

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

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор Института НМФО

Н.И. Свиридова

«27» _____ 2024 г.

ПРИНЯТО

на заседании ученого совета
Института НМФО

№ 18 от «27» июня 2024 г.

Фонд оценочных средств для проведения государственной (итоговой государственной) аттестации

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.57 Онкология**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-онколог**

Кафедра: **онкологии, гематологии и трансплантологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – **очная**

Для обучающихся 2022, 2023, 2024 годов поступления
(актуализированная редакция)

Волгоград, 2024

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Коваленко Н. В.	Зав. кафедрой	к.м.н.	Кафедра онкологии, гематологии и трансплантологии ИИМФО
2.	Сперацкий Д. Л.	профессор	д.м.н./доцент	Кафедра онкологии, гематологии и трансплантологии ИИМФО
4.	Чухнин А.Г.	доцент	к.м.н.	Кафедра онкологии, гематологии и трансплантологии ИИМФО

Фонд оценочных средств для проведения государственной (итоговой государственной) аттестации выпускников, подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.57 Онкология.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол №13 от «21» 05 2024 г.

Заведующий кафедрой онкологии, гематологии и трансплантологии ИИМФО,
к.м.н.  Н.В. Коваленко

Рецензенты:

Зав. кафедрой онкологии ФГБОУ ВО ВолГМУ, к.м.н. Жаворонкова

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией
Института ИИМФО ВолГМУ, протокол № 12 от «27» 06 2024 года

Председатель УМК  М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной
практики  М.Л. Науменко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института
ИИМФО протокол №18 от «27» 06 2024 года

Секретарь Ученого совета  М.В. Кабытова

Тестовые задания для государственной итоговой аттестации в ординатуре по специальности: 31.08.57 «ОНКОЛОГИЯ»

Паренхиму злокачественного новообразования составляют

- а) собственно опухолевые клетки**
- б) соединительная ткань
- в) кровеносные и лимфатические сосуды
- г) нервные и клеточные элементы стромы

Хемодектомы шеи по гистологической принадлежности относятся

- а) к нейрогенным**
- б) к мезенхимальным
- в) к дисэмбриональным
- г) к неклассифицируемым опухолям

К предраку шейки матки относится

- а) дисплазия**
- б) лейкоплакия с атипией**
- в) интраэпителиальный рак

К дизонтогенетическим новообразованиям относятся

- а) бронхогенная киста средостения**
- б) рак легкого
- в) рак желудка
- г) папиллома пищевода

Рак in situ отличается от микроинвазивного тем, что

- а) не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее**
- б) инфильтрирует ткани в пределах слизистой оболочки
- в) инфильтрирует и слизистую и подслизистую оболочки органа
- г) инфильтрирует и разрушает базальную мембрану

Рак in situ может быть

- а) в шейке матки**
- б) в бронхе**
- в) в желудке**
- г) ни в одном из перечисленных органов

Какой из названных методов исследования не будете использовать при подозрении на озлокачествление невуса

- а) радио изотопный
- б) эксцизионная биопсия (+)**
- с) определение меланурии, (реакция Якша)
- д) широкое иссечение невуса под наркозом с гистологическим исследованием
- е) термометрия

Если на поликлиническом приеме больной жалуется на появление кровоточивости родимого пятна, необходимо выяснить:

- а) является ли пигментное образование врожденным или приобретенным
- б) наличие субъективных ощущений в области родинки
- с) наличие травмы родинки

- d) не было ли изменения цвета родинки
- e) **все перечисленное (+)**

Для определения распространенности меланомы кожи применяется следующие исследования, за исключением:

- a) пальпация регионарных лимфатических узлов
- b) УЗИ органов брюшной полости
- c) рентгенологическое исследование легких
- d) фиброгастроскопия (+)
- e) **компьютерная томография печени**

При меланоме кожи 1-2-а стадии при инвазии по Кларку 1-2 степени применяется следующий метод лечения:

- a) **радикальное хирургическое (+)**
- b) лучевая терапия
- c) химио-лучевая терапия
- d) комбинированное лечение
- e) симптоматическое лечение

К опухолям с местнодеструктивным ростом относятся

- a) **десмоид**
- b) фиброаденома
- v) миома
- г) липома

Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта обладают преимущественно

- a) **инфильтративным ростом**
- b) экзофитным ростом
- v) смешанным ростом
- г) все перечисленные типы встречается с одинаковой частотой

К доброкачественным опухолям молочных желез относятся

- a) **фиброаденома**
- b) узловатая фиброзно-кистозная мастопатия
- v) диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
- г) все перечисленные
- д) ни одна из перечисленных

К новообразованиям АПУД-системы относятся

- a) **рак большой слюнной железы**
- b) медулярный рак щитовидной железы
- v) бронхиогенный рак
- г) менингиома
- д) хордома

К опухолям АПУД-системы не относятся

- a) **инсулома**
- b) гастринома
- v) хемодектома и карциноид
- г) мелкоклеточный рак легкого

д) рак поджелудочной железы

Генерализованная лимфаденопатия встречается как один из симптомов болезни при следующих заболеваниях:

1. Системная красная волчанка
2. ВИЧ
3. Брюшной тиф
4. Туберкулез

5. При всех перечисленных заболеваниях

При меланоме кожи 2-6, 3 стадии с инвазией 4-5 степени по Кларку методом выбора является:

- a) хирургическое лечение
- b) лучевая терапия
- c) **комплексное лечение (+)**
- d) иммунотерапия
- e) химиотерапия

При метастазах меланомы нижней конечности в паховые лимфатические узлы показана следующая операция на регионарных лимфоузлах:

- a) операция Ванаха
- b) операция Крайля
- c) операция Микулича
- d) **операция Дюкена (+)**
- e) операция Гартмана

У больного зуд в области пигментного пятна. Пятно интенсивно черное 0,3х0,5см, возвышается под кожей, на поверхности мокнутие. Ваша тактика:

- a) динамическое наблюдение
- b) эксцизионная биопсия
- c) **взятие мазков отпечатков (+)**
- d) хирургическое удаление
- e) лечение мазевыми повязками

Специальными методами исследования для диагностики меланомы являются следующие, за исключением:

- a) радиозотопное
- b) термография
- c) определение меланурии /реакция Якша/
- d) пункция увеличенных регионарных лимфоузлов
- e) **Морфологическое исследование биоптата опухоли (+)**

При каких опухолях головы и шеи наиболее часто болеют мужчины

- a) полости рта
- b) глотки
- c) **гортани (+)**
- d) щитовидной железы
- e) слюнных желез

При каких опухолях головы и шеи наиболее часто болеют женщины

- a) полости рта
- b) глотки

- с) гортани
- д) щитовидной железы (+)**
- е) полости носа

Рак молочной железы может метастазировать

- а) лимфогенно**
- б) гематогенно**
- в) смешанно (лимфогенно + гематогенно)**
- г) имплантационно

Рак почки наиболее часто метастазирует

- а) в забрюшинные лимфоузлы и яичники**
- б) в кости и легкие
- в) в печень и головной мозг
- г) в мягкие ткани и забрюшинные лимфоузлы
- д) в плевру и печень

При локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах, первым этапом метастазирования будут

- а) парастернальные лимфоузлы**
- б) подмышечные лимфоузлы
- в) паховые лимфоузлы
- г) подлопаточные лимфоузлы

Саркома Юинга может метастазировать

- а) гематогенным путем**
- б) лимфогенным путем
- в) смешанным (лимфогенным + гематогенным) путем
- г) все ответы правильные

Целям частной клинической онкологии в наибольшей степени соответствует и применяется

- а) гистогенетическая классификация**
- б) этиологическая классификация
- в) эмбриогенетическая классификация
- г) онкозонологическая классификация

Наиболее часто встречающаяся морфологическая форма рака эндометрия

- а) аденокарцинома**
- б) плоскоклеточный рак
- в) железисто-плоскоклеточный рак
- г) недифференцированный рак
- д) светлоклеточная аденокарцинома

Наиболее часто встречающаяся морфологическая форма рака шейки матки

- а) плоскоклеточный рак**
- б) аденокарцинома
- в) саркома
- г) светлоклеточный рак

Какие ранние симптомы при поражении опухолью вестибулярного отдела гортани

- a) осиплость голоса
- b) боли в горле
- c) **дискомфорт и ощущение инородного тела в горле (+)**
- d) затрудненное глотание
- e) увеличенные лимфоузлы шеи

Наиболее часто злокачественные опухоли гортани локализуются

- a) **вестибулярном отделе (+)**
- b) среднем отделе
- c) подсвязочном отделе

Наиболее часто регионарные метастазы определяют при раке

- a) **вестибулярного отдела (+)**
- b) среднего отдела
- c) подсвязочного отдела

Одним из основных методов диагностики рака гортани является

- a) ларингоскопия
- b) рентгенологические методы
- c) наружный осмотр
- d) ультразвуковые методы
- e) **Правильный a,b,d (+)**

Какой объем операции производится при I- II стадиях рака гортани

- a) ларингоэктомия
- b) ларингофарингоэктомия
- c) **резекция гортани (+)**
- d) энуклеация опухоли гортани

К предраковым заболеваниям высокой частотой озлокачествления (облигатные) гортани относятся

