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных с опухолями
а) легких
б) органов брюшной полости
в) молочной железы
г) щитовидной железы
д) правильные ответы в) и г)

601. К эндоскопическим исследованиям с применением фиброволоконной оптики, используемым в настоящее время в клинике, относятся
а) лапароскопия
б) торакоскопия
в) цистоскопия
г) артроскопия
д) все перечисленные

602. Применение рентгенотелевидения
а) уменьшает лучевую нагрузку на рентгенолога и больного
б) увеличивает лучевую нагрузку
в) не влияет на величину лучевой нагрузки
г) повышает качество рентгенограммы
д) ухудшает качество рентгенограммы

603. Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить
а) морфологический диагноз
б) топический диагноз
в) клинический диагноз
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет

604. Инструментальным методом, позволяющим дифференцировать магистральные сосуды без их контрастирования, может быть
а) ультразвуковая томография
б) ангиография
в) обзорная рентгенография
г) правильного ответа нет

605. Уровень катехоламинов может быть определен при лабораторном анализе
а) мочи
б) крови
в) ткани опухоли
г) все ответы верные
д) правильного ответа нет

606. Уровень стероидных гормонов может быть определен
а) в моче
б) в крови
в) в слюне
г) в слюне и крови
д) в моче и крови

607. При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается
а) гипокоагуляция
б) нормокоагуляция
в) гиперкоагуляция
г) все варианты встречаются с одинаковой частотой

608. Для механической желтухи в первую очередь характерно резкое повышение активности
а) АСТ (аспарагиновой трансаминазы)
б) АЛТ (аланиновой трансаминазы)
в) щелочной фосфатазы
г) ЛДГ (лактатдегидрогеназы)
д) правильного ответа нет

609. Для механической желтухи характерно
а) повышение концентрации только прямого билирубина
б) повышение концентрации только непрямого билирубина
в) в равной мере повышается концентрация как прямого, так и непрямого билирубина
г) в начале отмечается повышение концентрации прямого билирубина, а затем и непрямого
д) в начале повышается концентрация непрямого билирубина, а затем и прямого

610. Для рака желудка характерна
а) повышенная кислотность желудочного сока
б) сниженная кислотность желудочного сока
в) повышение ранее сниженной кислотности желудочного сока
г) правильного ответа нет

611. Для рака молочной железы I стадии характерны следующие изменения анализа крови
а) анемия
б) лейкоцитоз
в) ускорение СОЭ
г) все ответы верные
д) правильного ответа нет

612. Из перечисленных методик дуоденографии наиболее информативной является
а) беззондовая дуоденография без гипотонии двенадцатиперстной кишки
б) зондовая дуоденография без гипотонии двенадцатиперстной кишки
в) зондовая гипотензивная дуоденография
г) беззондовая гипотензивная дуоденография
д) все перечисленные методики обладают одинаковой информативностью

613. Ретроградная панкреатохолангиография наиболее информативна при локализации опухоли
а) в головке поджелудочной железы
б) в теле железы
в) в хвосте железы
г) при всех локализациях информативность метода одинакова
д) правильного ответа нет

614. Ангиография обладает наименьшей информативностью в диагностике

а) опухолей печени
б) опухолей почек
в) забрюшинных неорганных опухолей
г) опухолей желудочно-кишечного тракта
д) опухолей матки и ее придатков

615. Наиболее информативным из перечисленных методов диагностики метастатического поражения паренхимы печени является
а) лапароскопия
б) ангиография
в) биохимическое исследование крови
г) сканирование печени
д) все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью

616. Чрескожная чреспеченочная холангиография может быть использована
а) только в диагностических целях
б) с паллиативной лечебной целью
в) с целью радикального лечения
г) с диагностической целью и паллиативного лечения
д) с диагностической целью и радикального лечения

617. Флебография в диагностике забрюшинных неорганных опухолей показана
а) при всех локализациях опухоли
б) только при правосторонней локализации опухоли
в) только при срединной локализации опухоли
г) только при левосторонней локализации опухоли
д) при правосторонней и срединной локализации опухоли

618. На поперечных срезах грудной клетки при рентгеновской компьютерной томографии нельзя
а) точно локализовать опухоль
б) рассчитать ее размеры
в) оценить плотность и однородность опухоли
г) определить доброкачественный или злокачественный характер новообразования

619. К методам рентгенологического исследования больного в вертикальном положении (стоя) относятся:
1) ортоскопия
2) ортография
3) трохоскопия
4) трохография
5) латероскопия
6) латерография
а) все ответы правильные
б) правильны 1, 2, 3 и 4
в) правильны 3, 4, 5 и 6
г) правильны 1 и 2
д) правильны 5 и 6

620. Рентгенологическое томографическое исследование органов грудной полости позволяет
а) определить точную локализацию и распространенность процесса в легочной паренхиме

б) изучить состояние трахеи и главных бронхов
в) изучить состояние сегментарных бронхов
г) уточнить состояние лимфатических узлов средостения и корней легких
д) все ответы правильные

621. Рентгенокинематографическое исследование
а) является основной методикой изучения морфологии органа и патологического процесса
б) применение метода связано с большими трудностями
в) увеличивает лучевую нагрузку на больного и рентгенолога
г) качество изображения не уступает таковому на высококачественной рентгенограмме
д) правильные ответы б) и в)

622. Свойством, не характерным для электрорентгенографии, является
а) получение скрытого изображения на селеновой пластинке
б) быстрота изготовления снимков
в) невозможность визуального контроля при производстве электрорентгенограмм
г) нечеткое изображение контуров отдельных органов и деталей
д) отсутствие необходимости затемнения помещения

623. Абсолютными противопоказаниями к бронхографии являются
а) тяжелая декомпенсация при пороках сердца
б) выраженная недостаточность внешнего дыхания
в) острое воспаление верхних дыхательных путей
г) массивное легочное кровотечение
д) все ответы верные

624. Условиями выполнения диагностического пневмоторакса являются:
1) проводится в стационаре
2) проводится амбулаторно
3) оптимальное количество газа, вводимое в плевральную полость, - 400-800 мл
4) обязательное введение не менее 1500 мл газа
а) правильно 1 и 3
б) правильно 2 и 4
в) правильно 1 и 4
г) правильно 2 и 3
д) правильного ответа нет

625. Наиболее часто применяемыми методами введения газа в переднее средостение с диагностическими целями являются:
1) парастернальный метод Розенштрауха-Эндера
2) ретроманубриальный метод Кондорелли-Казанского
3) субоксифоидальный
4) паравертебральный
5) транстрахеальный
а) правильно 1, 2 и 3
б) правильно 3, 4 и 5
в) правильно 1, 4 и 5
г) правильно 4 и 5
д) правильно 1 и 5

626. Рентгенологическим признаком, не характерным для поражения лимфатических

узлов при лимфомах, по данным лимфографии является
а) резкий полиморфизм изменения структуры лимфатических узлов
б) увеличение их размеров
в) сферическая форма лимфатических узлов
г) длительное сохранение четкости контуров пораженных лимфоузлов
д) резкое нарушение ортоградного лимфооттока даже при незначительном увеличении и минимальном нарушении структуры лимфатических узлов

627. Показаниями к проведению сиалографии являются
а) аденома слюнной железы
б) рак слюнной железы
в) хронический сиалоаденит
г) все перечисленные
д) ничего из перечисленного

628. Антиография является наиболее информативным методом в диагностике
а) хемодектомы шеи
б) метастазов в лимфоузлы шеи
в) рака слюнных желез
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет

629. Внутрипротоковые папилломы молочных желез могут быть выявлены
а) при бесконтрастной маммографии
б) при дуктографии
в) при крупнокадровой флюорографии
г) выявлены рентгенологически не могут

630. Диагностика опухолевых образований молочных желез возможна
а) при ультразвуковом исследовании
б) при маммографии
в) при термографии
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет

631. К инвазивным методам рентгенологического исследования относятся
а) компьютерная томография
б) ирригоскопия
в) ангиография
г) флюорография

632. К неинвазивным методам рентгенологического исследования относятся
а) аортография
б) лимфография
в) компьютерная томография
г) илиокавография
д) веноазигография

633. К рентгенологическим методикам с повышенной лучевой нагрузкой относятся
а) ретроградная панкреатохолангиография
б) флюорография
в) рентгенография конечностей
г) обзорная рентгенография брюшной полости

д) рентгеноскопия брюшной или грудной полости

634. К специальным методикам рентгенологического исследования относятся
а) рентгенография грудной клетки
б) гистерография
в) рентгенография костей скелета
г) обзорная рентгенография брюшной полости

635. К рентгенологическим методикам исследования мочевыводящих путей относятся
а) гистерография
б) экскреторная урография
в) холецистография
г) бронхография

636. К непрямым методам диагностики увеличенных лимфоузлов относятся
а) лимфография
б) илиокавография
в) рентгеновская компьютерная томография
г) ультразвуковая томография

637. Ангиография наиболее информативна при диагностике опухолей
а) шейки матки
б) почки
в) желудка
г) легких

638. Использование лимфографии целесообразно при следующих опухолях яичников
а) серозная цистаденокарцинома
б) дисгерминома
в) муцинозный рак
г) эндометриоидный рак

639. Радиоизотопные исследования в клинической онкологии используются
а) для выявления первичной опухоли
б) для определения распространенности злокачественного процесса
в) для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов
г) правильные только ответы а) и б)
д) все ответы правильные

640. Опухоль характеризуется
а) повышенным накоплением радионуклида в опухоли
б) пониженным накоплением радионуклида в опухоли
в) нарушением распространения радиоактивного вещества по сосудам
г) все ответы правильные
д) правильные только а) и б)

641. Радиофосфорный тест применяют для диагностики
а) поверхностных опухолей
б) опухолей полостных органов, доступных для введения датчика
в) только для опухолей, имеющих тропность к фосфору
г) все ответы правильные
д) правильные ответы а) и б)

642. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей
а) поджелудочной железы
б) желудка
в) щитовидной железы
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет

643. Радиоактивный йод может быть применен для выявления
а) первичной опухоли щитовидной железы
б) метастазов рака щитовидной железы в легкие, печень
в) метастазов рака щитовидной железы в кости
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

644. Для диагностики метастатического поражения костей чаще всего используются
а) радиоактивный ^{32}p
б) радиоактивный ^{99}Sr
в) радиоактивный ^{90}Co
г) радиоактивный ^{131}J
д) все ответы правильные

645. Радиоизотопные исследования лимфатических узлов с цитратом галлия ^{67}Ga информативны
а) для рака легкого
б) для лимфомы
в) для рака пищевода
г) все ответы правильные

646. Радиоизотопные исследования легких с внутривенным введением ^{133}Xe используются
а) для диагностики злокачественных опухолей
б) для диагностики доброкачественных опухолей
в) для оценки регионарного легочного кровотока
г) для оценки вентиляции легких

647. Радиоиммунологическое определение уровня РЭА (раково-эмбрионального антигена) может быть использовано
а) для установления диагноза рака
б) для уточнения степени распространенности опухоли
в) для динамического наблюдения
г) правильно а) и б)
д) все ответы правильные

648. Повышение уровня кальцитонина, определяемое радиоиммунологическим методом, характерно
а) для папиллярного рака щитовидной железы
б) для фолликулярного рака щитовидной железы
в) для недифференцированного рака щитовидной железы
г) для медуллярного рака щитовидной железы
д) все ответы правильные

649. Рецепторы стероидных гормонов выявляются в опухолях
а) молочной железы
б) матки

в) гортани
г) правильные ответы а) и б)
д) все ответы правильные

650. Для диагностики злокачественных опухолей тела матки наиболее информативной является
а) лапароскопия
б) гистероскопия
в) кольпоскопия
г) кульдоскопия

651. Противопоказанием к выполнению бронхофиброскопии не является
а) тяжелый астматический статус (при самостоятельном дыхании)
б) искусственная вентиляция легких в связи с дыхательной недостаточностью
в) профузное легочное кровотечение (при самостоятельном дыхании)
г) наличие крупного инородного тела в трахее (при самостоятельном дыхании)
д) в настоящее время перечисленные ситуации противопоказанием не являются

652. Экстренная эзофагоскопия показана:
1) для подтверждения или исключения диагноза злокачественного новообразования в пищеводе
2) для уточнения распространенности опухолевого процесса
3) при подозрении на повреждение или перфорацию пищевода
4) при пищеводно-желудочном кровотечении
5) для оценки эффективности противоопухолевого лечения
а) правильно 1 и 2
б) правильно 3 и 4
в) правильно 4 и 5
г) правильно 1 и 4
д) правильно 1 и 5

653. Абсолютным противопоказанием к выполнению медиастиноскопии является
а) увеличение щитовидной железы (I-II степени)
б) выраженный синдром сдавления верхней полой вены
в) синусовая тахикардия до 100 в минуту
г) недостаточность легочной вентиляции II степени

654. Методами, позволяющими определить функциональное участие правого и левого легкого в вентиляции, являются:
1) сканирование органов средостения с цитратом галлия (^{67}Ga)
2) сканирование легких с макроагрегатом альбумина, меченного ^{131}J
3) общая спирография (спирометрия)
4) раздельная бронхоспирография (-спирометрия)
5) латеротест (Бергана)
а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 4 и 5
д) правильно 2 и 4

655. Аспирационный (пункционный) метод исследования наиболее информативен в цитологической диагностике
а) эпителиальных опухолей

б) мезенхимальных опухолей
в) нейрогенных опухолей
г) дисэмбриональных опухолей

656. Для диагностики хорионкарциномы матки целесообразно применять следующие иммунологические методы исследования
а) АФП, РЭА (α-фетопротеин, раково-эмбриональный антиген)
б) ХГ, ТБГ (хронический гонадотропин, трофобластический β-глобулин)
в) правильного ответа нет
г) все ответы правильные

657. Интраоперационная оценка распространенности опухолевого процесса должна основываться
а) только на визуальных данных
б) только на основании пальпаторных данных
в) на основании срочного цитологического исследования биопсийного материала
г) на основании сочетания перечисленных методов диагностики

658. Абсолютно достоверная интраоперационная диагностика распространенности опухолевого процесса возможна
а) на основании срочного цитологического исследования материала, взятого во время операции
б) на основании срочного гистологического исследования биопсийного материала, взятого во время операции
в) на основании комплексного обследования (пальпация, осмотр, срочное гистологическое и цитологическое исследование)
г) нет абсолютно достоверных методов интраоперационной диагностики распространенности опухолевого процесса
д) правильного ответа нет

659. Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено
а) на обеспечение антибластики
б) на обеспечение абластики
в) на снижение риска хирургических вмешательств
г) на максимальное сохранение функции органа

660. Главной целью симптоматической операции является
а) удаление пораженного опухолью органа
б) удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли
в) устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти
г) все ответы верные

661. Недостатками метода электрокоагуляции опухоли являются
а) пригорание фрагментов опухоли к электроду
б) опасность глубокого поражения стенки органа
в) отторжение коагулированных тканей в течение нескольких дней
г) все ответы правильные
д) верные ответы а) и в)

662. Факторами, предрасполагающими к тромбоэмболии легочной артерии, являются
а) длительная катетеризация крупных вен
б) операции на органах малого таза и нижних конечностях

в) длительное неподвижное положение в постели, пожилой возраст
г) посттромботический синдром
д) все ответы правильные

663. Тромбоэмболия легочной артерии может проявляться следующими синдромами (синдромом)
а) легочно-плевральным
б) кардиальным
в) абдоминальным и почечным
г) церебральным
д) всеми перечисленными

664. Проводниковая аналгезия в послеоперационном периоде имеет перед применением наркотических анальгетиков (при подкожном, внутримышечном и внутривенном введении) следующие преимущества
а) сохранение сознания больного и возможность контроля его субъективных ощущений
б) отсутствие отрицательного влияния на функции жизненно важных органов
в) депрессию дыхания
г) рвоту, тошноту
д) правильные ответы а) и б)

665. Оптимальным уровнем разрежения при вакуум-дренировании плевральной полости после хирургического вмешательства следует считать разрежение в пределах
а) от +5 до +10см вод.ст.
б) от -10 до -12см вод.ст.
в) от -30 до -40см вод.ст.
г) от -70 до -100см вод.ст.

666. Наиболее важным мероприятиями, направленными на профилактику послеоперационных ателектазов, являются:
1) тщательная и бережная санация трахеобронхиального дерева во время и в конце операции
2) полное расправление легкого в конце операции
3) поддержание отрицательного давления в плевральной полости после операции
4) полноценное обезболивание после операции
5) ранняя активизация больных и комплекс дыхательных упражнений
а) все ответы правильные
б) правильные все, кроме 1
в) правильные все, кроме 1 и 2
г) правильные все, кроме 3 и 4
д) правильные все, кроме 5

667. Профилактика послеоперационной пневмонии включает следующие мероприятия:
1) санацию полости рта, зева, верхних дыхательных путей
2) раннюю активизацию больного
3) комплекс дыхательных упражнений
4) адекватное обезболивание
5) длительное применение наркотических анальгетиков (больших доз)
а) все ответы правильные
б) правильные все, кроме 5
в) правильные все, кроме 4, 5
г) правильные все, кроме 3, 4 и 5

д) правильные все, кроме 1 и 2

668. 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 и 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

669. К комбинированной операции следует относить
а) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером
б) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
в) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
г) удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого заболевания
д) все ответы правильные

670. Термину «операбельность» больше всего соответствует
а) состояние больного, позволяющее выполнить операцию
б) состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию
в) выявленная во время хирургического вмешательства возможность выполнить радикальную операцию
г) правильного ответа нет

671. На отдаленные результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний оказывает наименьшее влияние
а) тип роста опухоли
б) гистологическая структура опухоли
в) наличие метастазов в регионарных лимфоузлах
г) наличие отдаленных метастазов
д) возраст больного

672. Предоперационная подготовка гепарином (по Коккару) целесообразна
а) при наличии гиперкоагуляции
б) больным с избыточным весом
в) при наличии тромбоэмболических осложнений в анамнезе
г) при наличии варикознорасширенных подкожных вен нижних конечностей
д) все ответы правильные

673. На частоту развития несостоятельности швов могут оказывать влияние:
1) гипопротеинемия
2) анемия
3) погрешности хирургической техники
4) наличие опухолевых клеток по линии резекции
5) натяжение сшиваемых органов

а) все ответы правильные
б) правильные все, кроме 5
в) правильные все, кроме 4 и 5
г) правильные все, кроме 1 и 2
д) правильные все, кроме 3 и 4

674. Радикальная резекция молочной железы оправдана при локализации опухоли
а) в верхневнутреннем квадранте
б) в верхненаружном квадранте
в) в нижневнутреннем квадранте
г) в нижненаружном квадранте

675. Факторами, которые могут влиять на объем операции, являются
а) стадия заболевания
б) возраст больного
в) сопутствующие заболевания
г) все ответы верные

676. Отечно-инфильтративная форма рака молочной железы может быть
а) в I стадии
б) в $II_а$ стадии
в) в $II_б$ стадии
г) в III и IV стадии
д) все ответы верные

677. Показанием для паллиативной мастэктомии может быть
а) наличие изъязвленной опухоли
б) тяжелые сопутствующие заболевания
в) преклонный возраст больной
г) все ответы верные
д) правильного ответа нет

678. Предоперационное лечение при раке молочной железы необходимо больным
а) с I стадией
б) со $II_а$ стадией
в) с III стадией
г) правильного ответа нет

679. Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется
а) как самостоятельный метод
б) в комбинации с хирургическим методом
в) в комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией)
г) все ответы правильные
д) правильные первые два ответа

680. Основная цель радикальной лучевой терапии
а) подведение максимально возможной дозы излучения
б) снижение биологической активности опухолевых клеток
в) вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
г) достижение частичной регрессии опухоли
д) достижение полной регрессии опухоли

681. Паллиативная лучевая терапия решает следующие задачи

а) подведение максимально возможной дозы излучения
б) вызов гибели наиболее чувствительного пула опухолевых клеток
в) получить торможение роста опухоли
г) получить частичную регрессии опухоли
д) все ответы правильные

682. Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются
а) повышение операбельности
б) повышение резектабельности
в) достижение значительного уменьшения опухоли
г) получение полной регрессии опухоли
д) понижение жизнеспособности опухолевых клеток

683. К радиочувствительным могут быть отнесены все перечисленные ниже опухоли, кроме
а) лимфогранулематоза
б) лимфосаркомы
в) семиномы
г) аденокарциномы желудка
д) мелкоклеточного рака легкого

684. Наиболее радиорезистентной опухолью из перечисленных является
а) плоскоклеточный неороговевающий рак
б) семинома
в) опухоль Юинга
г) остеогенная саркома
д) все перечисленные опухоли

685. Послеоперационная лучевая терапия может быть проведена в случае
а) нерадикальности операции
б) неабластичности операции
в) выявленных во время операции регионарных метастазов
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)

686. На радиочувствительность опухоли оказывают влияние
а) напряжение кислорода опухоли
б) дифференцировка опухолевых клеток
в) форма роста опухоли
г) правильные первые два фактора
д) все перечисленные факторы

687. Следующие факторы модификации радиочувствительности опухоли и нормальных тканей использует в лучевой терапии
а) локальную гипертермию
б) искусственную гипергликемию
в) гипербарическую оксигенацию
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет

688. Расщепленный курс лучевой терапии применяют
а) для повышения радиочувствительности опухоли

б) для защиты нормальных тканей
в) для снижения числа рецидивов
г) для повышения дозы облучения

689. Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является
а) пожилой возраст
б) молодой возраст
в) активный туберкулез
г) все перечисленные факторы
д) ни один из перечисленных факторов

690. В практике лучевой терапии пока не применяется
а) дистанционное облучение
б) внутриполостное облучение
в) внутритканевое облучение
г) внутреннее облучение
д) нейтронзахватная терапия

691. Сочетанная лучевая терапия означает
а) применение двух способов облучения или двух излучения
б) расщепления курса лучевой терапии
в) облучение с радиомодификаторами
г) облучение в сочетании с химиотерапией
д) правильного ответа нет

692. Единицей измерения экспозиционной дозы излучения является
а) Грей
б) Рад
в) Кюри
г) Рентген

693. Единицей измерения поглощенной дозы излучения является
а) Грей
б) Кюри
в) Рентген
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет

694. К лучевым реакциям относится
а) фиброз
б) лучевая язва
в) эритема кожи
г) лучевой рак

695. На частоту местных лучевых реакций не влияет
а) пожилой возраст
б) аллергические заболевания
в) сахарный диабет
т) тиреотоксикоз
д) правильного ответа нет

696. Для профилактики и лечения лучевых реакций слизистых оболочек применяют
а) антисептические растворы

б) витаминизированные растворы
в) метилурацил
г) все перечисленные
д) ничего из перечисленного

697. Для профилактики и лечения общих лучевых реакций применяют
а) антигистаминные препараты
б) витамины
в) седативные средства
г) правильные ответы а) и б)
д) все ответы правильные

698. Механизм действия алкилирующих препаратов состоит
а) в реакции алкилирования
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина – белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК

700. Механизм действия противоопухолевых антибиотиков состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина – белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК

701. Механизм действия антиметаболитов состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина – белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК

702. Механизм действия препаратов растительного происхождения (например, таксола) состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина – белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК

703. Механизм действия производных платины состоит
а) в реакции алкилирования молекул ДНК
б) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
в) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
г) в денатурации тубулина – белка микротрубочек
д) в образовании сшивок молекул ДНК

704. Наиболее часто лекарственная терапия может считаться самостоятельным высокоэффективным методом при лечении
а) рака почки
б) мелкоклеточного рака легкого
в) рака мочевого пузыря

г) рака желудка
д) рака яичников

705. Эффективная предоперационная химиотерапия в ряде случаев может привести
а) к уменьшению объема опухоли
б) к переводу больного в операбельное состояние
в) к возможному сокращению объема оперативного вмешательства
г) ко всему перечисленному
д) верных ответов нет

706. Высокочувствительными к цитостатикам являются:
1) ретинобластома
2) герминогенные опухоли
3) саркома матки
4) саркома Юинга
5) рак вульвы
а) все перечисленное правильно
б) правильно 1, 2 и 3
в) правильно 1, 2 и 4
г) правильно 1, 2 и 5
д) правильно 2, 3, 4

707. Наиболее уязвима для цитостатиков опухолевая клетка, находящаяся в фазе
а) M
б) G_1
в) S
г) G_2
д) G_0

708. К цитостатикам с преимущественно фазово-неспецифическим действием относятся
а) адриамицин
б) платидиам
в) метотрексат
г) алкилирующие агенты
д) правильно все перечисленное

709. К алкилирующим препаратам относятся
а) инфосфамид
б) эмбихин
в) вепезид
г) тио-ТЭФ
д) все перечисленные, кроме в)

710. К противоопухолевым антибиотикам относятся
а) адриамицин
б) митрамицин
в) стрептозотоцин
г) проспидин
д) правильно а) и б)

711. К антиметаболитам относятся
а) фторурацил
б) цитозар

в) хлодитан
г) цитембена
д) правильное ответы все, кроме в)

712. Противопоказанием для назначения антрациклинов является
а) диссеминация опухолевого процесса
б) сердечно-сосудистая недостаточность
в) повышение температуры тела до $37,5^0$С
г) отсутствие одной почки

713. Противопоказанием для применения ифосфамида является
а) геморрагический цистит
б) инфаркт в анамнезе
в) повышение трансаминаз в 2 раза
г) аллергия в анамнезе

714. Целью I фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является
а) определение допустимой для человека разовой и суммарной дозы цитостатика и спектра токсичности
б) изучение противоопухолевой активности цитостатика при разных видах опухоли
в) сравнительное изучение нового агента с другими цитостатиками
г) изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками

715. Целью II фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является
а) определение максимально переносимой дозы цитостатика
б) изучение противоопухолевой активности цитостатика и ее спектра при «сигнальных опухолях» - десяти наиболее часто встречающихся опухолей человека
в) сравнительное изучение с другими цитостатиками
г) изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками

716. Целью III фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является
а) определение максимально переносимой дозы цитостатика
б) изучение противоопухолевой активности цитостатика и ее спектра при «сигнальных опухолях»
в) сравнительное изучение с другими цитостатиками
г) изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками

717. При лечении опухолевых плевритов и асцитов наиболее эффективным способом введения химиопрепаратов является
а) системная химиотерапия
б) регионарная химиотерапия
в) локальная химиотерапия (внутриполостное введение)
г) все методы одинаково эффективны

718. Согласно рекомендации ВОЗ под полным эффектом (полной ремиссией) понимают
а) полную резорбцию опухоли
б) полную резорбцию опухоли сроком не менее, чем на 1 месяц
в) полную резорбцию опухоли сроком не менее, чем на 2 месяца
г) уменьшение опухоли и улучшение состояния больного

719. Согласно рекомендации ВОЗ под частичным эффектом (частичной ремиссией) понимают
а) уменьшение опухоли, улучшение состояния больного

б) уменьшение размеров опухоли > 50%
в) уменьшение размеров опухоли > 50% сроком не менее, чем на 2 месяца

720. Статистически значимое увеличение жизни больных с диссеминированным опухолевым процессом достигается
а) при получении полного эффекта
б) при получении эффекта < 50%
в) при получении субъективного эффекта
г) верно а) и б)

721. Под термином «неоадъювантная химиотерапия» понимают
а) послеоперационную химиотерапию
б) профилактическую химиотерапию
в) оценку эффективности предоперационной химиотерапии по степени лекарственного патоморфоза для определения дальнейшей тактики лечения
г) предоперационную химиотерапию

722. К побочным реакциям химиотерапии относятся
а) тошнота и рвота
б) гипертермия
в) агранулоцитоз
г) нефротоксичность
д) правильно а) и б)

723. К осложнениям химиотерапии относятся
а) диарея
б) анорексия
в) стоматит
г) цистит
д) правильные ответы а), в) и г)

724. Андрогены применяются
а) при раке мочевого пузыря
б) при раке молочной железы
в) при злокачественных опухолях яичника
г) при раке предстательной железы
д) верные ответы б) и г)

725. Эстрогены применяются
а) при раке предстательной железы
б) при злокачественных опухолях яичка
в) при раке яичников
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)

726. Антиэстрогены применяются
а) при раке молочной железы
б) при раке почки
в) при меланоме кожи
г) верно а), б)
д) все ответы верные

727. Антиандрогены применяются

а) при раке предстательной железы
б) при раке почки
в) при злокачественных опухолях яичка
г) при меланоме кожи

728. К средствам неспецифической иммунотерапии относятся
а) БЦЖ
б) зимозан, летинол
в) Poly-A-Poly-И
г) витамины
д) все перечисленное

729. К средствам специфической иммунотерапии относятся
а) ауто- или аллогенная опухолевая клетка, отработанная тем или иным способом с сохранением антигенной структуры клеток
б) интерфероны, лимфокины
в) препараты тимуса
г) все перечисленное

730. Термин «симптоматическая терапия» означает
а) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии
б) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей
в) терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов
г) правильного ответа нет

731. Суточная потребность организма в белках составляет
а) 20-30г в сутки
б) 50-60г в сутки
в) 80-100г в сутки
г) 120-200г в сутки

732. Показанием для применения витамина B_{12} является
а) агастральная анемия
б) анемия при раке желудка
в) токсический полиневрит
г) все перечисленное
д) только а) и б)

733. Наиболее частым возбудителем инфекционных осложнений у онкологических больных является
а) грамотрицательная флора
б) грамположительная форма
в) грибковая флора
г) анаэробы
д) верно все

734. Не рекомендуются следующие сочетания
а) пенициллин + сульфаниламиды
б) пенициллин + тетрациклин
в) оба ответа правильные
г) правильного ответа нет

735. Для лечения вирусных инфекций (herpes zoster) используются
а) карбоницилин
б) бисептол
в) пентамицин
г) зовиракс, препараты интерферона-α

736. К предракам нижней губы относятся:
1) очаговый и диффузный гиперкератоз
2) образивный хейлит Манганноти
3) лейкоплакия
4) кожный рог
5) кератоакантома
6) эритроплакия
7) папиллома
а) правильно все перечисленное
б) правильно все перечисленное, кроме 5, 6
в) правильно все перечисленное, кроме 1, 2 и 6
г) правильно все перечисленное, кроме 3, 5 и 6
д) правильно все перечисленное, кроме 2, 3 и 4

737. Частота рака нижней губы имеет
а) тенденцию к увеличению
б) остается на том же уровне
в) тенденцию к уменьшению

738. К факторам, сказывающим влияние на возникновение рака нижней губы, относятся:
1) курение
2) травма
3) контакт с мышьяковистыми соединениями
4) лучистая энергия
5) климатические условия
6) эндогенные факторы
а) правильно все, кроме 2 и 3
б) правильно все, кроме 5 и 6
в) правильно все, кроме 2 и 4
г) правильно все, кроме 2, 4 и 6
д) правильно все

739. Криодеструкция первичной опухоли нижней губы может применяться
а) при I стадии
б) при IIа стадии
в) при IIб стадии
г) при рецидиве опухоли
д) при всех перечисленных стадиях

740. Операцию Ванаха превентивно целесообразнее выполнять при раке нижней губы
а) IIб стадии
б) IIIб стадии
в) IVа стадии
г) IVб стадии
д) все ответы правильные

741. У больного 70 лет рак нижней губы IIа стадии. Наиболее целесообразный метод лечения
а) близкофокусная рентгенотерапия
б) внутритканевая γ-терапия
в) облучение электронами 4-6 МЭВ
г) контактная аппликационная γ-терапия на шланковом аппарате
д) все ответы правильные

742. Близфокусная рентгенотерапия может быть применена как самостоятельный радикальный метод лечения при раке нижней губы
а) I стадии
б) IIа стадии
в) IIIа стадии
г) при всех стадиях
д) правильные ответы а) и б)

743. Радикальная лучевая терапия рака нижней губы IIIа стадии возможна с помощью
а) близкофокусной рентгенотерапии
б) дистанционной γ-терапии
в) сочетанной лучевой терапией
г) все ответы правильные
д) правильные ответы а) и б)

744. Для лечения регионарных метастазов рака нижней губы применяется
а) близкофокусная рентгенотерапия
б) дистанционная γ-терапия
в) облучение электронами
г) все ответы правильные
д) правильные ответы б) и в)

745. Лучевая терапия регионарных метастазов рака нижней губы используется
а) как самостоятельный радикальный метод
б) как этап комбинированного лечения
в) как паллиативный метод лечения
г) правильно а) и б)
д) правильные ответы б) и в)

746. Показаниями к химиотерапии у больных злокачественными опухолями головы и шеи являются
а) местные неоперабельные рецидивы
б) отдаленные метастазы
в) низкодифференцированные опухоли
г) все перечисленное
д) только а) и б)

747. Адъювантная химиотерапия применяется
а) при раке щитовидной железы
б) при плоскоклеточных опухолях головы и шеи
в) при раке гортани
г) показания для адъювантной химиотерапии не разработаны

748. При опухолях головы и шеи в настоящее время считается наиболее эффективной
а) системная химиотерапия
б) регионарная внутриартериальная инфузия

в) эндолимфатическое введение
г) все методы одинаково эффективны

749. Одной из наиболее эффективной схем применения химиопрепаратов при опухолях головы и шеи является
а) платидиам + 5-фторурацил (инфузия)
б) оливомицин + циклофосфан
в) винбластин + блеомицин
г) циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил

750. Химиотерапия при опухолях головы и шеи может применяться
а) до лучевой терапии
б) одновременно с лучевой терапией
в) после лучевой терапии
г) верно а) и б)
д) все ответы верные

751. Эффективность наиболее активных цитостатиков при плоскоклеточном раке головы и шеи (метотрексат, платидиам, 5-фторурацил) в монохимиотерапии составляет
а) 4-5%
б) 15-30%
в) 50-60%
г) 80-90%
д) более 90%

752. Сочетание платидиама с лучевой терапией при опухолях головы и шеи
а) не улучшает результата
б) улучшает результат лечения
в) улучшение незначительное
г) отмечается значительное улучшение (70% излеченных)

753. Заболеваемость раком слизистой полости рта в РФ
а) снижается
б) стабильная
в) повышается

754. Наибольшая частота рака слизистой полости рта отмечается
а) в государствах Балтии
б) в средней полосе России
в) в Узбекистане
г) в Сибири

755. Наиболее частой морфологической формой злокачественных опухолей слизистой полости рта является
а) плоскоклеточный рак
б) саркома
в) мукоэпидермоидная опухоль
г) цилиндрома
д) недифференцированный рак

756. Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является
а) язык
б) дно полости рта

в) слизистая щеки
г) слизистая мягкого неба
д) слизистая альвеолярного отростка челюсти

757. Наиболее часто рак слизистой оболочки полости рта метастазирует в регионарные лимфатические узлы при локализации
а) в подвижной части языка
б) в корне языка
в) в мягком и твердом небе

758. Превентивное фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи оправдано
а) при раке подвижной части языка Iа стадии
б) при раке подвижной части языка IIа стадии
в) при раке корня языка IIа стадии
г) при раке слизистой дна полости рта IIа стадии

759. При наличии у больного меланомы слизистой мягкого неба предпочтительнее проводить
а) хирургическое лечение
б) лучевое лечение
в) химиотерапию
г) химиолучевое лечение
д) комбинированное лечение (операция и лучевая терапия)

760. Лучевая терапия в лечении рака слизистой полости рта может быть применена
а) как самостоятельный радикальный метод
б) как паллиативный метод
в) как этап комбинированного лечения
г) правильные ответы б) и в)
д) все ответы правильные

761. У больного 55 лет рак IIа стадии боковой поверхности языка в средней трети. Среди вариантов лучевой терапии наиболее предпочтительна
а) дистанционная γ-терапия
б) внутритканевая лучевая терапия
в) сочетанная лучевая терапия
г) правильные ответы б) и в)
д) правильные ответы а) и б)

762. Превентивное облучение регионарных зон (лимфоузлов шеи) при раке языка требует подведения суммарных доз
а) 30 Гр
б) 45-50 Гр
в) 60 Гр
г) правильного ответа нет

763. Среди злокачественных опухолей слюнных желез наиболее часто встречается
а) аденокарцинома
б) плоскоклеточный рак
в) рак из смешанных опухолей
г) мелкоэпидермоидная опухоль
д) цистаденокарцинома

764. Для установления диагноза злокачественной опухоли слюнной железы необходимо выполнить

а) сиалографию
б) биопсию с морфологическим исследованием
в) компьютерную томографию
г) ангиографию

765. У больного 60 лет рак околоушной слюнной железы IIа стадии. Наиболее целесообразным методом лечения является
а) комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией
б) комбинированное лечение с послеоперационной дистанционной лучевой терапией
в) сочетанная лучевая терапия
г) только хирургическое лечение

766. При метастазах в легкие цилиндромами околоушной слюнной железы наиболее эффективна следующая схема химиотерапевтического лечения
а) CAP (циклофосфан + адриамицин + платидиам)
б) CMF (циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил)
в) блеомицин + винбластин
г) оливомицин + циклофосфан

767. К одонтогенным новообразованиям нижней челюсти относятся:
1) амелобластома
2) одонтома
3) адамантинома
4) хондрома
5) одонтогенная фиброма
6) остеома
7) остеопластобластома
8) остеоид-остеома
9) рак челюсти
а) правильно 1, 3, 5, 8
б) правильно 1, 2, 4, 7 и 9
в) правильно 1, 2, 3, 4 и 9
г) правильно 1, 4 и 9
д) все ответы правильные

768. В полости носа из перечисленных злокачественных опухолей встречаются:
1) аденокарцинома
2) плоскоклеточный рак
3) мягкотканые саркомы
4) меланома
5) цилиндрома
6) эстезионтробластома
а) все перечисленные
б) все перечисленные, кроме 1 и 5
в) все перечисленные, кроме 1, 3 и 5
г) все перечисленные, кроме 3, 4 и 6
д) все перечисленные, кроме 4, 5 и 6

769. У больного 65 лет плоскоклеточный рак нижней носовой раковины I стадии. Из методов лучевой терапии ему наиболее целесообразна
а) дистанционная γ-терапия
б) внутритканевая лучевая терапия
в) внутриполостная лучевая терапия

г) сочетанная лучевая терапия (дистанционная γ-терапия + внутриполостная лучевая терапия)

770. Среди новообразований носоглотки встречаются следующие опухоли эпителиальной природы:
1) аденома
2) ангиома
3) краниофарингиома
4) папиллома
5) кератома
6) невринома
а) все перечисленные
б) все перечисленные, кроме 6
в) все перечисленные, кроме 1 и 2
г) все перечисленные, кроме 1, 4 и 6
д) все перечисленные, кроме 2, 3, 5 и 6

771. К новообразованиям носоглотки неэпителиальной природы относятся:
1) аденома
2) ангиома
3) парангиофарингиома
4) папиллома
5) кератома
6) невринома
а) правильно 1, 4 и 6
б) правильно 2, 3, 4, 5
в) правильно 3, 4, 4 и 6
г) правильно 2, 3, 5 и 6

772. Лучевая терапия при опухолях носоглотки используется
а) как радикальный метод лечения
б) как паллиативный метод лечения
в) в комбинации с хирургическим лечением
г) правильно а) и б)
д) правильно б) и в)

773. Облучение регионарных зон при лучевой терапии рака носоглотки
а) обязательно во всех случаях
б) проводится только при верификации метастазов в лимфатических узлах шеи
в) проводится только при подозрении на наличие метастазов в лимфатических узлах шеи
г) облучение регионарных зон нецелесообразно
д) правильные ответы б) и в)

774. Наиболее радиочувствительной среди опухолей носоглотки является
а) плоскоклеточный ороговевающий рак
б) плоскоклеточный рак с высокой степенью лимфатической инфильтрации
в) лимфосаркома
г) правильные ответы а) и б)
д) правильные ответы б) и в)
040. Для лечения рака носоглотки наиболее целесообразен
а) хирургический метод
б) лучевой метод
в) химиотерапия

г) комбинированный (хирургический + лучевая терапия)

775. У больного 65 лет плоскоклеточный низкодифференцированный рак корня языка $T_3N_2M_0$. Наиболее целесообразным методом лечения является
а) резекция языка в сочетании с операцией Крайля
б) сочетанная лучевая терапия
в) дистанционное облучение языка и регионарных зон в сочетании с локальной гипертермией
г) внутритканевая лучевая терапия

776. При раке гортани эффективны следующие химиопрепараты
а) метотрексат
б) проспедин
в) блеомицин
г) верные ответы а) и б)
д) все перечисленные

777. Профилактическая химиотерапия применяется
а) при раке гортани
б) при раке щитовидной железы
в) при злокачественной цилиндроме
г) правильного ответа нет

778. У больного 43 лет плоскоклеточный ороговевающий рак гортани Ia стадии с поражением левой голосовой складки. Ему следует
а) провести самостоятельную дистанционную лучевую терапию
б) провести боковую резекцию гортани с предоперационной лучевой терапией
в) провести боковую резекцию гортани с послеоперационной лучевой терапией
г) выполнить ларингэктомию

779. У больного 60 лет плоскоклеточный неороговевающий рак гортани IIIа стадии, инфильтративная форма с явлениями перихондрита. Ему необходимо
а) ларингэктомия
б) комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
в) комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией
г) самостоятельный полный курс лучевой терапии по радикальной программе

780. Больному 45 лет по поводу плоскоклеточного рака гортани IIIа стадии, с преимущественно экзофитной формой роста, проведено предоперационное облучение в дозе 40 Гр. Через 2 недели отмечено клинически практически полное исчезновение опухоли. Ему следует
а) выполнить резекцию гортани
б) выполнить лагинэктомию
в) продолжить лучевую терапию по радикальной программе
г) наблюдать

781. Заболеваемость раком щитовидной железы в СНГ за последние годы
а) снижается
б) остается на том же уровне
в) растет

782. К наиболее часто встречающимся морфологическим формам рака щитовидной железы относятся
а) папиллярная аденокарцинома
б) фолликулярная аденокарцинома

в) медуллярный рак
г) недифференцированный рак

783. Медуллярный рак щитовидной железы развивается
а) из А-клеток
б) из В-клеток
в) из С-клеток
г) из любой вышеуказанной

784. Частота высокодифференцированных аденокарцином щитовидной железы составляет
а) 10%
б) 20%
в) 50%
г) 70%

785. Частота медуллярного рака щитовидной железы составляет
а) 10%
б) 20%
в) 50%
г) 70%

786. Под понятием «скрытый» рак щитовидной железы подразумевают
а) наличие малых размеров опухоли в ткани щитовидной железы без клинических ее проявлений
б) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи без клинических признаков первичной опухоли
в) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи
г) все ответы правильные

787. Частота регионарного метастазирования рака щитовидной железы составляет
а) от 10 до 20%
б) от 25 до 35%
в) от 40 до 50%
г) от 60 до 80%

788. Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются
а) лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены
б) надключичные
в) паратрахеальные
г) претрахеальные
д) загрудинные

789. Для медуллярного рака щитовидной железы характерно
а) наличие плотных «каменистых» узлов в щитовидной железе
б) диарея
в) синдром Сиппла
г) все вышеперечисленное

790. Этиологическими моментами в развитии рака щитовидной железы следует считать
а) наличие неопластических процессов в ткани щитовидной железы
б) ионизирующее излучение
в) длительную стимуляцию организма повышенным содержанием тиреотропного гормона
г) все вышеперечисленное

791. Минимальным объемом хирургического вмешательства при раке щитовидной железы следует считать

а) энуклиацию узла
б) резекцию доли
в) гемитиреоидэктомию
г) гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка
д) субтотальную резекцию щитовидной железы

792. У больного 55 лет медуллярный рак щитовидной железы $T_3N_1M_0$. Ему наиболее целесообразно

а) выполнить тиреоидэктомию с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи
б) провести комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией на I этапе с последующей тиреоидэктомией и фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи
в) провести комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией с последующим лечением радиоактивным йодом
г) провести самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе

793. У больной 50 лет папиллярный рак щитовидной железы $T_2N_0M_0$ с локализацией в правой доле. Ей следует

а) выполнить субтотальную резекцию
б) провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
в) провести комбинированное лечение с послеоперационной терапией
г) провести самостоятельную лучевую терапию

794. Больному 55 лет произведена гимитиреоидэктомия с резекцией перешейка по поводу аденоматоза щитовидной железы. В двух узлах – фолликулярная аденома. В 1-м (размером в 1см) – папиллярный рак. Ему следует назначить

а) повторную операцию – в объеме тиреоидэктомии
б) профилактическую лучевую терапию
в) профилактическую химиотерапию
г) лечение радиоактивным йодом
д) наблюдение

795. Показаниями для химиотерапии рака щитовидной железы могут быть

а) неоперабельная недифференцированная форма рака
б) быстрорастущая рецидивная опухоль
в) метастазы в отдаленные органы
г) все перечисленное
д) только б) и в)

796. Наиболее эффективными химиотерапевтическим препаратом при раке щитовидной железы является

а) адриамицин
б) циклофосфан
в) блеомицин
г) метотрексат
д) тио-ТЭФ

797. Эффективность адриамицина при раке щитовидной железы составляет

а) 5-10%
б) 25-30%

в) 55-60%
г) 70-75%
д) 90-95%

798. Химиотерапия наиболее эффективна
а) при папиллярном раке щитовидной железы
б) при фолликулярном раке щитовидной железы
в) при низкодифференцированном раке щитовидной железы
г) эффективность не зависит от морфологической структуры

799. У больного 47 лет неоперабельная хемодектома шеи. Ему следует
а) провести дистанционную лучевую терапию по радикальной программе
б) провести дистанционную лучевую терапию с паллиативной целью
в) провести сочетанную лучевую терапию
г) симптоматическое лечение

800. Частота внеорганных опухолей среди всех новообразований шеи составляет
а) от3 до 5%
б) от 20 до 25%
в) от 30 до 40%
г) от 50 до 60%

801. Частота злокачественных опухолей среди внеорганных новообразований шеи составляет
а) от 10 до 15%
б) от 30 до 35%
в) от 40 до 50%
г) свыше 50%

802. Условиями для постановки диагноза «бронхиогенный рак» следует считать
а) локализацию опухоли в верхней трети шеи, боковой ее поверхности
б) наличие клеток плоскоклеточного рака при морфологическом исследовании
в) отсутствие другого первичного рака в течение трех лет после удаления опухоли на шее
г) все вышеперечисленное

803. К дисэмбриональным опухолям шеи следует относить
а) хемодектому
б) хордому
в) бронхиогенный рак
г) менингиому
д) правильные ответы б) и в)
е) все ответы верны

804. К внеорганным опухолям, представителям АРИД-системы, относятся
а) бронхиогенный рак
б) хемодектома
в) медуллярный рак щитовидный железы
г) хордома

805. При локализации опухоли в передне-боковом парафарингеальном пространстве в первую очередь следует исключить новообразования
а) эпителиальной природы
б) нейрогенной природы
в) метастазы рака

г) все перечисленные

806. При локализации опухоли в заднее-боковом парафарингеальном пространстве в первую очередь следует исключить новообразования
а) эпителиальной природы
б) нейрогенной природы
в) мезенхимальной природы
г) метастазы рака

807. Ведущим методом лечения внеорганных опухолей шеи является
а) хирургический
б) лучевой
в) химиотерапия
г) комбинированный

808. Типичным хирургическим доступом к парафарингеальным новообразованиям является
а) наружный шейный доступ
б) чрезротовой
в) комбинированный

809. Ведущим методом в диагностике хемодектом шеи является
а) компьютерная томография
б) ультразвуковая томография
в) ангиография

810. Наиболее часто злокачественные опухоли слюнной железы представлены
а) аденокарциномой
б) плоскоклеточным раком
в) раком из смешанных опухолей
г) мелкоэпидермоидной опухолью
д) цистаденокарциномой

811. Для установления диагноза злокачественной опухоли слюнных желез необходимо выполнить
а) сиалографию
б) пункцию опухоли с последующим цитологическим исследованием
в) компьютерную томографию
г) ангиографию

812. У больного 60 лет рак околоушной слюнной железы IIа стадии. Какой вариант лечения предпочтителен?
а) комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией
б) комбинированное лечение с послеоперационной дистанционной лучевой терапией
в) сочетанная лучевая терапия
г) только хирургическое лечение

813. При метастазах в легкие цилиндромами околоушной слюнной железы наиболее эффективна следующая схема
а) CAP (циклофосфан, адриамицин, платидиам)
б) CMF (циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил)
в) блеомицин + винбластин
г) оливомицин + циклофосфан

814. Уточняющим методом распространенности опухоли уха является
а) рентгенотомография
б) компьютерная томография
в) ангиография

815. Среди новообразований средостения отмечено следующее соотношение доброкачественных и злокачественных форм
а) 3:1
б) 10:1
в) 1:1
г) 1:3
д) 1:10

816. К неврогенным опухолям средостения, исходящим из оболочек нервов, относятся:
1) гангионеврома
2) феохромоцитома
3) хемодектома
4) невринома
5) нейрофиброма
а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 4 и 5
д) правильно 1 и 5

817. Неврогенные опухоли в абсолютном большинстве наблюдений локализуются
а) в реберно-позвоночном углу
б) в центральном средостении
в) в верхних отделах переднего средостения
г) в переднем средостении на уровне основания сердца

818. Неврогенные опухоли в процессе своего развития могут
а) малигнизировать
б) «вызревать» - превращаться из незрелой (злокачественной) в доброкачественную
в) распространяться из средостения на шею
г) проникать в спинномозговой канал и вызывать сдавление спинного мозга
д) все ответы правильные

819. Наиболее часто встречающейся в средостении опухолью мезенхимального происхождения является
а) фиброма
б) липома
в) гемангиома
г) лимфангиома

820. Абдомино-медиастинальная липома встречается
а) преимущественно у мужчин
б) преимущественно у женщин
г) одинаково часто у мужчин и женщин

821. Абдомино-медиастинальная липома локализуется
а) в переднем средостении
б) в заднем средостении

в) одинаково часто в переднем и заднем средостении

822. Ангиосаркома средостения:
1) локализуется преимущественно в переднем средостении
2) локализуется преимущественно в заднем средостении
3) метастазирует преимущественно лимфогенным путем
4) метастазирует, как правило, гематогенно
5) может расти в просвете крупных сосудов
6) никогда не прорастает в кровеносные сосуды
а) правильно 1, 3 и 5
б) правильно 2, 4 и 6
в) правильно 1, 4 и 5
г) правильно 2, 3 и 5
д) правильно 1, 4 и 6

823. Для злокачественных мезенхимом средостения характерным является:
1) быстрый рост
2) медленный рост
3) бурное метастазирование
4) крайне редкое и позднее метастазирование
5) инфильтрация прилежащих структур
6) экспансивный рост
а) правильно 1, 3 и 5
б) правильно 2, 4 и 6
в) правильно 2, 4 и 5
г) правильно 2, 3 и 6
д) правильно 1, 2 и 4

824. При поражении лимфатических узлов средостения злокачественными лимфомами, как правило, поражаются лимфатические узлы
а) в переднем верхнем средостении
б) в центральном средостении
в) в заднем средостении
г) поражаются все группы лимфатических узлов с одинаковой частотой

825. Наиболее часто изолированное поражение лимфатических узлов средостения наблюдается
а) при лимфогранулематозе
б) при лимфосаркоме
в) при ретикулосаркоме
г) при плазмацитоме

826. Для лимфосарком средостения характерны:
1) медленный рост
2) бурный рост опухоли
3) поражение лимфоретикулярной системы
4) гематогенное метастазирование
5) частое развитие медиастинального компрессионного синдрома
6) редкое возникновение этого синдрома
а) правильно 1, 4 и 6
б) правильно 1, 4 и 5
в) правильно 2, 4 и 6
г) правильно 2, 3 и 5
д) правильно 1, 3 и 5

827. Обычно не бывает миастении при форме тимомы
а) эпителиальной
б) лимфоидной
в) лимфоэпителиальной
г) гранулематозной (гигантоклеточной)

828. Злокачественные тимомы метастазируют
а) только лимфогенным путем
б) только гематогенным путем
в) и лимфогенно, и гематогенно
г) не метастазируют вообще

829. Зрелые тератомы средостения
а) чаще встречаются у мужчин
б) чаще встречаются у женщин
в) встречаются одинаково часто и у мужчин, и у женщин

830. Зрелые тератомы средостения располагаются
а) преимущественно в переднем средостении
б) преимущественно в заднем средостении
в) одинаково часто и в переднем, и в заднем средостении

831. Общим для строения зрелых тератом средостения является обязательное наличие в них элементов
а) нервной ткани
б) кожи
в) энтодермы
г) мезодермы
д) всех перечисленных

832. Тератобластомы (незрелые тератомы) средостения могут метастазировать
а) в лимфатические узлы средостения
б) в плевру и легкие
в) в печень
г) в кости
д) во все перечисленные органы

833. Для энтерогенных кист (энтерокистом) средостения характерна локализация
а) в переднем средостении
б) в центральном средостении
в) в заднем средостении
г) в кардио-диафрагмальном углу

834. Энтерогенные кисты средостения сходны по строению
а) со стенкой пищевода
б) со стенкой желудка
в) со стенкой тонкой кишки
г) правильно а) и б)
д) правильные ответы а), б) и в)

835. Целомические кисты перикарда могут
а) сообщаться с полостью перикарда (по типу дивертикула)
б) быть связанными с перикардом облитерированной ножкой или плоскостным

сращением
в) не иметь какой-либо связи с перикардом
г) правильные ответы а) и б)
д) правильно а), б) и в)

836. Стенка бронхиальной кисты может быть представлена
а) многорядным цилиндрическим эпителием
б) соединительной тканью, содержащей слизистые железы
в) гиалиновым хрящом
г) гладкими мышцами
д) все ответы верные

837. Бронхиальные кисты локализуются преимущественно
а) в реберно-позвоночном углу
б) в реберно-диафрагмальном синусе
в) в кардио-диафрагмальном углу
г) в нижних отделах заднего средостения
д) в верхних отделах средостения, вблизи трахеи и крупных бронхов

838. Из передней кишки в период эмбриогенеза развиваются
а) энтерогенные кисты
б) бронхиальные кисты
в) дермоидные кисты
г) целомические кисты перикарда
д) правильные ответы а) и б)

839. Внутригрудной рак щитовидной железы развивается, как правило
а) из смещенных в средостение эмбриональных зачатков щитовидной железы
б) на фоне опустившегося в средостение зоба
в) оба ответы правильные
г) правильного ответа нет

840. Внутригрудной рак щитовидной железы локализуется
а) только загрудинно
б) в любом отделе средостения
в) оба ответы правильные
г) правильного ответа нет

841. Смещение опухоли при кашле, пробе Вальсальвы, при глотании (выявляемое при рентгеноскопии) характерно
а) для «ныряющего» зоба
б) для загрудинного зоба
в) для внутригрудного зоба
г) для всех перечисленных локализаций
д) только для а) и б)

842. Внегонадная семинома средостения встречается
а) исключительно у мужчин
б) исключительно у женщин
в) и у мужчин, и у женщин

843. Внегонадная семинома средостения характеризуется
а) быстрым ростом

б) медленным ростом
в) закономерностей роста не выявляется

844. Хорионэпителиома средостения может приводить к развитию
а) гинекомастии у мужчин
б) атрофии яичек
в) нагрубанию молочных желез у женщин
г) все ответы верные
д) правильного ответа нет

845. При злокачественных новообразованиях средостения чаще, чем при доброкачественных, встречаются
а) синдром сдавления верхней полой вены
б) тахикардия
в) общие симптомы (слабость, недомогание, похудание, отсутствие аппетита, потливость)
г) все перечисленные симптомы
д) только а) и в)

846. Симптом сдавления спинного мозга наиболее часто встречается
а) при мезенхимальных опухолях средостения
б) при тератомах
в) при неврогенных опухолях
г) при злокачественных лимфомах
д) при энтерогенных кистах
е) при менингоцеле

847. Миастения может иметь место у больных
а) тимомой
б) фибромой средостения
в) ганглионевромой средостения
г) феохромоцитомой средостения
д) внегонадной семиномой средостения

848. Наиболее яркой клинической картиной сопровождается развитие следующих групп бронхиальных кист средостения
а) паратрахеобронхиальных
б) параперикардиальных
в) парапищеводных
г) при локализации в заднее-нижних отделах средостения

849. Основанием для установления диагноза злокачественной опухоли средостения является совокупность следующих признаков:
1) быстрые темпы нарастания клинических симптомов
2) медленное, в течение нескольких лет, развитие
3) отсутствие общих симптомов (слабости, похудания, лихорадки, потливости)
4) наличие общих симптомов
5) наличие клинико-рентгенологических симптомов прорастания трахеи, пищевода, крупных сосудов, грудной стенки
6) отсутствие признаков прорастания органов
а) правильно 1, 3 и 6
б) правильно 2, 3 и 6
в) правильно 2, 4 и 6

г) правильно 1, 4 и 5
д) правильно 2, 4 и 5

850. Компрессионный медиастинальный синдром характеризуется следующими клиническими признаками
а) синдромом сдавления верхней полой вены
б) синдромом сдавления нервных стволов
в) синдромом сдавления сердца и крупных артериальных стволов
г) синдромом сдавления трахеи и крупных бронхов

851. Осложненное течение кист средостения определяют
а) нагноение кисты
б) прорыв кисты в трахею
в) пенетрация язв слизистой оболочки кисты в позвоночник, пищевод, аорту
г) нарушение кожных покровов грудной стенки и формирование свища
д) все ответы правильные

852. Свойством изменять свою конфигурацию в фазе максимального вдоха и максимального выдоха, выявляемым при рентгеноскопии, обладают следующие новообразования средостения
а) тератомы
б) тимомы
в) большие однокамерные перикардиальные кисты
г) липомы
д) менингоцеле

853. Равномерное, постепенное уменьшение плотности от центра к периферии образования, выявляемое при рентгенологическом исследовании, характерно
а) для больших однокамерных кист
б) для многокамерных кист
в) для тератобластом
г) для злокачественных лимфом
д) все ответы верные

854. Свойством смещаться при глотательных движениях, выявляемым при рентгеноскопии, могут обладать:
1) «ныряющий» зоб
2) загрудинный зоб
3) паратрахеальные бронхиальные кисты
4) энтерогенные кисты в нижних отделах средостения
5) тератомы переднего средостения
а) правильно 1, 2, 3
б) правильно 2, 3, 4
в) правильно 3, 4, 5
г) правильно 1, 4, 5
д) правильно 2, 4, 5

855. Выявление костных включений в виде зубов или фаланг пальцев в опухоли средостения при рентгенологическом исследовании является патогномоничным симптомом
а) для тимомы
б) для зрелой тератомы
в) для злокачественной лимфомы

г) для энтерокистомы
д) для бронхиальной кисты

856. Выявление петрификатов в опухоли средостения при рентгенологическом исследовании является патогномоничным
а) для злокачественной лимфомы
б) для тимомы
в) для неврогенной опухоли
г) для зрелой тератомы
д) правильного ответа нет

857. Рентгенологическим признаком распространения неврогенной опухоли средостения в спинномозговой канал является
а) интимное прилежание тени опухоли к телам позвонков
б) истончение ребра в области его шейки и угла
в) узурация заднего отдела ребра
г) увеличение диаметра межпозвонкового отверстия

858. Выраженное смещение и сдавление трахеи, пищевода и магистральных сосудов в области верхней апертуры грудной клетки, выявляемое при рентгенологическом исследовании, наиболее характерно
а) для тимомы
б) для злокачественных лимфом средостения
в) для загрудинного зоба
г) для тератомы средостения

859. Рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки в сочетании с внутривенным введением контрастного вещества производится с целью:
1) дифференцирования внутрилегочной локализации опухоли от локализации в средостении
2) установления возможной инфильтрации легочной ткани злокачественной опухолью средостения
3) более четко дифференцировать лимфатические узлы и новообразования средостения от сосудов (крупных венозных стволов)
4) определения возможного прорастания опухоли в просвет верхней полой вены
а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 1 и 4
д) правильно 2 и 4

860. К специальным инструментальным методам рентгенологического исследования, применяемым при новообразованиях средостения, относятся:
1) полипозиционная рентгеноскопия и рентгенография
2) рентгеновская томография
3) пневмомедиастинография
4) рентгенологическое исследование на фоне пневмоторакса
а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 1 и 4
д) правильно 2 и 4

861. Диагностический пневмоперитонеум может применяться при локализациях опухоли
а) в передних отделах верхнего средостения
б) в задних отделах верхнего средостения
в) в средних отделах средостения (на уровне основания сердца)
г) в нижних отделах средостения

862. В диагностике новообразований средостения могут применяться:
1) общая ангиопульмонография
2) азигография
3) верхняя кавография
4) аортография
а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 1, 2 и 3
д) все перечисленные методы

863. Ангиографические методы в диагностике новообразований средостения имеют важное значение
а) для оценки резектабельности
б) для предположительной оценки объема планируемой операции
в) для определения возможных технических осложнений во время операции
г) все ответы верные
д) правильные ответы б) и в)

864. Прескаленная (открытая) биопсия лимфатических узлов при новообразованиях средостения злокачественной лимфомой
а) при подозрении на изолированное поражение лимфатических узлов средостения злокачественной лимфомой
б) при подозрении на злокачественную опухоль средостения
в) при наличии прощупываемых увеличенных лимфоузлов (прескаленных)
г) при наличии прощупываемых увеличенных прескаленных лимфатических узлов при отрицательных результатах пункционной аспирационной или трепанобиопсии

865. Оптимальными условиями выполнения трансторакальной пункции опухоли средостения являются
а) краевая, по отношению к органам средостения, локализация опухоли
б) размеры новообразования не менее 4-5см
в) прилегание новообразования к грудной стенке
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)

866. Трансторакальная пункционная биопсия противопоказана
а) при подозрении на аневризму сердца или аорты
б) при подозрении на кисту переднего средостения, в частности, паразитарную
в) при предположительном диагнозе – опухоль вилочковой железы
г) при предположительном диагнозе – тератобластома
д) верные ответы а) и б)

867. Транстрахеальная или трансбронхиальная пункционная биопсия нецелесообразна
а) при массивном увеличении лимфатических узлов бифуркационной группы
б) при наличии синдрома сдавления верхней полой вены вследствие увеличения паратрахеальных лимфатических узлов

в) при подозрении на бронхиальную или перикардиальную кисту, расположенную в области бифуркации трахеи или паратрахеально
г) верные ответы а) и б)
д) верные ответы а), б), в)

868. При выполнении стандартной медиастиноскопии можно осмотреть и взять прицельную биопсию из новообразований, расположенных
а) в переднем верхнем средостении
б) в нижних отделах средостения (переднего)
в) в области бифуркации и крупных бронхов
г) в заднем средостении
д) верные ответы а) и в)

869. Диагностическая парастернальная медиастинотомия наименее эффективна при локализации новообразования:
1) в верхних отделах переднего средостения
2) в нижних отделах переднего средостения
3) паратрахеально
4) в зоне бифуркации трахеи
5) в заднем средостении
а) все ответы верные
б) верные все ответы, кроме 1
в) верные все ответы, кроме 4, 5
г) верные все ответы, кроме 1, 2
д) верные все ответы, кроме 2 и 3

870. Выполнение парастернальной медиастинотомии включает в себя
а) поперечное рассечение грудины
б) продольное рассечение грудины
в) резекцию хрящевого отдела одного-двух ребер
г) обязательное вскрытие плевральной полости
д) верные ответы б) и г)

871. При новообразованиях средостения диагностическая трахеобронхоскопия в ряде случаев позволяет
а) выявить сдавление и стенозирование трахеи и крупных бронхов
б) выявить косвенные признаки инфильтрации стенки трахеи или бронха злокачественной опухолью
в) определить прямые признаки прорастания злокачественной опухолью стенки трахеи и крупных бронхов
г) верно а), б), в)
д) верные ответы а) и в)

872. У больных с новообразованиями средостения с диагностической целью не может применяться
а) трахеобронхоскопия
б) эзофагоскопия
в) медиастиноскопия
г) торакоскопия
д) нет правильного ответа

873. Морфологическая верификация диагноза до начала лечения необходима у абсолютного большинства больных опухолями средостения, если методом лечения

является
а) хирургический
б) лучевой
в) химиотерапевтический
г) правильные ответы а), б), в)
д) верные ответы б) и в)

874. Оптимальной последовательностью применения хирургических методов диагностики с целью морфологической верификации у больных с предположительным диагнозом злокачественной опухоли верхних отделов переднего средостения является (при неэффективности предшествующего)
а) пункционная аспирационная биопсия - пункционная трепанобиопсия - диагностическая торакотомия
б) пункционная аспирационная трепанобиопсия - медиастиноскопия или парастернальная медиастинотомия - диагностическая торакотомия
в) медиастиноскопия или парастернальная медиастинотомия - диагностическая торакотомия
г) диагностическая торакотомия

875. Дифференциальный диагноз опухолей средостения необходимо проводить
а) с новообразованиями легких и плевры
б) с аневризмой аорты и сердца
в) с релаксацией диафрагмы и новообразованиями грудной стенки
г) все ответы правильные
д) правильные ответы а) и б)

876. Дифференциальный диагноз тимомы наиболее часто приходится проводить
1) с изолированным медиастинальным лимфогранулематозом
2) с невриномой
3) с энтерогенной кистой
4) с тератомой
а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 1 и 4
д) правильно 2 и 4

877. Реакция на α-фетопротеин (реакция Абелева - Татаринова) может быть положительной
а) при тимоме
б) при хемодектоме
в) при зрелой тератоме
г) при незрелой тератоме (тератобластоме) с элементами эмбрионального рака
д) верного ответа нет

878. При хорионэпителиоме средостения или тератобластоме с элементами хоринэпителиомы наиболее информативным исследованием, кроме морфологического подтверждения диагноза, является определение в сыворотке крови и моче
а) уровня катехоламинов
б) раково-эмбрионального антигена
в) хорионического гонадотропина
г) все ответы верные

д) правильного ответа нет

879. Изолированное поражение лимфатических узлов средостения метастазами наиболее часто отмечается:
1) при раке почки
2) при опухолях яичка
3) при хорионэпителиоме матки
4) при остеогенной саркоме
а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 1 и 4
д) правильно 2 и 4

880. Изолированное поражение лимфатических узлов средостения может иметь место
а) при медиастинальной форме рака легкого
б) при саркоидозе Бека
в) при туберкулезном лимфадените
г) при лимфогранулематозе
д) все ответы верные

881. После выявления новообразования средостения при рентгенологическом обследовании оптимальным является
а) динамическое наблюдение
б) проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
в) госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода лечения
г) назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

882. Активная хирургическая тактика у больных с доброкачественными новообразованиями средостения оправдана в связи
а) с возможностью малигнизации
б) с развитием компрессионного медиастинального синдрома
в) с возможностью развития опасных для жизни осложнений
г) все ответы верные
д) правильные ответы б) и в)

883. Абсолютными противопоказаниями к хирургическому лечению, обусловленными особенностями роста и распространения новообразования средостения, являются
а) отдаленные метастазы в лимфоузлы или органы
б) диссеминация опухоли по плевре с возникновением плеврита
в) врастание опухоли на большом протяжении в трахею и крупные сосуды
г) прорастание опухолью перикарда
д) все ответы верные, кроме г)

884. При злокачественных новообразованиях средостения могут выполняться следующие операции
а) удаление опухоли и регионарных лимфатических узлов
б) комбинированные операции
в) паллиативные операции
г) все ответы верные
д) верные ответы а) и б)

885. Для лечения доброкачественных тератом, тимом, фибром, липом и нейрогенных

опухолей средостения применяется
а) хирургический метод
б) лучевое лечение
в) противоопухолевая лекарственная терапия
г) комбинированное лечение

886. Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей средостения может применяться
а) в качестве самостоятельного метода
б) в комбинации с хирургическим методом
в) в сочетании с противоопухолевой химиотерапией
г) все ответы верные
д) верные ответы б) и в)

887. Показаниями к применению лучевой терапии (в качестве самостоятельного метода или в сочетании с химиотерапией) у больных с новообразованиями средостения являются:
1) локальные и локально-регионарные формы злокачественных лимфом
2) инфильтративные формы злокачественных тимом
3) инфильтративные тератобластомы
4) невриномы и нейрофибромы
5) энтерогенные и бронхиальные кисты
а) все ответы верные
б) верные все ответы, кроме 5
в) верные все ответы, кроме 4 и 5
г) верные все ответы, кроме 1 и 2
д) верные все ответы, кроме 2 и 3