- a) контактная фиброма
- b) папиллома
- c) дискератозы
- d) кисты
- e) **Правильный b,c (+)**

Плоскоклеточный рак преимущественно встречается

- a) **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

Аденокарцинома чаще встречается при опухолях

- a) **тела матки**
- б) шейки матки
- в) влагалища
- г) вульвы

К опухолям стромы полового тяжа яичка относится

- a) **тератома**

- б) опухоль желточного мешка
- в) гранулезоклеточная опухоль
- г) все перечисленные

Срочное гистологическое исследование при операции по поводу новообразования молочной железы можно не выполнять, если диагноз подтвержден

- а) морфологическим цитологическим исследованием**
- б) маммографией
- в) термографией
- г) клиническими данными

При клиническом диагнозе меланомы без морфологической верификации может быть начато

- а) хирургическое лечение**
- б) химиотерапевтическое лечение
- в) лучевое лечение
- г) иммунологическое лечение

Лучевая терапия как самостоятельный метод лечения показана при I-II стадии рака

- а) надскладочного и складочного отделов гортани (+)**
- б) среднего отдела
- в) вестибулярного отдела
- д) подвязочного отдела

В каких случаях с операцией на основном очаге проводится профилактическая шейная диссекция

- а) Во всех случаях злокачественных опухолей гортани
- б) При опухолях среднего отдела гортани соответствующее T3-4
- в) При опухолях вестибулярного отдела гортани соответствующее T3-4 (+)**
- д) При опухолях подвязочного отдела гортани соответствующее T3-4

Какими структурами образована верхняя стенка носоглотки

- а) образована нижней поверхностью тела основной кости, основной частью затылочной кости и верхушками пирамид височных костей. (+)**
- б) образована медиальной пластинкой крыловидного отростка основной кости, а также мышцы, поднимающие и натягивающие мягкое небо, и волокна верхнего сжимателя глотки.
- в) Телами шейных позвонков
- д) Склатом затылочной кости
- е) Решетчатой костью

На каком уровне находится нижняя граница глотки

- а) на уровне высшей точки свободного края надгортанника.
- б) на уровне нижнего края перстневидного хряща. (+)**
- в) на уровне второго шейного позвонка
- д) на уровне подъязычной кости
- е) на уровне бифуркации сонной артерии

При каких опухолях головы и шеи наиболее часто болеют мужчины

- а) полости рта
- б) глотки
- в) гортани (+)**

- d) щитовидной железы
- e) слюнных желез

При каких опухолях головы и шеи наиболее часто болеют женщины

- a) полости рта
- b) глотки
- c) гортани
- d) щитовидной железы (+)**
- e) полости носа

Наиболее объективные сведения о местной распространенности опухолевого процесса (стадии заболевания) могут быть получены

- a) при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарным лимфатическим аппаратом**
- b) при рентгенологическом исследовании
- v) при использовании эндоскопических методов
- г) при клиническом осмотре больного

Международная классификация новообразований по системе TNM применяется для характеристики

- a) злокачественных опухолей**
- b) доброкачественных опухолей
- v) предопухолевых состояний
- г) нет правильного ответа

Одним из основных методов диагностики рака гортани является

- a) ларингоскопия
- b) рентгенологические методы
- c) наружный осмотр
- d) ультразвуковые методы
- e) Правильный a,b,d (+)**

Какой объем операции производится при I- II стадиях рака гортани

- a) ларингэктомия
- b) ларингофарингэктомия
- c) резекция гортани (+)**
- d) энекуляция опухоли гортани

К предраковым заболеваниям высокой частотой озлокачествления (облигатные) гортани относятся

- a) контактная фиброма
- b) папиллома
- c) дискератозы
- d) кисты
- e) Правильный b,c (+)**

Лучевая терапия как самостоятельный метод лечения показана при I-II стадии рака

- a) надскладочного и складочного отделов гортани (+)**
- b) среднего отдела
- c) вестибулярного отдела
- d) подсвязочного отдела

Для диагностики злокачественных опухолей тела матки наиболее информативной является

- а) гистероскопия
- б) лапароскопия
- в) кольпоскопия
- г) кульдоскопия

Аспирационный (пункционный) метод исследования наиболее информативен в цитологической диагностике

- а) эпителиальных опухолей
- б) мезенхимальных опухолей
- в) нейрогенных опухолей
- г) дисэмбриональных опухолей

Рак пищевода чаще встречается в возрасте:

- А). 60-70 лет
- Б). 30-40 лет
- В). 50-60 лет
- Г). 40-50 лет
- Д). старше 75 лет

I стадию рака пищевода характеризуют следующие размеры опухоли:

- А). До 3 см
- Б). 4-5 см
- В). 6-8 см
- Г). Более 8 см
- Д). Более 10 см

При I стадии рака пищевода опухолевая инфильтрация распространяется:

- А). **На слизистый и подслизистый слой**
- Б). На слизистый слой
- В). На слизистый, подслизистый и мышечный слои
- Г). Все слои пищевода, включая адвентицию
- Д). Правильного ответа нет

Регионарные метастазы при I стадии рака пищевода:

- А). **Отсутствуют**
- Б). Единичные в околопищеводных лимфатических узлах
- В). Поражают все группы регионарных лимфатических узлов
- Г). Поражаются 3 и более регионарных узла

Опухоль (рак пищевода) протяженностью 3-5 см с инфильтрацией слизисто-подслизистого слоя и отсутствием регионарных метастазов относится к:

- А). **IIa стадии**
- Б). I стадии
- В). IIb стадии
- Г). IIIa стадии
- Д). IIIb стадии

Рак пищевода, инфильтрирующий стенку органа до мышечного слоя включительно при наличии одиночных регионарных и отсутствии отдаленных метастазов, соответствует

следующей характеристике по системе TNM:

- А). **T₂N₁M₀**
- Б). T₁ N₁ M₀
- В). T₃ N₀ M₀
- Г). T₄ N₀ M₀
- Д). Правильный ответ А) и Б)

Стенокардитическая и гастритическая клинические маски рака пищевода наиболее часто наблюдаются при локализации опухоли:

- А). **В нижнегрудном и абдоминальном отделах пищевода**
- Б). В верхнегрудном отделе пищевода
- В). В среднегрудном отделе пищевода
- Г). В шейном отделе пищевода
- Д). В брюшном отделе пищевода

К рентгеноморфологическим признакам рака пищевода относятся:

- А). **Неровность контура пищевода**
- Б). **Деформация рельефа слизистой**
- В). Нарушение акта глотания
- Г). Изменение эластичности стенки

Расширение просвета пищевода при раке на уровне опухоли отмечается, как правило:

- А). **При полиповидной форме роста**
- Б). При язвенно-инфильтративной форме роста
- В). При скirrosной форме роста
- Г). При эндофитном типе роста
- Д). Правильный ответ Б) и Г)

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
- Д). У 10-15% больных

Трахеобронхоскопия при раке пищевода позволяет выявить:

- А). **Косвенные признаки вовлечения в опухолевый процесс трахеи, бронха**
- Б). **Прямые признаки прорастания опухоли в трахею, бронх**
- В). **Признаки увеличения лимфатических узлов средостения и бифуркационной группы**

Какая из паллиативных операций при раке нижней трети пищевода наиболее простая и доступная для исполнения?

- А) **эзофагофундоанастомоз «туннелирование» опухоли лазером или диатермокоагулятором**
- Б) гастростомия
- В) энтеростомия
- Г) интубация опухоли пищевода эндопротезом (металлическая или синтетическая трубка);
- Д) эзофагофундоанастомоз

При раке пищевода чаще применяют:

- А) **симптоматическую терапию**
- Б) лучевую терапию
- В) хирургическое лечение
- Г) химиотерапию
- Д) комбинированную терапию

Среди злокачественных опухолей пищевода чаще всего встречаются

- А) **саркома**
- Б) лейомиосаркома
- В) меланома
- Г) рабдомиосаркома
- Д) рак

Наиболее ранним проявлением рака пищевода является:

- А) **похудание**
- Б) боль за грудиной и в спине
- В) срыгивание застойным содержимым
- Г) усиленное слюноотделение
- Д) дисфагия

При раке среднегрудинного отдела пищевода чаще всего наблюдается:

- А) **слюноотечение**
- Б) боль за грудиной
- В) кашель, одышка
- Г) дисфагия
- Д) срыгивание

Укажите наиболее характерный и специфический симптом, указывающий на малигнизацию при хроническом эзофагите:

- А) **боль при глотании**
- Б) дисфагия
- В) икота
- Г) изжога
- Д) диарея

К ранним симптомам рака пищевода следует отнести:

- А) **похудание**
- Б) боли за грудиной и в спине
- В) кашель при приеме пищи
- Г) усиленное слюноотделение
- Д) дисфагию

Метастазирование злокачественных опухолей пищевода осуществляется преимущественно лимфогенным путем. В чем состоит особенность лимфатической системы пищевода и связанная с ней особенность лимфогенного метастазирования?

- А) **наличие лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистом слое и мышечной оболочке**
- Б) продольная ориентация внутриорганных лимфатических сосудов
- В) близкое расположение грудного лимфатического протока
- Г) наличие порто-кавальных связей
- Д) тесная связь лимфатической системы пищевода и желудка

У больного 78 лет при обследовании выявлена опухоль верхней трети пищевода с прорастанием в трахею, МTS в печень. При глотании с трудом проходит жидкость. Ваша тактика?