888. Проведение лучевой и лекарственной терапии (или их сочетание) без морфологической верификации диагноза у больного опухолью средостения возможно в ряде случаев при наличии следующих характеристик опухолевого процесса:
1) молодой возраст
2) длительное существование опухоли (анамнез)
3) четкие округлые контуры
4) быстрые темпы клинического развития при наличии общих симптомов
5) выраженное сдавление или признаки прорастания крупных сосудов и органов средостения
6) локализация в переднем средостении и полициклические контуры
а) правильно 1 и 2
б) правильно 1, 2 и 3
в) правильно 1, 2 и 6
г) правильно 2, 3 и 6
д) правильно 4, 5 и 6

889. При хирургическом лечение новообразований средостения могут применяться следующие торакотомные и трансстернальные оперативные доступы:
1) заднее-боковой
2) боковой
3) трансстернальный продольный
4) трансстернальный поперечный
5) чрездвуплевральный
а) все перечисленные

б) все перечисленные, кроме 5
в) все перечисленные, кроме 4, 5
г) все перечисленные, кроме 2 и 4
д) все перечисленные, кроме 3 и 5

890. Наилучшие отдаленные результаты лечения злокачественных тимом получены
а) при хирургическом лечении
б) при лучевом лечении
в) при химиотерапии
г) при комбинированном лечении (операция + лучевая терапия)

891. Свойствами, определяющими особенности хирургического лечения опухолей вилочковой железы, являются:
1) возможность миастенического синдрома
2) отсутствие возможности миастении
3) возможность малигнизации
4) отсутствие малигнизации
а) правильно 1 и 3
б) правильно 1 и 4
в) правильно 2 и 3
г) правильно 2 и 4

892. Наиболее часто неврологические осложнения возникают после операций по поводу
а) тератом средостения
б) неврином средостения
в) липом средостения
г) тимом средостения
д) кист перикарда

893. Одним из главных осложнений, возникающих после операций по поводу тимомы при наличии миастенического синдрома, является
а) острая сердечно-сосудистая недостаточность
б) острая дыхательная недостаточность
в) пневмония
г) медиастинит

894. Лучевая терапия как самостоятельный метод лечения или в сочетании с лекарственным наиболее целесообразна
а) при лимфосаркоме средостения
б) при лимфогранулематозе
в) при доброкачественной тимоме
г) правильные все ответы
д) правильные ответы а) и б)

895. Лучевая терапия в комбинированном лечении злокачественных опухолей средостения наиболее часто используются при опухолях
а) вилочковой железы
б) нейрофибросаркоме
в) фибросаркоме
г) все ответы правильные

896. Выбор препаратов для лекарственного метода лечения новообразования средостения определяет

а) величина первичной опухоли
б) локализация опухоли
в) гистологическая структура опухоли
г) все ответы верны
д) верные ответы а) и б)

897. Химиотерапия чаще всего может быть самостоятельным методом лечения
а) при эпителиальной тимоме
б) при гранулематозной тимоме
в) при лейомиосаркоме
г) при нейробластоме

898. К доброкачественным опухолям пищевода эпителиального происхождения относятся все перечисленные, кроме
а) полипов
б) аденом
в) папиллом
г) лейомиом

899. В стенке пищевода могут развиваться
а) ретенционные кисты
б) энтерогенные кисты
в) бронхогенные кисты
г) паразитарные кисты
д) все перечисленные кисты

900. В просвет пищевода растут, как правило, все перечисленные опухоли, кроме
а) аденом
б) папиллом
в) полипов
г) лейомиом

901. Наиболее часто встречающимися симптомами доброкачественных опухолей пищевода являются
а) дисфагия
б) боль за грудиной или в эпигастральной области
в) респираторные нарушения
г) правильные ответы а) и б)
д) правильные ответы б) и в)

902. Наиболее часто доброкачественные неэпителиальные новообразования пищевода встречаются
а) в нижней трети
б) в среднегрудном отделе
в) в верхней трети
г) встречаются одинаково часто во всех отделах

903. Большинство внутрипросветных доброкачественных опухолей пищевода локализуются
а) в верхней половине пищевода
б) в нижней половине пищевода
в) в абдоминальном сегменте пищевода
г) встречаются с одинаковой частотой во всех отделах

904. Основными методами диагностики доброкачественных опухолей пищевода являются:
1) рентгенологический
2) эндоскопический
3) радиоизотопный
4) трахеобронхоскопия
а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 1 и 3
д) правильно 1 и 4

905. Характерным рентгеноморфологическим признаком доброкачественной внутрипросветной опухоли пищевода размером 4-5см является расширение его просвета
а) над опухолью
б) на уровне опухоли
в) ниже опухоли
г) нет правильного ответа

906. Смещение опухоли в просвете пищевода при рентгенологическом исследовании чаще всего свидетельствует в пользу
а) лейомиомы
б) аденомы
в) полипа
г) кисты

907. Биопсия доброкачественных опухолей пищевода применяется
а) должна выполняться у каждого больного
б) не должна выполняться никогда
в) возможна только при интактной слизистой
г) возможна только при поврежденной слизистой

908. При лечении доброкачественных опухолей пищевода применяется
а) хирургическое лечение
б) лучевое лечение
в) химиотерапия
г) комбинированное лечение

909. Оптимальным вариантом хирургического вмешательства по поводу лейомиомы пищевода является
а) эндоскопическое удаление
б) энуклеация опухоли с сохранением слизистой оболочки
в) сегментарная резекция пищевода
г) субтотальная резекция пищевода

910. Заболеваемость раком пищевода в СНГ:
1) увеличивается
2) остается стабильной
3) одинаковая в разных регионах
4) имеются значительные территориальные различия
а) правильно 1 и 3
б) правильно 1 и 4
в) правильно 2 и 3

г) правильно 2 и 4

911. Раком пищевода
а) чаще болеют мужчины
б) чаще болеют женщины
в) частота поражения не связана с полом

912. Рак пищевода чаще встречается в возрасте
а) 30-40 лет
б) 40-50 лет
в) 50-60 лет
г) 60-70 лет

913. Определенное влияние на частоту заболеваемости раком пищевода оказывает
а) курение
б) регулярное употребление крепких спиртных напитков
в) регулярное применение в пищу строганины (замороженной рыбы)
г) все выше указанные факторы

914. Увеличение заболеваемости раком пищевода отмечено среди коренного населения
а) высокогорий
б) пустынь
в) по побережью Северного Ледовитого океана
г) все ответы верные

915. К предопухолевым заболеваниям с повышенным риском возникновения на их фоне рака пищевода относятся:
1) рубцовая стриктура
2) ахалазия
3) синдром Пламмера-Винсона
4) пищевод Барретта
5) кератодермия (семейный гиперкератоз ладоней и стоп)
а) все ответы верные
б) верные все, кроме 5
в) верные все, кроме 4 и 5
г) верные все, кроме 2 и 3
д) верные все, кроме 1 и 5

916. Наиболее часто железистый рак пищевода развивается на фоне
а) рубцовой стриктуры
б) синдрома Пламмера-Винсона
в) пищевода Барретта
г) семейного гиперкератоза ладоней и стоп

917. Синдром Пламмера-Винсона характеризуется всем перечисленным, кроме
а) атрофии слизистой оболочки полости рта, глотки и пищевода
б) дисфагии
в) гипохромной железодефицитной анемии
г) меланиновой пигментации слизистой полости рта

918. Рак пищевода чаще всего поражает
а) верхнюю треть
б) среднюю треть

в) нижнюю треть
г) одинаково часто развивается в любом отделе пищевода

919. Плоскоклеточный рак среди заболевших раком пищевода встречается примерно
а) у 20% больных
б) у 40% больных
в) у 60% больных
г) у 90% больных

920. Метастатическое поражение лимфатических узлов ниже диафрагмы может иметь место при локализации рака
а) в верхнегрудном отделе пищевода
б) в среднегрудном отделе пищевода
в) в нижнегрудном отделе пищевода
г) верные ответы б) и в)
д) верные все ответы

921. Гематогенные метастазы при раке пищевода могут наблюдаться
а) в печени
б) в легких
в) в почках
г) в костях
д) верные все ответы

922. При раке нижней трети пищевода метастазирование возможно в следующие группы лимфатических узлов
а) околопищеводные
б) нижние трахеобронхиальные
в) околокардиальные
г) левые желудочные
д) во все перечисленные группы

923. При раке пищевода возможны следующие анатомические типы роста опухоли
а) язвенный
б) узловой (бородавчато-папилломатозный)
в) инфильтрирующий
г) все ответы верные

924. Главным критерием «раннего» рака пищевода является
а) размеры опухоли
б) анатомический тип роста опухоли
в) глубина инвазии опухолевой стенки
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)

925. I стадию рака пищевода характеризуют следующие размеры опухоли
а) до 3см
б) 4-5см
в) 6-8см
г) более 8см

926. При I стадии рака пищевода опухолевая инфильтрация распространяется
а) на слизистый слой

б) на слизистый и подслизистый слой
в) на слизистый, подслизистый и мышечный слои
г) все слои пищевода, включая адвентицию

927. Регионарные метастазы при I стадии рака пищевода
а) отсутствуют
б) единичные в околопищеводных лимфатических узлах
в) поражают все группы регионарных лимфатических узлов

928. Опухоль (рак пищевода) протяженностью 3-5см с инфильтрацией слизисто-подслизистого слоя и отсутствием регионарных метастазов относится
а) к I стадии
б) к IIа стадии
в) к IIб стадии
г) к IIIа стадии
д) к IIIб стадии

929. Рак пищевода, инфильтрирующий стенку органа до мышечного слоя включительно при наличии одиночных регионарных и отсутствии отдаленных метастазов, соответствует следующей характеристике по системе TNM
а) T_1 N_1 M_0
б) T_2 N_1 M_0
в) T_3 N_0 M_0
г) T_4 N_0 M_0

930. Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является
а) повышенное слюноотделение
б) тошнота
в) дисфагия
г) рвота

931. Дисфагия при раке пищевод может иметь
а) рефлекторный характер
б) стойкий характер, обусловленный обтурацией опухолью
в) смешанный рефлекторный и механический характер
г) все ответы верные

932. Боли при раке пищевода могут локализоваться в области
а) шеи
б) грудной клетки
в) эпигастрия
г) все ответы верные
д) верные ответы б) и в)

933. Клиническими проявлениями рака пищевода могут быть
а) охриплость
б) кашель
в) эмпиема плевры
г) медиастинит
д) все ответы верные

934. Известны следующие клинические «маски» рака пищевода (А.И.Рудерман)
а) ларинго-трахеальная и плевро-пульмональная

б) сердечная
в) гастритическая
г) невралгическая
д) все ответы верные

935. Симптомы глоточной недостаточности вследствие поражения нервного аппарата глотки развиваются, как правило, при раке
а) шейного и верхнегрудного отделов пищевода
б) среднегрудного отдела пищевода
в) нижнегрудного отдела пищевода
г) абдоминального сегмента пищевода

936. Стенокардитическая и гастритическая клинические маски рака пищевода наиболее часто наблюдаются при локализации раковой опухоли
а) в шейном отделе пищевода
б) в верхнегрудном отделе пищевода
в) в среднегрудном отделе пищевода
г) в нижнегрудном и абдоминальном отделах пищевода

937. К рентгеноморфологическим признакам рака пищевода относятся
а) нарушение акта глотания
б) изменение эластичности стенки пищевода
в) неровность контура пищевода
г) деформация рельефа слизистой
д) правильные ответы в) и г)

938. Расширение просвета пищевода при раке на уровне опухоли отмечается, как правило
а) при полиповидной форме роста
б) при язвенно-инфильтративной форме роста
в) при скиррозной форме роста
г) при эндофитном типе роста

939. С целью установления признаков выхода злокачественной опухоли пищевода за пределы стенки пищевода могут применяться
а) респираторная полиграфия
б) париетография
в) париетотомография
г) рентгеновская компьютерная томография
д) все ответы верные

940. Биопсия опухоли при раке пищевода, выполненная во время эндоскопического исследования, с последующим гистологическим и цитологическим исследованием позволяет морфологически верифицировать диагноз
а) у 95-98% больных
б) у 70-95% больных
в) у 45-50% больных
г) у 25-30% больных

941. Внутристеночные просовидные метастазы в подслизистом слое при раке пищевода могут быть выявлены только
а) при рентгенографии пищевода
б) при рентгеновской, компьютерной томографии
в) при париетографии

г) при эзофагоскопии

942. Трахеобронхоскопия при раке пищевода позволяет выявить
а) косвенные признаки вовлечения в опухолевой процесс трахеи, бронха
б) прямые признаки прорастания опухоли в трахею, бронх
в) признаки увеличения лимфатических узлов средостения и бифуркационной группы
г) все ответы верные
д) верные ответы а) и б)

943. Главной задачей сканирования с применением радиоактивного фосфора при раке пищевода является
а) дифференциальная диагностика
б) определение внутриорганной распространенности опухоли
в) определение внеорганной распространенности опухоли
г) выявление метастазов в регионарных лимфатических узлах

944. С целью определения возможного выхода рака пищевода за пределы органа на фоне введенного в средостение воздуха или газа применяются
а) париетография и паркетомография
б) респираторная полиграфия
в) пневмоэзофаготомография
г) рентгеновская компьютерная томография
д) правильные ответы а) и в)

945. Рентгеновская компьютерная томография при раке пищевода может применяться с целью определения
а) выхода опухоли за пределы пищевода
б) прорастания первичной опухоли в окружающие органы
в) состояния лимфатических узлов средостения и брюшной полости
г) очаговых изменений в печени
д) всего перечисленного

946. С целью уточнения распространенности опухолевого процесса при раке пищевода могут применяться
а) прескаленная биопсия
б) медиастиноскопия
в) лапароскопия
г) лапаротомия
д) все перечисленное

947.Дифференциальный диагноз рака пищевода в ряде случаев приходится проводить:
1) с кардиоспазмом
2) с пептическими язвами
3) с рубцовой стриктурой
4) с доброкачественными опухолями
5) с дивертикулами
а) правильно все перечисленное
б) правильно все перечисленное, кроме 5
в) правильно все перечисленное, кроме 1 и 3
г) правильно все перечисленное, кроме 2 и 3
д) правильно все перечисленное, кроме 1 и 4

948. Из группы заболеваний внепищеводной локализации рак пищевода иногда

приходится дифференцировать
а) с аномалией крупных сосудов, отходящих от дуги аорты
б) с праволежащей дугой аорты
в) с хроническим склерозирующим медиастинитом
г) все ответы верные
д) верные ответы а) и б)

949. Хирургический метод лечения применяется в основном при лечении рака
а) шейного отдела пищевода
б) верхнегрудного отдела пищевода
в) нижнегрудного отдела пищевода
г) абдоминального отдела пищевода
д) правильные ответы в) и г)

950. В соответствии с официальным указанием по организации онкологической помощи (Ленинград, 1984г.) лучевое лечение в качестве самостоятельного метода рекомендуется при раке пищевода
а) шейного отдела
б) верхнегрудного отдела
в) нижнегрудного отдела
г) абдоминального отдела
д) шейного и верхнегрудного отдела

951. К хирургическим вмешательствам по поводу рака пищевода с одномоментной пластикой перемещенным желудком относятся все перечисленные методы, кроме
а) операции Жиано-Гальперна-Гаврилиу
б) операции Осавы-Герлока
в) операции типа Льюиса
г) операции Киршнера-Накаямы

952. Операция по методу Жиано-Гальперна-Гаврилиу при раке пищевода может быть выполнена в следующих вариантах
а) одномоментная резекция пищевода и пластика
б) резекция и отсроченная эзофагопластика
в) первичная эзофагопластика с последующей резекцией пищевода
г) все ответы верные

953. Перемещенный в грудную полость желудок с целью одномоментной эзофагопластики (цельный или резецированный) после резекции пищевода по поводу рака локализуется в заднем средостении при операции
а) Льюиса
б) Осавы-Герлока
в) Киршнера-Накаямы
г) Ваддена-Сканнела
д) правильные ответы а) и б)

954. При операции Киршнера-Накаямы мобилизованный желудок размещается
а) под кожей впереди грудины
б) загрудинно в переднем средостении
в) в заднем средостении
г) нет правильного ответа

955. С целью эзофагопластики после операции Добромыслова-Торека применяют в

настоящее время
а) пластику тонкой кишки
б) пластику толстой кишки
в) пластику желудком
г) пластику анти- и изоперистальтическими стеблями из большой кривизны желудка
д) все ответы верные

956. В соответствии с официальными указаниями по организации онкологической помощи МЗ СССР (Ленинград, 1984г.) при раке среднегрудного отдела пищевода предпочтение следует отдать операции
а) типа Льюиса
б) Осавы-Герлока
в) Добромыслова-Торека
г) рекомендуется применять все типы указанных операций

957. Многоэтапное хирургическое или комбинированное (операция + лучевое лечение) лечение больных раком пищевода
а) увеличивает сроки лечения
б) сокращает сроки лечения
в) на сроки лечения не влияет

958. Многоэтапное хирургическое или комбинированное (операция + лучевая терапия) лечение больных раком пищевода
а) увеличивает радикализм хирургического вмешательства
б) не увеличивает радикализм хирургического вмешательства
в) влияет на радикализм операции лишь при ранних стадиях поражения

959. Резекция пищевода по поводу рака с одномоментной эзофагопластикой перемещенным желудком
а) сокращает сроки лечения
б) увеличивает сроки лечения
в) на сроки лечения не влияет

960. Резекция пищевода по поводу рака с одномоментной эзофагопластикой перемещенным желудком с точки зрения завершенности хирургического лечения
а) увеличивает физические затраты больного и хирурга
б) значительно уменьшает физические затраты больного и хирурга
в) на физические затраты больного и хирурга не влияет

961. При резекции или экстирпации пищевода по поводу рака нижнегрудного отдела пищевода с ним должны быть удалены все перечисленные лимфатические узлы, кроме
а) бифуркационных
б) околопищеводных
в) паракардиальных
г) левых желудочных
д) передних средостенных

962. Предоперационная лучевая терапия разовой очаговой дозы 2Гр до СОД 35-40Гр при комбинированном лечении рака пищевода имеет следующие цели
а) повреждение или девитализацию клеток опухоли
б) частичную или полную (в зависимости от радиочувствительности) регрессию опухоли

в) повреждение субклинических метастазов в окружающей жировой клетчатке и регионарных лимфатических узлах
г) все ответы верные

963. При проведении комбинированного лечения рака нижнегрудного отдела пищевода (лучевая терапия + операция) в объем облучения целесообразно включать
а) часть среднегрудного отдела пищевода с прилегающей жировой клетчаткой и лимфатическими узлами
б) нижнегрудной отдел пищевода с прилегающей жировой клетчаткой и лимфатическими узлами
в) поддиафрагмальный сегмент пищевода вплоть до кардии, включая паракардиальные и левые желудочные лимфатические узлы
г) правильные ответы а) и б)
д) все ответы верные

964. Предоперационная лучевая терапия при комбинированном лечении рака может быть проведена по методике
а) укрупненного фракционирования дозы (по 4Гр 5 раз в неделю, СОД – 20Гр)
б) классического фракционирования дозы (по 2Гр 5 раз в неделю, СОД – 35-40Гр)
в) динамического фракционирования дозы
г) все указанные методики могут быть использованы
д) правильные ответы а) и б)

965. Методика классического фракционирования дозы лучевой терапии при комбинированном лечении рака пищевода наиболее целесообразна
а) при I стадии
б) при II стадии
в) при III стадии
г) при всех перечисленных стадиях

966. Наиболее распространенной паллиативной операцией, применяемой при раке пищевода, является
а) операция Добромыслова-Торека
б) гастростомия
в) реканализация опухоли
г) обходные анастомозы

967. Реканализация опухоли при раке пищевода может быть осуществлена
а) с помощью трубки во время лапаротомии и гастротомии
б) во время торакотомии и эзофаготомии
в) путем лазерной деструкции (испарения) опухоли во время эзофагоскопии
г) с помощью интубационной трубки во время эндоскопии
д) всеми вышеперечисленными методами

968. При применении комбинированного лечения рака пищевода (предоперационная лучевая терапия + хирургическое лечение) отмечается тенденция
а) к увеличению количества и тяжести послеоперационных осложнений
б) к уменьшению количества и тяжести послеоперационных осложнений
в) четкой тенденции не отмечается

969. При применении комбинированного лечения рака пищевода (предоперационная лучевая терапия + хирургическое лечение) имеет место
а) ухудшение отдаленных результатов

б) улучшение отдаленных результатов
в) четкой тенденции не выявляется

970. Одним из наиболее частых послеоперационных осложнений, сопровождающих одномоментные операции при раке пищевода и приводящих больных к смерти, является
а) послеоперационная пневмония
б) тромбоэмболия легочной артерии
в) недостаточность швов пищеводного соустья и гнойные осложнения (эмпиема и медиастинит без свища)
г) надпочечниковая недостаточность

971. Послеоперационная летальность после резекции пищевода по поводу рака увеличивается
а) при локализации рака в пределах органа
б) при распространении опухоли на прилежащие структуры
в) существенной зависимости не выявляется

972. Послеоперационная летальность после резекции пищевода по поводу рака увеличивается при локализации опухоли
а) в абдоминальном сегменте
б) в верхнегрудном отделе
в) существенной зависимости не выявляется

973. Наиболее часто лучевая терапия рака пищевода в качестве самостоятельного метода применяется при локализации опухоли
а) в шейном отделе пищевода
б) в верхнегрудном отделе пищевода
в) в среднегрудном отделе пищевода
г) в нижнегрудном отделе пищевода
д) в верхнегрудном и шейном отделах пищевода

974. У больного 80 лет рак среднегрудного отдела пищевода IIб стадии. Наиболее предпочтительным методом лечения является
а) оперативное лечение
б) комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
в) комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией
г) самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе

975. У больного 50 лет рак пищевода на уровне нижнегрудного и метастазами в параэзофагеальные лимфатические узлы отдела, протяженностью 4см с начальными проявлениями дисфагии. Адекватными методами лечения можно считать все перечисленные, кроме
а) самостоятельного курса лучевой терапии по радикальной программе
б) оперативного лечения
в) комбинированного лечения с предоперационной лучевой терапией
г) комбинированного лечения с послеоперационной лучевой терапией

976. Интенсивный короткий курс предоперационной лучевой терапии целесообразен при локализации опухоли
а) в среднегрудном или нижнегрудном отделе пищевода
б) в верхнегрудном отделе пищевода
в) локализация опухоли существенного значения не имеет

977. Интенсивный короткий курс предоперационной лучевой терапией предпочтителен при размерах опухоли
а) меньше 5см
б) более 5см
в) размеры опухоли существенного значения не имеют

978. Расщепленный курс лучевой терапии при раке пищевода способствует
а) повышению эффективности метода
б) улучшению переносимости курса лечения
в) снижению реакции на облучение со стороны нормальных тканей
г) все ответы правильные
д) правильные ответы б) и в)

979. При самостоятельном курсе лучевой терапии рака пищевода не рекомендуется применение
а) крупных фракций
б) динамических режимов фракционирования дозы
в) мультифракционирование
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет

980. Абсолютным противопоказанием к лучевой терапии рака пищевода является
а) протяженность поражения более 8см
б) наличие изъязвления опухоли
в) выраженная дисфагия
г) рентгенологически и эндоскопически определяемые признаки перфорации
д) все перечисленное

981. У больного 56 лет через год после лучевой терапии рака среднегрудного отдела пищевода СОД 60Гр возник рецидив на границе верхне- и среднегрудного отдела протяженностью 3см. В этом случае
а) лучевая терапия противопоказана
б) лучевая терапия возможна, но нецелесообразна
в) лучевая терапия показана в радикальном варианте
г) лучевая терапия показана в паллиативном варианте

982. Химиотерапия при раке пищевода
а) обладает высокой эффективностью
б) может использоваться с таким же успехом, как и лучевая терапия
в) малоэффективна
г) не применяется

983. Наиболее эффективны при раке пищевода все препараты, за исключением
а) митомицина С
б) адриамицина
в) цисплатина
г) винбластина

984. Эффективность химиотерапии при раке пищевода составляет
а) 5-10%
б) 20-28%
в) 50-60%

г) 90-100%
д) химиотерапия неэффективна

985. От всех опухолей легких доброкачественные составляют
а) менее 1-2%
б) 7-10%
в) 25-30%
г) до 40%

986. К эпителиальным доброкачественным опухолям легких относятся все перечисленные, кроме
а) папилломы бронха
б) аденомы бронха
в) сосудистой эндотелиомы
г) железистого полипа

987. К центральным доброкачественным опухолям легких относятся
а) опухоли главных бронхов
б) опухоли долевых бронхов
в) опухоли сегментарных бронхов
г) все перечисленные
д) ни одна из перечисленных

988. Доброкачественные опухоли легких могут иметь
а) эпителиальное происхождение
б) нейроэктодермальное происхождение
в) мезодермальное происхождение
г) дисэмбриогенетическое (гамартомы, тератомы)
д) все ответы верные

989. Клапанный или вентильный бронхостеноз соответствует
а) I степени нарушения бронхиальной проходимости (по Джексону)
б) II степени
в) III степени

990. Осложнениями доброкачественных опухолей легких могут быть:
1) ателектаз
2) пневмофиброз
3) бронхоэктазы
4) абсцедирующая пневмония
5) кровотечение
а) все перечисленные
б) все перечисленные, кроме 5
в) все перечисленные, кроме 1 и 2
г) все перечисленные, кроме 3 и 4
д) все перечисленные, кроме 2 и 3

991. Центральные доброкачественные опухоли легких чаще всего развиваются
а) в главных и долевых бронхах
б) в сегментарных бронхах
в) в бронхах V-VI порядка
г) в бронхиолах

992. Центральные доброкачественные опухоли легких растут преимущественно
а) эндобронхиально
б) интрамурально
в) экстрабронхиально (экзобронхиально)
г) все типы роста встречаются с одинаковой частотой

993. Большинство доброкачественных центральных опухолей легких составляют
а) аденомы бронха
б) папилломы бронха
в) сосудистые опухоли
г) тератомы

994. Большинство периферических доброкачественных опухолей легких составляют
а) фибромы
б) тератомы
в) гамартомы
г) аденомы

995. Бронхография наиболее целесообразна у больных
а) периферическими доброкачественными опухолями легких
б) центральными доброкачественными опухолями легких
в) и теми, и другими
г) не выполняется никогда

996. Бронхография позволяет уточнить
а) локализацию, подвижность опухоли
б) гистогенез опухоли, ее доброкачественный или злокачественный характер
в) и то, и другое

997. Доброкачественные опухоли легких встречаются у мужчин и женщин в соотношении приблизительно
а) 10:1
б) 5:1
в) 1:1
г) 1:5
д) 1:10

998. Доброкачественные опухоли встречаются преимущественно в возрасте
а) до 50 лет
б) 51-60 лет
в) 61-70 лет
г) 71-80 лет
д) старше 80 лет

999. Клинические симптомы и тяжесть клинической картины при центральных доброкачественных опухолях легких и наибольшей степени выражены
а) при I степени нарушения бронхиальной проходимости
б) при II степени нарушения бронхиальной проходимости
в) при III степени нарушения бронхиальной проходимости
г) выражены всегда одинаково, независимо от степени нарушения бронхиальной проходимости

1000. Кровохаркание как симптом центральных доброкачественных опухолей легких

а) не встречается
б) встречается крайне редко
в) встречается крайне часто

1001. В случае кровотечения при центральных доброкачественных опухолях легких кровь наиболее часто выявляется в виде
а) прожилок крови в мокроте
б) алой (или темной) крови
в) оба вида кровохаркания встречаются с одинаковой частотой

1002. Для обтурационной пневмонии с абсцедированием, осложнившей течение доброкачественной опухоли центрального или долевого бронхов, характерным является
а) длительное, стойкое повышение температуры с признаками интоксикации
б) кратковременное повышение температуры без признаков интоксикации
в) характерны оба варианта

1003. При обтурационной пневмонии с абсцедированием, осложнившей течение доброкачественной опухоли центрального или долевого бронхов, антибактериальная и противовоспалительная терапия
а) высокоэффективна
б) малоэффективна
в) четкая зависимость отсутствует

1004. Частота обнаружения тени доброкачественной опухоли в просвете бронха наиболее высока при выполнении
а) рентгеноскопии
б) обзорной рентгенографии
в) томографии
г) все методы одинаково информативны

1005. Богатая васкуляризация опухоли, выявляемая при бронхиальной артериографии, характерна для следующих доброкачественных новообразований легких:
1) ангиом
2) аденом
3) липом
4) лейомиом
5) тератом
а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 4 и 5

1006. Решающим методом диагностики центральных доброкачественных опухолей легкого является
а) рентгеноскопия
б) рентгенография
в) томография
г) бронхография
д) фибробронхоскопия с биопсией

1007. Дифференциальный диагноз доброкачественной периферической опухоли легкого необходимо проводить

а) с периферическим раком
б) с туберкулемой
в) с кистой
г) с аспергилломой
д) со всеми перечисленными

1008. Катетеризационный (при бронхоскопии) и пункционный (трансбронхиальный, трансторакальный) методы биопсии целесообразны, когда дифференциальный диагноз проводится между периферической доброкачественной опухолью легких
а) и бронхогенной кистой
б) и энтерогенной кистой
в) и паразитарной кистой
г) и периферическим раком легких

1009. Противопоказаниями к попыткам полного удаления доброкачественной опухоли легких через бронхоскоп являются все перечисленные, кроме
а) интрамурального или экзобронхиального (экстрабронхиального) типа роста
б) обильной ее васкуляризации
в) подозрения на озлокачествление
г) локализации небольшой опухоли на узком основании (ножке) в главном бронхе

1010. При центральных доброкачественных опухолях легких диагностическая бронхотомия позволяет
а) уточнить локализацию и размеры основания опухоли
б) эвакуировать содержимое из бронхов ателектаризованного участка легкого
в) взять материал для срочного гистологического исследования
г) все ответы верные

1011. При центральных доброкачественных опухолях могут выполняться следующие виды реконструктивно-пластических операций
а) окончатая резекция бронха
б) циркулярная резекция бронха с формированием межбронхиального анастомоза
в) циркулярная резекция бронха с удалением одной-двух долей с формированием межбронхиального анастомоза
г) все виды перечисленных операций
д) только б) и в)

1012. Окончатую резекцию бронха, как правило, производят при опухолях
а) с преимущественно эндобронхиальным типом роста, имеющим основания шириной не более 0,5-1см
б) с преимущественно эндобронхиальным типом роста, имеющим основания шириной 2-3см
в) с преимущественно интрамуральным и экстрабронхиальным типом роста

1013. Обязательными условиями применения реконструктивно-пластической операции по поводу центральных доброкачественных опухолей легких являются
а) обратимые изменения в ателектазированной части легкого
б) возраст не старше 60 лет
в) отсутствие недостаточности легочной вентиляции
г) все ответы верные

1014. При хирургическом лечении периферических доброкачественных опухолей легких наиболее часто выполняемыми операциями являются все перечисленные, кроме

а) энуклеации опухоли
б) клиновидной или краевой резекции
в) сегментарной резекции легких
г) билобэктомии и пульмонэктомии

1015. Помимо хирургических методов при лечении доброкачественных опухолей легких могут применяться
а) лучевая терапия
б) противоопухолевая химиотерапия
в) комбинированное лечение (операция + лучевая терапия)
г) все перечисленные методы
д) ни один из перечисленных методов

1016. Под термином «единичные метастазы» при метастатическом поражении легких принято понимать наличие
а) одного метастаза
б) от 2 до 4 метастазов
в) от 6 до 10 метастазов
г) милиарный карциноз

1017. Примесь крови в мокроте (кровохарканье) наблюдается преимущественно при метастазировании в органы грудной полости (легкие)
а) рака желудка
б) рака легкого
в) рака почки
г) рака предстательной железы
д) меланомы кожи

1018. Солитарные метастазы в паренхиме легких наиболее часто встречаются у больных
а) остеогенной саркомой
б) опухолями яичка
в) раком молочной железы
г) раком толстой кишки

1019. Метастатические опухоли легких могут быть диагностированы
а) для выявления первичной опухоли
б) одновременно с выявлением первичной опухоли
в) после выявления первичной опухоли
г) все ответы верные

1020. Наиболее часто метастатическое поражение легких, выявляемое одновременно или до определения локализации первичной опухоли, имеет место
а) при раке молочной железы
б) при раке желудка
в) при раке почки
г) при раке легкого
д) при раке предстательной железы

1021. При метастатическом поражении органов грудной клетки возможно
а) изолированное поражение легких
б) изолированное поражение плевры
в) изолированное поражение лимфатических узлов средостения
г) все ответы верные

д) нет правильного ответа

1022. Наиболее часто метастазируют в легкие опухоли следующих локализаций:
1) хорионэпителиома матки
2) рак почки
3) рак желудка
4) рак тела матки и рак толстой кишки
а) правильно 1 и 2
б) правильно 3 и 4
в) правильно 4 и 5
г) правильно 3 и 5

1023. Наиболее часто метастатическое изолированное поражение плевры у женщин отмечается при раке
а) желудка
б) толстой кишки
в) яичников
г) хорионэпителиоме матки

1024. Оссификация или петрификация (отложение извести) метастазов в легких может отмечаться при метастазировании:
1) остеогенной саркомы
2) рака желудка
3) рака толстой кишки
4) аденокарциномы легкого
5) рака щитовидной железы
а) при всех перечисленных локализациях
б) при всех перечисленных локализациях, кроме 5
в) при всех перечисленных локализациях, кроме 4 и 5
г) при всех перечисленных локализациях, кроме 2 и 3
д) при всех перечисленных локализациях, кроме 2 и 5

1025. Метастатическое поражение легочной паренхимы и одновременное поражение метастазам лимфатических узлов средостения и корней легкого в наибольшей степени характерно
1) для хорионэпителиомы матки
2) для рака почки
3) для злокачественных опухолей яичка
4) для остеогенной саркомы
а) правильно 1 и 2
б) правильно 2 и 3
в) правильно 3 и 4
г) правильно 1 и 4
д) правильно 2 и 4

1026. Наиболее информативным методом выявления метастазов в паренхиме легкого является
а) рентгеноскопия
б) рентгенография + томография
в) рентгеновская компьютерная томография
г) ультразвуковая компьютерная томография
д) сканирование органов грудной клетки с цитратом галлия (^{67}Ga)

1027. Наиболее информативным методом выявления увеличения лимфатических узлов средостения и корней легких является
а) рентгеноскопия
б) рентгенография + томография
в) рентгеновская компьютерная томография
г) сканирование органов грудной клетки с цитратом галлия (^{67}Ga)
д) ультразвуковая компьютерная томография

1028. Положительная реакция Абелева - Татаринова может наблюдаться при метастазах в легкие и лимфатические узлы средостения
а) семиномы яичка
б) эмбрионального рака яичка
в) рака яичников
г) рака тела матки
д) рака шейки матки

1029. Исследованиями, позволяющими подтвердить предположительный рентгенологический диагноз поражения легких метастазами хорионэпителиомы, являются определение в сыворотке крови
а) РЭА (раково-эмбрионального антиогена)
б) α-фетопротеина
в) хорионического гонадотропина и трофобластического β-глобулина
г) 5-оксииндолилуксусной кислоты
д) правильного ответа нет

1030. Выбор метода лечения метастазов в легких в наименьшей степени зависит
а) от локализации первичной опухоли
б) от характера предшествующего лечения по поводу первичной опухоли и метастазов
в) количества метастазов в легких
г) локализации метастаза в легкие

1031. Хирургический метод лечения солитарного метастаза в легком после «радикальной» операции по поводу первичной опухоли предпочтителен
а) при метастазе рака толстой кишки
б) при метастазе хорионэпителиомы матки
в) при метастазе рака молочной железы
г) при метастазе рака яичников

1032. Хирургический метод лечения солитарных метастазов в легких (после удаления первичной опухоли) имеет преимущества перед другими при метастазах:
1) рака толстой кишки
2) рака шейки и тела матки
3) рака почки
4) саркомы Юинга
5) рака молочной железы
а) правильно 1, 2 и 3
б) правильно 3, 4 и 5
в) правильно 1, 4 и 5
г) правильно 4 и 5

1033. При субплеврально расположенном солитарном метастазе, растущем экспансивно, наиболее часто выполняют

а) клиновидную или краевую резекцию легкого
б) лобэктомию
в) билобэктомию
г) пульмонэктомию

1034. Общее количество удаленных сегментов легких при неоднократных операциях по поводу солитарных метастазов, как правило, не должно превышать
а) два
б) четыре
в) шесть
г) десять

1035. При хирургическом лечении метастазов в легких могут быть выполнены
а) краевая или клиновидная резекция легких
б) сегментэктомия
в) лобэктомия (билобэктомия)
г) пульмонэктомия
д) все ответы правильные

1036. При единичных ограниченных метастазах в легких могут применяться следующие методы лечения
а) хирургический
б) лучевой
в) химиотерапия
г) комбинированный
д) все ответы правильные

1037. Метод тотального облучения легких при лечении множественных метастазов (в самостоятельном варианте или в комбинации с химио-, гормонотерапией)
а) способствует улучшению результатов лечения
б) не оказывает влияния на результаты лечения
в) ухудшает результаты лечения

1038. Метод тотального облучения легких при лечении множественных метастазов (в самостоятельном варианте или в комбинации с химио-, гормонотерапией) должен применяться
а) при радиочувствительных новообразованиях
б) независимо от радиочувствительности первичной опухоли
в) тактику определяют сроки выявления метастаза

1039. При выборе лечения метастазов саркомы Юинга в легкие предпочтение следует отдать
а) хирургическому методу
б) иммунотерапии
в) симптоматическому лечению
г) лучевому лечению и химиотерапии
д) хирургическому лечению в комбинации с лучевым

1040. Пятилетняя выживаемость после хирургических вмешательств по поводу солитарных метастазов в легкие (при соблюдении показаний) примерно составляет
а) 5%
б) 10-15%
в) 20-30%

г) 50-60%

1041. Рак легкого в структуре заболеваемости (смертности) населения СНГ злокачественными новообразованиями с 1985 года занимает
а) I место
б) II место
в) III место
г) IV место

1042. Более высокая заболеваемость населения раком легкого отмечается:
1) в Прибалтике
2) на Украине
3) в России
4) в Туркменистане
5) в Узбекистане
а) правильно 1, 2 и 3
б) правильно 3, 4 и 5
в) правильно 1, 4 и 5
г) правильно 4 и 5
д) во всех перечисленных регионах заболеваемость одинакова

1043. Раком легкого чаще болеют
а) мужчины
б) женщины
в) одинаково часто и мужчины, и женщины

1044. Заболеваемость раком легкого в СНГ
а) увеличивается у мужчин и уменьшается у женщин
б) уменьшается у мужчин и увеличивается у женщин
в) возрастает и у мужчин, и у женщин
г) уменьшается и у мужчин, и у женщин

1045. Определяющая роль в увеличении заболеваемости населения раком легких принадлежит
а) генетическому фактору
б) профессиональным вредностями
в) курению
г) загрязнению атмосферы

1046. Рак легкого
а) всегда возникает на фоне хронического бронхита
б) всегда развивается на фоне посттуберкулезных изменений
в) всегда развивается в очаге ограниченного пневмосклероза
г) может развиваться без предшествующих хронических заболеваний легких
д) все ответы верные, кроме г)

1047. К лицам, составляющим группу повышенного риска заболевания раком легкого, относятся
а) длительно и много курящие
б) больные хроническим бронхитом
в) имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями)
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)

1048. Возникновение очагов плоскоклеточной метаплазии эпителия бронхов, как правило, предшествует развитию
а) мелкоклеточного рака
б) железистого рака
в) плоскоклеточного рака
г) крупноклеточного рака легких

1049. Причинную связь между курением, воздействием профессиональных вредных факторов и возникновением рака легкого удается проследить
а) для плоскоклеточного рака
б) для железистого рака
в) для мелкоклеточного рака
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и в)

1050. К центральному раку относятся опухоли, исходной локализацией которых являются бронхи
а) главные
б) долевые и сегментарные
в) субсегментарные и V порядка
г) правильные ответы а) и б)
д) правильные ответы б) и в)

1051. Понятие – «централизация» обозначает, что периферический рак легкого прорастает стенку
а) главного бронха
б) долевого или сегментарного бронхов
в) субсегментарного бронха и бронха V порядка
г) правильные ответы а) и б)
д) все ответы правильные

1052. Из стенки бронхи в его просвет в виде папиллом, полипов или дольчатых узлов растут опухоли из группы
а) эндобронхиального экзофитного рака легкого
б) перибронхиального узлового рака
в) разветвленного рака
г) пневмониеподобного рака
д) рака верхушки легкого (Пэнкоста)

1053. По мере роста опухоли скорость нарастания степени нарушения бронхиальной проходимости наиболее выражена
а) при эндобронхиальном экзофитном раке бронха
б) при перибронхиальном узловатом раке
в) при разветвленном раке
г) при пневмониеподобном раке
д) при раке верхушки легкого (Пэнкоста)

1054. Объемное уменьшение легочной ткани при нарушении бронхиальной проходимости вследствие роста опухоли в наибольшей степени выражено
а) при гиповентиляции
б) при ателектазе
в) при обтурационной пневмонии

г) при клапанной эмфиземе

1055. Фаза «клапанной эмфиземы» при нарушении бронхиальной проходимости опухолью соответствует
а) I степени нарушения бронхиальной проходимости по Джексону
б) II степени нарушения бронхиальной проходимости по Джексону
в) III степени нарушения бронхиальной проходимости по Джексону
г) все ответы верные
д) верные ответы а) и в)

1056. Пневмониеподобный рак, как правило:
1) центральный рак
2) периферический рак
3) железистый рак
4) плоскоклеточный рак
а) правильно 1 и 3
б) правильно 2 и 4
в) правильно 1 и 4
г) правильно 2 и 3

1057. Атипичные формы рака легкого (по клинико-анатомической классификации А.И. Савицкого) отражают особенности
а) взаимоотношения первичной опухоли с просветом бронха
б) взаимоотношения опухоли с прилежащими органами
в) метастазирования в медиастинальные лимфатические узлы
г) метастазирования в отдаленные органы
д) правильные ответы в) и г)

1058. Периобронхиальный узловой рак легкого в соответствии с классификацией рака легкого, предложенной А.И. Савицким, относится
а) к центральному раку
б) к периферическому раку
в) к атипичной форме
г) нет правильного ответа

1059. У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает
а) плоскоклеточный рак
б) железистый рак
в) мелкоклеточный рак
г) крупноклеточный рак

1060. Периферический рак у женщин бывает
а) плоскоклеточным
б) железистым
в) мелкоклеточным
г) крупноклеточным

1061. В соответствии с международной классификацией по системе TNM символом T_1 обозначается рак легкого, имеющий следующие характеристики:
1) диаметр не более 3см
2) диаметр более 3см
3) инфильтрирующий висцеральную плевру
4) не инфильтрирующий висцеральную плевру

5) вовлекающий в опухолевый процесс главный бронх
6) не распространяющийся проксимальнее устья долевого бронха
а) правильно 1, 3 и 5
б) правильно 2, 4 и 6
в) правильно 1, 4 и 6
г) правильно 1, 3 и 6
д) правильно 2, 3 и 5

1062. Наличие метастатического плеврита при раке легкого соответствует символу
а) T_1
б) T_2
в) T_3
г) T_4
д) нет правильного ответа

1063. Символу T_3 в соответствии с международной классификацией системы TNM соответствует рак легкого любых размеров, вырастающий
а) в диафрагму
б) в грудную стенку
в) в медиастинальную плевру
г) в пищевод
д) все ответы правильные, кроме г)

1064. Ателектаз или обструктивный пульмонит всего легкого, по классификации TNM, соответствует символу
а) T_1
б) T_2
в) T_3
г) T_4

1065. По классификации TNM рака легкого символом N_2 обозначаются
а) бифуркационные лимфатические узлы
б) медиастинальные лимфатические узлы одноименной стороны
в) бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны
г) все ответы верные
д) все ответы верные, кроме в)

1066. Символом N_1 в соответствии с классификацией рака легкого по системе TNM обозначаются
а) бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны
б) бифуркационные лимфатические узлы
в) лимфатические узлы одноименного корня легкого
г) все ответы верные, кроме б)
д) все ответы верные

1067. Метастазы в надключичные лимфатические узлы в соответствии с классификацией TNM обозначаются символом
а) I_3
б) M_1
в) T_4
г) P_2

1068. Если плеврит у больного раком легкого не связан с метастазированием по плевре, то

первичная опухоль легкого может быть обозначена символом
а) T_1
б) T_2
в) T_3
г) T_4
д) все ответы верные

1069. Периферический рак легкого диаметром 4см, не прорастающий висцеральной плевры, с одиночными метастазами в бронхопульмональных лимфатических узлах соответствует
а) I стадии заболевания
б) IIа стадии
в) IIб стадии
г) IIIа стадии
д) IIIб стадии

1070. Рак сегментарного бронха менее 3см в диаметре без метастазов в регионарные лимфатические узлы относится
а) к I стадии заболевания
б) к IIа стадии
в) к IIб стадии
г) к IIIа стадии
д) к IIIб стадии

1071. Рак легкого, обширно врастающий в верхнюю полую вену, с единичными метастазами в бронхопульмональных лимфатических узлах относится
а) к IIIа стадии
б) к IIIб стадии
в) к IVа стадии
г) к IVб стадии

1072. Рак, не выходящий проксимально за пределы долевого бронха, диаметром 4см без метастазов в регионарные лимфатические узлы соответствует
а) I стадии
б) IIа стадии
в) IIб стадии
г) IIIа стадии

1073. При раке легкого наиболее часто метастазами поражаются следующие группы лимфатических узлов
а) внутригрудные
б) подмышечные
в) забрюшинные
г) паховые

1074. Рак легкого метастазирует
а) в печень
б) в кости
в) в головной мозг
г) все ответы верные
д) правильного ответа нет

1075. К регионарным, при условии вовлечения их в опухолевый процесс с одноименной

стороны, при раке легкого (в соответствии с классификацией, принятой в стране), относятся лимфатические узлы
а) пульмональные
б) бронхопульмональные
в) надключичные
г) верные все ответы
д) все ответы верные, кроме в)

1076. Частота лимфогенного метастазирования наиболее велика
а) при плоскоклеточном раке легкого
б) при аденокарциноме легкого
в) при мелкоклеточном раке
г) одинакова при всех перечисленных формах

1077. При обследовании больных мелкоклеточным раком легкого целесообразно применение следующих методов
а) ультразвукового исследования или рентгеновской компьютерной томографии печени, почек, забрюшинных лимфоузлов
б) сканирования скелета
в) рентгеновской компьютерной томографии головного мозга
г) стернальной пункции (исследование костного мозга)
д) все ответы верные

1078. Эктопические эндокринные паранеопластические синдромы наиболее часто наблюдаются у больных
а) плоскоклеточным раком легкого
б) аденокарциномой легкого
в) мелкоклеточным раком легкого
г) бронхиолоальвеолярным раком легкого

1079. В соответствии с Международной классификацией (гистологической) рака легкого 1981г. В группу мелкоклеточного рака отнесены следующие подтипы:
1) овсяноклеточный рак
2) промежуточноклеточный рак
3) комбинированный рак
4) аденокистозный рак
5) мукоэпидермоидный рак
а) все ответы верные
б) правильно все, кроме 5
в) правильно все, кроме 4 и 5
г) правильно все, кроме 1 и 2
д) правильно все, кроме 2 и 3

1080. Первичные симптомы рака легкого обусловлены проявлением
а) первичной опухоли бронха
б) регионарных метастазов
в) отдаленных метастазов
г) общего воздействия опухоли на организм

1081. К первичным или местным симптомам рака легкого могут быть отнесены все перечисленные, кроме
а) кашля
б) кровохарканья

в) болей в груди
г) повышения температуры тела

1082. При периферическом раке легкого, в отличие от центрального, заболевание:
1) длительное время протекает бессимптомно
2) сопровождается выраженной клинической симптоматикой уже на начальной стадии
3) симптомы кашля и кровохаркания являются ранними
4) кашель и кровохаркание появляются поздно
а) правильно 1 и 3
б) правильно 2 и 3
в) правильно 1 и 4
г) правильно 2 и 4

1083. К неврологическим симптомам обусловленным вовлечением в опухолевый процесс элементов плечевого сплетения при раке верхушки легкого, относятся
а) слабость мышц кисти
б) расстройства чувствительности участков кисти и предплечья
в) синдром Горнера
г) все ответы верные

1084. К паранеопластическим синдромам, обусловленным эктопической секрецией гормонов при раке легкого, относятся
а) синдром секреции адренокортикотропного гормона (АКТГ)
б) синдром секреции паратиреоидного гормона (ПТГ)
в) синдром секреции антидиуретического гормона (АДГ)
г) все ответы правильные

1085. Накопленный практический опыт позволяет наиболее целесообразным считать следующую структурную организацию медицинской помощи пациентам с заболеваниями легких, выявленных при массовой профилактической флюорографии (ФГ)
а) ФГ грудной клетки + наблюдение или лечение у фтизиатра
б) ФГ грудной клетки + наблюдение или лечение у терапевта
в) ФГ грудной клетки + обсуждение и дообследование на онкопульмонологической комиссии + госпитализация в специализированный стационар
г) все ответы верные
д) верные ответы а) и б)

1086. Массовая флюорография грудной клетки с целью улучшения результатов лечения центрального рака легких
а) не может считаться высокоэффективной
б) проявила себя как высокоэффективный метод
в) не имеет преимуществ перед самостоятельным обращением пациентов к врачу
г) не должна применяться в настоящее время

1087. Состояние гиповентиляции, обусловленное наличием эндобронхиальной опухоли в долевом или главном бронхе, лучше выявляется
а) в фазе глубокого вдоха
б) в фазе глубокого выдоха
в) и в том, и в другом случае

1088. Наличие эндобронхиальной опухоли, полностью обтурирующей долевой или главной

бронх, вызывает смещение средостения
а) в здоровую сторону
б) в больную сторону
в) смещение средостения не выявляется

1089. Состояние клапанной эмфиземы, обусловленное наличием опухоли в просвете долевого или главного бронха, лучше выявляется
а) в фазе максимального вдоха
б) в фазе максимального выдоха
в) и в том, и в другом случае

1090. Клапанная эмфизема, обусловленная наличием опухоли в просвете долевого или главного бронха, вызывает смещение средостения при кашле
а) в здоровую сторону
б) в больную сторону
в) смещение средостения не выявляется

1091. Коллатеральная вентиляция легочной ткани за счет пор Кона при определенных условиях может осуществляться на уровне
а) долек легкого
б) сегментов
в) долей легкого
г) все ответы правильные

1092. «Рентгеноотрицательный период» в развитии центрального рака легких характеризуется
а) отсутствием рентгенологических признаков первичной опухоли или ее внутригрудных метастазов
б) отсутствием клинических признаков первичной опухоли
в) отсутствием клинических проявлений метастазов
г) все ответы правильные

1093. Рентгеновский томографический метод исследования бронхов при подозрении на центральный рак легкого должен применяться
а) при наличии признаков гиповентиляции
б) при наличии признаков клапанной эмфиземы
в) при наличии ателектаза
г) независимо от наличия или отсутствия признаков нарушения бронхиальной проходимости

1094. Рентгенологические признаки нарушения бронхиальной проходимости и осложнения, связанные с ней, возникают наиболее рано при преимущественно
а) эндобронхиальном типе роста опухоли
б) экзобронхиальном типе роста опухоли
в) разветвленном перибронхиальном типе роста опухоли
г) сроки возникновения рентгенологических признаков нарушения бронхиальной проходимости не зависят от анатомического типа роста опухоли

1095. Относительно рано на обзорных рентгенограммах опухолевый узел при центральном раке легких выявляется в случае
а) эндобронхиального типа роста опухоли
б) экзобронхиального узлового типа роста опухоли
в) перибронхиального разветвленного типа роста опухоли

г) срок выявления не зависит от типа роста опухоли

1096. Очертания тени первичной опухоли на рентгенограммах при раке легкого могут быть
а) четкими
б) нечеткими в виде «лучистого венчика», «спикул», «щеточки»
в) слегка волнистыми
г) все ответы верные

1097. Симптомы «вырезки» (Риглера) и многоузловатости (Б.К. Шаров, 1974г.) в наибольшей степени характерны
а) для центрального рака легкого
б) для периферического рака легкого
в) для туберкулемы
г) для доброкачественной периферической опухоли легких

1098. Рентгенологическое томографическое исследование у больных периферическим раком легкого позволяет
а) оценить структуру тени новообразования
б) выявить и оценить полости распада
в) определить степень распространения опухоли по легочной ткани
г) определить состояние лимфатических узлов корня и средостения
д) все ответы верны

1099. Одностороннее увеличение лимфатических узлов средостения и увеличение лимфатических узлов одноименного корня легкого у больного старше 50 лет при отсутствии клинико-рентгенологических признаков опухоли легких в наибольшей степени характерно
а) для центрального рака легкого
б) для периферического рака легкого
в) для медиастинальной формы рака легкого
г) для лимфопролиферативного заболевания
д) для изолированного метастатического поражения лимфатических узлов опухолью другой локализации

1100. При рентгенологической картине мелиарного карциноза легких дифференциальный диагноз следует проводить
а) с туберкулезом
б) с пневмокониозом и гемосидерозом
в) с метастазами в легкое опухоли другой локализации
г) с метастазами рака легкого
д) со всем перечисленным

1101. Применение направленной бронхографии с дифференциально-диагностической целью при периферическом раке легкого оправдано в случаях, если размеры новообразования
а) не более 1см
б) превышают 3см
в) достигают не менее 10см
г) все ответы верные

1102. Фибробронхоскопия позволяет
а) исследовать трахею и бронхи I, II, III, IV порядка
б) осмотреть опухоль и определить ее распространенность

в) косвенно судить о состоянии лимфатических узлов корня легкого и средостения
г) получить материал для морфологического (гистологического и цитологического исследования)
д) все ответы верные

1103. Способами (способом) получения материала для морфологического подтверждения диагноза при бронхологическом исследовании являются (является)
а) смыв и аспират из бронха
б) мазки-отпечатки
в) пунктат
г) биопсия
д) все перечисленные

1104. Морфологическая верификация диагноза периферического рака легкого при использовании бронхофиброскопии невозможна при локализации опухоли
а) в прикорневой зоне легкого
б) в средней зоне
в) в плащевой зоне легкого
г) правильного ответа нет
д) все ответы правильные

1105. Частота морфологической верификации диагноза периферического рака легкого при бронхофиброскопии выше при выполнении исследования
а) дыхательным (жестким) бронхоскопом
б) фибробронхоскопом
в) существенного развития нет

1106. Частота морфологической верификации диагноза периферического рака легкого при выполнении бронхофиброскопии выше при локализации опухоли
а) в прикорневой зоне
б) в плащевой зоне
в) одинаково часто в обоих случаях

1107. Частота морфологической верификации диагноза периферического рака при выполнении бронхофиброскопии выше
а) при размерах опухоли до 1см
б) при размерах опухоли до 3см
в) при размерах опухоли до 5см и более

1108. Бронхография при раке легкого применяется в основном
а) для дифференциально-диагностических целей
б) для попытки установления морфологической структуры опухоли
в) для более точного определения распространенности опухолевого процесса
г) все ответы правильные

1109. При периферическом раке легкого ангиограммы системы бронхиальных артерий характеризуются в наиболее типичных наблюдениях
а) повышением васкуляризации опухоли
б) снижением васкуляризации опухоли
в) васкуляризация опухоли не изменяется

1110. К неинвазивным методам рентгеновского исследования относятся
а) аортография

б) лимфография
в) рентгеновская компьютерная томография
г) все перечисленные
д) только б) и в)

1111. Рентгенологическое исследование в условиях диагностического пневмоторакса может применяться с целью дифференциальной диагностики между опухолью легкого
а) и опухолью грудной стенки
б) и опухолью средостения
в) и опухолью диафрагмы
г) и ограниченной релаксацией диафрагмы
д) всем перечисленным и новообразованиями

1112. Рентгенологическое обследование грудной клетки в условиях диагностического пневмоперитонеума, как правило, предпринимается с целью выявления
а) ограниченной релаксации диафрагмы
б) увеличения лимфатических узлов легочных связок
в) опухоли грудной стенки
г) все ответы верны
д) верные ответы а) и б)

1113. Пневмомедиастинография предпринимается с целью дифференциальной диагностики между новообразованием средостения и опухолью
а) легкого
б) костальной плевры
в) ограниченной релаксацией диафрагмы
г) все ответы верные
д) нет правильного ответа

1114. Рентгенография пищевода у больного раком легкого с целью выявления косвенных признаков увеличения лимфатических узлов в большей мере обоснована при локализации опухоли
а) в верхушке легкого
б) в верхней доле
в) в средней доле
г) в нижней доле

1115. При раке легкого рентгеновская компьютерная томография позволяет
а) определить размеры опухоли
б) точно локализовать опухоль
в) определить отношение к грудной стенке, позвоночнику и средостению
г) получить информацию о размерах лимфатических узлов средостения и корней легких
д) все ответы верные

1116. Радиоизотопные исследования при раке легкого могут применяться с целью
а) исследования кровотока в легкие
б) выявления признаков метастатического поражения лимфатических узлов средостения
в) выявления признаков метастатического поражения скелета
г) определения интенсивности накопления радиофармакологического препарата первичной опухолью

д) все ответы верные

1117. Трансторакальную пункцию с целью морфологической верификации диагноза при периферическом раке легкого целесообразно выполнять
а) после обзорной рентгенографии грудной клетки
б) после 5-кратного цитологического исследования мокроты
в) при отрицательных результатах бронхологического исследования и цитологического анализа мокроты
г) нет правильного ответа

1118. Выполнение трансторакальной пункции с целью морфологической верификации диагноза новообразования легкого противопоказано
а) при подозрении на метостаз в легком
б) при подозрении на доброкачественную опухоль
в) при подозрении на эхинококковую кисту
г) противопоказаний нет

1119. Трансторакальная пункция новообразования в легком наиболее часто сопровождается осложнением в виде
а) пневмоторакса
б) гемоторакса
в) кровохаркания
г) имплантационного метастазирования

1120. Выполнение прескаленной биопсии при раке легкого наиболее целесообразно
а) у всех пациентов
б) при увеличении лимфатических узлов корня и трахеобронхиальной группы
в) при увеличении надключичных лимфатических узлов и отрицательных результатах пункционной биопсии
г) при увеличении надключичных лимфатических узлов

1121. Медиастиноскопия при раке легкого позволяет оценить состояние и выполнить пункционную биопсию (или взять материал для гистологического исследования) всех следующих групп лимфатических узлов, кроме
а) паратрахеальной
б) верхних трахеобронхиальных
в) бифуркационной
г) заднего средостения

1122. По сравнению с медиастиноскопией диагностическая парастернальная медиастинотомия при раке легкого, выполняемая с той же целью, имеет следующие преимущества
а) обеспечивает лучший доступ к лимфатическим узлам переднего средостения
б) позволяет исследовать клетчаточные пространства кпереди от дуги аорты и верхней полой вены
в) обеспечивает лучший контроль лимфатических узлов в области аортального окна и корня легкого
г) обеспечивает более широкий визуальный и пальпаторный контроль
д) все ответы верные

1123. Диагностическая торакотомия у больных с округлым образованием в легком, генез которого неясен
а) является завершающим методом обследования больного

б) предусматривает морфологическую верификацию диагноза в момент операции
в) обеспечивает выполнение операции при раке легкого у большинства пациентов в I и II стадиях заболевания
г) все ответы верные
д) правильные ответы а) и б)

1124. К хирургическим методам диагностики метастазов рака легкого в печень относятся:
1) радиоизотопная гематография
2) ультразвуковая биолокация
3) рентгеновская компьютерная томография
4) лапароскопия
5) диагностическая лапаротомия
а) все ответы правильные
б) правильно 1 и 2
в) правильно 2 и 3
г) правильно 3 и 4
д) правильно 4 и 5

1125. Применение современных методов обследования больных периферическим раком легкого позволяет морфологически верифицировать диагноз
а) не менее, чем у 80% больных
б) не более, чем у 60% больных
в) не более, чем у 40% больных
г) менее, чем у 20% больных

1126. Морфологическая верификация диагноза и метастатического поражения лимфатических узлов 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 ответы верные

1127. Дифференциальный диагноз центрального рака легкого следует проводить
а) с хронической пневмонией и очаговым пневмосклерозом
б) с туберкулезом
в) с бронхоэктатической болезнью
г) с доброкачественным опухолями легких
д) все ответы верные

1128. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить
а) с доброкачественными опухолями легких
б) с метастазами
в) с эхинококковой кистой
г) с туберкулезом
д) все ответы верные

1129. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить
а) с опухолями плевры
б) с опухолями диафрагмы
в) с опухолями грудной стенки
г) с опухолями и кистами средостения
д) все ответы верные

1130. Выбор метода лечения рака легкого определяют следующие факторы, характеризующие распространенность опухолевого процесса
а) размеры и локализации в легком первичной опухоли
б) метастатическое поражение внутригрудных лимфатических узлов
в) прорастание сосудистых образований, органов и структур
г) отсутствие или наличие отдаленных метастазов
д) все ответы верные

1131. Наиболее эффективным методом лечения рака легкого является
а) хирургический
б) лучевой
в) химиотерапия
г) иммунотерапия

1132. Хирургический метод лечения рака легкого необходимо применять у больных
а) у которых отсутствуют противопоказания к данному методу лечения
б) которым противопоказано лучевое лечение
в) имеющих противопоказания к химиотерапии
г) имеющих осложненное течение рака легкого (обструктивная пневмония, распад опухоли, опухолевый плеврит)

1133. Частичные резекции легкого с реконструктивной пластикой бронхов позволяют
а) повысить радикализм операции
б) снизить количество послеоперационных осложнений
в) расширить возможности хирургического метода у больных со сниженными функциональными показателями
г) улучшить отдаленные результаты хирургического лечения

1134. Возможность выполнения частичной резекции легкого с реконструктивной пластикой бронха определяют следующие характеристики местной распространенности опухолевого процесса
а) эндобронхиальный экзофитный тип роста опухоли с отсутствием метастазов в регионарных лимфатических узлах
б) эндобронхиальный экзофитный тип роста опухоли с наличием метастазов в регионарных лимфатических узлах
в) перибронхиальный, разветвленный тип роста опухоли с отсутствием метастазов в регионарных лимфатических узлах
г) перибронхиальный, разветвленный тип роста опухоли с наличием метастазов в регионарных лимфатических узлах

1135. При выполнении бронхопластической операции при раке легкого могут быть удалены лимфатические узлы
а) бронхопульмональные
б) корня легкого
в) верхние трахеобронхиальные и бифуркационные
г) все указанные группы лимфатических узлов

1136. Основными видами хирургического вмешательства при раке легкого являются
а) лобэктомия (билобэктомия), пневмонэктомия
б) сегментэктомия
в) клиновидная или краевая резекция легкого
г) правильные ответы а) и б)

д) все ответы верные

1137. К комбинированным операциям по поводу рака легкого не относятся операции
а) с удалением паратрахеальных и медиастинальных лимфатических узлов
б) с резекцией перикарда
в) с резекцией трахеи
г) с резекцией грудной стенки

1138. Основными условиями радикализма операции при раке легкого являются
а) удаление пораженного участка легкого (минимум доли)
б) удаление регионарных лимфатических узлов с окружающей жировой клетчаткой
в) отстояние линии пересечения бронха от видимого края опухоли на 1,5-2см
г) отсутствие опухолевых клеток в крае пересеченного бронха, сосудов, органов при микроскопическом исследовании
д) все ответы верные

1139. Противопоказанием к выполнению радикальной операции при раке легкого является метастатическое поражение лимфатических узлов
а) трахеобронхиальных
б) надключичных
в) глубоких шейных
г) верные все ответы
д) верные ответы б) и в)

1140. С целью профилактики рецидива и метастазов при раке легкого могут применяться
а) предоперационная лучевая терапия
б) послеоперационная лучевая терапия
в) предоперационная химиотерапия
г) послеоперационная химиотерапия
д) все ответы верные

1141. Онкологическими противопоказаниями к операции по поводу рака легкого являются метастазы
а) в шейные лимфоузлы
б) в надключичные лимфоузлы
в) в отдаленные органы
г) в плевру
д) все ответы правильные

1142. При хирургическом лечении рака легкого применяются следующие типы (тип) пульмонэктомий
а) типичная
б) расширенная
в) комбинированная
г) все перечисленные
д) ни одна из перечисленных

1143. У больного периферическим раком верхней доли правого легкого, даметром около 3см, не связанным с плеврой, при наличии одиночного метастаза в бронхолегочном лимфатическом узле оптимальным объемом хирургического вмешательства является
а) клиновидная резекция
б) сегментэктомия
в) лобэктомия

г) пневмонэктомия

1144. Основными принципами обработки бронха при хирургическом вмешательстве по поводу рака являются:
1) пересечение бронха в пределах 1,5-2см от проксимальной границы опухоли
2) пересечение бронха в пределах 0,5см от проксимальной границы опухоли
3) культя бронхи должна быть максимально короткой
4) культя бронхи должна быть максимально длинной
5) стенка бронха на максимальном протяжении должна быть освобождена от перибронхиальной ткани
6) стенка бронха не должна быть полностью освобождена от перибронхиальной ткани
а) правильно 1, 3 и 5
б) правильно 2, 4 и 6
в) правильно 1, 3 и 6
г) правильно 2, 4 и 5
д) правильно 2, 3 и 5

1145. Термин «расширенная пневмонэктомия» подразумевает удаление легкого
а) с удалением корневых, бифуркационных, верхних трахеобронхиальных лимфатических узлов
б) с удалением лимфатических узлов переднего и заднего средостения, включая паратрахеальные, параэзофагеальные и вышеперечисленные группы
в) с трансперикардиальной обработкой сосудов легкого
г) с резекцией перикарда или грудной стенки

1146. Наиболее часто острая сердечно - сосудистая недостаточность развивается у больных после операции
а) сегментэктомии
б) лобэктомии
в) типичной пневмонэктомии
г) комбинированной или расширенной пневмонэктомии

1147. Послеоперационные пневмонии чаще осложняют
а) лоб- и билобэктомии
б) расширенные пневмонэктомии
в) комбинированные пневмонэктомии
г) встречаются одинаково часто после всех перечисленных операций

1148. К основным мероприятиям по профилактике нарушений дыхания и развития послеоперационной пневмонии относятся
а) адекватное обезболивание
б) санация бронхиального дерева
в) применение муколитических и бронхолитических средств
г) стимуляция кашля (при подавленном кашлевом рефлексе)
д) все ответы верные

1149. Наиболее частой причиной смерти больных после частичных резекций легкого по поводу рака является
а) бронхиальный свищ и эмпиема плевры
б) пневмония
в) сердечно - сосудистая недостаточность
г) тромбоэмболия легочной артерии

1150. Одной из наиболее частых причин смерти больных после пневмонэктомии по поводу рака является
а) бронхиальный свищ и эмпиема плевры
б) пневмония
в) сердечно - сосудистая недостаточность
г) тромбоэмболия легочной артерии

1151. Основными биологическими факторами, определяющими прогноз после радикальной операции по поводу рака легкого, являются
а) размер первичной опухоли
б) состояние внутригрудных лимфатических узлов
в) гистологическая структура опухоли
г) степень дифференцировки опухолевых клеток
д) все ответы верные

1152. Наилучший прогноз 5-летней выживаемости имеют больные раком легкого
а) с I стадией заболеваний
б) со II стадией заболеваний
в) с III стадией заболеваний
г) с IV стадией заболеваний

1153. Наилучшие отдаленные результаты, по данным большинства хирургов, достигаются после радикальных операций по поводу рака легкого
а) при мелкоклеточном раке
б) при низкодифференцированной аденокарциноме
в) при плоскоклеточном раке
г) при недифференцированном раке

1154. Влияние на прогноз хирургического лечения рака легкого гистологической структуры опухоли в большей мере выражено
а) при I стадии
б) при II стадии
в) при III стадии
г) указанная взаимосвязь отсутствует

1155. Хирургический метод в лечении мелкоклеточного рака
а) не применяется
б) применяется у абсолютного большинства больных в качестве самостоятельного метода
в) применяется, как правило, в комбинации с химиотерапией
г) применяется только в сочетании с лучевой терапией