- А) **гастростома**
- Б) эндоскопическая реканализация опухоли
- В) эзофагостома
- Г) бужирование опухоли
- Д) еюностома.

Выбрать метод лечения у больного 50 лет с раком шейного отдела пищевода III стадии с явлениями дисфагии:

- А) **консервативная терапия: лучевое лечение, химиотерапия**
- Б) наложение гастростомы
- В) резекция пищевода с наложением эзофагогастроанастомоза
- Г) операция: резекция пищевода в 2 этапа по Тореку-Добромыслову
- Д) наложение еюностомы

К предраковым заболеваниям высокой частотой озлокачествления (облигатные) гортани относятся

- а) контактная фиброма
- б) папиллома
- с) дискератозы
- д) кисты
- е) **Правильный в,с (+)**

Лучевая терапия как самостоятельный метод лечения показана при I-II стадии рака

- а) **надскладочного и складочного отделов гортани (+)**
- б) среднего отдела
- с) вестибулярного отдела
- д) подсвязочного отдела

В каких случаях с операцией на основном очаге проводится профилактическая шейная диссекция

- а) Во всех случаях злокачественных опухолей гортани
- б) При опухолях среднего отдела гортани соответствующее T3-4
- с) **При опухолях вестибулярного отдела гортани соответствующее T3-4 (+)**
- д) При опухолях подсвязочного отдела гортани соответствующее T3-4

Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения:

- а) Адекватного назначения химиотерапии
- б) Определения стадии заболевания и объема оперативного лечения
- с) Нет правильного ответа
- д) гормонотерапии
- е) **правильные ответы а,d (+)**

Кем впервые была описана лимфоэпителиома небной миндалины

- а) Нугманов
- б) **А. Шминке (+)**
- с) Р.Кох
- д) А Пачес
- е) Беркит

Согласно классификации предопухолевые процессы полости рта делятся на

- a) Облигатные
- b) Факультативные
- c) Одонтогенные
- d) Псевдоэпителиальные
- e) **правильный А, Б (+)**

Назовите процессы с малой частотой озлакоствления

- a) **Простая лейкоплакия (+)**
- b) Гранулема Стюарта
- c) Гранулема Вегенера
- d) Болезнь Боуэна
- e) Мукоэпидермоидная опухоль

К факультативным предракам рака языка относится все, кроме:

- a) Лейкоплакия
- b) Постлучевой стоматит
- c) Папилломатоз
- d) Эрозивно-язвенная форма красной волчанки
- e) **Болезнь Боуэна (+)**

Метод определения рака полости рта на ранних стадиях

- a) Рентгенография
- b) наружный осмотр слизистой оболочки
- c) цитологический анализ пунктата, биопсия
- d) Общий анализ крови
- e) **Правильный b,c (+)**

В какие сроки после операции ларингофарингэктомии рекомендуется провести пластику дефекта глотки

- a) 12 месяцев
- b) 24 месяца
- c) **1,5-2 месяца (+)**
- d) 10 дней
- e) 5 дней

Какой химиопрепарат наиболее эффективен в отношении плоскоклеточного рака головы и шеи

- a) Доксорубицин
- b) **Цисплатин (+)**
- c) Дакарбазин
- d) Метотрексат
- e) Винбластин

Какие таргетные препараты перспективны в отношении использования их при опухолях головы и шеи

- a) Доцетаксел
- b) **Цетуксимаб (+)**
- c) Трастузумаб
- d) Гливек
- e) Облимерсен

Какой стадии соответствует рак гортаноглотки T1N1M0

- a) I
- b) II
- c) **III (+)**
- d) IVa
- e) IVb

Для возникновения рака желудка имеет значение:

- A). **Бактериальная инфекция**
- Б). Вирусная инфекция
- В). А) и Б) значения не имеют

Метод определения рака полости рта на ранних стадиях

- a) Рентгенография
- b) наружный осмотр слизистой оболочки
- c) цитологический анализ пунктата, биопсия
- d) Общий анализ крови
- e) **Правильный b,c (+)**

В какие сроки после операции ларингофарингэктомии рекомендуется провести пластику дефекта глотки

- a) 12 месяцев
- b) 24 месяца
- c) **1,5-2 месяца (+)**
- d) 10 дней
- e) 5 дней

Какой химиопрепарат наиболее эффективен в отношении плоскоклеточного рака головы и шеи

- a) Доксорубин
- b) **Цисплатин (+)**
- c) Дакарбазин
- d) Метотрексат
- e) Винбластин

Какие таргетные препараты перспективны в отношении использования их при опухолях головы и шеи

- a) Доцетаксел
- b) **Цетуксимаб (+)**
- c) Трастузумаб
- d) Гливек
- e) Облимерсен

Какой стадии соответствует рак гортаноглотки T1N1M0

- a) I
- b) II
- c) **III (+)**
- d) IVa
- e) IVb

С каким этиологическим фактором ассоциирован рак носоглотки

- a) Вирус папилломы человека
- b) Вирус простого герпеса
- c) **вирус Эпштейн-Барра (+)**
- d) ВИЧ
- e) вирус гриппа А

Какой вид терапии не применяется при раке носоглотки

- a) **Хирургический (+)**
- b) Химиотерапевтический
- c) Лучевой
- d) Химиолучевой
- e) Сочетанный лучевой

Согласно классификации предопухолевые процессы полости рта делятся на

- a) Облигатные
- b) Факультативные
- c) Одонтогенные
- d) Псевдоэпителиальные
- e) **правильный a,b (+)**

Назовите процессы с малой частотой озлакоствления

- a) **Простая лейкоплакия (+)**
- b) Гранулема Стюарта
- c) Гранулема Вегенера
- d) Болезнь Боуэна
- e) Мукоэпидермоидная опухоль

Ведущим клиническим признаком, позволяющим отличить рак пищевода от кардиоспазма, является:

- a) боль за грудиной
- b) изжога
- c) срыгивание, гиперсаливация
- d) **нарастающая дисфагия (+)**
- e) парадоксальная дисфагия

Наиболее часто встречается следующая морфологическая форма рака пищевода:

- a) **плоскоклеточная (+)**
- b) железистая (аденокарцинома)
- c) низкодифференцированная, недифференцированная
- d) смешанная форма
- e) все перечисленные одинаково встречаются

При локализации опухоли в верхнегрудном и шейном отделах пищевода методом выбора лечения является:

- a) хирургический
- b) лучевой
- c) химиотерапевтический
- d) **химиолучевой (+)**
- e) симптоматический

Из перечисленных гистологических форм для рака желудка наиболее характерной является:

- А). Аденокарцинома**
- Б). Мелкоклеточный рак
- В). Плоскоклеточный рак
- Г). Карциноид
- Д). Светлоклеточный рак

Ранним раком желудка называют:

- А). Любых размеров рак, поражающий только слизистую оболочку и подслизистый слой**
- Б). Рак in situ
- В). Опухоль размерами менее 5 см
- Г). Опухоль размерами менее 3 см
- Д). Опухоль размерами менее 7,5 см

Наиболее часто рак желудка поражает:

- А). Антральный отдел**
- Б). Кардиальный отдел
- В). Тело желудка
- Г). Весь желудок
- Д). Большую кривизну желудка

Больному по поводу язвенной болезни выполнена резекция желудка. Нуждается ли он в диспансерном наблюдении в группе повышенного риска возникновения рака желудка?

- А). Нет**
- Б). Да, в течение первых 5 лет после операции
- В). Да, в течение первых 10 лет
- Г). Да, по прошествии 10 лет после операции

Какая форма рака желудка медленнее растет, реже и позднее метастазирует?

- А). Экзофитный**
- Б). Инфильтративный
- В). Блюдцеобразный
- Г). Язвенно-инфильтративный

Для рака желудка характерно метастазирование:

- А). Лимфогенное**
- Б). Гематогенное**
- В). Импантационное**

Рак желудка чаще всего метастазирует в:

- А). Печень**
- Б). Кости
- В). Лёгкие
- Г). Надключичные лимфатические узлы
- Д). Мозг

Метастаз "Вирхова" это метастаз в:

- А). Надключичные лимфатические узлы слева**
- Б). Яичники
- В). Пупок

Г). Клетчатку малого таза

Д). Селезёнку

Метастаз Крукенберга локализуется:

А). **В яичнике**

Б). В пупке

В). В прямокишечно-пузырной складке

Г). Между ножками кивательной мышцы

Д). В мозг

Метастаз Шницлера локализуется:

А). **В прямокишечно-пузырной складке**

Б). В пупке

В). В яичниках

Г). В надключичных лимфоузлах

Д). В пупок

Рак желудка диаметром 4 см, прорастающий мышечный слой, без регионарных метастазов по системе TNM обозначается:

А). **T2N0M0**

Б). T1N1M0

В). T1N0M0

Г). T2N1M0

Д). T3N0M0

Рак тела желудка диаметром 8 см, прорастающий в мышечную оболочку, с двумя метастазами в малом сальнике обозначаются по системе TNM:

А). **T3N1M0**

Б). T2N1M0

В). T3N0M0

Г). T3N1M1

Д). T4N1M0

Типичным проявлением рака кардиального отдела желудка является:

А). **Дисфагия**

Б). Боль в эпигастральной области

В). Отрыжка, изжога, рвота

Г). Слабость

Д). Поносы

Для рака пилорического отдела желудка типичным является:

А). **"Шум плеска" натощак**

Б). Дисфагия

В). Поносы

Г). Тошнота

Какой из перечисленных симптомов никогда не встречается в отделе желудка, где чаще всего возникает раковая опухоль:

А). **Дисфагия**

Б). Рвота

В). Боль

Г). Слабость, похудание

Д). Изжога

На основании жалоб больного наиболее труден для диагностики рак:

- А). **Дна желудка**
- Б). Кардиального отдела желудка
- В). Малой кривизны желудка
- Г). Пилорического отдела желудка
- Д). Рака большой кривизны

Наиболее поздно клинически проявляется:

- А). **Рак тела желудка**
- Б). Кардиального отдела
- В). Антрального отдела
- Г). Пилорического канала
- Д). Рак малой кривизны желудка

Какие симптомы, обусловленные феноменом обтурации, характерны для рака пилорического отдела желудка:

- А). **Тошнота, рвота**
- Б). Изжога
- В). Резкая слабость
- Г). Быстрое похудание
- Д). Жидкий стул

Какими симптомами может проявляться рак дна желудка без перехода на пищевод:

- А). **Боль в области сердца, напоминающая стенокардию**
- Б). Чувство переполнения, шум плеска
- В). Рвота, съеденной накануне пищей
- Г). Запорами
- Д). Дисфагия

Для рака тела желудка не характерно:

- А). **Дисфагия**
- Б). Анемия
- В). Желудочный дискомфорт
- Г). Ноющие боли в эпигастральной области
- Д). Похудание

Наиболее раннее распознавание рака желудка обеспечивает:

- А). **Гастроскопия**
- Б). Поиск синдрома "малых признаков"
- В). Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- Г). Лапароскопия
- Д). Гастрография

На рентгенограмме экзофитный рак желудка выглядит как:

- А). **Дефект наполнения**
- Б). Выбухание стенки желудка кнаружи
- В). Обширная ниша
- Г). Характерного вида не имеет
- Д). Правильного ответа нет

Какие изменения складок слизистой в области дефекта наполнения являются характерным рентгенологическим признаком рака желудка:

- А). **Обрыв складок слизистой**
- Б). Ниша и конвергенция складок в ней
- В). Деформация складок
- Г). Истончение складок
- Д). Все указанные изменения характерны

Радикальными оперативными вмешательствами при раке желудка являются:

- 1). Резекция 1/2 желудка
- 2). Дистальная субтотальная резекция желудка
- 3). Гастротомия с иссечением опухоли
- 4). Гастрэктомия
- 5). Клиновидное иссечение части желудка с опухолью
- 6). Проксимальная субтотальная резекция желудка

Правильные ответы:

- А). **2,4,6**
- Б). 2,4,5
- В). 3,4,6
- Г). 1,2,5
- Д). 1,3,6

При стандартной субтотальной резекции желудка по поводу рака удаляют все перечисленное, кроме:

- А). **Селезенки**
- Б). Большого сальника
- В). Желудочно-ободочной связки
- Г). Малого сальника
- Д). Ничего не удаляют

При блюдцеобразном раке антрального отдела желудка показана:

- А). **Субтотальная резекция**
- Б). Резекция 3/4 желудка
- В). Резекция 1/2 желудка
- Г). Гастрэктомия

При операбельном раке выходного отдела желудка с явлениями стеноза показана:

- А). **Субтотальная дистальная резекция желудка**
- Б). Гастродуоденостомия
- В). Пилоропластика
- Г). Гастростомия
- Д). Гастроэнтеростомия

При инфильтративном раке средней трети тела желудка (T3N1M0) показана операция:

- А). **Гастрэктомия со спленэктомией**
- Б). Проксимальная субтотальная резекция желудка
- В). Дистальная субтотальная резекция желудка
- Г). Все операции возможны

Субтотальная проксимальная резекция желудка выполняется:

- А). **При экзофитной опухоли кардиального отдела желудка**
- Б). При инфильтративной опухоли кардиального отдела желудка

- В). При опухоли кардиального отдела желудка независимо от типа роста
- Г). По усмотрению хирурга
- Д). По желанию больного

Больному с запущенным стенозирующим раком пилорического отдела желудка показано лечение:

- А). Гастроэнтеростомия**
- Б). Гастростомия
- В). Лучевое
- Г). Химиотерапевтическое
- Д). Симптоматическое

Паллиативную резекцию при запущенной стадии рака желудка (T3N2M1) выполняют:

- А). При декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка**
- Б). При желудочном кровотечении**
- В). При относительно удовлетворительном состоянии**
- Г). При отсутствии технических трудностей операции**

Для проведения химиотерапии при раке желудка используются:

- А). 5-фторурацил, фторафур**
- Б). Контрикал, левамизол
- В). Сарколизин, тиофосфамид
- Г). Хонван, допамин
- Д). Верно Б) и В)

После радикальной операции по поводу рака желудка, при гладком течении и отсутствии жалоб больному необходимо явиться на контрольный осмотр через:

- А). 3 месяца**
- Б). 1 месяц
- В). 6 месяцев
- Г). 1 год
- Д). 2 года

Больному с неоперабельным раком желудка с множественными метастазами в печень показано:

- А). Симптоматическая терапия**
- Б). Лучевая терапия
- В). Химиотерапия антрациклинами
- Г). Иммуноterapia
- Д). Комбинированно хирургическое лечение

Заболеваемость РОК в последние 10 лет:

- А). Возрастает**
- Б). Стабилизировалась
- В). Резко снижается
- Г). Медленно снижается
- Д). Закономерности не существует

В каком возрасте наиболее часто встречается РОК? А). 20-20 лет

- Б). Старше 70 лет**
- В). 50-69 лет

Г). 30-39 лет

Д). Правильного ответа нет

Рак ободочной кишки в структуре онкопатологии желудочно-кишечного тракта занимает:

А). **2-3 место**

Б). 1 место

В). 4-5 место

Г). Не входит в пятерку лидеров

Д). Нет правильного ответа

Кто чаще болеет раком ободочной кишки?

А). **Женщины**

Б). Мужчины

В). Дети

Г). Одинаково часто мужчины и женщины

Д). Взрослые до 30 лет

Основным фактором, способствующим возникновению рака ободочной кишки является:

А). **Состав пищевых продуктов**

Б). Курение

В). Ионизирующая радиация

Г). Злоупотребление алкоголем

Д). Ожирение

Повышенная заболеваемость РОК наблюдается:

А). **На территориях с высоким уровнем экономического развития**

Б). На территориях с низким уровнем экономического развития

В). Одинаково часто

Г). В деревнях

К группе повышенного риска РОК не относят лиц, страдающих:

А). **Гиперпластическими полипами**

Б). Гранулематозным колитом (болезнь Крона)

В). Аденоматозными полипами

Г). Неспецифическим язвенным колитом

Д). Семейным диффузным полипозом

Облигатным предраком ободочной кишки является:

А). **Диффузный семейный полипоз**

Б). Аденоматозные полипы

В). Гиперпластические полипы

Г). Неспецифический язвенный колит

Д). Болезнь Крона

Какой из отделов ободочной кишки наиболее часто поражается раком?

А). **Сигмовидная кишка**

Б). Восходящая ободочная кишка

В). Поперечная ободочная кишка

Г). Нисходящая ободочная кишки

Д). Слепая кишка

Наиболее частой гистологической формой РОК является:

А). **Аденокарцинома**

- Б). Солидный рак
- В). Недифференцированный рак
- Г). Плоскоклеточный рак

Наибольшую склонность к малигнизации имеют полипы толстой кишки:

- А). **Ворсинчатые**
- Б). Аденоматозные
- В). Гиперпластические
- Г). Индекс малигнизации одинаков во всех случаях
- Д). Правильного ответа нет

Экзофитный тип роста характерен больше для:

- А). **Слепой и восходящей ободочной кишки**
- Б). Поперечной ободочной кишки
- В). Нисходящей ободочной кишки
- Г). Сигмовидной кишки

Эндофитный тип роста опухоли более характерен для опухолей:

- А). **Левой половины толстой кишки**
- Б). Правой половины толстой кишки
- В). Слепой кишки
- Г). Одинаково часто встречается во всех отделах

Эндофитный рак ободочной кишки растет преимущественно:

- А). **Циркулярно по периметру кишки**
- Б). В дистальном направлении
- В). В обоих направлениях одинаково
- Г). В проксимальном направлении от опухоли

Для рака ободочной кишки наиболее характерный путь метастазирования:

- А). **Лимфогенный**
- Б). Гематогенный
- В). Импантационный
- Г). Нет четких различий
- Д). Чаще имплантационный

Рак ободочной кишки чаще метастазирует в:

- А). **Печень**
- Б). Головной мозг
- В). Поджелудочную железу
- Г). Кости
- Д). Легкие

Первично-множественный рак ободочной кишки (синхронный и метакронный) встречается

- А). **Нередко (4-10%)**
- Б). Очень часто (более 15%)
- В). Очень редко (менее 1%)
- Г). Никогда не встречается
- Д). Чаще 25 %

Осложнением рак ободочной кишки может быть все, кроме:

- А). **Токсического панкреатита**
- Б). Периколита
- В). Острой кишечной непроходимости
- Г). Кровотечения
- Д). Перфорации опухоли

Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли:

- А). **В слепой и восходящей кишке**
- Б). В поперечной ободочной кишке
- В). В нисходящей ободочной кишке
- Г). В сигмовидной кишке
- Д). В печёночном углу

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

- А). **В нисходящем отделе**
- Б). В поперечном отделе
- В). В восходящем отделе
- Г). Частота кишечной непроходимости не зависит от локализации опухоли
- Д). Зависит от возраста больного

Какие симптомы нехарактерны для рака слепой кишки:

- А). **Запоры**
- Б). **Непроходимость кишечника**
- В). Анемия
- Г). Боли в животе

Больной 65 лет жалуется на тупую боль в правой подвздошной области, субфебрилитет. Болен два месяца, острого начала не было. В правой подвздошной области плотное образование до 6 см в диаметре, с нечеткими контурами, ограничено в подвижности, малоболлезненное. При ирригографии на латеральной стенке слепой кишки дефект наполнения с депо бария в центре. Ваш диагноз?