1156. Применение комбинированного лечения (предоперационная лучевая терапия + операция) плоскоклеточного рака легкого наиболее обосновано у больных
а) с I стадией заболевания
б) со IIа стадией заболевания
в) с IIIб стадией заболевания
г) с III стадией заболевания
д) верные ответы в) и г)

1157. Оптимальным сроком между завершением предоперационной лучевой терапии и операцией (с методикой облучения укрупненными фракциями по 4-6Гр) является интервал

а) 1-3 дня
б) 7-10 дней
в) 14-21 день
г) больше 3 недель

1158. Предоперационная лучевая терапия по интенсивно-концентрированной методике у больных раком легкого
а) увеличивает частоту интраоперационных осложнений
б) не влияет на частоту интраоперационных осложнений
в) уменьшает частоту интраоперационных осложнений

1159. Предоперационная лучевая терапия у больных раком легкого
а) увеличивает частоту эмпиемы плевры и бронхиальных свищей
б) уменьшает число случаев эмпиемы плевры и бронхиальных свищей
в) на частоту эмпиемы плевры и бронхиальных свищей никакого влияния не оказывает

1160. При высокодифференцированной аденокарциноме легкого II стадии методом выбора является
а) чисто хирургическое лечение
б) химиотерапия
в) лучевая терапия
г) химиолучевое лечение

1161. При плоскоклеточном раке легкого IIIб стадии методом выбора является
а) чисто хирургическое лечение
б) комбинированное лечение (предоперационная или послеоперационная лучевая терапия + операция)
в) лучевое лечение
г) химиотерапия

1162. В этиологии мелкоклеточного рака легкого основное значение имеют следующие факторы:
1) курение
2) алкоголь
3) ионизирующая радиация
4) туберкулез легких
а) все ответы правильные
б) правильные ответы 2 и 4
в) правильные ответы 1 и 3
г) нет правильного ответа

1163. Наиболее частая локализация метастазов при мелкоклеточном раке легкого
а) внутригрудные лимфатические узлы
б) лимфатические узлы брюшной полости
в) печень
г) кости
д) головной мозг

1164. Наиболее частые гематогенные метастазы мелкоклеточного рака легкого локализуются
а) в костях
б) в печени

в) в надпочечниках
г) в головном мозге

1165. Наиболее частым клиническим симптомом мелкоклеточного центрального рака легкого является
а) кашель
б) одышка
в) повышение температуры тела
г) осиплость голоса

1166. Наиболее чувствительным опухолевым маркером мелкоклеточного рака легкого является
а) РЭА: раково-эмбриональный антиген
б) ХГ, ТБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический β-глобулин)
в) нейроспецифическая енолаза
г) ЛДГ (лактатдегидрогеназа)
д) щелочная фосфатаза

1167. Адьювантная химиотерапия наиболее целесообразна
а) при плоскоклеточном раке легкого
б) при аденокарциноме легкого
в) при мелкоклеточном раке легкого
г) показана при всех формах
д) не доказана

1168. Наибольшей эффективностью в монорежиме при лечении мелкоклеточного рака легкого обладает
а) тио-ТЭФ
б) циклофосфан
в) метотрексат
г) винкристин

1169. В лечении мелкоклеточного рака легкого наибольшей эффективностью обладает следующая схема химиотерапии
а) FMC (5-фторурацил + метотрексат + циклофосфан)
б) FAM (5-фторурацил + адриамицин + митомицин С)
в) CAV (циклофосфан + адриамицин + винкристин)
г) PVB (платидиам + винбластин + блеомицин)

1170. Наиболее резистентными к химиотерапии являются метастазы
а) в лимфоузлы
б) в печень
в) в костный мозг
г) в мягкие ткани

1171. Профилактическое облучение головного мозга больным мелкоклеточным раком легкого показано
а) при достижении частичного эффекта
б) при достижении полного эффекта
в) при стабилизации процесса
г) при прогрессировании

1172. При мелкоклеточном раке легкого используются следующие методы лечения

а) химиотерапия
б) иммунотерапия
в) гормонотерапия
г) верные ответы а) и б)
д) все ответы правильные

1173. При достижении полного эффекта при лечении больного мелкоклеточным раком легкого
а) проводятся поддерживающие курсы химиотерапии в течение 6 месяцев
б) проводятся поддерживающие курсы химиотерапии в течение года
в) поддерживающее лечение не проводится

1174. Эффективность химиотерапии при мелкоклеточном раке легкого составляет
а) 5-10%
б) 20-30%
в) 40-50%
г) 70-80%

1175. Эффективность химиотерапии при немелкоклеточном раке легкого составляет
а) 5-10%
б) 30-40%
в) 70-80%
г) 90-100%

1176. 5-летняя выживаемость больных с локализованной формой мелкоклеточного рака легкого при достижении полной регрессии вследствие применения химиотерапии составляет
а) 5-6%
б) 20-30%
в) 40-50%
г) 70-80%

1177. При лечении мезотелиомы плевры наиболее эффективно
а) внутриплевральное введение препаратов
б) внутривенное введение химиопрепаратов
в) внутрилимфатическое введение
г) верные ответы а) и б)
д) все способы введения одинаково эффективны

1178. Наибольшая радиочувствительность характерна
а) для аденокарциномы легкого
б) для эпидермоидного рака
в) для мелкоклеточного рака легкого
г) для бронхиолоальвеолярного рака

1179. При центральном раке легкого в облучаемый объем тканей включают, кроме первичной опухоли, корня легкого и лимфатических узлов средостения, еще и лимфоузлы корня противоположного легкого и шейно-надключичной зоны
а) при эпидермоидном раке
б) при мелкоклеточном раке
в) при аденокарциноме
г) при смешанных опухолях

1180 Максимально выраженный эффект радикальной лучевой терапии при раке легкого можно прогнозировать в случае
а) компрессии крупных сосудов
б) интрабронхиальной опухоли, расположенной вблизи бифуркации
в) компрессии пищевода лимфатическими узлами средостения
г) правильного ответа нет

1181. Наиболее низкая курабельная суммарная доза излучения в лучевой терапии рака легкого требуется
а) при аденокарциноме
б) при мелкоклеточном раке
в) при эпидермоидном раке
г) при смешанных опухолях

1182. При радикальной лучевой терапии рака легкого не рекомендуется применение
а) крупных фракций
б) динамического режима фракционирования дозы
в) мультифракционирования
г) расщепленного курса лучевой терапии
д) правильного ответа нет

1183. Комбинированное лечение рака легкого наиболее целесообразно
а) при аденокарциноме
б) при эпидермоидном раке
в) правильного ответа нет
г) оба ответы верные

1184. Расщепленный курс лучевой терапии рака легкого приводит
а) к повышению эффективности лечения
б) к улучшению переносимости курса лечения
в) к уменьшению реакций со стороны нормальных тканей
г) правильные ответы б) и в)

1185. При наличии компрессионного синдрома у больного эпидермоидным раком легкого лучевая терапия
а) не показана
б) возможна с использованием малых разовых доз (менее 2Гр)
в) возможна с использованием укрупненных фракций
г) правильные ответы б) и в)

1186. Абсолютным противопоказанием к лучевой терапии рака легкого является
а) снижение числа лейкоцитов до уровня 3000 в $1мм^3$
б) небольшое кровохарканье
в) ателектаз доли
г) активный туберкулез
д) все ответы правильные

1187. При мелкоклеточном раке легкого лучевую терапию наиболее часто применяют
а) как самостоятельный метод
б) в комбинации с хирургическим
в) в сочетании с химиотерапии
г) в сочетании с гормонотерапией и иммунотерапией

1188. При лучевой терапии злокачественных опухолей плевры лучевая терапия
а) применяется всегда
б) применяется ограниченно
в) не применяется
г) противопоказана

1189. Доброкачественная фиброзная мезотелиома плевры
а) имеет определенную этиологическую связь с асбестом
б) асбест не оказывает влияния на возникновение доброкачественной фиброзной мезотелиомы плевры
в) нет правильного ответа

1190. Больные доброкачественной фиброзной мезотелиомой плевры
а) имеют хороший прогноз
б) имеют плохой прогноз
в) прогноз заболеваний не однозначен

1191. Доброкачественная мезотелиома плевры может сопровождаться следующими клиническими проявлениями
а) болью в груди
б) кашлем
в) гипертрофической остеоартропатией
г) все ответы верные
д) верные ответы а) и б)

1192. Ограниченно растущие мезотелиомы (доброкачественные мезотелиомы) чаще всего имеют строение
а) фибромы
б) липомы
в) шванномы
г) ангиомы
д) хондромы

1193. Доброкачественная мезотелиома может иметь
а) дольчатый вид
б) обызвествленные участки
в) почти полностью занимать гемиторакс
г) правильного ответа нет
д) все ответы верные

1194. Злокачественная мезотелиома плевры, как правило, имеет:
1) локализованный характер роста в виде округлых или овальных образований
2) диффузный характер роста с бугристым и лентовидными утолщениями плевры, с множеством белесоватых бугорков
3) может быть диагностирована при цитологическом исследовании плевральной жидкости в связи с наличием в ней клеток злокачественной опухоли
4) не может быть диагностирована при цитологическом исследовании жидкости при наличии клеток злокачественной опухоли
а) правильно 1 и 3
б) правильно 1 и 4
в) правильно 2 и 3
г) правильно 2 и 4

1195. Развитию злокачественной мезотелиомы плевры в большей мере подвержены люди, имевшие или имеющие контакт
а) с продуктами нефтепереработки
б) с асбестом
в) с каменным углем
г) с соединениями никеля и хрома

1196. Злокачественная мезотелиома
а) чаще поражает плевру
б) чаще поражает брюшину
в) встречаются одинаково часто
г) никогда не поражает брюшину

1197. Частота злокачественной мезотелиомы плевры приблизительно соответствует следующему показателю
а) 2 на 1000000 населения
б) 2 на 100000 населения
в) 2 на 10000 населения
г) 2 на 1000 населения

1198. Среди злокачественных мезотелиом выделяют следующие гистологические типы
а) эпителиальный
б) мезенхимальный (фиброзный)
в) смешанный
г) все ответы верные
д) правильного ответа нет

1199. При злокачественной мезотелиоме плевры плевральная жидкость
а) может иметь геморрагический характер
б) не бывает геморрагической
в) может быть прозрачной с желтоватым оттенком
г) не бывает прозрачной
д) правильные ответы а) и в)

1200. С целью морфологической верификации диагноза у больных мезотелиомой плевры оправдано применение
а) световой микроскопии
б) гистохимических методов
в) электронной микроскопии
г) всех указанных методов

1201. Злокачественная мезотелиома плевры:
1) метастазирует лимфогенно
2) не метастазирует лимфогенно
3) метастазирует гематогенным путем
4) не метастазирует гематогенным путем
а) правильно 1 и 3
б) правильно 1 и 4
в) правильно 2 и 3
г) правильно 2 и 4

1202. Злокачественная мезотелиома плевры может метастазировать
а) в легкие

б) в печень
в) в кости
г) в головной мозг
д) все ответы правильные

1203. На поздних стадиях развития злокачественной мезотелиомы плевры могут быть поражены
а) диафрагма
б) перикард и сердце
в) противоположная плевра
г) печень
д) все перечисленные органы

1204. Клиническими признаками плеврального выпота являются
а) боли
б) сухой непродуктивный кашель
в) одышка
г) все перечисленное
д) только а) и в)

1205. Для поражения плевры, покрывающей диафрагму, характерным является локализация боли
а) в подмышечной области
б) в боку с иррадиацией в область живота
в) в нижней части грудной клетки и в надплечье с той же стороны
г) в спине на уровне лопатки

1206. У больных злокачественной мезотелиомой плевры возможны следующие клинические проявления:
1) боли в грудной клетке
2) одышка
3) приступообразный сухой кашель
4) субфебрильная температура
5) гипогликемия
6) гипертрофическая остеоартропатия
а) все ответы правильные
б) правильные все ответы, кроме 6
в) правильные все ответы, кроме 5 и 6
г) правильные все ответы, кроме 3 и 4
д) правильные все ответы, кроме 4 и 5

1207. С целью определения опухолевой природы поражения плевры целесообразно применять следующие методы обследования больных:
1) рентгенологический (обзорные снимки и томограммы)
2) цитологическое исследование жидкости
3) рентгеновскую компьютерную томографию
4) биопсию плевры
5) плевроскопию
6) бронхоскопию
7) открытую биопсию плевры
а) все ответы правильные
б) правильные все ответы, кроме 5 и 7
в) правильные все ответы, кроме 2 и 4

г) правильные все ответы, кроме 1 и 3
д) правильные все ответы, кроме 3 и 6

1208. К методикам рентгенологического исследования, применяемым при обследовании больных с подозрением на опухоль плевры, относятся:
1) многоосевое просвечивание
2) рентгенография в прямой и боковой проекциях
3) прицельная рентгенография в тангенциальной проекции
4) рентгенография в латеропозиции
5) суперэкспонированная рентгенография
6) рентгенография в условиях пневмоторакса
7) томография
8) рентгеновская компьютерная томография
а) все ответы правильные
б) правильные все ответы, кроме 7 и 8
в) правильные все ответы, кроме 2, 3 и 6
г) правильные все ответы, кроме 1, 4 и 5
д) правильные все ответы, кроме 2, 5 и 6

1208. Рентгенография в тангенциальной проекции с касательным ходом центрального луча при опухолях плевры позволяет составить более четкое представление
а) о локализации
б) о форме
в) о размерах патологического образования
г) в связи опухоли с грудной стенкой
д) все ответы верные

1209. Рентгеновская компьютерная томография органов грудной полости при злокачественной мезотелиоме плевры целесообразна в связи с тем, что она позволяет
а) оценить состояние плевры
б) выявить возможное метастатическое поражение лимфатических узлов средостения
в) выявить метастазы в легочной ткани
г) все ответы верные
д) правильные ответы б) и в)

1210. При диагностике и дифференциальной диагностике опухолей плевры могут применяться следующие методы эндоскопического обследования
а) торакоскопия
б) трахеобронхоскопия
в) медиастиноскопия
г) лапароскопия
д) все перечисленные

1211. К методам морфологической верификации диагноза при опухолях плевры относятся:
1) цитологическое исследование жидкости (при ее наличии)
2) пункционная аспирационная или трепанобиопсия
3) торакоскопия с прицельной биопсией
4) открытая биопсия плевры
5) парастернальная медиастиномия
а) все перечисленное
б) все перечисленное, кроме 5
в) все перечисленное, кроме 4 и 5
г) все перечисленное, кроме 3 и 4

д) все перечисленное, кроме 1 и 2

1212. Цитологическое исследование плевральной жидкости при опухолевом поражении плевры (злокачественный процесс) позволяет подтвердить диагноз примерно
а) у 10% больных
б) у 20-25% больных
в) у 50% больных
г) у 100% больных

1213. Чрескожная биопсия плевры (иглой или трепангом) при наличии экссудативного плеврита
а) более информативна, чем цитологическое исследование жидкости
б) менее информативна, чем цитологическое исследование жидкости
в) существенной разницы не имеет

1214. Чрескожная биопсия плевры (иглой или трепангом)
а) должна применяться у всех больных с плевральным выпотом
б) целесообразна при наличии опухолевого образования
в) необходимо применять в обоих случаях
г) нет правильного ответа

1215. Дифференциальный диагноз злокачественной мезотелиомы плевры необходимо проводить
а) с доброкачественными опухолями плевры
б) с метастатическим поражением плевры
в) с опухолями легких, грудной стенки, диафрагмы, средостения
г) с плевритом воспалительного генеза
д) все ответы верные

1216. Больным с доброкачественной мезолиомой плевры рекомендуется
а) хирургическое лечение
б) лучевое лечение
в) химиотерапия
г) наблюдение

1217. Наиболее часто применяемыми методами лечения злокачественных мезотелиом плевры являются
а) хирургический
б) лучевой
в) химиотерапия
г) иммунотерапия
д) правильные ответы б) и в)

1218. Прогноз у больных злокачественной мезотелиомой плевры лучше в тех случаях, когда опухоль имеет строение
а) эпителиальной мезотелиомы
б) мезенхимальной мезотелиомы
в) смешанной мезотелиомы
г) прогноз практически не зависит от гистологического типа опухоли

1219. Рак желудка наиболее часто возникает в возрасте
а) до 20 лет
б) от 21 года до 50 лет

в) от 51 года до 70 лет
г) старше 70 лет
д) одинаково во всех возрастных группах.

1220. На уровень заболеваемости раком желудка влияют
а) пищевой фактор и режим питания
б) почвенно климатическая обусловленность
в) местные изменения слизистой оболочки желудка
г) фоновые заболевания, наследственный фактор
д) все перечисленное

1221. Предраковые состояния слизистой оболочки желудка при гистологическом исследовании характеризуются
а) наличие атипичных клеток
б) степенью дислазии клеток
в) наличие хронического атрофического гастрита
г) наличие кишечной метаплазии очагового характера

1222. Наиболее часто перерождаются в рак
а) гиперпластические полипы
б) аденоматозные полипы
в)аденопапилломатозные полипы
г) папиллярные аденомы
д) все полипы, независимо от их гистологического строения

1223.По гистологическому строению рак желудка чаще всего является
а) железистым раком
б) плоскоклеточным раком
в) смешанным железисто-плоскоклеточным раком
г) все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой

1224. При раннем раке желудка
а) специфические симптомы отсутствуют
б) имеются специфические симптомы заболевания
в) симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка
г) «синдром малых признаков» является ранним клиническим проявлением рака

1225. С наименьшей долей вероятности рак желудка возникает у больных
а) перенесших в прошлом резекцию желудка
б) анацидным гастритом
в) с хроническим смешанным гастритом
г) с антральным ригидным гастритом
Д) с язвенной болезнью желудка

1226. Заподозрить малигнизацию язвы желудка позволяют следующие признаки
а) размеры язвенной ниши более 2 см в диаметре
б) длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
в) снижение кислотности желудочного сока
г) все перечисленное
д) правильные ответы а,б

1227. Чаще малигнизируются язвы
а) выходного отдела желудка
б) малой кривизны желудка
в) большой кривизны желудка
г) тела желудка
д) кардиального отдела желудка

1228. Определение границ опухоли при гастроскопии основано
а) на визуальных признаках
б) на инструментальной пальпации
в) на морфологическом исследовании биопсийного материала
г) на сочетании всех перечисленных признаках
д) только а и б

1229. Диагностика хронических гастритов должна базироваться на основании
а) рентгенологических данных
б) результатов гастроскопии
в) исследования желудочной секреции
г) морфологического исследования биопсийного материала
д) сочетание всех перечисленных методов

1230. Для малигнизированной язвы, позволяющей дифференцировать ее от изъязвленного рака желудка, характерно наличие опухолевых клеток
а) в соединительнотканном дне язвы
б) в крае язвы
в) в дне и краях язвы
г) правильного ответа нет

1231. Наиболее труден для диагностики рак
а) кардиального отдела желудка
б) дна желудка
в) тела желудка
г) выходного отдела желудка
д) диагностика рака трудна при всех перечисленных локализациях

1232. При определении распространенности рака проксимального отдела желудка наибольшую диагностическую ценность имеет
а) гастроскопия
б) эзофагоскопия
в) лапароскопия
г) медиастиноскопия

1233. Для рака желудка наиболее характерно
а) лимфогенное метастазирование
б) гематогенное метастазирование
в) имплантационное метастазирование
г) правильные ответы а и б
д) правильные ответы б и в

1234. Метастазы рака желудка в печень следует расценивать
а) как имплантационные метастазы
б) ортоградные лимфогенные метастазы
в) ретроградные лимфогенные метастазы

г) гематогенные метастазы
д) правильные ответы а и г

1235. Метастаз Крукхенберга следует расценивать
а) как гематогенный
б) как имплантационный
в) как ортоградный лимфогенный
г) как ретроградный лимфогенный
д) правильные ответы б и г

1236. Больной выполнена овариоэтомия по поводу опухоли яичника. При гистологическом исследовании дано заключение о метастатическом характере опухоли. Наиболее часто метастазируют в яичники
а) рак желудка
б) рак поджелудочной железы
в) рак молочной железы
г) рак легкого
д) правильные ответы а и в

1237. Под термином «метастаз Вирхова» подразумевается метастаз
а) в клетчатку малого таза
б) в яичники
в) в пупок
г) в надключичный лимфоузел
д) в легкие

1238. Вирховский метастаз при раке желудка следует расценивать
а) как отдаленный гематогенный метастаз
б) как отдаленный ретроградный лимфогенный метастаз
в)) как отдаленный ортоградный лимфогенный метастаз
г) как регионарный лимфогенный метастаз
д) как имплантационный метастаз

1239. Наибольшей информативностью в диагностике метастазов рака желудка в печень обладает
а) лапароскопия
б) ультразвуковая томография
в) рентгеновская компьютерная томография
г) сканирование печени
д) ангиографическое исследование

1240. К лапароскопии как методу диагностики распространенности опухолевого процесса при раке желудка, наиболее целесообразно прибегать
а) при всех локализациях опухоли в желудке
б) при всех типах роста опухоли
в) при локализации опухоли в антральном отделе желудка, осложненной стенозом
г) при локализации опухоли в теле желудка
д) при локализации опухоли в кардиальном отделе, осложненной дисфагией

1241. На выбор объема операции при раке желудка наименьшее влияние из перечисленных факторов оказывает
а) локализация опухоли
б) тип роста опухоли

в) гистологическая структура опухоли
г) возраст больного
д) все перечисленные факторы оказывают одинаковое влияние на выбор объёма операции

1242. Эндоскопическая полипэктомия допустима, если при гистологическом исследовании биопсийного материала из верхушки полипа обнаружены признаки малигнизации, в случае
а) старческого возраста больного и тяжелой сопутствующей патологии в стадии декомпенсации
б) полипа «на ножке», если при гистологическом исследовании ножки полипа признаков малигнизации в ней не обнаружено
в) возможности динамического контроля (эндоскопического) за больным
г) только сочетания всех перечисленных выше ситуаций а, б, в
д) эндоскопическая полипэктомия недопустима

1243. При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана
а) эндоскопическая полипэктомия
б) хирургическое иссечение полипа
в) клиновидная резекция желудка
г) экономная резекция желудка
д) субтотальная резекция желудка

1244. Эндоскопическая полипэктомия без предварительного морфологического исследования биопсийного материала из полипа допустима
а) во всех случаях
б) при одиночном полипе на ножке независимо от его размеров
в) при одиноком полипе на широком основании, независимо от его размеров
г) при одиночном мелком полипе на ножке
д) при множественных мелких олипах.

1245. При эндоскопической полипэктомии могут возникать
а) кровотечение из ножки полипов
б) перфорация органа вследствии некроза всех слоев его стенки
в) перфорация стенки органа эндоскопом
г) разрыв органа вследствие перераздувания его воздухом
д) все перечисленное

1246. Субтотальная проксимальная резекция желудка должна выполняться
а) при инфильтративной опухоли кардиального отдела желудка
б) при экзофитной опухоли кардиального отдела желудка
в) при опухоли кардиального отдела желудка независимо от типа ее роста
г) при экзофитной опухоли субкардиального отдела желудка

1247. Паллиативная дистальная резекция желудка при злокачественных опухолях желудка может быть выполнена
А) при декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка
Б) при желудочном кровотечении
В) при относительно удовлетворительном состоянии больного
Г) при отсутствии технических осложнений операции
Д) при всем перечисленном

1248. Лучевая терапия при раке желудка применяется
а) как радикальный метод лечения
б) как паллиативный метод

в) в комбинации с операцией
г) все ответы правильные

1249. Показаниями к лучевой терапии рака желудка являются
а) местно распространенный процесс
б) рецедив рака в культе желудка при невозможности его удаления
в) неоперабельный рак кардии с переходом на пищевод
г) все ответы правильные
д) правильные ответы а и б

1250. Наиболее чувствительны к лучевой терапии аденокарциномы желудка при локализации
а) в кардиальном отделе
б) в теле желудка
в) в антральном отделе
г) различий чувствительности опухоли в связи с локализацией нет

1251. При лучевой терапии рака желудка целесообразно использовать
а) рентгеновское излучение 200 кэв
б) электроны 30 мэв
в) гамма-излучение
г) фотоны 4-20 мэв

1252. Больному 65 лет по поводу рака выполнена субтотальная резекция желудка. Метастазов в лимфоузлы не выявлено. При плановом гистологическом исследовании обнаружены опухолевые клетки по линии разреза. При наличии противопоказаний к повторной операции ему следует
а) провести дистанционную лучевую терапию на зону анастомоза
б) ввести в брюшную полость радиоактивное коллоидное золото
в) ввести внутривенно радиоактивное коллоидное золото
г) провести сочетанную лучевую терапию (дистанционное облучение + введение в брюшную полость ^{198}au

1253. Для уменьшения лучевых реакций при облучении желудка целесообразно производить облучение
а) в сочетании с локальной гипертермией
б) в сочетании электоронакцепторными соединениями
в) в сочетании с кратковременной газовой гипоксией
г) в сочетании с кратковременной искусственной гипергликемией

1254. Интенсивный курс предоперационной лучевой терапии при раке желудка расчитан
а) на повышение резектабельности
б) на уменьшение размеров опухоли
в) на девитализацию опухоли
г) на снижение числа рецидивов, метастазов
д) правильные ответы в и г

1255. Больному 60 лет выполнена резекция желудка по поводу рака антрального отдела, но при этом обнаружены мелкие опухолевые пузырьки на брюшине. Опухолевых элементов по линии разреза не обнаружено. Из предложенных методов лучевой терапии ему следует
а) провести послеоперационное дистанционное облучение
б) ввести в брюшную полость радиоактивное коллоидное золото
в) провести сочетанную лучевую терапию (дистанционное облучение + введение в брюшную полость ^{198}au

г) дополнительного лучевого лечения не проводить

1256. Противопоказаниями к лучевой терапии рака желудка являются
а) тяжелое общее состояние больных
б) кровотечение из опухоли
в) сердечно-сосудистая недостаточность
г) диссеминация опухоли по брюшине с асцидом
д) все ответы правильные

1257. У больного 65 лет инфильтративный рак антрального отдела желудка со стенозом. При ультразвуковом исследовании выявлено 2 метастаза в печени. Ему следует
а) применить дистанционную лучевую терапию
б) применить введение в брюшную полость радиоактивного коллоидного золота
в) применить сочетанную лучевую терапию (дистанционное облучение + введение в брюшную полость ^{198}au)
г) лучевая терапия нецелесообразна

1258. К наиболее эффективным химиопрепаратам при раке желудка относят
а) 5-фторурацил
б) адриамицин
в) ccnu, bcnu
г) все перечисленные
д) только а и б

1259. Комбинация FAM-1 включает следующие препараты
а) 5-фторурацил, адреамицин, метатрексат
б) 5-фторурацил, адреамицин, митомицин С
в) фторафур, адреамицин, метатрексат
г) фторафур, адреамицин, митомицин С

1260. Монохимиотерапия при раке желудка эффективна не более. Чем
А) в 5-10% случаев
Б) в 20-25% случаев
В) в 35-40% случаев
Г) в 55-60% случаев
Д) в 80% случаях

1261. У больного 48 лет неоперабельный рак желудка, метастазы по брюшине, в печень, в кости, асцит. Состояние средней тяжести. Противоопухолевого лечения не проводилось. Ему показаны.
а) системная химиотерапия с использованием антрациклинов
б) иммунотерапия
в) лучевая терапия
г) симптоматическая терапия

1262. Больному 45 лет. Три года назад проведена гастрэктомия по поводу рака желудка. В настоящее время выявлены множественные метастазы в печень. Состояние больного удовлетворительное. Ему показаны.
а) симптоматическая терапия
б) лучевая терапия
в) системная химиотерапия
г) иммунотерапия
д) внутриартериальная химиотерапия

1263. Производные платины при лечении больных раком желудка
а) обладают низкой эффективностью
б) неэффективны
в) обладают достаточно высокой эффективностью
г) эффект действия не изучался

1264. К причинам, позволявшим считать химиотерапию рака желудка не удовлетворяющей современным требованиям, следует отнести
а) кратковременные ремиссии
б) низкую продолжительность жизни
в) крайне низкий процент объективных ремиссий при использовании полихимиотерапии (20-25%)
г) все перечисленное

1265. Адъювантная химиотерапия при раке желудка
а) показана всем больным
б) противопоказана и не применяется
в) показана лишь больным с высокодифференцированными опухолями
г) значение ее изучается

1266. В настоящее время тенденция заболеваемости раком поджелудочной железы
а) повышается
б) снижается
в) стабильна

1267. Из перечисленных факторов могут способствовать развитию рака поджелудочной железы
а) питание с избыточным потреблением мяса и жиров
б) интенсивное курение и постоянное употребление алкоголя
в) хронические воспалительные заболевания поджелудочной железы
г) влияние профессиональных вредностей
д) все ответы правильные

1268. Из органов панкреатодуоденальной зоны наиболее часто поражается раком
а) большой дуоденальный сосочек
б) 12-перстная кишка
в) желчный пузырь
г) поджелудочная железа
д) внепеченочные желчные протоки

1269. Рак желчного пузыря чаще встречается
а) у женщин
б) у мужчин
в) в равной степени одинаково

1270. Чаще встречается рак большого дуоденального сосочка
а) у женщин
б) у мужчин
в) в равной степени одинаково

1271. В понятие билиопанкреатодуоденальной области включаются
а) поджелудочная железа, печень, 12-перстная кишка, желудок, желчный пузырь

б) печень, внепеченочные желчные протоки, желчный пузырь, большой дуоденальный сосочек, 12-перстная кишка
в) большой дуоденальный сосочек, 12-перстная кишка, поджелудочная железа, желчный пузырь, внепеченочные желчные протоки
г) внутрипеченочные желчные протоки, желчный пузырь, 12-перстная кишка, поджелудочная железа, печень

1272. Наиболее часто поражается раком
а) головка поджелудочной железы
б) тело поджелудочной железы
в) хвост поджелудочной железы
г) тотальное поражение

1273. Наиболее характерными жалобами больных раком билиопанкреатодуоденальнойь зоны в первом периоде болезни являются
а) боли в эпигастрии и спине, жажда, повышенный аппетит
б) тошнота, рвота, появление желтухи
в) боли в эпигастрии и спине, потеря массы тела
г) частая рвота, анорексия, поносы

1274. Наиболее ранним специфическим синдромом у больных раком билиопанкреатодуоденальной области является
а) боль в эпигастрии и спине
б) потеря веса
в) механическая желтуха
г) асцит
д) частая рвота

1275. Появление механической желтухи опухолевого генеза чаще всего сопровождается
а) появлением резких болей в эпигастрии, асцитом, рвотой
б) увеличением печени, кожным зудом, асцитом
в) увеличением желчного пузыря, кожным зудом. увеличением печени
г) тошнотой, рвотой, увеличением желчного пузыря

1276. Симптом Курвуазье проявляется
а) появлением резко болезненного, увеличенного желчного пузыря
б) появлением увеличенного желчного пузыря на фоне механической желтухи практически без болевого синдрома
в) увеличением печени на фоне механической желтухи
г) болезненной пальпацией в области желчного пузыря на фоне желтухи

1277. При раке поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка из лабораторных тестов наиболее информативен
а) клинический анализ крови
б) раково-эмбриональный антиген
в) карбогидратный антиген
г) биохимические показатели (АЛТ, АСТ, холестерин)

1278. Тест СА-19-9 (карбогидратный антиген) наиболее информативен при раке поджелудочной железы
а) размером не менее 2 см
б) размером 2-3 см
в) размером более 3 см

г) размером более 3 см с метастазами в регионарные лимфатические узлы

1279. С помощью лабораторных биохимических тестов на билирубин, гамма-ГТ, трансаминазу, ЛДГ у больных с подозрением на рак билиопанкреадуоденальной области возможно
а) провести топическую диагностику опухолей билиопанкреадуоденальной области билиопанкреадуоденальной области
б) провести дифференциальную диагностику желтух
в) только охарактеризовать общее состояние больного
г) провести топическую диагностику опухоли и охарактеризовать общее состояние больного

1280. При раке билиопанкреадуоденальной области наибольшей информативностью из методов инструментальной диагностики обладает
а) ультразвуковая томография
б) компьютерная томография
в) рентгеноконтрастные методы исследования выделительной системы поджелудочной железы и желчной системы
г) ангиография

1281. При подозрении на опухоль билиопанкреадуоденальной области инструментальное обследование больного желательно начинать
а) с компьютерной томографии
б) с ангиографии
в) с дуоденоскопии и РХПГ
г) с ультразвуковой томографии

1282. Наиболее информативный метод для диагностики рака большого дуоденального сосочка – это
а) ретроградная холецистопанкреатография
б) гастродуоденоскопия
в) чрезкожная чрезпеченочная холангиография
г) ангиография

1283. Окончательно подтвердить диагноз рака поджелудочной железы возможно с помощью
а) чрезкожной чрезпеченочной холангиографии
б) ангиографии
в) компьютерной томографии
г) пункционной биопсии и цитологического исследования

1284. При раке поджелудочной железы практически любой орган может быть поражен метастазами, но обычно в первую очередь поражаются
а) легкие
б) кости
в) печень
г) надпочечники

1285. По гистологическому строению опухоли билиопанкреадуоденальной области чаще всего представлены
а) плоскоклеточным раком
б) железистым раком
в) смешанным железисто-плоскоклеточным раком
г) недифференцированным раком

1286. Механическая желтуха разовьется быстрее и будет более яркая, если опухоль располагается
а) в головке поджелудочной железы
б) в общем желчном протоке в районе бифуркации
в) в желчном пузыре
г) в дистальном отделе общего желчного протока
д) в большом дуоденальном сосочке

1287. Для больных с механической желтухой важным не только диагностически, но и лечебным, является метод
а) ретроградной холангиопанкреатографии
б) чрезкожной чрезпеченочной холангиографии
в) лапароскопии
г) внутривенной холангиографии

1288. Метод ангиографии при опухолях билиопанкреадуоденальной зоны используется с целью
а) топической диагностики опухоли
б) уточнения размеров опухоли
в) дифференциальной диагностики механических желтух
г) выяснения взаимоотношения опухоли с окружающими органами и определения степени вовлечения в процесс магистральных сосудов.

1289. Основным методом лечения рака билиопанкреадуоденальной зоны является
а) химиотерапия
б) хирургический
в) лучевой
г) химиотерапия + лучевой

1290. Степень операционного риска у больных раком органов билиопанкреадуоденальной зоны обусловлена в первую очередь
а) возрастом больного
б) наличием длительной механической желтухи
в) нарушением питания и потерей массы тела
г) наличием сопутствующих заболеваний

1291. Наиболее широко распространенной радикальной операцией при раке органов билиопанкреадуоденальной зоны является
а) экстирпация 12 перстной кишки
б) расширенная резекция большого дуоденального соска
в) гастропанкреатодуоденальная резекция
г) гастрэктомия

1292. При гастропанкреатодуоденальной резекции удаляется
а) желчный пузырь, поджелудочная железа, 12 перстная кишка
б) дистальная часть желудка, желчный пузырь, часть поджелудочной железы
в) дистальная часть желудка, поджелудочная железа до перешейка, вся 12 перстная кишка, дистальная часть холехода
г) дистальная часть холехода, дистальная часть желудка, поджелудочная железа до перешейка

1293. Если диагноз рак желчного пузыря установлен заранее, то должно быть выполнена
а) субсерозная холецистэктомия
б) удаление желчного пузыря с клиновидной резекцией печени

в) удаление желчного пузыря с резекцией общего желчного протока
г) холецистэктомия с дренированием общего желчного протока

1294. Наибольшая 5-летняя выживаемость после радикальных операций
а) при раке поджелудочной железы
б) при раке желчного пузыря
в) при раке внепеченочных желчных протоков
г) при раке большого дуоденального соска
д) при раке 12 перстной кишки

1295. Локальное криогенное воздействие при неоперабельном раке поджелудочной железы приводит
а) улучшению пассажа кишечного содержимого
б) к включению желчи в процесс пищеварения
в) к снятию болей
г) к устранению желтух

1296. К препаратам, обладающим наибольшей эффективностью при раке поджелудочной железы, относятся:
1) циклофосфан
2) 5-фторурацил
3) стрептозотоцин
4) винкристин
5) метотрексат
а) все перечисленное
б) только 1 и2
в) только 2 и 3
г) только 3 и4
д) только 4 и5

1297. При раке поджелудочной железы наиболее часто используется следующая комбинация препаратов
а) CMF (циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил)
б) FAM (5-фторурацил, адриамицин, митомицин С)
в) имм, дактиномицин, винкристин
г) блеомицин, винбластин

1298. Показаниями к лучевой терапии рака поджелудочной железы являются
а) местнораспространенный рак
б) рецидив после радикальной операции
в) паллиативная резекция железы
г) все ответы правильные
д) правильные ответы а и б

1299. Лучевая терапия рака поджелудочной железы выполняется
а) с целью радикального лечения
б) с паллиативной целью
в) с целью симптоматического эффекта
г) все ответы правильные
д) правильные ответы б и в

1300. Противопоказаниями к лучевой терапии рака поджелудочной железы являются
а) остаточные явления желтухи после наложения холецистоеюноанастомоза

б) язвенная болезнь 12-перстной кишки вне обострения
в) язвенный энтероколит
г) все ответы правильные
д) правильного ответа нет

1301. Лучевая терапия первичного рака печени
а) является одним из ведущих методов лечения
б) применяется с паллиативной целью
в) применяется с симптоматической целью
г) применение лучевой терапии весьма ограничено

1302. наиболее часто при лечении рака ободочной кишки лучевая терапия применяется
а) как самостоятельный метод лечения
б) как этап комбинированного лечения в предоперационном периоде
в) как этап комбинированного лечения в послеоперационном периоде
г) в лечении рака ободочной кишки лучевая терапия не применяется

1303. Наиболее чувствителен рак прямой кишки к лучевой терапии при локализации опухоли
а) в области ректосигмоидного угла
б) в ампулярном отделе
в) в анальном канале
г) различий нет

1304. У больного 70 лет, страдающего пневмосклерозом и хроническим пиелонефритом, аденокарцинома нижнеампулярного отдела прямой кишки. Опухоль экзофитная, 2 см I ст. Ему следует
а) произвести экстирпацию прямой кишки
б) произвести трансанальное иссечение опухоли с последующей внутриполостной лучевой терапией
в) произвести трансанальное иссечение опухоли с последующей дистанционной лучевой терапией
г) провести самостоятельный курс сочетанной лучевой терапии

1305. Больному 50 лет выполнена резекция прямой кишки по поводу аденокарциномы верхнеампулярного отдела,клинически определяемой
II а стадии. При гистологическом исследовании выявлены метастазы в двух параректальных лимфоузлах. Ему необходимо
а) динамическое наблюдение у онколога
б) провести послеоперационное дистанционное облучение
в) провести послеоперационное внутриполостное облучение
г) провести химиотерапию

1306. У больного 56 лет аденокарцинома среднеампулярного отдела прямой кишки протяженностью 6см со смешанной формой роста, занимает больше полуокружности, несмещаемая. Ему необходимо
а) оперативное лечение
б) провести короткий интенсивный курс предоперационной лучевой терапии
в) провести пролонгированный курс предоперационной лучевой терапией с локальной гипертермией
г) выполнить операцию с последующей послеоперационной лучевой терапией

1307. У больного 65 лет, перенесшего год назад инфаркт миокарда, плоскоклеточный рак анального канала без распространения на кожу промежности, II стадии. Ему необходимо

а) экстирпация прямой кишки
б) дистанционная лучевая терапия
в) внутриполостная лучевая терапия
г) сочетанная лучевая терапия (дистанционное + внутриполостное облучение)

1308. Первичный рак по отношению к метастатическому раку печени в нашей стране встречается
а) в одинаковых соотношениях часто
б) чаще встречается первичный рак печени
в) чаще встречается метастатический рак печени
г) обе формы рака печени встречаются одинаково редко

1309. К группам риска развития первичного рака печени относятся
а) носители вируса гепатита В
б) наличие цирроза печени
в) употребление в пищу продуктов, пораженных афлатоксином
г) поражение описторхозом
д) все перечисленное

1310. К странам с высоким уровнем заболеваемости первичным раком печени относятся
а) Замбия, Сингапур, Швейцария
б) Польша, Испания, Венгрия
в) Великобритания, Югославия, Канада
г) Швеция, Норвегия, Дания

1311. Наиболее высокий уровень заболеваемости первичным холангиоцеллюлярным раком печени зарегистрирован
а) в Молдавии
б) в Тюменской области России
в) в Эстонии
г) в Узбекистане
д) В Татарстане

1312. На фоне описторхоза чаще развивается
а) холангиоцеллюлярный рак печени
б) гепатоцеллюлярный рак печени
в) обе формы первичного рака печени встречаются с одинаковой частотой
г) описторхоз не оказывает влияние на развитие первичного рака печени

1313. Положительная реакция на альфа-фетопротеин чаще наблюдается
а) при гепатоцеллюлярном раке печени
б) при холангиоцеллюлярном раке печени
в) при смешанных формах первичного рака
г) при всех перечисленных формах первичного рака печени положительная реакция наблюдается с одинаковой частотой
д) положительная реакция на альфа-фетопротеин не характерна для первичного рака печени

1314. Положительная реакция на альфа-фетопротеин чаще бывает
а) при первичном раке печени
б) при метастатическом раке печени
в) при доброкачественных опухолях печени
г) правильные ответы а и б

д) положительная реакция на альфа-фетопротеин не характерна для опухолевых поражений печени

1315. Гепатоцеллюрярный рак печени чаще развивается на фоне
а) цирроза печени
б) описторхоза
в) ив том и в другом случае
г) ни в том, ни в другом случае

1316. Первичный рак печени метастазирует
а) гематогенно
б) лимфогенно
в) внутриорганно
г) всеми перечисленными путями

1317. При первичном раке печени отдаленные метастазы чаще встречаются
а) в костях
б) в забрюшинных лимфоузлах
в) в легких
г) в головной мозг
д) в лимфоузлах средостения

1318. В начальном периоде заболевания при первичном раке печени
а) отсутствуют патогномонические симптомы заболевания и нарушения функции печени
б) отсутствуют патогномонические симптомы заболевания, но имеются нарушения функции печени
в) имеются патогномонические симптомы заболевания, но отсутствуют нарушения функции печени
г) имеются симптомы, характерные для начала периода заболевания, которые протекают на фоне нарушения функций печени

1319. Из перечисленных симптомов при первичном раке печени наиболее часто встречается
а) бледность кожных покровов
б) желтушность кожных покровов
в) симптомы портальной гипертензии
г) гепатомегалия
д) симптом курвуазье

1320. Наиболее достоверными методами, позволяющими диагностировать опухолевые поражения печени, являются
а) ультразвуковое исследование
б) рентгеновская компьютерная томография
в) ангиография
г) лапароскопия
д) все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью

1321. Для первичного рака печени из биохимических тестов наиболее характерным является повышение активности
а) щелочной фосфатазы
б) аланиновой и аспаргиновой трансамилаз
в) лактатдегидрогеназы
г) гамма-глютаминтранспептидазы
д) всех перечисленных ферментов

1322. Диагностика опухолевых поражений печени должна основываться на данных
а) рентгенологических исследований
б) ультразвукового исследования
в) радиоизотопного исследования
г) иммунологического исследования
д) комплекса перечисленных методов

1323. Эхографическая картина очаговых поражений печени, выявляемая при ультразвуковом исследовании
а) зависит от морфологического строения опухоли
б) не зависит от морфологического строения опухоли
в) зависит от степени васкуляризации опухоли
г) правильные ответы б и г

1324. Сложность в расшифровке эхограммы при очаговых поражениях печени в основном может быть обусловлена
а) малыми размерами опухоли
б) наличием сопутствующего цирроза печени
в) недостаточным опытом исследователя
г) всеми перечисленными факторами

1325. Опухоли печени больших размеров чаще диагностируются по данным
а) ультразвукового исследования
б) рентгеновской компьютерной томографии
в) ангиографического исследования
г) радиоизотопного исследования
д) размеры опухоли не влияют на точность перечисленных методов

1326. При радиоизотопном исследовании печени с ^{99}Tc и метионином 75 на сканограммах и сцинтиграммах опухолевые поражения выглядят
а) как участки пониженной плотности
б) как участки повышенной плотности
в) могут выглядеть как участки пониженной, так и повышенной плотности
г) правильного ответа нет

1327. На рентгеновских компьютерных томограммах злокачественные опухоли печени (первичные, метастатические) выглядят
а) как очаги пониженной плотности
б) как очаги повышенной плотности
в) как очаги пониженной, так и повышенной плотности
г) правильного ответа нет

1328. Наиболее эффективным методом лечения первичного рака печени является
а) хирургический метод
б) системная химиотерапия
в) регионарная химиотерапия
г) лучевое лечение

1329. Низкие цифры резектабельности и операбельности при первичных злокачественных опухолях печени обусловливаются
а) сложностями своевременной диагностики заболевания
б) высоким процентом интра- и послеоперационных осложнений

в) высокой послеоперационной летальностью
г) минимальным опытом большинства хирургов и онкологов
д) всеми перечисленными факторами

1330. При проведении химиотерапевтического лечения по поводу первисного рака печени целесообразно отдавать предпочтение
а) системной химиотерапии
б) регионарной химиотерапии
в) химио-эмболизации печеночной артерии
г) всем перечисленным методам

1331. Попытка выполнения радикальной операции при первичном раке печени нецелесообразно в случае
а) поражение обеих долей печени
б) первичного рака печени, протекающего на фоне цирроза печени в стадии декомпенсации
в) наличие печеночной недостаточности
г) наличия желтухи
д) во всех перечисленных ситуациях

1332. Паллиативные (симптоматические) операции при первичном раке печени целесообразно выполнять в случаях
а) обтурацией опухолью полых органов (желчные протоки, кишечник, мочеточники) с целью их декомпрессии
б) распада опухоли с внутрибрюшным кровотечением или развитием перитонита
в) планирование в послеоперационном периоде проведения химиотерапевтического лечения с целью уменьшения объема опухоли
г) во всех перечисленных ситуациях

1333. Метастатическое поражение печени часто наблюдается при локализации первичной опухоли
а) в органах желудочно-кишечного тракта
б) в легких
в) в молочной железе
г) в женских половых органах
д) при всех перечисленных локализациях

1334. Метастатическое поражение печени в отличии от первичного рака печени наиболее часто характеризуется наличием
а) множественных очагов поражения
б) единичных очагов
в) солитарных очагов
г) все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой

1335. При вторичном опухолевом поражении печени метастазы первичной опухоли в регионарных лимфоузлах
а) должны быть обязательно во всех случаях
б) имеются в преобладающем большинстве случаев
в) обнаруживаются редко
г) никогда не бывают

1336. Вторичное опухолевое поражение печени как единственное проявление диссеминации опухолевого процесса
а) встречается редко

б) встресается часто
в) никогда не встречается
г) встречается примерно в половине случаев

1337. Наиболее ранней и частой жалобой больных с метастатическим поражением печени является
а) боль в правом подреберье и эпигастральной области
б) кожный зуд
в) желтуха
г) асцит
д) спленомегалия

1338 После установления первичной опухоли метастазы в печени выявляются наиболее часто
а) в первы 1-3 года
б) через 3-5 лет
в) через 5-10 лет
г) свыше 10 лет

1339. Метастатическое поражение печени чаще всего происходит
а) лимфогенно ортоградно
б) лимфогенно ретроградно
в) гематогенно по системе воротной вены
г) гематогенно по системе печеночной артерии
д) всеми перечисленными путями

1340. Наиболее часто метастазы в печени выявляются
а) при плоскоклеточном ороговевающем раке легкого
б) при плоскоклеточном эпидермоидном раке легкого
в) при плоскоклеточном неэпидермоидном раке легкого
г) при мелкоклеточном раке легкого
д) морфологическая структура опухоли легкого не влияет на частоту метастазирования в печень

1341. Меланома глаза наиболее часто метастазирует
а) в печень
б) в легкие
в) в лимфоузлы
г) в кожу
д) в кости

1342. В настоящее время лучшие результаты лечения метастатических опухолей печени достигнуты
а) при хирургическом лечении (атипичные резекции печени)
б) при лучевой терапии
в) при системной химиотерапии
г) при регионарной химиотерапии
д) при использовании всех перечисленных методов лечения

1343. Опухоли тонкого кишечника встречаются
а) часто
б) относительно редко
в) исключительно редко

1344. Рак тонкой кишки чаще встречается
а) в детском возрасте
б) в молодом возрасте
в) в средней возрастной группе
г) в пожилом возрасте
д) правильные ответы в и г

1345. Гематосаркомы тонкой кишки чаще встречаются
а) в детском и молодом возрасте
б) в средней возрастной группе
в) в пожилом возрасте
г) во всех возрастных группах

1346. Карциноидные опухоли тонкого кишечника наиболее часто встречаются
а) в детском возрасте
б) в молодом возрасте
в) в средней возрастной группе
г) в пожилом возрасте
д) во всех группах встречаются примерно с одинаковой частотой

1347. Опухоли тонкой кишки наиболее часто локализуются
а) в начальном отделе тощей кишки
б) в средних отделах тонкой кишки
в) в дистальном отделе подвздошной кишки
г) во всех указанных отделах локализуются примерно с одинаковой частотой
д) правильные ответы а и в

1348. Гематосаркомы тонкой кишки обычно локализуются
а) в 12-перстной кишке
б) в тощей кишке
в) в подвздошной кишке
г) во всех указанных отделах локализуются примерно с одинаковой частотой
д) правильные ответы а и б

1349. Карциноидные опухоли тонкой кишки наиболее часто локализуются
а) в 12-перстной кишке
б) в тощей кишке
в) в подвздошной кишке
г) во всех указанных отделах локализуются примерно с одинаковой частотой
д) правильные ответы а и б

1350. Среди всех опухолей тонкой кишки преобладают
а) доброкачественные опухоли
б) злокачественные опухоли
в) с одинаковой частотой как доброкачественные так и и злокачественные

1351. Основным путем метастазирования злокачественных опухолей тонкой кишки является
а) лимфогенный
б) гематогенный
в) имплантационный

1352. Наиболее информативным и часто используемым методом диагностики опухолей тонкого кишечника в настоящее время считают

а) энтерография
б) энтероскопия
в) рентгеновская компьютерная томография
г) ультразвуковое исследование
д) ангиография

1353. Злокачественные опухоли тонкой кишки в основном метастазируют
а) гематогенно
б) лимфогенно
в) имплантационно
г) правильные ответы а и в

1354. Для злокачественных опухолей тонкой кишки характерны
а) гипохромная анемия
б) схваткообразные боли в животе
в) запоры
г) поносы
д) все перечисленное

1355. Бессимптомное течение злокачественных опухолей тонкой кишки наблюдается
а) часто
б) примерно в половине наблюдений
в) редко
г) никогда не встречается

1356. Клинические проявления злокачественных опухолей тонкой кишки в первую очередь зависят
а) от морфологической структуры
б) от типа роста
в) от размеров
г) от локализации опухоли

1357. Из перечисленных осложнений в клиническом течении опухолей тонкой кишки могут наблюдаться
а) кишечная непроходимость
б) кровотечение
в) перфорация опухоли
г) некроз опухоли с ее распадом
д) все перечисленное

1358. Осложненные формы клинического течения опухолей тонкого кишечника чаще наблюдается
а) при злокачественных опухолях
б) при доброкачественных опухолях
в) наблюдается исключительно редко
г) возникновение осложнений не зависит от морфологической структуры опухоли

1359. Перфорация тонкой кишки в результате прорастания ееопухолью чаще наблюдается
а) при гематосаркомах
б) при карциноидных опухолях
в) при раке
г) при доброкачественных опухолях
д) при всех перечисленных опухолях

1360. Из перечисленных рентгенологических признаков при энтерографии для гематосарком тонкой кишки характерны

а) чередование участков расширения и сужения кишки

б) наличие дефектов наполнения и скопления контраста в местах поражения

в) разрушение или отечность складок слизистой оболочки

г) замедление пассажа бариевой взвеси в области пораженного участка

д) все перечисленное

1361. Для рака тонкой кишки из перечисленных рентгенологических признаков характерны

а) сужение просвета кишки в месте ее поражения

б) расширение проксимальных отделов тонкой кишки

в) наличия уровней жидкости в участках тонкой кишки, расположенных проксимальнее опухоли

г) все перечисленное

д) ничего из перечисленного

1362. Наиболее часто метастазы при злокачественных опухолях тонкой кишки возникают

а) в первые 3 года после радикальной операции

б) спустя 3-5 лет

в) через 5-10 лет

г) свыше 10 лет

д) определенной закономерности возникновения метастазов после перенесенных радикальных операций не выявлено

1363. Наиболее рано после радикальных операций метастазируют

а) неэпителиальные злокачественные опухоли

б) рак тонкого кишечника

в) карциноидные опухоли

г) гематосаркомы тонкой кишки

д) определенной закономерности между морфологическим строением опухоли и сроками возникновения метастазов не выявлено

1364. Неэпителиальные злокачественные опухоли тонкой кишки преимущественно метастазируют

а) лимфогенно

б) гематогенно

в) имплантационно

г) правильные ответы а и б

д) правильные ответы а и в

1365. Продолжительность жизни больных со злокачественными опухолями тонкой кишки зависит

а) от морфологического строения опухоли

б) от распространенности опухолевого процесса

в) от вариантов клинического течения заболевания

г) правильные ответы а и в

д) от всего перечисленного

1366. Основным методом лечения злокачественных опухолей тонкой кишки в настоящее время является

а) лучевой

б) химиотерапевтический

в) хирургический

1367. Поздняя диагностика опухолей тонкой кишки в основном обусловлена
а) отсутствием патогномонических симптомов в начальном периоде заболевания
б) поздней обращаемостью больных
в) отсутствием настороженности и недостаточным знанием клинических проявлений заболевания практическими врачами
г) недостаточной информативностью имеющихся методов диагностики
д) всеми перечисленными причинами

1368. Клиническая непроходимость как осложнение рака ободочной кишки чаще наблюдается при локализации опухоли
а) в восходящем отделе
б) в поперечно-ободочной кишке
в) в нисходящем отделе
г) в сигмовидной кишке
д) частота развития кишечной непроходимости не зависит от окализации опухоли в кишечнике

1369. Сравнительно более частое развитие кишечной непроходимости при опухолях левой половины ободочной кишки обусловлено
а) преобладание опухолей с инфильтративным типом роста
б) более плотным содержимым кишки
в) нарушением моторной функции кишки вследствие прорастания ее стенки опухолью
г) воспалительным отеком кишечной стенки
д) всеми перечисленными факторами

1370. Наиболее частым осложнением рака толстой кишки является
а) кишечная непроходимость
б) перфорация опухоли
в) присоединение воспаления с развитием абсцессов, флегмон
г) массивное кишечное кровотечение
д) все перечисленные осложнения встречаются примерно с одинаковой частотой

1371. Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке
а) слепой и восходящего отдела ободочной кишки
б) поперечно-ободочной кишки
в) нисходящего отдела
г) сигмовидной кишки
д) определенной зависимости типа роста опухоли от ее локализации не выявлено

1372. Перфорации кишечной стенки при раке толстой кишки способствуют
а) распад опухоли
б) повышенное давление в просвет кишки
в) трофические нарушения стенки кишки вследствие ее перерастяжения
г) травматизация стенки кишки при прохождении каловых масс через суженный участок
д) все перечисленные факторы

1373. Осложнения воспалительного характера (абсцессы, флегмоны) чаще наблюдаются при локализации опухоли
а) в слепом и восходящем отделе
б) в поперечно-ободочной кишке
в) в нисходящем отделе
г) в сигмовидной кишке

д) правильные ответы а и в

1374. Рак ободочной кишки наиболее часто локализуется
а) в слепой кишке
б) в восходящем отделе
в) в поперечно-ободочной кишке
г) в нисходящем отделе
д) в сигмовидной кишке

1375. Заболеваемость раком толстого кишечника за последние годы имеет тенденцию
а) к повышению
б) к снижению
в) к стабильности
г) к повышению в старшей возрастной группе
д) к снижению среди лиц молодого возраста

1376. На уровень заболеваемости раком толстого кишечника оказывает влияние
а) уровень экономического развития
б) особенности питания
в) наличие доброкачественных опухолей кишечника
г) наличие рака толстого кишечника в анамнезе
д) все перечисленное

1377. На развитие рака толстого кишечника оказывает влияние количество потребляемых в пище
а) жиров
б) животных белков
в) растительных продуктов
г) витаминов
д) всего перечисленного

1378. К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих
а) неспецифическим язвенным колитом
б) гранулематозным колитом
в) полипами кишечника
г) семейным диффузным полипозом
д) всем перечисленным

1379. К особенностям рака толстого кишечника, развивающегося на фоне семейного диффузного полипоза, относится
а) как правило, развивается в молодом возрасте
б) как правило, развивается в пожилом возрасте
в) нередко развивается мультицентрически
г) правильные ответы а и в
д) правильные ответы б и в

1380. Риск развития рака толстого кишечника при неспецифическом язвенном колите возрастает
а) при тотальном поражении толстого кишечника
б) при развитии колита в молодом возрасте
в) при длительности заболевания свыше 10 лет
г) при хроническом непрерывном течении заболевания

д) при всех перечисленных обстоятельствах

1381. К облигатному предраку толстого кишечника следует относить
а) неспецифический язвенный колит
б) болезнь крона
в) семейный диффузный полипоз
г) одиночные полипы толстого кишечника
д) все перечисленное

1382. Рак толстого кишечника, развивающийся на фоне болезни Крона, чаще локализуется
а) в правых отделах ободочной кишки
б) в поперечно-ободочной кишке
в) в левых отделах ободочной кишки
г) в прямой кишке
д) с одинаковой частотой локализуется во всех отделах толстого кишечника

1383. Обследование больного, обратившегося к врачу с жалобами на нарушение функции кишечника, следует начинать
а) с рентгенологического исследования толстого кишечника (ирригоскопия)
б) с колонофиброскопии
в) с ректороманоскопии
г) с ректального пальцевого исследования
д) с ультразвукового исследования

1384. После предварительно выполненной ирригоскопии к колонофиброскопии целесообразно прибегать в случае
а) если имеются признаки кишечного кровотечения, а при ирригоскопии патологических изменений в толстой кишке не выявлено
б) для уточнения сомнительных данных, полученных с помощью ирригоскопии
в) для подтверждения патологического процесса, выявленного при ирригоскопии
г) для выявления синхронно протекающих патологических процессов
д) всего перечисленного

1385. Первичномножественный рак толстого кишечника (синхронныйй или метахромный) встречается
а) очень часто
б) нередко
в) очень редко
г) никогда не встречается

1386. К методу скрининга рак толстого кишечника в настоящее времы\я можно отнести регулярно проводимые
а) исследование кала на скрытую кровь, в том числе на гемокульттест и криптогем (1 раз в год)
б) пальцевое исследование прямой кишки (1 раз в год)
в) ракторманоскопию (1 раз в 3-5 лет)
г) все перечисленное

1387. Предоперационная подготовка при раке толстого кишечника должна включать
а) тщательную механическую очистку толстого кишечника
б) лечение сопутствующих заболеваний
в) коррекцию белкового, углеводного и минерального обмена
г) все перечисленное

1388. При раке толстого кишечника кишечная непроходимость может наблюдаться по типу
а) обтурационной
б) инвагинационной
в) завотота
г) всех перечисленных типов

1389. По морфологическому строению преобладающей формой рака толстого кишечника является
а) аденокарцинома различной степени зрелости и функциональной направленности
б) плоскоклеточный рак
в) недифференцированные раки
г) диморфный (смешанный железистый и плоскоклеточный) рак
д) все перечисленные формы встречаются примерно с одинаковой частотой

1390. Плоскоклеточный и диморфный (смешанный железистый и плоскоклеточный) рак чаще всего локализуются
а) в слепой кишке
б) в восходящем отделе ободочной кишки
в) в нисходящем отделе ободочной кишки
г) в сигмовидной кишке
д) в прямой кишке

1391. Лейомиосаркома толстого кишечника чаще локализуется
а) в слепой кишке
б) в восходящем отделе ободочной кишки
в) в нисходящем отделе ободочной кишки
г) в сигмовидной кишке
д) в прямой кишке

1392. При меланоме прямой кишки из радикальных операций больному показана
а) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
б) брюшно-анальная резекция прямой кишки
в) чрезбрюшинная резекция прямой кишки
г) допустимо выполнение всех перечисленных операций

1392. На выбор метода лечения полипов толстой кишки оказывает влияние
а) количество полипов
б) размеры полипов
в) тип роста (на ножке или на широком основании)
г) гистологическое строение полипов
д) все перечисленное

1393. При локализации опухоли в прямой кишке пальцевое ректальное исследование позволяет
а) оценить размеры опухоли
б) выявить степень фиксации опухоли
в) выявит вовлечение в процесс окружающих тканей
г) оценить проходимость прямой кишки
д) все перечисленное

1394. При операции по поводу кишечной непроходимости, вызванной неоперабельной опухолью толстого кишечника, допустимо
а) ограничиться цекостомией

б) наложить колостому как можно ближе к опухоли
в) выполнить резекцию пораженного участка кишки с наложением колостомы
д) выполнить резекцию поражённого участка кишки и формирование межкишечного анастомоза

1395. При правосторонней гемиколэктомии по поводу рака печеночного изгиба ободочной кишки подвздошно-толстокишечная артерия
а) обязательно перевязывается во всех случаях
б) не перевязывается
в) единой тактики нет

1396. Наиболее часто малигнизируются в толстой кишке полипы
а) железистые
б) железисто-ворсинчатые
в) ворсинчатые
г) ювенильные
д) гиперпластические

1397. Из неэпителиальных опухолей толстой кишки наиболее часто малигнизируются
а) лейомиомы
б) липомы
в) нейрофибромы
г) фибромы
д) все перечисленные неэпителиальные опухоли толстой кишки малигнизируются примерно с одинаковой частотой

1398. При раке тостого кишечника наибольшее распространение опухолевых элементов по длиннику кишечной стенки , как правило, выявляется
а) в проксимальном направлении от опухоли
б) в дистальном направлении
в) в обоих направлениях

1399. Основным путем метастазирования рака толстого кишечника является
а) лимфогенный
б) гематогенный
в) имплантационный
г) все перечисленные варианты метастазирования встречаются примерно с одинаковой частотой

1400. Излюбленной локализацией гематогенных метастазов рака толстой кишки являются
а) легкие
б) кости
в) печень
г) надпочечники
д) селезенка

1401. При раке толстого кишечника частота метастазирования зависит
а) от гистологической структуры опухоли
б) от глубины инвазии кишечной стенки
в) от локализации опухоли
г) от возраста больного
д) от всех перечисленных факторов

1402. Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли
а) в правых отделах ободочной кишки
б) в поперечно-ободочной кишке
в) в нисходящей кишке
г) в сигмовидной кишке
д) во всех перечисленных отделах встречается с одинаковой частотой

1403. Энтероколитическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли
а) в правых отделах ободочной кишки
б) в поперечно-ободочной кишке
в) в нисходящей кишке
г) в сигмовидной кишке
д) правильные ответы в и г

1404. Обтурационная форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли
а) в правых отделах ободочной кишки
б) в поперечно-ободочной кишке
в) в нисходящей кишке
г) в сигмовидной кишке
д) правильные ответы в и г

1405. Диспептическая форма клинического течения рака ободочной кишки встречается при локализации опухоли
а)) в правых отделах ободочной кишки
б) в поперечно-ободочной кишке
в) в нисходящей кишке
г) в сигмовидной кишке
д) во всех перечисленных отделах

1406. К наиболее ранним клиническим симптомам при раке анального канала относятся
а) боли
б) кровотечения
в) патологические примеси в кале
г) изменение формы каловых масс
д) правильные ответы а и б

1407. Наиболее ранними клиническими симптомами при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки являются
а) боли
б) кровотечения
в) патологические примеси в кале
г) перемежающий стул
д) правильные ответы в и г

1408. Пальцевое ректальное исследование должно производиться в положении больного
а) на спине
б) на боку
в) на корточках
г) любое из перечисленных

д) положение больного при ректальном пальцевом исследовании не оказывает влияние на информативность исследования

1409. Из перечисленных методик рентгенологического исследования толстой кишки в настоящее время наиболее информативной считается
а) стандартная ирригоскопия
б) метод двойного контрастирования толстой кишки
в) прием бариевой взвеси per os с последующим рентгенологическим контролем за пассажем контраста в толстой кишке
г) все перечисленные методики обладают примерно одинаковой информативностью

1410. На выбор вида радикальной операции при раке прямой кишки оказывает влияние
а) локализация опухоли в прямой кишке
б) степень распространенности опухолевого процесса
в) наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфоузлах
г) наличие осложнения заболевания
д) все перечисленное

1411. Из перечисленных операций к сфинктеросохраняющим не относится
а) чрезбрюшинная резекция прямой кишки
б) брюшно-анальная резекция прямой кишки
в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
г) все перечисленные операции следует относить к сфинктеросохраняющим

1412. Операция Гартмана при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки и раке ректосигмоидного изгиба целесообразно отдавать предпочтение в случаях
а) наличия обтурационной кишечной непроходимости
б) наличия воспалительных изменений стенки кишечника
в) у лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации
г) во всех перечисленных случаях
д) правильные ответы а и б

1413. Клинические проявления забрюшинных неорганных опухолейв первую очередь обусловлены:
а) гистологической структурой опухоли
б) размерами опухоли
в) локализацией опухоли
г) размерами и локализацией опухоли
д) гистологической структурой и размерами опухоли

1414. При забрюшинных неорганных опухолях чаще встречаются
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) нарушение проходимости полых органов
д) воспалительный инфильтрат

1415. Морфологическое подтверждение диагноза при забрюшинных неорганных опухолях до операции может быть получено
а) путем пункции опухоли под контролем ультразвукового исследования
б) путем пункции опухоли под контролем рентгеновской компьютерной томографии
в) при пункции или ее биопсии во время ретроперитонеоскопии

г) при пункции опухоли или ее биопсии во время лапароскопии
д) все ответы правильные

1416. Цитологическое исследование биопсийного материала при забрюшинных неорганных опухолях, как правило, не позволяет до начала лечения
а) установить гистогенез опухоли
б) установить злокачественность или доброкачественность опухолевого процесса
в) исключить воспалительный характер заболевания
г) исключить метастатическое поражение забрюшинных лимфоузлов
д) исключить метастатическое поражение печени

1417. При операциях по поводу забрюшинных неорганных опуходей чаше всего используется
а) чрезбрюшинный доступ
б) внебрюшинный доступ
в) торако-абдоминальный доступ
г) брюшно-промежностн ый доступ
д) все доступы применяются с одинаковой частотой

1418. Дренирование забрюшинного пространства после удаления забрюшинной опухоли:
а) способствует свободному оттоку крови, скопившейся в забрюшинной пространстве
б) служит контролем за продолжающимся кровотечением из ложа удаленной опухоли
в) способствует профилакти ке развития гнойно-воспалительн ых процессов в забрюшинном пространстве
г) позволяет выявлению различных послеоперационных осложнений
д) все ответы правильные

1419. В настоящее время наиболее часто влечении больных 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

1420. При возникновении рецидива забрюшинной неорганной опухоли целесообразна:
а) попытка его хирургического удаления
б) попытка химиотерапевтического лечения
в) попытка лучевого лечения
г) проведение симптоматической терапии
д) оперативное лечение с целью ликвидации осложнений заболевания (формирование межкишечных обходных анастомозов, нефростомия, цистостомия и т.д.)