- А). **Рак слепой кишки**
- Б). Аппендикулярный инфильтрат
- В). Ворсинчатая опухоль слепой кишки
- Г). Полип слепой кишки
- Д). Киста забрюшинного пространства

Какие из перечисленных методов обследования используются для скрининга на рак ободочной кишки?

- А). **Гемокульттест**
- Б). Колоноскопия
- В). Ирригография
- Г). Рентгеноскопия желудка и кишечника
- Д). Реакция Абелева-Татаринова

Исследование больного, обратившегося с жалобами на нарушения со стороны кишечника, следует начинать с:

- А). **Ректального пальцевого исследования**
- Б). Колонофиброскопии

- В). Ректороманоскопии
- Г). Ирригографии
- Д). УЗИ брюшной полости

Какой из указанных способов диагностики наиболее информативен для распознавания РОК:

- А). **Колоноскопия**
- Б). Селективная ангиография
- В). Ректороманоскопия
- Г). Лапароскопия
- Д). Ирригография

Наиболее информативной методикой рентгенологического исследования толстой кишки в настоящее время считается:

- А). **Метод двойного контрастирования толстой кишки**
- Б). Стандартная ирригоскопия
- В). Прием бариевой взвеси через рот с последующим рентгеноконтролем за пассажем контраста по толстой кишке
- Г). Все методы обладают примерно одинаковой информативностью
- Д). Правильного ответа нет

Укажите характерный рентгенологический признак рака ободочной кишки:

- А). **Дефект наполнения или «плоская» «ниша» на контуре кишечной стенки**
- Б). Ригидность стенки на ограниченном участке
- В). Нарушение эвакуаторной функции
- Г). Отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки
- Д). Усиленная перистальтика кишечника

Наиболее частыми симптомами рака прямой кишки являются следующие, за исключением:

- a) Примесь крови в каловых массах
- b) Неприятные ощущения в области прямой кишки
- c) **Рвота (+)**
- d) Запоры
- e) Тенезмы

Для рака прямой кишки характерны следующие, за исключением симптомы:

- a) Нарушение функции кишечника
- b) Патологические примеси в кале
- c) Болевой синдром
- d) Изменение формы каловых масс
- e) **Тошнота, рвота (+)**

В какой орган часто дает метастазы рак прямой кишки?

- a) Головной мозг
- b) Селезенка
- c) **Печень (+)**
- d) почки
- e) Кости

К облигатному предраку прямой кишки относятся:

- a) ворсинчатый полип

- b) парапроктит
- c) геморрой
- d) семейный диффузный полипоз (+)**
- e) параректальные свищи

Клиника рака левой половины ободочной кишки характеризуется следующими симптомами, за исключением:

- a) запорами, чередующимися с поносами
- b) болями в животе
- c) примесью крови и слизи в кале
- d) токсико-анемическим синдромом (+)**
- e) внезапной кишечной непроходимостью

Для правой половины ободочной кишки характерным симптомом является

- a) Перфорация
- b) Токсико-анемический синдром (+)**
- c) Толстокишечная непроходимость
- d) болями в животе
- e) примесью крови и слизи в кале

Для левой половины ободочной кишки характерным симптомом является

- a) Перфорация
- b) Токсико-анемический синдром
- c) Толстокишечная непроходимость (+)**
- d) болями в животе
- e) примесью крови и слизи в кале

У больного на операции обнаружен рак сигмовидной кишки с одиночным метастазом в левую долю печени. Состояние больного удовлетворительное. Тактика хирурга:

- A). Произвести резекцию сигмовидной кишки, клиновидную резекцию печени**
- Б). Произвести резекцию сигмовидной кишки
- В). Опухоль инкурабельна, наложить еюностому
- Г). Наложить трансверзостому
- Д). Провести левостороннюю гемиколэктомию

Какой химиопрепарат можно применить при неоперабельном раке ободочной кишки:

- A). 5-фторурацил**
- Б). Винкристин
- В). Сарколизин
- Г). Адриамицин
- Д). Метотрексат

При пальцевом исследовании прямой кишки опухоль удается обнаружить у:

- A). 40-70%**
- Б). 20-40%
- В). 10-20% больных
- Г). 70-100%

Лица каких возрастных групп должны подвергаться пальцевому исследованию прямой кишки в смотровых кабинетах:

- A). Старше 45 лет**
- Б). Старше 30 лет

- В). Старше 20 лет
- Г). Старше 60 лет
- Д). Старше 80 лет

Метастазы в паховые лимфатические узлы встречаются при раке:

- А). **Анального отдела**
- Б). Ампулярного отдела
- В). Ректосигмоидного отдела
- Г). Всех отделов
- Д). Не встречаются

Рак прямой кишки чаще всего метастазирует в:

- А). **Печень**
- Б). Головной мозг
- В). Поджелудочную железу
- Г). Кости
- Д). Легкие

Рак анального канала обычно имеет вид:

- А). **Язвы с приподнятыми краями**
- Б). Дольчатого эластического образования
- В). Полиповидного образования на ножке
- Г). Бугристого экзофитного образования
- Д). Правильного ответа нет

Эндофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке:

- А). **Ректосигмоидного отдела**
- Б). Ампулярного отдела
- В). Анального отдела
- Г). Всех отделов одинаково часто

Перерождению (малигнизации) из всех доброкачественных опухолей прямой кишки чаще всего подвергаются:

- А). **Ворсинчатые полипы**
- Б). Лейомиомы
- В). Гиперпластические полипы
- Г). Железистые полипы
- Д). Ювенильные полипы

Признаки кишечной непроходимости при раке прямой кишки ранее появляются при локализации опухоли:

- А). **В ректосигмоидном отделе**
- Б). В ампулярном отделе
- В). В промежностном отделе
- Г). Одинаково часто при всех локализациях

Опухолевые клетки при экзофитном росте рака прямой кишки чаще всего встречаются удалении от опухоли на:

- А). **2-4 см**
- Б). 1-2 см
- В). 5-6 см
- Г). 7-8 см
- Д). Одинаково часто

Опухолевые клетки при эндофитном характере роста рака прямой кишки встречаются в стенке кишки только при удалении от опухоли на:

- А). 2-4 см
- Б). 5-6 см
- В). 8-9 см

В каком отделе прямой кишки часто встречаются опухоли, циркулярно охватывающие кишку?

- А). **Ректосигмоидном**
- Б). Нижнеампулярном
- В). Среднеампулярном
- Г). Верхнеампулярном
- Д). Анальном

В каком возрасте наиболее часто встречается рак прямой кишки?

- А). **Старше 70 лет**
- Б). 30-40 лет
- В). 50-69 лет
- Г). 20-29 лет

Основным фактором, способствующим возникновению рака прямой кишки является:

- А). **Характер питания**
- Б). Курение
- В). Ионизирующая радиация
- Г). Злоупотребление алкоголем
- Д) Ожирение

Риск развития рака прямой кишки повышается при диете с высоким содержанием:

- А). **Жиров**
- Б). Грубой растительной клетчатки, плохо переваривающейся в кишечнике
- В). Овощей и фруктов
- Г). От диеты не зависит
- Д). Углеводов

Наиболее частой гистологической формой РПК является:

- А). **Аденокарцинома**
- Б). Солидный рак
- В). Слизистый рак
- Г). Плоскоклеточный рак
- Д). Недифференцированный рак

У больного при пальцевом исследовании прямой кишки в нижнеампулярном отделе обнаружено изъязвление с плотным дном и валикообразными краями. Ваш диагноз?

- А). **Рак прямой кишки**
- Б). Язва прямой кишки
- В). Трещина прямой кишки
- Г). Геморрой
- Д). Свищ прямой кишки

К какой клинической группе относится больной раком прямой кишки после радикальной операции?

- А). III
- Б). II
- В). IIIa
- Г). Ia
- Д). IV

Наиболее характерным симптомом рака прямой кишки является:

- А). **Кровь в каловых массах**
- Б). Слизь в каловых массах
- В). Запор
- Г). Слабость, похудание, снижение аппетита
- Д). Боль при дефекации

Какой метод исследования используется для выявления рака и предраковых заболеваний при массовых профосмотрах?

- А). **Гемокульттест**
- Б). Колоноскопия
- В). Ирригография
- Г). Ректороманоскопия
- Д). Анализ крови на РЭА

Обследование больного, обратившегося с жалобами на нарушения со стороны прямой кишки, следует начинать с:

- А). **С ректального пальцевого исследования**
- Б). С ректороманоскопии
- В). С фиброколоноскопии
- Г). С ирригоскопии
- Д). С ультразвукового исследования

Больной с заболеванием прямой кишки жалуется на примесь крови в каловых массах, периодическое урчание и вздутие в животе, запоры. Болен 2 месяца. О каком заболевании прямой кишки следует подумать?

- А). **Рак прямой кишки**
- Б). Ректит
- В). Геморрой
- Г). Трещина заднего прохода
- Д). Свищ прямой кишки

У больного 65 лет, страдающего в течении 15 лет геморроем, после долгого перерыва появились прожилки крови в каловых массах. Боли нет. Состояние удовлетворительное. Какую тактику следует избрать?

- А). **Пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопия**
- Б). Анализ крови, ФГЛ, анализ кала на скрытую кровь
- В). Пальцевое исследование прямой кишки
- Г). Ректороманоскопия
- Д). Свечи с проктогливенолом, диета, повторная явка через 3-4 недели

Методом радикального лечения рака ампулы прямой кишки является:

- А). **Сочетание хирургического и лучевого лечения**
- Б). Сочетание химиотерапии и лучевого лечения
- В). Лучевая терапия

- Г). Хирургический
- Д). Сочетание хирургического и химиотерапии

После какой операции возможен восстановительный этап с разрывом во времени ее проведения от первой операции?

- А). **Операция Гартмана**
- Б). Ампутация прямой кишки с низведением
- В). Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- Г). Передняя резекция

Какой химиопрепарат применяют при неоперабельном раке прямой кишки

- А). **5-фторурацил**
- Б). Сарколизин
- В). Метотрексат
- Г). Циклофосфан
- Д). Преднизон

Ректороманоскопию или ирригоскопию при диспансерном наблюдении излеченных от рака прямой кишки не производят через:

- А). **1 мес.**
- Б). 6 мес.
- В). 12 мес.
- Г). 24 мес.
- Д). 36 мес.

У больного обнаружен рак прямой кишки. Опухоль занимает 1/3 окружности ампулы прямой кишки, врастает в мышечный слой. При исследовании препарата, удаленного во время операции, обнаружен метастаз в один лимфатический узел. Какая стадия рака у больного?

- А). **IIb**
- Б). IIa
- В). I
- Г). IIIa
- Д). IIIb

У больного диагностирован рак прямой кишки T2N0M0. Опухоль расположена на 8 см от заднего прохода. Какая операция показана больному?

- А). **Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением**
- Б). Передняя резекция
- В). Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- Г). Операция Гартмана

У больного рак верхнеампулярного отдела прямой кишки, T1N0M0. Какая операция показана больному?

- А). **Передняя резекция**
- Б). Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением
- В). Операция Гартмана
- Г). Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

Больной 69 лет оперируется в срочном порядке по поводу рака ректосигмоидного отдела прямой кишки, осложненного обтурационной кишечной непроходимостью. Приводящие отделы толстой кишки переполнены калом. Какую операцию следует предпринять:

- А). Операция Гартмана**
- Б). Брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением
- В). Передняя резекция
- Г). Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

На выбор вида радикального лечения при раке прямой кишки оказывает влияние:

- А). Локализация опухоли**
- Б). Степень распространенности опухолевого процесса**
- В). Наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфоузлах**
- Г). Наличие осложнений заболевания**

От всех опухолей легких доброкачественные составляют:

- А). 7-10%**
- Б). Менее 1-2%
- В). 25-30%
- Г). До 40%
- Д). До 50%

Большинство доброкачественных центральных опухолей легких составляют:

- А). Аденомы бронха**
- Б). Папилломы бронха
- В). Сосудистые опухоли
- Г). Тератомы
- Д). Кистомы

Большинство периферических доброкачественных опухолей легких составляют:

- А). Гамартомы**
- Б). Тератомы
- В). Фибромы
- Г). Кистомы
- Д). Аденомы

Метастатические опухоли легких могут быть диагностированы:

- А). До выявления первичной опухоли**
- Б). Одновременно с выявлением первичной опухоли**
- В). После выявления первичной опухоли**

Наиболее часто метастатическое поражение легких, выявляемое одновременно или до определения локализации первичной опухоли, имеет место:

- А). При раке почки**
- Б). При раке желудка
- В). При раке молочной железы
- Г). При раке легкого
- Д). При раке предстательной железы

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

Д). V место

Раком легкого чаще болеют:

- А). Мужчины
- Б). Женщины
- В). Одинаково часто мужчины и женщины
- Г). Мужчины в 25 раз чаще

Определяющая роль в увеличении заболеваемости населения раком легких принадлежит:

- А). Курению
- Б). Профессиональным вредностям
- В). Генетическому фактору
- Г). Загрязнению атмосферы
- Д). Ожирению

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)

К центральному раку относятся опухоли, исходной локализацией которых являются бронхи:

- А). Главные
- Б). Долевые и сегментарные
- В). Субсегментарные и V порядка

На долю центрального рака легких приходится:

- А). 60-70%
- Б). 40-50%
- В). 20-30%
- Г). 80% и более

К периферическим формам рака легкого относятся:

- а). Округлая опухоль
- б). Рак Пенкоста
- в). Опухоль Вильмса
- г). Рак Педжета
- д). Мезотелиома
- е). Пневмониеподобный рак

У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает:

- А). Плоскоклеточный рак
- Б). Железистый рак
- В). Мелкоклеточный рак
- Г). Крупноклеточный рак
- Д). Недифференцированный рак

Ателектаз или обструктивный пневмонит всего легкого, по классификации TNM, соответствует символу:

- А). T3
- Б). T2

- В). T₁
- Г). T₄
- Д). T₀

По классификации TNM рака легкого символом N₂ обозначаются:

- А). Бифуркационные лимфатические узлы**
- Б). Медиастинальные лимфатические узлы одноименной стороны**
- В). Бронхопульмональные лимфоузлы одноименной стороны

Метастазы в надключичные лимфатические узлы в соответствии с классификацией TNM обозначаются символом:

- А). N₃**
- Б). M₁
- В). T₄
- Г). P₂
- Д). T₃

При раке легкого наиболее часто метастазами поражаются следующие группы лимфатических узлов:

- А) Внутригрудные**
- Б) Подмышечные
- В) Забрюшинные
- Г) Паховые
- Д) Абдоминальные

Рак легкого метастазирует в:

- А). Печень**
- Б). Кости**
- В). Головной мозг**

Частота лимфогенного метастазирования наиболее велика:

- А). При мелкоклеточном раке**
- Б). При аденокарциноме легкого
- В). При плоскоклеточном раке лёгкого
- Г). Одинакова при всех перечисленных формах

При периферическом раке легкого в отличие от центрального, заболевание:

- а). Длительное время протекает бессимптомно**
- б). Кашель и кровохарканье появляются поздно**
- в). Симптомы кашля и кровохарканья являются ранними
- г). Сопровождается выраженной клинической симптоматикой уже на начальной стадии

К неврологическим симптомам, обусловленным вовлечением в опухолевый процесс элементов плечевого сплетения при раке верхушки легкого, относятся:

- А). Синдром Горнера**
- Б). Расстройства чувствительности участков кисти и предплечья
- В). Слабость мышц кисти

Наличие эндобронхиальной опухоли, полностью обтурирующей долевого или главного бронх, вызывает смещение средостения:

- А). В большую сторону**

- Б). В здоровую сторону
- В). Смещения средостения не выявляется
- Г). Зависит от размера опухоли

Рентгеновский томографический метод исследования бронхов при подозрении на центральный рак легкого должен применяться:

- А). Независимо от наличия или отсутствия признаков нарушения бронхиальной проходимости**
- Б). При наличии признаков клапанной эмфиземы
- В). При наличии ателектаза
- Г). При наличии признаков гиповентиляции
- Д). Верно В) и Г)

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

Очертания тени первичной опухоли на рентгенограммах при раке легкого могут быть:

- А). Четкими**
- Б). Нечеткими в виде «лучистого венчика», «спикул», «щеточки».**
- В). Слегка волнистыми**

Рентгенологическое томографическое исследование грудной клетки позволяет выявить:

- А). Симптом ампутации бронха**
- Б). Сужение просвета бронха**
- В). Локализацию внутригрудных метастазов в лимфатические узлы**
- Г). Прорастание опухоли в пищевод и крупные сосуды
- Д). Наличии плеврита

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)**

Для морфологической верификации периферического рака легкого с локализацией в средней зоне и плащевой зоне целесообразнее всего использовать:

- А). Трансторакальную пункцию легкого**
- Б). Фибробронхоскопию
- В). Исследовать мокроту на АК
- Г). Правильного ответа нет
- Д). Все методы равноценны