1421. К прямым рентгенологическим признакам, выявляемым при забрюшинных неорганных опухолях, не относятся
А) расширение сосудов, питаюших опухоль
б) наличие в опухоли собственно опухолевых «патологических» сосудов
в) длительная задержка контрастного вещества в опухолевых сосудах
г) «пропитывание» контрастным веществом массива опухоли
д) смешение или сдавление крупных артериальных стволов

1422. Точная топическая диагностика забрюшинных неорган, ных опухолей и их местная распространенность возможна на основании результатов:
а) ангиографии

б) рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта
в) рентгеновской компьютерной томографии
г) ультразвукового исследования
д) лишь на основании комплексного анализа результатов всех перечисленных методов исследования

1423. К злокачественным опухолям почки относятся:
а) аденома
б) онкоцитома
в) лейомиома
г) гипернефрома
д) ангиолеймиома

1424. Стадия Т4 при раке почки подразумевает:
а) опухоль более 2,5 см, ограниченная почкой
б) массивное распространение опухоли в почечную вену
в) опухоль распространяется на надпочечник в пределах фасцик герота
г) опухоль распространяется за пределы фасции герота
д) опухоль распространяется на полую вену

1425. Категория N2 при раке почки подразумевает:
а) метастазы в л/узлах размерами более 5 см.
б) метастазы в л/узл"ах размерами до 5 см.
в) метастазы в л/узлах размерами до 2 см.
г) множественные метастазы в л/узлах независимо от их размеров
д) одиночный метастаз в л/узле

1426. Термин "онкоцитома" употребляется для обозначения:
а) эозинофильной зернистоклеточной опухоли паренхимы почки
б) смешаной аденомы
в) переходноклеточной папилломы
г) всех мехзенхимальных опухолей
д) сосудистой опухоли почки

1427. К классической триаде клинических симптомов рака почки относятся:
а) гематурия, боль, слабость
б) гематурия, боль, ускоренная СОЭ
в) гематурия, потеря веса, слабость
г) гематурия, боль, пальпируемая опухоль
д) гематурия, боль, повышенная температура тела

1428. Экстраренальные симптомы рака почки:
а) варикоцеле
б) гипертермия
в) эритроцитоз
г) артериальная гипертония
д) все перечисленное

1429. Для диагностики рака почки наибольшей информативностью обладают следующие методы обследования:
а) сканирование почек
б) ангиография
в) термография

г) ретроградная пиелография
д) экскреторная урография

1430. После радикальной нефрэктомии, T2N0M0 стадии, необходима:
а) профилактическая химиотерапия
б) профилактическая лучевая терапия
в) профилактическая гормонотерапия
г) профилактическая иммунотерапия
д) дополнительного лечения не требуется

1431. Наиболее оптимальным оперативным доступом при раке почки является:
а) чрезбрюшинныйдоступ
б) доступ по федорову
в) доступ по Bergmann
г) доступ по nagamatsu
д) преимуществ какого-либо доступа нет

1432. У больного 65 лет рак почки. По данным ультразвукового исследования и ангиографии опухоль не выходит за пределы почки и не прорастает капсулу.Регионарные метастазы не выявлены. Ему следует:
а) провести предоперационную лучевую терапию концентрированную интенсивную
б) провести предоперационную лучевую терапию пролонгированным курсом
в) провести послеоперационную лучевую терапию
г) ограничиться хирургическим лечением
д) провести неоадьювантную химиотерапию

1433. У больного 59 летчерез год после комбинированного лечения почки выявлен солитарныи метастаз в верхней доле правого легкого. Ему следует:
а) выполнить резекцию легкого
б) провести крупнопольное облучение правого легкого
в) провести локальную лучевую терапию на область метастаза
г) провести крупнопольное облучение легкого с дополнительной локальной лучевой терапией на область метастаза
д) провести химиотерапию

1434. Наиболее эффективны при диссеминированном раке почки следующие препараты:
а) препараты а-интерферона
б) цисллатин
в) тамоксифен
г) винбластин
д) адриамицин

1435. У больного 40 лет рак почки (опухоль 3 см в диаметре) и одиночный метастаз в переднем отрезке 5-го ребра справа. Состояние больного удовлетворительное. Ему целесообразна:
а) химиотерапия
б) иммунотерапия
в) лучевая терапия (на первичную опухоль и метастаз)
г) симптоматическая терапия
д) нефрэктомия + резекция ребра

1436. Среди морфологических форм опухолей лоханки чаще всего встречаются:
а) папиллярный переходно-клеточный рак
б) фиброма

в) липома
г) саркома
д) рабдомиома

1437. К опухолям коркового вещества надпочечников относятся:
а) феохромоцитома
б) кортикостерома
в) параганглиома
г) симпатобластома
д) инсулома

1438. К опухолям мозгового вещества надпочечников относятся:
а) феохромоцитома
б) кортикостерома
в) альдостерома
г) андростерома
д) параганглиома

1439. При кортикостероме:
а) повышено выделение с мочой 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов
б) повышено выделение эстрогенов
в) повышено выделение альдостерона
г) повышено выделение андрогенов
д) повышено выделение катехоламинов

1440. Показанием для проведения внутрипузырной химиотерапии является:
А) поверхностный рак мочевого пузыря
б) инвазивный рак мочевого пузыря
в) диссеминированный рак мочевого пузыря
г) внутрипузырная химиотерапия показана во всех случаях
д) наличие метастазов в регионарные лимфоузлы

1441. К наиболее часто встречающейся морфологической форме оцухоли мочевого пузыря относится:
а) переходно-клеточный рак
б) солидный рак
в) железистый рак
г) все формы встречаются одинаково часто
д) недифференцированный рак

1442. Наиболее частым симптомом рака мочевого пузыря является :
а) гематурия
б) дизурия
в) пальпируемая опухоль
г) боль над лоном
д) гипертермия

1443. Наиболее важным методом исследования при диагностике рака мочевого пузыря является:
а) общий клинический анализ мочи
б) бимануальное ректальное исследование при опорожненном мочевом пузыре /
в) цистоскопия
г) радионуклидные методы диагностики

д) цистография

1444. В схему CMV для лечения рака мочевого пузыря входят следующие лекарственные препараты :
а) метотрексат, циклофосфан, винбластин
б) митамицин С, винбластин, цисплатин
в) метотрексат, винбластин, цисплатин
г) метотрексат, циклофосфан, винкристин
д) митамицин С, циклофосфан, винбластин

1445. Для внутрипузырной химиотерапии используются :
а) адриамицин
б) тио-ТЭФ
в) платидиам
г) митомицин С
д) все перечисленное

1446. Наиболее эффективным препаратом для внутрипузырной терапии рака мочевого пузыря является :
а) адриамицин
б) тиотэф
b) митомицин С
г) вакцина БЦЖ
д) эпирубицин

1447. Наибольшей эффективностью при наименьшей токсичности при лечении диссеминированного рака мочевого пузыря обладает следующий режим химиотерапии:
а) M-VAC
б) CMV
в) гемзар + цисплатин П CAP
д) M-VEC

1448. Больному 38 лет произведена трансуретральная резекция рецидива поверхностного рака моченого пузыря. Дальнейшее лечение включает
а) системную химиотерапию
б) внутрипузырную химиотерапию
в) лучевую терапию
г) внутрипузырную иммунотерапию
д) дополнительного лечения не требуется

1449. Клиническая картина рака предстательной железы характеризуется
а) ранним появлением дизурических расстройств :
б) длительным бессимптомным течением
в) выраженным болевым синдромом
г) гематурией
д) нарушением функции почек

1450. Полная андрогенная блокада при лечении распространенного рака предстательной железы это :
А) двухсторонняя орхиэктомия + эстрогенотерапия
б) лечение большими дозами антиандрогенов
в) двухсторонняя орхиэктомия или назначение агонистов ГТ-РГ + антиандрогены

г) эстрогенотерапия
д) двухсторонняя орхиэктомия

1451. Наиболее часто рак предстательной железы метастазирует :
а) в кости
б) в легкие
в) в печень
г) в головной мозг
д) по плевре

1452. Опухолевым маркером рака предстательной железы является:
а) АКТГ
б) ХГ
в) ПСА
г) СА-125
д) а-фетопротеин

1453. Радикальная простатэктомия включает :
А) удаление предстательной железы с капсулой
б) удаление предстательной железы с капсулой и семенными пузырьками
в) удаление предстательной железы с капсулой, семенными пузырьками, предстательной частью мочеиспускательного канала, шейкой мочевого пузыря и тазовыми лимфоузлами
г) правильного ответа нет
д) удаление предстательной железы и тазовая лимфаденэктомия

1454. Наиболее эффективным методом лечения диссеминир0 ванного рака предстательной железы является:
а) лучевая терапия
б) химиотерапия
в) иммунотерапия
г) гормонотерапия
д) оперативное лечение

1455. У больного 70 лет с кардиосклерозом и постинфарктными Рубцовыми изменениями миокарда рак предстательной железы стадия T2aN0M0 Ему следует провести:
а) дистанционную лучевую терапию
б) дистанционную лучевую терапию с локальной гипертермией
в) химиотерапию
г) химиотерапию + гормонотерапию
д) гормонотерапию

1456. В гормонотерапии рака предстательной железы используются:
а) эстрагены
б) антиандрогены
в) аналоги рилизинг-гормона гипофиза
г) гормоноцитостатики
д) все перечисленное

1457. Оптимальным сроком для оценки эффективности того или иного вида гормонотерапии при раке предстательной железы является:
а) 2 недели
б) 1 месяц
в) 2 месяца

г) 3 месяца
д) 1год

1458. Гормоноцитостатик, применяемый при раке предстательной железы:
а) адриамицин
б) блеомицин
в) эстрацит
г) флютамид
д) золадекс

1459. Наилучшие результаты 5-летней выживаемости при II стадии рака предстательной железы дает:
а) хирургический метод
б) лучевой метод
в) химиотерапия
г) иммунотерапия
д) хирургический и лучевой методы дают одинаковые результаты

1460.Наиболее часто злокачественные опухоли яичка встречаются в возрасте
а) от 20 до 40 лет
б) от 40 до 60 лет
в) от 60 до 80 лет
г) старше 80 лет
д) возраст значения не имеет

1461. Наиболее часто злокачественные опухоли яичка метастазируют:
а) в печень
б) в головной мозг
в) в легкие
г) в надпочечники
д) в кости

1462. К герминогенным опухолям яичка относятся:
а) лейдигома
б) семинома
в) гранулематозная опухоль
г) сертолиома
д) все перечисленное

1463. К нестероидным антиандрогенам относятся:
а) андрокур
б) анандрон
в) флютамид
г) эстрацит
д) тамоксифен

1464. К стероидным антиандрогенам относятся :
а) касодекс
б) флюцином
в) андрокур
г) флютамид
д) золадекс

1465. Опухолевым маркером хорионкарциномы яичка является:
а) РЭА
б) а-фетопротеин
b) ХГиТБГ
г) АКТГ
д) СА-125

1466. Наиболее активным химиопрепаратом при несеминомных опухолях яичка является:
а) адриамишш
б) винбластин
в) оливомицин
г) дактиномицин
д) платидиам

1467. К схеме I линии лечения больных несеминомными опухолями яичка относятся:
а) VELP
б) VAP
в) BEP
г) TCP
д) все перечисленное

1468. Больному 36 лет год назад произведена орхофуникулэктомия по поводу семиномы левого яичка. Больной находился под наблюдением. В настоящее время у больного определяются множественные метастазы в легкие и забрюшинные лимфоузлы. Оптимальный метод лечения для него:
а) химиотерапия по схеме BEP
б) химиотерапия по схеме VELP
в) лучевая терапия
г) все варианты равноценны
д) симптоматическая терапия

1469. Больному с несеминомной опухолью яичка, после ХТ, выполнена радикальная ЗЛАЭ (опухоль нежизнеспособна) больному показано:
а) проведение 2 курсов EP:
б) проведение 2 курсов BEP
в) проведение 4 курсов EP
г) проведение лучевой терапии
д) динамическое наблюдение

1470. Схема BEP при лечении рака яичка включает в себя:
а) блеомицин,платидиам, циклофосфан
б) винбластин, платидиам, вепезид
в) блеомипин, вепезид, платидиам
г) блеомици, вепезид, циклофосфан
д) блеомицин, платидиам ифосфамид

1471. При стадии Т2 рака полового члена опухоль распространяется на
а) подэпителиальную соединительную ткань:
б) мочеиспускательный канал
в) пещеристое тело
г) предстательную железу
д) мочевой пузырь

1472. Стадия Т2в рака мочевого пузыря подразумевает распространение опухоли на:
а) субэпителиальную ткань
б) поверхностную мышцу
в) глубокую мышцу
г) предстательную железу или влагалище
д) стенку таза

1473. У больного 72 лет базалиома кожи спины 0,8см в диаметре. Ему наиболее целесообразно
а) хирургическое удаление
б) криогенная деструкция
в) близкофокусная рентгенотерапия
г) все ответы равнозначны
д) правильно а и б

1474. У больной 62 лет базалиома кожи височной области около 1,5 см в диаметре. Ей наиболее целесообразно
а) близкофокусная рентгенотерапия
б) криогенная деструкция
в) хирургическое удаление
г) все перечисленное
д) правильно а и б

1475. При лучевой терапии базалиомы наиболее целесообразно использовать
А) близкофокусную рентгенотерапию
б) быстрые электроны
в) фотоны 15-20 МЭВ
г) гамма-излучение
д) правильно а и б

1476. При лучевой терапии базалиомы наиболее целесообразно подведение суммарной дозы
а) 30 г
б) 40-45 г
в) 50-60 г
г) 60-70 г

1477. У больного 65 лет рецидив базалиомы около 1 см в области носогубной складки через год после близкофокусной рентгенотерапии в СОД-60 г. Ему наиболее целесообразно
а) повторный курс близкофокусной рентгенотерапии
б) курс дистанционной гама-терапии
в) лазерная деструкция
г) хирургическое удаление

1478. У больной 65 лет рак кожи волосистой части головы 2 см, подвижный с кожей. Ей наиболее целесообразна
а) близкофокусная рентгенотерапия
б) дистанционная гамма-терапия
в) лазерная деструкция
г) хирургическое удаление

1478. У больного 63 лет плоскоклеточный рак кожи спины около 2,5 см на фоне рубцовых изменений после ожогов. Ему наиболее целесообразно
а) хирургическое удаление
б) лазерная деструкция

в) дистанционная гамма-терапия
г) облучение электронами
д) близкофокусная рентгенотерапия

1479. У больного 62 лет рак кожи ягодичной области III а стадии. Ему наиболее целесообразно
а) дистанционная гамма-терапия (самостоятельный курс)
б) близкофокусная рентгенотерапия
в) комбинированное лечение с предоперационной дистанционной гамма-терапией
г) комбинированное лечение с предоперационной близкофокусной рентгенотерапией
д) хирургическое лечение

1480. У больного рецидив рака кожи волосистой части головы через год после близкофокусной рентгенотерапии в СОД 60 г. Ему наиболее целесообразно
а) повторный курс близкофокусной рентгенотерапии
б) курс дистанционной гамма-терапии
в) хирургическое иссечение с пластикой
г) комбинированное лечение с предоперационной дистанционной гамма-терапией

1481. У больной 35 лет меланома кожи задней поверхности голени диаметром около 2 см. Ей целесообразно
а) близкофокусная рентгенотерапия
б) сочетанная лучевая терапия
в) комбинированное лечение с предоперационной близкофокусной рентгенотерапией
г) чисто хирургическое удаление

1482. К облигатным предракам кожи относят
а) болезнь боуэна
б) болезнь педжета
в) кератоакантому
г) правильные ответы а и б
д) правильные ответы Б и В

1483. К факультативным предракам кожи относят
а) кожный рог
б) лейкоплакию
в) старческую кератому
г) правильные ответы а и б
д) правильные ответы б и в

1484. Канцерогенным действием на кожу обладают
а) лучистые энергии
б) вещества, содержащие мышьяк
в) производные каменноугольного дегтя и нефти
г) все перечисленное

1485. Рак кожи в структуре заболеваемости злокачественными опухолями составляет
а) около 1%
б) 2-3%
в) 4-8%
г) около 5%

1486. Базально-клеточный рак наиболее часто локализуется на коже
А) волосистой части головы

б) лица
в) верхних конечностей
г) нижних конечностей
д) туловища

1488. Наиболее высокие показатели заболеваемости раком кожи отмечены
а) среди лиц негроидной расы
б) среди лиц монголоидной расы
в) среди лиц белого населения африки и австралии
г) одинаково, независимо от расы и географии

1489. 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) особой разницы не выявляется

1490. Частота локализации базалиомы на коже лица составляет
а) 50-55%
б) 60-70%
в) 94-97%
г) на коже лица встречается редко

1491. Для синдрома Горлин-Гольца характерно сочетание
а) мультицентрических очагов роста базалиомы
б) педжетоидной эпителиомы и множественных кист нижней челюсти или анамалий развития ребер
в) базалиомы и плоскоклеточного рака

1492. Плоскоклеточный рак кожи наиболее часто развивается
а) на фоне хронических заболеваний кожи
б) на здоровой коже (de novo)
в) с одинаковой частотой и в том, и в другом случае

1493. 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

1494. Рак кожи волосистой части головы без деструкции костей черепа, без регионарных метастазов, размерами более 5 см соответствует
а) I стадия
б) II стадия
в) III стадия
г) IV стадия

1495. Частота регионарного метастазирования при плоскоклеточном раке кожи составляет
а) 2-2,5%
б) 4-5%
в) 6-10%

г) 11-15%

1496. Отдаленные метастазы плоскоклеточного рака кожи в первую очередь поражают
А) легкие
б) головной мозг
в) кости
г) печень
д) правильные ответы а и в

1497. Больному плоскоклеточным раком кожи лица II стадии наиболее целесообразно проводить
а) хирургическое лечение
б) сочетанную лучевую терапию
в) криодеструкцию
г) комбинированное лечение
д) правильные ответы б и в

1498. Пятилетняя выживаемость больных плоскоклеточным раком кожи I – II стадий составляет
а) 50-60%
б) 75-80%
в) 85-90%
г) 95-100%

1499. К меланомонеопасным невусам относятся
а) синий (голубой) невус
б) внутридермальный невус
в) пограничный пигментный невус
г) гигантский пигментный невус

1500. К меланомоопасным невусам следует отнести
а) веррукозный невус
б) На Lo-невус
в) фиброэпителиальный невус
г) невус Ота

1501. Из нижеперечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому
а) паппиломатозный невус
б) «монгольское пятно»
в) невус Ито
г) меланоз Дюбрейя

1502. Заболеваемость меланомой кожи составляет
а) 0,2-0,5%
б) 1,5-2,0%
в) 1,8-40%
г) 50%

1503. Меланома кожи относится к опухолям
а) нейроэктодермальной природы
б) эктодермальной природы
в) мезенхимальной природы
г) дисэмбриональной природы

1504. ведущим методом диагностики меланомы кожи является
а) радиофосфорная проба
б) лучевая меланурия (реакция Якша)
в) термография
г) морфологический метод

1505. Клинически заподозрить наличие меланомы кожи можно по следующим признакам
а) гиперпигментации
б) асимметрии невоидного образования
в) бурному темпу роста опухоли
г) выпадению волос при волосатом невусе
д) всем перечисленным

1506. Наличие дочерних пигментных включений на коже (сателлитов) вокруг меланомы указывает на
а) местную распространенность процесса
б) на наличие дополнительных невоидных образований
в) на рецидив меланомы
г) на диссеминацию процесса

1507. Наличие инфильтрации меланомы до ретикулярного слоя кожи указывает на степень инвазии по Clark
а) I
б) II
в) III
г) IV

1508. Поражение сосочкового слоя кожи при меланоме соответствует степени инвазии по Clark
а) I
б) II
в) III
г) IV

1509. Поражение базального слоя кожи при меланоме соответствует степени инвазии по Clark
а) I
б) II
в) III
г) IV
д) V

1510. Ведущим методом лечения меланомы кожи является
а) хирургический
б) лучевая терапия
в) комбинированный
д) электрокоагуляция

1511. При наличии меланомы кожи лица размерами до 0,5 см в области носогубной складки наиболее целесообразным является применение
а) хирургического метода
б) лучевой терапии
в) криодеструкции
г) химиотерапии

1512. Пятилетняя выживаемость больных, лечившихся хирургическим методом, без наличия регионарных метастазов в среднем составляет
а) 30-35%
б) 40-45%
в) 58-65%
г) 78-80%

1513. Наихудшей в плане прогноза можно считать локализацию меланомы на коже
а) головы
б) верхних конечностей
в) туловища
г) нижних конечностей

1514. При хирургическом лечении базалиомы следует отступать от краев опухоли
а) на 0,1 см
б) на 0,5 см
в) на 1 см
г) на 1,5 см

1515. При хирургическом лечении плоскоклеточного рака кожи от краев опухоли следует отступить в пределах
а) 0,5 см
б) 1.0 см
в) 1,5 см
г) 3,5 см
д) 5.0 см

1516. При хирургическом лечении меланомы кожи туловища и конечностей от краев опухоли следует отступать
а) на 0,5 см
б) на 1,5 см
в) на 3,5 см
г) на 5,0 см и более

1517. При хирургическом лечении меланомы кожи лица от краев раны следует отступать в пределах
а) 0,5 см
б) 1,5 см
в) 3,5 см
г) 5,0 см

1518. Для врожденного дискератоза, кроме изменения кожи, наиболее характерно
а) лейкокератоз слизистой оболочки рта
б) апластическая анемия
в) туберозный склероз
г) глухота
д) правильные ответы а и б

1519. К факультативным предракам с малой вероятностью малигнизации относятся
а) мышьяковистые кератозы
б) актинические кератозы
в) трофические язвы

г) кератоакантома
д) все перечисленное

1520. К внутриэпидермальному раку cancer in situ относится
а) болезнь Боуэна
б) базалиома
в) эритроплазия Кейера
г) выбухающая дерматофибросаркома Дарье-Феррана
д) правильные ответы а и г

1521. Метастазы рака внутренних органов в кожу могут локализоваться
а) на спине и груди
б) на животе
в) на голове
г) на конечностях
д) все ответы правильные

1522. Профилактика злокачественных опухолей кожи включает
а) лечение предрака
б) исключение повторного лечения лучами рентгена
в) ограничение применения мышьяка
г) диспансерное наблюдение за работающими с углеводородом и продуктами перегонки нефти
д) все ответы правильные

1523. Факультативные предраки с большей вероятностью малигнизации – это
а) поздние рентгеновские язвы
б) болезнь Боуэна
в) пигментная ксеродерма
г) кожный рог
д) себорейная кератома

1524. К гистологическим признакам, которые обычно помогают отличить доброкачественную юношескую меланому от злокачественной меланомы, относятся все перечисленное, кроме
а) отсутствие или недостаточного количества меланина
б) большого количества гигантских клеток
в) воспалительного инфильтрата и полиморфизма клеток
г) телеангиоэктазий

1525. Злокачественное перерождение нейрофибромы при нейрофиброматозе Реклингаузена составляет
а) процент неизвестен
б) 2-5%
в) около 25%
г) около 50%
д) около 80%

1526. Пигментные невусы на слизистой оболочке полости рта в основном
а) пограничные
б) сложные
в) голубые
г) злокачественные
д) внутридермальные

1527. Гемангиомы полости рта могут быть
а) капиллярные
б) кавернозные
в) смешанные
г) все ответы правильные

1528. Рак слизистой оболочки полости рта связан со всем перечисленным, кроме
а) курение табака
б) жевание табака
в) алкоголизм
г) периодонтит

1529. Множественные базальноклеточные невусы похожи
а) на базалиомы
б) на кожный рог
в) на пигментные невусы
г) на нейрофибромы
д) на все перечисленные опухоли

1530. При дифференциальной диагностике экземы соска и болезни Педжета учитывается все перечисленное, кроме
а) односторонности при болезни Педжета
б) четкости границ при экземе
в) плотности очага при болезни Педжета
г) успешности лечения экземы

1531. Рак в области рубца может возникнуть чаще всего на фоне
а) склеротического и атрофического лишая
б) анетодермии Ядассона
в) эритематоза
г) слеродермии
д) туберкулезной волчанки

1532. Наиболее предрасположены к метастазированию
а) злокачественное лентиго
б) злокачественная меланома
в) юношеская меланома
г) узелковая меланома
д) поверхностная меланома

1533. Первичные злокачественные меланомы слизистой оболочки рта чаще всего локализуются
а) на губах
б) на языке
в) на слизистой верхней челюсти
г) на слизистой нижней челюсти
д) на миндалинах

1534. Меланомы в гигантских родимых пятнах
а) обычно происходят из участков с контактной активностью
б) обычно образуются из глубоких клеточных элементов
в) образуются только в мягких мозговых оболочках
г) не образуются

д) процент злокачественности очень низок

1535. Диагноз злокачественной меланомы подтверждается присутствием
а) митозов
б) атипичных клеток
в) гигантских клеток
г) ничем из вышеперечисленного
д) всем вышеперечисленным

1536. Наиболее принятой теорией о природе клеток родимых пятен является образование клеток
а) из эпидермальных нервных элементов
б) из меланоцитов с прогрессирующим созреванием
в) из клеток Шванна
г) из меланоцитов и элементов Шванна
д) единой точки зрения не существует

1537. Основные клетки рака развиваются
а) из недифференцированных клеток основного клеточного слоя
б) из волосяных матричных клеток
в) из недифференцированных наружных корневых капсулярных клеток
г) из недоразвитых плюрипотенциальных эпителиальных клеток
д) ничто из вышеперечисленного

1538. Плоскоклеточному раку чаще всего сопутствует
а) болезнь Боуэна
б) кератоакантома
в) сенильная кератома
г) болезнь Педжета
д) ничто из вышеперечисленного

1539. Постоянным признаком как лучевого кератоза, так и лейкоплакии является
а) эпидермальная гиперплазия
б) акантолиз
в) паракератоз
г) атипичные эпидермальные клетки
д) спонгиоз

1540. Наиболее неблагоприятный прогноз в отношении развития эпителиомы и меланомы имеется при пигментной ксеродерме
а) I типа
б) II типа
в) синдроме Санктиса-Каккионе
г) пигментном ксеродермоиде
д) прогноз одинаковый при всех формах

1541. Пигментная ксеродерма I типа характеризуется всем перечисленным, кроме
а) начала в раннем детстве
б) повышенной чувствительности к УФО и проникающим излучениям
в) пойкилодермии
г) развитие меланомы и эпителиомы в молодом возрасте
д) психических расстройств

1542. Пигментная ксеродерма I типа характеризуется всем перечисленным, кроме
а) начала в раннем детстве
б) повышенной чувствительности к УФО, светобоязни
в) пойкилодермии
г) развитие меланомы и эпителиомы в молодом возрасте
д) психических расстройств

1543. 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 и рака кожи

1544. Метастазы рака внутренних органов в кожу наблюдается с частотой
а) не бывают
б) 0,5%
в) 2%
г) 5%
д) более 5%

1545. Болезнь Боуэна характеризуются всем перечисленным, кроме
а) эритематозной овальной бляшки
б) чешуйко-корочек
в) плоских грануляций
г) несколько приподнятого коричневатого края
д) болезненности или зуда

1546. Болезнь Боуэна характеризуются всем перечисленным, кроме
а) начала в юношеском возрасте
б) медленного увеличения очага
в) отсутствие зуда или боли
г) излюбленной локализации в области плечевого пояса

1547. Синдром множественных базалиом характеризуется всем перечисленным, кроме
а) одновременное появления нескольких базалиом
б) последовательного нескольких базалиом
в) отсутствие излюбленной локализации
г) наклонности к самопроизвольному рубцевания базалиом

1548. Наиболее тяжелой формой базалиом является
а) пигментированная
б) железистая
в) «грызущая язва» Джакоба
г) «сверлящая язва»
д) саморубцующая

1549. Рак кожи может иметь все перечисленные виды, кроме
а) быстро растущего плотного бугристого узла
б) язвы с плотно вывороченным краем
в) разрастаний типа цветной капусты с мягкой влажной поверхностью
г) разрастаний типа цветной капусты с гиперкератотическими наслоениями
д) ограниченного очага типа нумулярной экземы

1550. Излюбленная локализация базалиомы на коже
а) дистальных отделов конечностей
б) туловища
в) волосистой части головы
г) переорбитальной зоны
д) места перехода кожи в слизистую

1551. Излюбленная локализация рака кожи
а) на конечностях
б) на туловище
в) на волосистой части головы
г) на переорбитальной зоне
д) на местах перехода кожи в слизистую

1552. С нарушением рогообразования связаны все перечисленные опухоли, кроме
а) себорейной кератомы
б) сенильной кератомы
в) кожного рогп
г) актинической кератомы
д) базалиомы

1553. Рак на рубце может характеризоваться
а) уплотнением рубца
б) незаживающей трещиной
в) изъязвлением и кровоточивостью
г) папилломатозными разрастаниями
д) всем перечисленным

1554. Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может проявиться
а) неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса
б) увеличением или неравномерностью пигментации
в) увеличением и неравномерностью плотности
г) изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров
д) всем перечисленным

1555. К доброкачественным опухолям молочной железы относятся
а) узловая фиброзно-кистозная мастопатия
б) диффузная мастопатия
в) фиброаденома

1556. У больного 30 лет после перенесенной болезни Боткина развилась двусторонняя гинекомастия. Ему следует назначить
а) гормонотерапию эстрогенами
б) гормонотерапию андрогенами
в) гормонотерапию кортикостероидами
г) препараты, улучшающие функцию печени
д) йодсодержащие препараты

1557. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия может развиться вследствие
а) хронического аднексита
б) хронического гепатита
в) заболевания щитовидной железы
г) все ответы правильные

1558. Плазмоклеточный мастит является результатом
а) воспалительного процесса
б) возрастной инволюции молочных желез
в) эктазии протоков
г) кисты молочных желез

1559. Основным методом лечения злокачественных опухолей является
а) хирургическое
б) лучевое
в) гормональное
г) лекарственное

1560. Основным видом лечения внутрипротоковых папиллом является
а) хирургическое
б) лучевое
в) гормональное
г) лекарственное

1561. К какой клинической группе относятся больные, страдающие пролиферативной формой фиброзно-кистозной мастопатии
а) I а
б) Iб
в) II
г) III

1562. Деление больных на клинические группы необходимо
а) для учета онкологических больных
б) для диспансеризации онкологических больных
в) для определения степени распространенности опухолевого процесса
г)правильные ответы а и б
д) правильные ответы б и в

1563. Наименьшая заболеваемость раком молочной железы наблюдается
а) в Грузии
б) в Азербайджане
в) в Туркмении
г) в России

1564. Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведении
а) лучевой терапии
б) гормонотерапии
в) химиотерапии
г) хирургического лечения молочной железы

1565. Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы
а) узловую
б) диффузную
в) экземоподобные изменения ареолы и соска
г) все ответы верные

1566. Прогноз течения рака молочной железы хуже
а) при очено-инфильтративной форме

б) при узловой форме I стадии
в) при узловой форме II стадии
г) при болезнь Педжета

1567. Симптом «лимонной корки» и отек ореолы
а) увеличивает стадию заболевания и влияет на выработку плана лечения
б) не увеличивает стадию заболеванию
в) не влияет на выработку плана лечения
г) влияет на общее состояние больной

1568. Рак молояной железы необходимо дифференцировать
а) с узловой мастопатией
б) с гемобластозами
в) с маститом
г) с туберкулезом
д) все ответы верные

1569. Операция радикальной резекции молочной железы может быть произведена, если до операции установлена
а) I стадия рака молочной железы
б) IIб стадия
в) III стадия
г) IV стадия

1570. К андрогенным гормональным препаратам относятся
а) медротестрон-пропионад
б) пролотестом
в) тестостерон-пропионад
г) омнадрен
д) все ответы верные

1571. Показаниям гормонотерапии при раке молочной железы является
а) наличие рецепторов стероидных гормонов в опухоли
б) первично распространенный рак молочной железы
в) все стадии первичного рака молочной железы
г) все ответы верные
д) правильные ответы а и б

1572. Наружное облучение гипофиза наибольший эффект дает при метастазах
а) к кости скелета
б) в печень
в) в лимфоузлы
г) в легкие

1573. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом исследования является
а) маммография
б) пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата
в) термография
г) УЗИ

1574. При отечно-инфильтративной форме рака молочной железы наиболее целесообразно проводить

а) только хирургическое лечение
б) только лучевую терапию
в) только химиотерапию
г) комбинированное лечение
д) комплексное лечение

1575. При проведении профилактической химиотерапии по схеме CMF наиболее целесообразно проводить
а) 2 курса
б) 3 курса
в) 4 курса
г) 5 курсов
д) 6 курсов

1576. У больной 35 лет выявлено узловое образование 2 см в диаметре в левой молочной железе. Выражен симптом втяжения. Заболевания, с которыми надо дифференцировать диагноз – это
а) рак молочной железы
б) киста с элементом воспаления
в) фиброаденома
г) правильные ответы а и б

1577.У больной 25 лет на фоне беременности появилось уплотнение и гиперемия правой молочной железы, кровянистые выделения из соска, увеличенный лимфоузел в правой подмышечной области. Наиболее целесообразным в данном случае является
а) назначение физиотерапевтических процедур
б) пункция уплотнения правой молочной железы и увеличенного лимфоузла с последующим цитологическим исследованием
в) назначение антибиотиков
г) маммография

1578. У мужчины 45 лет выявлено узловое образование в правой молочной железе. Наиболее целесообразным в этом случае является
а) пункции узлового образования в молочной железе с последующим цитологическим исследованием
б) консультация уролога
в) маммография
г) все ответы верные

1579. У мальчика 13 лет выявлено увеличение обеих молочных желез. Узловых образований не выявляется. Наиболее целесообразным в этом случае является
а) обследование у уролога, эндокринолога, терапевта
б) маммография
в) пункция молочных желез с последующем цитологическим исследованием пунктата
г) назначение гормонотерапии

1580. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным является
а) анализ крови
б) анализ мочи
в) осмотр и пальпация
г) хирургическая биопсия со срочным цитологическим исследованием

1581. Операция Урбана-Холдина разработана для больных раком молочной железы

а) I стадии (внутренняя локализация опухоли)
б) I стадии (наружная локализация опухоли)
в) III стадии (внутренняя локализация опухоли)
г) III стадии (наружная локализация опухоли)

1582. Радикальная мастэктомия по Холстэду-Майеру была разработана для больных раком молочной железы
а) I стадии
б) IIа стадии
в) IIб стадии
г) III стадии
д) для всех стадий

1583. У больной через 10 лет после радикального лечения рака молочной железы выявлен солитарный метастаз в верхней доли правого легкого. Наиболее целесообразным методом лечения является
а) химиотерапия
б) лучевая терапия
в) хирургическое лечение
д) гормонотерапия

1584. Показанием к паллиативной мастэктомии при раке молочной железы является
а) изъязвленный рак молочной железы
б) наличие серьезных сопутствующих заболеваний
в) преклонный возраст
д) все ответы верные

1585. Профилактическая химиотерапия назначается после радикального хирургического лечения при раке молочной железы
а) I стадии
б) IIа стадии
в) III стадии
г) правильные ответы А и Б

1586. У больной 65 через 3 года после радикального лечения рака молочной железы, выявлен метастаз в первый поясничный позвонок. Наиболее целесообразным лечением является
а) гормонотерапия
б) лучевая терапия на поясничный отдел позвоночника
в) химиотерапия тиофосфамидом
г) правильные ответы а и б
д) все ответы верные

1587. У больной 32 лет через год после радикальной операции по поводу рака молочной железы I стадии, выявлены множественные метастазы в кости скелета. Наиболее целесообразным планом лечения является
а) двусторонняя овариоэктомия
б) лекарственная гормонотерапия
в) полиохимиотерапия с адриамицином
г) наружное облучение гтпофиза
д) все ответы верные

1588. При генезализованном раке молочной железы у больных с в менопаузе целесообразно проводить лечение

а) андрогенами
б) кортикостероидами
в) антиэстрогенами

1589. У больной 58 лет через 3 года после лечения рака молочной железы, выявлен плеврит. Уточнить этиологию плеврита можно
а) при рентгеноскопии легких
б) по анализу крови
в) при пункции плевральной полости
г) при цитологическом исследовании эвакуированной плевральной жидкости

1590. Рак молочной железы может метастазировать
а) в легкие
б) в кости
в) в печень
г) в головной мозг
д) во все перечисленные органы

1591. При операции радикальной мастэктомии по Холстеду большая грудная мышца
а) сохраняется
б) удаляется полностью
в) удаляется частично
г) все ответы верные

1592. При операции радикальной резекции молочной железы единым блоком удаляется
а) верхнее-наружный квадрант молочной железы
б) малая грудная мышца
в) клетчатка из подключичной области
г) клетчатка из подмышечной области
д) все перечисленное

1593. При лимфостазе верхней конечности после комбинированного лечения по поводу рака молочной железы возможно проведение следующего лечения
а) вибромассаж
б) ношение эластического компрессионного рукава
в) применение троксевазиновой мази
г) профилактика рожистых воспалений
д) все ответы верные

1594. Больная 35 лет, по профессии маляр. Заканчивает комбинированное лечение по воду рака молочной железы. На больничном листе находилась 4 месяца. По окончании лечения целесообразно
а) направит больную на ВТЭК
б) не направлять больную на ВТЭК
в) продолжить работу по основной профессии
г) сменить профессию
д) правильные ответы а и г

1595. Больной 36 лет выполнена радикальная резекция правой молочной железы по поводу рака в верхне-наружном квадранте $T_1N_0M_0$. Дальнейшее лечение предусматривает
а) наблюдение
б) лучевую терапию на молочную железу
в) лучевую терапию на молочную железу, подмышечную и надключичную зоны

г) профилактическую химиотерапию

1596. Больной 40 лет выполнена радикальная резекция правой молочной железы по поводу рака. Опухоль в верхне-наружном квадранте (3,5 см) $T_2N_0M_0$. Дальнейшее лечение предусматривает

а) наблюдение
б) лучевую терапию на правую молочную железы
в) лучевую терапию на молочную железу, подмышечную и надключичную зоны
г) профилактическую химиотерапию

1597. Больной 45 лет выполнена радикальная операция по Пейти по поводу рака левой молочной железы IIа стадии $T_2N_0M_0$ наружной локализации. В дальнейшем ей необходимо

а) послеоперационное облучение грудной стенки
б) послеоперационное облучение регионарных зон
в) послеоперационное облучение регионарных зон и грудной стенки
г) послеоперационная лучевая терапия не показана

1598. Больной 45 лет выполнена радикальная операция по Пейти по поводу рака левой молочной железы наружной локализации. Клинически IIа стадия. Гистологически обнаружены метастазы рака в трех подмышечных лимфоузлах. В дальнейшем ей необходимы

а) послеоперационное облучение грудной стенки (зоны рубца)
б) послеоперационное облучение подмышечных и надподключичных зон
в) послеоперационное облучение подмышечных надподключичных и парастернальной зон
г) послеоперационное облучение грудной стенки и всех регионарных зон
д) послеоперационная лучевая терапия не показана

1599. Суммарные дозы для облучения молочной железы после радикальнойрезекции составляют

а) 30-40 Гр
б) 40-50 Гр
в) 50-60 Гр
г) больше 60 Гр.