К неинвазивным методам рентгеновского исследования относятся:

- А). Рентгеновская компьютерная томография**
- Б). Лимфография
- В). Аортография

Рентгенологическое исследование в условиях диагностического пневмоторакса может применяться с целью дифференциальной диагностики между опухолью легкого и:

- А). Всем перечисленным и новообразованиями**
- Б). Опухолью средостения
- В). Опухолью диафрагмы
- Г). Ограниченной релаксацией диафрагмы
- Д). Опухолью грудной стенки

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**

Дифференциальный диагноз центрального рака легкого следует проводить с:

- А). Хронической пневмонией и очаговым пневмосклерозом**
- Б). Туберкулезом**
- В). Бронхоэктатической болезнью**
- Г). Доброкачественными опухолями легких**

Дифференциальный диагноз периферического рака легкого следует проводить с:

- А). Доброкачественными опухолями легких**
- Б). Метастазами**
- В). Эхинококковой кистой**
- Г). Туберкулезом**

Выбор метода лечения рака легкого определяют следующие факторы, характеризующие распространенность опухолевого процесса:

- А). Размеры и локализация в легком первичной опухоли**
- Б). Метастатическое поражение внутригрудных лимфатических узлов**
- В). Проращение сосудистых образований, органов структур**
- Г). Отсутствие или наличие отдаленных метастазов**

Наиболее эффективным методом лечения рака легкого является:

- А). Хирургический**
- Б). Лучевой
- В). Химиотерапевтический
- Г). Иммунотерапия
- Д). Плазмаферез

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)

Основными видами хирургического вмешательства при раке легкого являются:

- А). Лобэктомия (билобэктомия), пульмонэктомия**
- Б). Сегментэктомия
- В). Клиновидная или краевая резекция легкого

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 1,5-2 см**
- Г). Отсутствие опухолевых клеток в крае пересеченного бронха, сосудов, органов при микроскопическом исследовании**

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**

Онкологическими противопоказаниями для хирургического лечения рака легкого являются:

- а). Метастазы в местные и надключичные лимфоузлы**
- б). Метастазы в отдаленные органы**
- в). Метастазы в медиастинальные лимфоузлы
- г). Метастазы в бифуркационные лимфоузлы

У больного периферическим раком верхней доли правого легкого, диаметром около 3см, не связанным с плеврой, при наличии одиночного метастаза в бронхолегочном лимфатическом узле оптимальным объемом хирургического вмешательства является:

- А). Лобэктомия**
- Б). Сегментэктомия
- В). Клиновидная резекция
- Г). Пневмонэктомия

Термин «расширенная пневмонэктомия» подразумевает удаление легкого с:

- А). Удалением лимфоузлов переднего и заднего средостения, включая паратрахеальные, паразофагеальные и вышеперечисленные группы**
- Б). Удалением корневых, бифуркационных, верхних трахеобронхиальных лимфатических узлов
- В). Трансперикардальной обработкой сосудов легкого
- Г). Резекцией перикарда или грудной стенки

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**

Применение комбинированного лечения (предоперационная лучевая терапия + операция) плоскоклеточного рака легкого наиболее обосновано у больных с:

- А). IIIa стадией заболевания**
- Б). IIIb стадией заболевания**
- В). I стадией заболевания
- Г). IIa стадией заболевания

При высокодифференцированной аденокарциноме легкого II стадии методом выбора является:

- А). Чисто хирургическое лечение**
- Б). Химиотерапия
- В). Лучевая терапия
- Г). Химиолучевое лечение
- Д). Комбинированное лечение

Адьювантная химиотерапия наиболее целесообразна:

- А). При мелкоклеточном раке легкого**
- Б). При аденокарциноме легкого
- В). При плоскоклеточном раке лёгкого
- Г). Показана при всех формах
- Д). Не доказана

При мелкоклеточном раке легкого используются следующие методы лечения:

- А). Химиотерапия**
- Б). Иммунотерапия**
- В). Лучевая терапия**
- Г). Гормонотерапия

При мелкоклеточном раке легкого лучевую наиболее часто применяют:

- А). В сочетании с химиотерапией**
- Б). В комбинации с хирургическим
- В). Как самостоятельный метод
- Г). В сочетании с иммунотерапией и гормонотерапией
- Д). Правильный ответ Б) и Г)

При III стадии рака легкого 5-летняя выживаемость составляет в среднем:

- А). 10-20%**
- Б). 30-40%
- В). 50-60%
- Г). 60-70%
- Д). Более 80%

Частота рака нижней губы имеет:

- А). Тенденцию к уменьшению**
- Б). Остается на том же уровне
- В). Тенденцию к увеличению
- Г). Растёт высокими темпам
- Д). Особенно увеличилось количество больных детей

К факторам, оказывающим влияние на возникновение рака нижней губы, относятся:

- а). Курение**
- б). Климатические условия**
- в). Контакт с мышьяковистыми соединениями**
- г). Лучистая энергия
- д. Травма
- е). Эндогенные факторы

Криодеструкция первичной опухоли нижней губы может применяться:

- А). При I стадии**

Б). При Па стадии

В). При Пв стадии

Г). При рецидиве опухоли

Близкофокусная рентгенотерапия может быть применена как самостоятельный радикальный метод лечения при раке нижней губы:

А). I стадии

Б). Па стадии

В). Пв стадии

Радикальная лучевая терапия рака нижней губы Пв стадии возможна с помощью:

А). Сочетанной лучевой терапии

Б). Дистанционной г-терапии

В). Близкофокусной рентгенотерапии

Рак нижней губы распознается в ранних стадиях:

А). В 85-90% случаев

Б). В 60% случаев

В). В 70% случаев

Г). В 50% случаев

Д). Очень редко

К факультативным предракам нижней губы относят:

А). Кожный рог

Б). Лейкоплакии

В). Кератоакантомы

Рак нижней губы чаще развивается:

А). В стороне от средней линии

Б). По средней линии

В). В углу рта

Г). С внутренней стороны губы

Д). на пограничной линии

Гистологической формой рака нижней губы чаще бывает:

А). Плоскоклеточный ороговевающий рак

Б). Плоскоклеточный неороговевающий рак

В). Базалиома

Г). Аденокарцинома

Д). Меланома

Лимфогенные метастазы рака нижней губы встречаются в:

А). 5-10% случаев

Б). 15-20% случаев

В). 25-30% случаев

Г). Более чем у 30% пациентов

Д). Более чем у 45% пациентов

Опухоль нижней губы диаметром 3 см, переходит на угол рта, имеется метастаз в подчелюстной лимфоузел относится к:

А). III стадии

Б). II стадии

В). I стадии

Г). III стадии

Д). IV стадии

Для получения материала для постановки морфологического диагноза целесообразно проведение:

А). Взятие мазка-отпечатка

Б). Проведение соскоба

В). Проведение биопсии

Хирургическое лечение рака нижней губы показано:

А). При больших опухолях после лучевой терапии

Б). При маленьких опухолях

В). После криодеструкции

Г). Во всех случаях

Д). Правильный ответ Б) и В)

Облигатным предраком нижней губы является:

А). Болезнь Боуэна

Б). Хейлит Манганотти

В). Ограниченный предраковый гиперкератоз

Г). Лейкоплакия

У больного 68 лет опухоль нижней губы диаметром 2 см, в подчелюстной и подбородочной областях два малоподвижных метастаза. Ему следует выставить стадию:

А). IVa

Б). II

В). III

Г). I

Д). IVб

При отсутствии метастазов в лимфатические узлы при раке нижней губы 10-летнее выздоровление наступает у:

А). **85-90% больных**

Б). 70-80% больных

В). 50-60% больных

Г). 90-95% больных

Д). 99-100% больных

Рак кожи в структуре заболеваемости злокачественными опухолями составляет:

А). **4-8%**

Б). 2-3%

В). Около 1%

Г). Около 15%

Д). Около 20%

К факультативным предракам кожи относят:

А). Кожный рог

Б). Лейкоплакию

В). Старческую кератому

Г). Гемангиому

К гистологическим вариантам рака кожи относят:

А). Базальноклеточный рак

Б). Плоскоклеточный рак

- В). Мелкоклеточный рак
- Г). Светлоклеточный рак

Базальноклеточный рак кожи составляет:

- А). **70%**
- Б). 40%
- В). 20%
- Г). 90%
- Д). 95 %

Частота локализации базалиомы на коже лица составляет:

- А). **94-97%**
- Б). 60-70%
- В). 50-55%
- Г). На коже лица встречается редко
- Д). 40%

Наиболее высокие показатели заболеваемости раком кожи отмечены:

- А). **Среди лиц белого населения Африки и Австралии**
- Б). Среди лиц монголоидной расы
- В). Среди лиц негроидной расы
- Г). В северных широтах

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
- Г). На фоне меланомы
- Д). В местах рубцовых изменений кожи

К внутриэпидермальному раку cancer in situ относится:

- А). **Болезнь Боуэна**
- Б). **Эритроплазия Кейра**
- В). Базалиома
- Г). Папилломатозный внутридермальный невус

Базальноклеточный рак кожи чаще метастазирует:

- А). **Не дает метастазов**
- Б). В печень
- В). В легкие
- Г) В почки
- Д) В лимфоузлы