1600. У больной 56 лет $T_2N_1M_0$ стадия рака молочной железы (правой), наружная локализация. Ей наиболее целесообразна лучевая терапия

а) предоперационная, интенсивно-концентрированная
б) предоперационная пролонгированная
в) послеоперационная
г) не показана

1601. У больной 42 лет рак молочной железы. Клинически $T_2N_0M_0$ стадия, внутренняя локализация. Ей наиболее целесообразно

а) концентрированное предоперационное облучение молочной железы с подмышечно-подключичной областью + послеоперационное пролонгированное облучение парастернальной зоны
б) пролонгированное предоперационное облучение молочной железы и всех регионарных зон
в) пролонгированное предоперационное облучение молочной железы и парастернальной зоны
г) лучевая терапия не показана

1602. При интенсивно-концентрированном курсе предоперационной лучевой терапии при раке молочной железы интервал до операции должен составлять

а) 1-2 дня
б) 3-5 дней
в) 10-14 дней
г) 3 недели

1603. При пролонгированном курсе предоперационной лучевой терапии рака молочной железы интервал до операции должен составлять
а) 1-2 дня
б) 3-5 дней
в) 7-10 дней
г) 2-3 недели
д) больше 3 недель

1604. Из радиомодификаторов при лучевой терапии рака молочной железы наиболее эффективно
а) электронакцепторные соединения
б) гипербарическая оксигенация
в) лекарственные препараты
г) локальная гипертермия

1605. Больной 40 лет по поводу рака левой молочной железы II б стадии выполнена радикальная операция по Пэйти после интенсивно-концентрированной предоперационной лучевой терапии на молочную железу с подмышечно- подключичной зоной СОД 20 Гр. Гистологически: инфильтративно-протоковый рак, 5 см, с комплексами раковых клеток в лимфатических щелях, сосудах, метастазы в 5 лимфоузлах подмышечной области. В дальнейшем ей целесообразно
а) послеоперационное облучение грудной стенки (рубцов)
б) послеоперационное облучение регионарных зон
в) послеоперационное облучение грудной стенки и регионарных зон
г) лучевая терапия не показана

1606. Необходимыми дозами профилактического облучения регионарных зон при клинически неопределяемых метастазах рака молочной железы при лучевой терапии РОД 2 Гр являются
а) 30-35 Гр
б) 35-40 Гр
в) 44-50 Гр
г) более 50 Гр

1607. У больной 58 лет рак правой молочной железы $T_3N_1M_0$. Наиболее целесообразной лучевой терапией для не является
а) предоперационная интенсивно—концентрированная на молочную железу с подмышечно-подключичной зоной
б) пролонгированная на молочную железу и все регионарные зоны
в) послеоперационная
г) лучевая терапия не показана

1608 У больной 44 лет рак правой молочной железы. Опухоль 9 см, центральная локализация с вторичным отеком кожи и железы, в подмышечной области 2-го лимфоузла. Лучевая терапия наиболее целесообразна в виде
а) предоперационной интенсивно—концентрированной на молочную железу с подмышечно-подключичной зоной
б) предоперационной пролонгированной на молочную железу и все регионарные зоны в СОД 44-50 Гр

в) полного курса лучевой терапии на молочную железу 66-70 Гр, подмышечную область 50-55 Гр, остальные регионарные зоны – 44-50 Гр с последующей операцией
г) лучевая терапия не показана.

1609. При лучевой терапии инфильтративно-отечной формы рака молочной железы в объем облучения целесообразно включить молочную железу
а) с надподключичной зоной, подмышечной и обеими парастернальными зонами
б) с надподключичной, подмышечной областями и парастернальной зоной на стороне поражения
в) с надподключичной и подмышечной зонами
г) с подмышечной и подключичной зонами

1610. Через 2 года после радикальной мастэктомии по Пэйти с интенсивной предоперационнной лучевой терапией по поводу рака молочной железы IIа стадии в области послеоперационного рубца имеется солитарный внутрикожный метастаз 0,5 см. Целесообразна локальная лучевая терапия
а) близкофокусная рентгенотерапия
б) электронами 4-6 МЭВ
в) электронами 15 МЭВ
г) все ответы правильные
д) правильные ответы а и б

1611. Через год после радикальной мастэктомии и 6 курсов химиотерапии по схеме CMF имеется 3 внутрикожных метастаза выше и ниже рубца от 0,5 до 1 см. Наиболее целесообразна
а) близкофокусная рентгенотерапия
б) дистанционная гамма-терапия на область рубца в СОД 55-60 Гр
в) дистанционная гамма-терапия на область рубца СОД 40-45 Гр + близкофокусная рентгенотерапия в СОД 30 Гр
г) облучение электронами 6-9 МЭВ Гр + локальное облучение электронами опухолевых узелков СОД 30 Гр
д) правильные ответы в и г

1612. У больной 60 лет через 4 года после комбинированного лечения рака молочной железы IIб стадии и приема тамоксифена выявлен рентгенологический метастаз в тело подвздошной кости слева. Сканографически выявлены очаги повышенного накопления препарата в теле подвздошной кости слева, левом крестцово-подвздошном сочленении L_1 и L_4 . Наиболее целесообразное лечение
а) локальная терапия на область метастаза в теле подвздошной кости
б) Локальная терапия на область тела левой подвздошной кости, крестцово-подвздошного сочленения L_1 и L_4
в) лучевая терапия на левое полукольцо таза и поясничный отдел позвоночника
г) лучевая терапия не показана

1613. При облучении зон костного метастатического поражения рака молочной железы наиболее целесообразно применение разовых очаговых доз
а) 2 Гр
б) 4 Гр
в) 6 Гр
г) 8 Гр

1614. Наиболее выгодное дозовое распределение при облучении парастернальных лимфатических узлов можно получить при использовании
а) дистанционной гамма-терапии

б) электронов 15020 МЭВ
в) фотонов 18 МЭВ
г) введения закрытых источников ^{60}Co во внутреннюю грудную артерию

1615. При назначении гормонотерапии больным раком молочной железы обязательно учитывается
а) стадия опухолевого процесса
б) морфологическая структура опухоли
в) наличие рецепторов гормонов в опухоли
г) степень дифференцировки опухоли
д) правильные ответы а и в

1616. У больной 65 лет, страдающей раком молочной железы $T_3N_1M_0$, положительные рецепторы эстрогенов. Ей следует назначить
а) эстрогены
б) антиэстрогены
в) прогестины
г) кортикостероиды

1617. В цитостатической терапии больных раком молочной железы наибольшее значение имеет
а) циклофосфан
б) фторафур
в) адриамицин
г) митомицин С

1618. Оптимальный интервал между курсами химиотерапии по схеме FFC (фторурацил, фарморубицин, циклофосфан)
а)2 недели
б) 3 недели
в) 4 недели
г) 5 недель

1619. У больных диссеминированным раком молочной железы курсы химиотерапии проводятся
а) до прогрессирования процесса
б) до полной регрессии
в) в течение года
г) только а и б
д) все ответы правильные

1620. Для рака молочной железы регионарными являются все перечисленные лимфатические узлы, кроме
а) подмышечных
б) подключичных
в) парастернальных
г) надключичных
д) подчелюстных

1621. Лечение при раке молочной железы I стадии включает
а) лучевую терапию
б) радикальную мастэктомию по Пэйти
в) лучевую терапию+радикальную мастэктомию
г) секторальную резекцию
д) химиотерапию

1622. У больной рак молочной железы, отечно-инфильтративная форма. На первом этапе ей целесообразна
а) расширенная радикальная мастэктомия
б) простая мастэктомия + лучевая терапия
в) лучевая терапия+химиотерапия+гормонотерапия
г) лучевая терапия+радикальная мастэктомия+химиотерапия
д) лучевая терапия+радикальная мастэктомия+химиотерапия+гормонтерапия

1623. Для ранней диагностике рака молочной железы наиболее применима
а) маммография
б) флюорография
в) пункционная биопсия
г) секторальная резекция
д) пальпация

1624. Для массовой диагностики рака молочной железы применима
а) термография
б) маммография
в) флюорография
г) пункционная биопсия
д) пальпация

1625. В качестве факультативного предрака молочной железы наиболее опасны
а) болезни Минца
б) узловая форма мастопатии
в) цистоаденома
г) все перечисленное

1626. К диффузной форме рака молочной железы относится
а) маститоподобный рак
б) болезнь Педжета молочной железы
в) рад добавочной молочной железы
г) рак (in situ)

1627. Для маститоподобного рака клинически характерно
а) наличие опухолевидного узла с четкими границами
б) наличие симптома «площадки»
в) наличие симптома «лимонной корки» и гиперемии кожи
г) резко болезненные, увеличенные подмышечные узлы

1628. У больной 20 лет в верхне-наружном квадранте молочной железы пальпируется опухоль размером 2х3 см, подвижная, плотная, с четкими контурами, безболезненная.

Кожные симптомы отрицательные. Выделений из соска нет. Подмышечные узлы не увеличены. Опухоль больная заметила месяц назад. Наиболее вероятный диагноз.
а) диффузная мастопатия
б) рак молочной железы
в) болезнь Минца
г) фиброаденома
д) узловая мастопатия

1629. Больная жалуется на кровянистые выделения из соска правой молочной железы. При надавливании на ареолу появляются капельки крови. Подмышечные лимфатические узлы не

увеличены. При маммографии патологии не обнаружено. При контрастной маммографии обнаружено кистозное изменение молочных ходов в области соска. Наиболее вероятный диагноз
а) рак молочной железы
б) диффузная мастопатия
в) болезнь Минца
г) узловая мастопатия
д) фиброаденома

1630. В левой молочной железе пальпируется безболезненное опухолевидное образование 2х3 см, положительный симптом «площадки», сосок деформирован, ареола отечна, выделений из соска нет. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Наиболее вероятный диагноз
а) фиброаденома
б) узловая мастопатия
в) липома
г) раак молочной железы
д) болезнь Минца

1631. При раке молочной железы в стадии $T_3N_1M_0$ показана
а) радикальная мастэктомия
б) мастэктомия + химиотерапия
в) лучеевая терапия + радикальная мастэктомия +химиотерапия + гормонотерапия
г) только химиотерапия
д) простая мастэктомия

1632. У первородящей молодой женщины в молочной железе пальпируется безболезненное уплотнение с гиперемией кожи. Положительный симптом флюктуации, температура 39 ^{0} С. Наиболее вероятный диагноз
а) рак Пэджета
б) галактоцеле
в) острый гнойный мастит
г) фиброзная мастопатия
д) фиброаденома

1633. Больная 40 лет жалуется на кровянистые выделения из соска правой молочной железы. При пальпации опухоль в молочной железе не определяется, но при надавливании на сосок появляются капельки крови.Для уточнения диагноза у данной больной предпочтение следует отдать
а) термографии
б) маммографии
в) ультразвуковому исследованию
г) цитологическому исследованию выделений из соска

1634. Показанием для секторальной резекции молочной железы являются все перечисленные формы, кроме
а) мастодинии и тиреотоксической мастопатии
б) паппилярной цистоаденомы
в) фиброаденомы молочной железы
г) узловой фиброзной мастопатии

1635. Рак молочной железы развивается
а) из лимфатических узлов
б) из кровеносных сосудов
в) из гладкой и поперечнополосатой мускулатуры

г) из железистого эпителия протоков
д) из незрелой соединительной ткани

1636. К осложнениям лучевой терапии относятся все перечисленные, кроме
а) слабости
б) тошноты, рвоты
в) нарушения сна
г) лейкопении
д) образования метастазов

1637. Точно диагностировать рак молочной железы можно на основании
а) клинической картины
б) термографии
в) маммографии
г) морфологического исследования
д) ультразвукового исследования

1638. Больная 35 лет жалуется на кровянистые выделения из соска. При обследовании: узловых образований в молочных железах не определяется. При надавливании на сосок – кровянистые выделения. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Цитологическое исследование выделений из соска рака не выявило. Наиболее вероятный диагноз
а) диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
б) липома
в) внутрипротоковая папиллома
г) фиброаденома
д) мастит

1639. Рак молочной железы может метастазировать только
а) гематогенно
б) лимфогенно
в) имплантационно
г) гематогенно и лимфогенно
д) всеми перечисленными путями

1640. При раке молочной железы I $T_1N_0M_0$ (наружная локализация опухоли) наиболее целесообразно
а) операция – радикальная резекция молочной железы
б) радикальная резекция + лучевая терапия
в) радикальная мастэктомия + лучевая терапия
г) лучевая терапия + гормонотерапия
д) химиотерапия

1641. При III стадии рака молочной железы показано
а) хирургическое лечение
б) лучевая терапия
в) лучевая терапия + хирургическое лечение
г) химиотерапия +гормонотерапия
д) лучевая терапия + хирургическое лечение + химиотерапия +гормонотерапия

1642. Для выявления метастазов рака молочной железы в кости применяется
а) рентгенологическое обследование
б) изотопное исследование
в) исследование рецепторов стероидных гормонов

г) правильные ответы а и б
д) правильные ответы б и в

1643. Для выявления метастазов рака молочной железы в печень применяется
а) ультразвуковое исследование
б) сканирование печени
в) биохимическое исследование
г) ангиография
д) все перечисленное

1644. При радикальной мастэктомии по Холстэду удаляется
а) вся молочная железа
б) молочная железа и зоны регионарного метастазирования
в) молочная железа, большая и малая грудные мышцы и зоны регионарного метастазирования
г) молочная железа, большая грудная мышца и зоны регионарного метастазирования

1645. Наиболее часто встречающейся клинической формой рака молочной железы является
а) маститоподобная
б) панцирная
в) рожеподобная
г) рак Пэджета
д) узловая

1646. Наиболее информативным методом ранней диагностики рака молочной железы является
а) пальпация
б) маммография
в) крупнокадровая флюорография
г) термография
д) радионуклидная диагностика с ^{32}P

1647. Для выбора гормонотерапии при раке молочной железы оптимальным является следующее сочетание рецепторов стероидных гормонов
а) РЭ+ и РП+
б) РА+ и РГ+
в) РГ+ и РП+
г) РА- и РЭ-
д) РЭ- и РП-

1648. Наиболее часто применяемыми схемами адъювантной химиотерапии при раке молочной железы являются
а) CMF
б) FAK
в) CMFAV
г) CAF

1649. Наиболее эффективными препаратами при лечении рака молочной железы в монотерапии являются
а) адриамицин, новантрон
б) таксол
в) метотрексат
г) 5-фторурацил
д) верные ответы а и б

1650.Склерозирующий аденоз относится
а) к доброкачественным дисплазиям
б) к воспалительным процессам
в) к злокачественным новообразованиям

1651. На фоне листовидной фиброаденомы может развиваться
а) рак молочной железы
б) фибросаркома
в) внутрипротоковые папилломы

1652. В молочной железе «болезнь Педжета» относится
а) к доброкачественным дисплазиям
б) к раку кожи
в) к внутрипротоковому раку

1653. При раке молочной железы у мужчин встречаются все гистологические формы рака, известные у женщин. Выберите правильный ответ
а) да
б) нет
в) все, кроме рака Пэджета

1654. В молочной железе может развиться
а) фибросаркома
б) ангиосаркома
в) карциносаркома
г) все ответы верны

1655. Для выключения функции яичников применяется
а) хирургическая овариоэктомия
б) лучевая кастрация
в) аналог природного ЛГРГ (золадекс)
г) все ответы верны

1656. Золадекс вводится
а) per os
б) внутривенно
в) внутримышечно
г) в подкожную клетчатку передней брюшной стенки

1657. К препаратам – ингибиторам ароматазы относятся
а) тамоксифен
б) аримиденс
в) мамомид
г) нольваденс
д) правильные ответы а и г
е) правильные ответы б и в

1658. Профилактическая химиотерапия показана больным раком молочной железы в стадии
а) $T_1N_0M_0$
б) $T_1N_1M_0$
В) $T_3N_2M_+$

1659. К препаратам из группы антиэстрогенов относятся
а) нольваденс
б) преднизолон
в) мамомид
г) пролотестон

1660. В структуре всех ЗН первые 3 места у женщин занимает рак
а) молочной железы, кожи, желудка;
б) легкого, желудка, шейки матки;
в) молочной железы, шейки матки, эндометрия;
г) молочной железы, кожи, яичников;
д) молочной железы, ободочной кишки,эндометрия.

1661. Зона стыка плоского и цилиндрического эпителия(зона "трансформации") шейки матки у женщин локализуется
а) на влагалищной порции шейки матки;
б) в области внутреннего зева;
в) в средней трети цервикального канала;
г) в области наружного зева;
д) в зависимости от возраста на разных уровнях цервикального канала.

1662. К раннему РШП относят
а) интраэпителиальный рак (рак in siti);
б) тяжелая степень дисплазии;
в) РШМ IA стадия;
г) РШМ II стадии;
д) верно а и б;
е) все перечисленные стадии.

1663. Методом скрининга для диагностики дисплазий и рака шейки матки является
а) осмотр на зеркалах;
б) маркер СА- 125;
в) цитологическое исследование мазка по Папаниколау (Пап- тест);
г) кольпоскопия;
д) верно в и г;
е) верно а и б.

1664. РШМ чаще развивается у женщин
а) ведущих ассоциальный образ жизни;
б) имеющих частые случайные полоые связи;
в) рано начавших половую жизнь;
г) начавших половую жизнь после 18 лет;
д) верно а и б;
е) верно а, б, в.

1665. Стандартное вращение "цервикобранш"для полноценного забора материала из шейки матки и цервикального канала является
а) 10- кратное (5 в одну сторону и 5 в другую);
б) 5- кратное(3 в одну и 2 в другую);
в) 3-кратное(2 в однуи 1 в другую);
г) 1 -кратное;
д) число вращений не имеет значения.

1666. Мазок с шейки матки называют информативным, если при цитологическом исследовании находят клетки

а) плоского эпителия;
б) цилиндрического эпителия;
в) базальных слоев;
г) верно а и б;
д) верно а, б, в.

1667. Комитет ВОЗ устанавливает новые приоритеты в скрининге РШМ

а) Пап- тест от 18 до 65 лет + ПЦР HPV на;
б) Пап- тест от 18 до 65 лет + ПЦР на HPV групп риска;
в) Пап- тест от 18 до 65 лет + мазок на чистоту влагалища;
г) Пап- тест + HPV + влагалищная обработка 3 % раствором уксусной кислоты (ВОУК) от 30 до 65 лет 1 раз в 3 года при нормальной цитограмме(если в анамнезе LSIL или HLSI до 80 лет);
д) при ранней половой жизни Пап-тест от 21, а при LSIL HLSIL-HPV;
е) Правильно а и б;
ё) правильно г и д.

1668. Дисплазия(цервикальная интраэпителиальная неоплазия I и II)отличается от фоновых изменений (эрозия шейки матки, цервициты,полипы)при цитологическом исследовании мазков

а) наличие опухолевых клеток;
б) атипической пролиферации;
в) наличие лейкоцитов и клеток воспалительного типа;
г) физиологической пролиферацией;
д) стратификацией.

1669. Нормальная слизистая шейки матки при смазывании 2% раствором Люголя(без глицерина) окрашивается

а) в фиолетовый цвет;
б) коричневый цвет;
в) не окрашивается;
г) становится синюшной.

1670. Задачи кольпоскопии

а) оценить состояние слизистой матки, влагалища, вульвы;
б) Выявить локализацию и границу очага поражения;
в) дифференцировать доброкачественные изменения и подозрительные на рак;
г) осуществлять прицельное взятие мазков и инцизионную биопсию;
д) верно а, б, в, г.

1671. При кольпоскопии оценивают

а) цвет и поверхность эпителия;
б) состояние сосудистого рисунка;
в) характер и локализацию стыка;
г) реакцию слизистой на растворы уксусной кислоты или Люголя;
д) границу опухолевого образования;
е) верно а, б, в, г.

1672. При обработке 3% раствором уксусной кислоты при атипии

а) сосуды кратковременно сужаются и исчезают;
б) эпителий длительно сохраняется бело- серый цвет;

в) эпителий становится коричневым;
г) зона стыка плоского и цилиндрического эпителия напоминает булыжную мостовую.

1673. Наиболее частое поражение шейки матки связано с онкогенным типом вируса
а) герпес-вирус II типа;
б) HPV 32-го типа;
в) HPV 16-го типа;
г) HPV 18- го типа;
д) верно а, б, г.

1674. Субклиническим и клиническим признаками HPV-вирусоносительства являются
а) генитальные бородавки;
б) папиломы кожи подмышечной области;
в) койлоцитоз при цитологическом исследовании мазков;
г) верно а, б, в;
д) атипичная цитограмма шейки матки.

1675. Морфологически определяемый РШМ с прорывом базальной мембраны до 3 мм следует отнести к стадии
а) 0
б) IA
в) IB
г) IIA
д) IIB

1676. По гистологическому строению РШМ преимущественно
а) железистый;
б) плоскоклеточный;
в) плоскоклеточный малодифференцированный;
г) переходноклеточный;
д) цилиндрический,

1677. При какой морфологической форме РШМ , независимо от стадии, целесообразно проводить дополнительные курсы химиоэмболизации
а) плоскоклеточный ороговевающий;
б) плоскоклеточный неороговевающий;
в) плоскоклеточный малодифференцованный;
г) аденокарцинома;
д) верно а, г.

1678. РШМ на первых стадиях преимущественно распростроняется
а) по протяжению;
б) гематогенно;
в) имплатационно;
г) лимфогенно;
д) одинаково часто;
е) верно а, г.

1679. Варианты РШМ в зависимости от преимущественного распростронения называют
а) влагалищный;
б) маточный;
в) параметральный;
г) верно а, б, в;

д) верно а,б.

1680. Для злокачественных опухолей яичников не характерно
а) тенденция к увеличению частоты РЯ;
б) интраперитонеальное расположение;
в) многообразие форм и тканевых источников возникновения опухолей;
г) преимущественное развитие РЯ до 35 лет;
д) развитие опухоли на фоне или под "маской" или в сочетание с другими опухолевыми заболеваниями.

1681. Удельный вес запущенных форм РЯ достигает
а) 30-40%;
б) 41-50%;
в) 51-60%;
г) 61-70%;
д) 80%.

1682. Кистозное образвание,предшествующее развитию РЯ
а) воспалительная киста;
б) серозная кистома;
в) эндометриоидная кистома;
г) муцинозная кистома;
д) верно б,в.

1683. Для кистомы в отличие от кисты не характерно
а) кистома развивается в результате пролиферативных изменений внутреннего слоя;
б) стенки кистомы более толстые,чем кисты;
в) кистома располагается сбоку и спереди от матки;
г) нередко многокамерная;
д) малигнизация.

1684. Гистологическая классификация ВОЗ опухолей яичников не включает
а) биологические признаки агрессивности опухоли (доброкачественные, пограничные, злокачественные);
б) тканевую принадлежность;
в) гормональную зависимость;
д) нарушение эмбриогенеза;
е) первичный и вторичный рак;
ё) возрастные рамки встречаемости.

1685. Злокачественная ОЯ, чувсвительная к лучевой терапии,встречающаяся преимущественно у девочек и молодых женщин,является
а) серозной цистаденокарциномой;
б) тератомой;
в) дисгерминомой;
г) муцинозной цистаденокарциномой;
д) гранулезно-клеточным раком.

1686. Исключить РЯ врач должен при
а) немотивированном увеличении или вздутии живота;
б) нарушении функции соседних органов;
в) болевых ощущениях внизу живота или пояснице;
г) немотивированной анемии,наследственной предоасположенности;

д) независимо от жалоб у всех женщин старше 35 лет.

1687. Методами первичного выявления ОЯ являются
а) ректовагинальное исследование;
б) МРТ;
в) фракционное диагностическое выскабливание;
г) УЗИ малого таза;
д) верно а, д.

1688. Яичники по отношению к углам матки располагаются
а) выше углов матки;
б) на уровне углов;
в) ниже углов;
г) верно а,б;
д) зависит от возраста женщины.

1689. Характерной особенностью РЯ является
а) поэтапное развитие отеков на ногах,затем асцита;
б) "изолированное" развитие асцита;
в) появление симптома"шипа" в заднем своде;
г) верно б, в;
д) нарушение функций мочевого пузыря.

1690. Патогенез асцита на этапах развития РЯ связан с
а) физиологической фильтрацией сыворотки крови через брюшину и ее всасыванием в верхних отделах и большом сальнике;
б) слущиванием опухолевых клеток с ОЯ и увеличением их с током серозной жидкости;
в) оседанием опухолевых клеток в "люках"брюшины;
г) блокированием люков брюшины опухолевыми клетками;
д) верно а,б,в, д

1691. Методами уточняющей диагностики при обнаружении опухоли малого таза являются
а) определение биологических маркеров (СА-125,НЕ-4,хорионический гонадотропин человека(ХГЧ),альфа-фетопротеин);
б) пункция заднего свода;
в) лапароскопия с удалением кистозного образования или биопсией со срочным гистоисследованием,при необходимости конверсия в лапаротомию ;
г) поэтапно а,б, в.

1692. К медико-генетическим факторам развития РЯ не относится
а) наиболее высокий риск РЯ у женщин в возрасте 35-50 лет;
б) риск РЯ у кровных родственников повышается в 2-3 раза в семьях,где прослеживается более 1 родственника,заболевших РЯ;
в) семейный РМЖ,наблюдавшийся в молодом возрасте(до 50 лет),повышает риск РЯ в 2-4 раза, по сравнению с общей популяцией;
г) гены BRCA 1 и BRSA 2,ответственные за наследственные формы РМЖ и РЯ;
д) синдром Линча 2 характеризует появление колоректального рака,РМЖ, рака эндометрия и РЯ среди членов одной семьи.

1693. Доброкачественную ОЯ, сопровождающуюся полисерозитом (асцитом и плевритом - синдром Мейгса), обычно называют
а) опухолью Бреннера;
б) текомой;

в) фибромой;
г) муцинозной кистомой;
д) тератомой.

1694. Осложнениями ОЯ являются:
а) перекрут опухоли;
б) некроз;
в) разрыв;
г) образование асцита и пупочной грыжи;
д) верно а,б,в.

1695. Основными методами лечения злокачественных ОЯ являются
а) хирургический при ранних стадиях репродуктивного возраста и благоприятном варианте;
б) хирургический при пограничных опухолях;
в) комбинированный (хирургический + химиотерапия);
г) комплексный (хирургический + химиотерапия + лучевая терапия);
д) верно а,б,в,д.

1696. Этапами хирургического лечения РЯ 3с стадии являются все, кроме
а) срединного лапаротомного доступа;
б) радикального объема операции (экстирпации матки с придатками + удаление большого сальника);
в) экстирпация матки с придатками;
г) циторедуктивного удаления депозитов по брюшине более 2 см.;
д) лимфодиссекции забрюшинных лимфатических узлов;

1697. Процедура хирургического стадирования РЯ не включает
а) взятие мазков для цитологического исследования с диафрагмы;
б) биопсию подозрительных участков брюшины боковых каналов;
в) пузырно - маточной и прямокишечноматочных складок;
г) биопсию печени;
д) биопсию подвздошных и парааортальных лимфатических узлов.

1698. Органосохраняющее лечение ОЯ 1 стадии (G1-3) у молодых женщин включает:
а) одностороннее удаление придатков матки;
б) резекцию контрлатерального яичника со срочным гистоисследованием;
в) удаление большого сальника;
г) ревизию брюшной полости с выполнением всех процедур хирургического стадирования;
д) верно а,б, д.

1699. Для уточнения диагноз в первую очередь следует провести
а) УЗИ;
б) УЗИ и пункцию заднего свода;
в) лапароскопию;
г) рентгеноскопию органов брюшной полости и органов грудной клетки;
д) лапаротомию с иссечением грыжевого мешка.

6.2.3. Вопросы к экзаменационным билетам для ГИА

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ БИЛЕТЫ

Билет №1 УК-1; ПК-1,5,6,8

1.Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика рака молочной железы у женщин

2.Выбор метода лечения рака пищевода

3.Классификация по стадиям лимфогранулематоза

4. Реабилитация больных с онкологической патологией

Билет №2 УК-1; ПК-1,5,6

1.Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика меланом кожи

2.Выбор метода лечения рака грудной железы у мужчины

3.Классификация по стадиям рака лёгкого

4.Группы современных лекарственных противоопухолевых препаратов

Билет №3 УК-1; ПК-1,5,6

1.Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика рака желудка

2.Выбор метода лечения неходжкинских лимфом

3.Классификация по стадиям рака молочной железы

4.Современные вопросы гемотрансфузии.

Билет №4 УК-1; ПК-1,5,6

1.Клиника,диагностика и дифференциальная диагностика рака лёгкого

2.Выбор метода лечения неходжкинской лимфомы

3.Классификация по стадиям рака желудка

4.Иммунитет при опухолевых заболеваниях

Билет №5 УК-1; ПК-1,5,6

1.Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика рака правой половины ободочной кишки

2.Выбор метода лечения рака гортани

3.Классификация по стадиям рака нижней губы

4.Морфологические и иммуно-гистохимические варианты рака молочной железы

Билет №6 УК-1; ПК-1,5,6

1.Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика рака слизистой полости рта

2.Выбор метода лечения при раке прямой кишки

3.Классификация по стадиям рака кожи

4.Состояние свёртывающей системы крови при опухолевых заболеваниях

Билет №7 УК-1; ПК-1,5,6,9

1.Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика рака левой половины ободочной кишки

2.Выбор метода лечения рака желудка

3.Классификация по стадиям рака мочевого пузыря

4.Особенности психологического статуса онкологического больного

Билет №8 УК-1; ПК-1,5,6

1.Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика рака яичников

2.Выбор метода лечения рака молочной железы у женщин

3.Этиопатогенез рака печени

4.Алгоритм диагностических мероприятий при выявлении метастазов аденокарциномы в надключичных лимфоузлах

Билет №9 УК-1; ПК-1,5,6,9
1.Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика рака прямой кишки
2.Выбор метода лечения рака лёгкого
3.Классификация по стадиям рака щитовидной железы
4. Коммуникативная компетентность и навыки врача-онколога

Билет № 10 УК-1; ПК-1,2,5,6,11
I.Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика рака поджелудочной железы
2.Выбор метода лечения рака щитовидной железы
3.Классификация по стадиям рака шейки матки
4. Организация ранней диагностики опухолей в практическом здравоохранении