Частота регионарного метастазирования при плоскоклеточном раке кожи составляет:

- А). **2-2,5 %**
- Б). 4-5 %
- В). 6-10 %
- Г). 11-15 %
- Д). 20- 25%

Отдаленные метастазы плоскоклеточного рака кожи в первую очередь поражают:

- А). Легкие**
- Б). Кости**
- В). Головной мозг
- Г). Печень

Рак кожи может иметь все перечисленные виды, кроме:

- А). Быстрорастущего плотного бугристого узла**
- Б). Язвы с плотными вывороченными краями
- В). Разрастаний типа цветной капусты с мягкой влажной поверхностью
- Г). Разрастаний типа цветной капусты с гиперкератотическими наслоениями
- Д). Ограниченного очага типа нумулярной экземы

Для получения материала с целью морфологической верификации при подозрении на рак коже возможно проведение:

- А). Пункции образования**
- Б). Скарификации**
- В). Взятие мазков-отпечатков**
- Г). Краевой биопсии**

Самыми информативными методами при постановке диагноза рака кожи являются:

- А). Гистологическое исследование биоптатов**
- Б). Выявление клиничко-анамнестических симптомов
- В). Цитологическое исследование мазков
- Г). Радиоизотопное исследование с P32

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

- А). II**
- Б). I
- В). III
- Г). IV
- Д). IIa

У больного рак кожи задней поверхности левой голени диаметром 6 см в виде язвы, без поражения костей, в паховой области два подвижных метастатических лимфоузла. Стадия заболевания:

- А). III**
- Б). II
- В). I
- Г). IV
- Д). III Б

У больного 67 лет рак кожи ягодичной области III стадии с подвижными метастазами в паховые лимфатические узлы. Ему целесообразно:

- А). Комбинированное лечение (предоперационная гамматерапия + операция иссечение опухоли + лимфаденэктомия)**
- Б). Хирургическое лечение с лимфаденэктомией
- В). Дистанционная гамматерапия (самостоятельный курс)
- Г). Близкофокусная терапия на опухоль + лимфаденэктомия
- Д). Правильно А) и В)

При хирургическом иссечении базалиомы следует отступать от краев опухоли:

- А). **На 0,5 см**
- Б). На 0,1 см
- В). На 1,0 см
- Г). На 1,5 см
- Д). На 2,0 см

При хирургическом лечении плоскоклеточного рака кожи от краев следует отступать:

- А). **На 1,5 см**
- Б). На 0,5 см
- В). На 3,5 см
- Г). На 5,0 см
- Д). На 6,5 см

Пятилетняя выживаемость больных плоскоклеточным раком кожи I-II стадии составляет:

- А). **95-100%**
- Б). 75-80%
- В). 85-90%
- Г). 50-60%

К меланомо-неопасным невусам относят:

- А). **Внутридермальный невус**
- Б). Синий (голубой) невус
- В). Пограничный пигментный невус
- Г). Гигантский пигментный невус

Из ниже перечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому:

- А). **Меланоз Дюбрея**
- Б). **Невус Оста**
- В). Папилломатозный невус
- Г). Пигментная ксеродерма

Меланома кожи относится к опухолям:

- А). **Нейроэктодермальной природы**
- Б). Эктодермальной природы
- В). Мезенхимальной природы
- Г). Дисэмбриональной природы

Ведущим методом диагностики меланомы кожи является:

- А). **Морфологический метод**
- Б). Лучевая меланурия (реакция Якша)
- В). Термография
- Г). Радиофосфорная проба

При подозрении на меланому кожи нежелательно проводить:

- А). **Краевую биопсию**
- Б). Взятие мазков-отпечатков
- В). Иссечение опухоли

Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может проявляться:

- А). **Неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса**
- Б). **Увеличением или неравномерностью пигментации**

В). Увеличением или неравномерностью плотности

Г). Изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров

Наличие инфильтрации ретикулярного слоя при меланоме указывает на уровень инвазии по Кларку:

- А). IV
- Б). III
- В). II
- Г). V
- Д). I

Поражение сосочкового (папиллярного) слоя кожи при меланоме соответствует уровню инвазии по Кларку:

- А). II
- Б). I
- В). III
- Г). IV
- Д). V

Поражение подкожной клетчатки при меланоме соответствует уровню инвазии по Кларку:

- А). V
- Б). II
- В). III
- Г). I
- Д). IV

Ведущим методом лечения меланомы кожи является:

- А). **Хирургический**
- Б). Лучевая терапия
- В). Электрокоагуляция
- Г). Комбинированный

Худший прогноз при локализации меланомы на коже:

- А). **Нижних конечностей**
- Б). Верхних конечностей
- В). Туловища
- Г). Головы
- Д). Органов половой зоны

При хирургическом лечении меланомы кожи лица от краев следует отступать в пределах:

- А). **На 1,5 см**
- Б). На 0,5 см
- В). На 3,0 см
- Г). На 5,0 см
- Д). На 6,5 см

При хирургическом лечении меланомы кожи туловища и конечностей следует отступать от краев опухоли:

- А). **На 2,5 - 3,5 см**
- Б). На 1 - 1,5 см
- В). На 0,5 см
- Г). На 5,0 см и более

Наиболее часто меланомы располагаются на:

- А). Туловище**
- Б). Лице, голове, шее
- В). Верхних конечностях
- Г). Нижних конечностях.
- Д). Уши

При локализации меланомы на коже I пальца стопы показано:

- А). Ампутация I пальца (экзартикуляция)**
- Б). Иссечение опухоли с пластикой местными тканями
- В). Лазерное или криогенное воздействие
- Г). Иссечение опухоли с пластикой кожным лоскутом

Пятилетнее выздоровление при меланоме в среднем составляет:

- А). 50-65 %**
- Б). 40-50 %
- В). 20-30 %
- Г). 65-90 %
- Д). более 90%

Выживаемость при меланоме кожи зависит:

- А). От характера роста**
- Б). Глубины инвазии**
- В). Локализации**
- Г). Поражения лимфатических узлов**

В структуре заболеваемости у женщин рак молочной железы занимает в России:

- А). 1 место**
- Б). 2 место
- В). 3 место
- Г). 4 место
- Д). 5 место

Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения:

- a) Адекватного назначения химиотерапии
- b) Определения стадии заболевания и объема оперативного лечения
- c) Нет правильного ответа
- d) гормонотерапии
- e) правильные ответы А и Г (+)**

Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы:

- a) Узловая форма
- b) Диффузная форма,
- c) рак Педжета
- d) отечно-инфильтративная
- e) все ответы верны (+)**

Прогноз течения рака молочной железы неблагоприятен при:

- a) Позитивный Her-2 статус, негативные РЭ/РП
- b) Негативный Her-2 статус, позитивные РЭ и РП
- c) Позитивный Her-2 статус и позитивные РЭ и РП
- d) негативный Her-2 статус и негативные РЭ и РП

е) правильный ответ А и Г (+)

Симптом "лимонной корки" и отек ареолы наблюдается при :

- a) Доброкачественных заболеваний молочных желез
- b) При раке молочной железы (+)**
- c) Пограничных формах
- d) правильный ответ А и В
- e) все ответы верны

Диагностика рака молочной железы основывается на:

- a) Клиническом исследовании
- b) Цитологическом исследовании
- c) Гистологическом исследовании
- d) Все ответы верны (+)**
- e) Маммографическом и УЗИ исследовании

Операция радикальной резекции молочной железы может быть произведена, если до операции установлена:

- a) Киста молочной железы
- b) Аденокарцинома (+)**
- c) Папилломатоз
- d) Фиброаденома молочной железы
- e) абсцесс молочной железы

К таргетным препаратам относится:

- a) Цисплатин
- b) Герцептин
- c) Фемара
- d) Авастин
- e) правильный ответ a,d (+)**

Показанием к гормонотерапии при раке молочной железы является:

- a) Позитивный Her-2 статус
- b) Позитивные РЭ и РП (+)**
- c) Негативный Her-2 статус
- d) негативные РЭ и РП
- e) все ответы верны

Для диагностики больных старше 40 лет при подозрении на рак молочной железы наиболее достоверным методом исследования является

- a) УЗИ исследование
- b) Маммографическое исследование (+)**
- c) Нет правильного ответа
- d) КТ молочных желез
- e) МРТ молочных желез

Заболеваемость раком молочной железы на 100 000 тыс. человек женского населения в России составляет:

- А). 56-65**
- Б). 36-45
- В). 46-55

Г). 25-35

Д). 66-75

К гистологическим формам РМЖ относятся:

А). Аденокарцинома

Б). Медуллярный рак

В). Папиллярный рак

Г). Слизистый рак

Для РМЖ не характерны метастазы в:

А). Пупок

Б). Печень

В). Мозг

Г). Лёгкие

Д). Кости

Химиотерапия назначается после радикального хирургического лечения при раке молочной железы после проведения следующего исследования:

- a) Гистологическое исследования
- b) Иммунологическое исследование
- c) ИГХ - исследование (+)**
- d) УЗИ исследование
- e) маммография

В какие группы лимфатических узлов чаще всего метастазирует рак носоглотки

- a) подчелюстные
- b) подбородочные
- c) верхние и средние шейные (+)**
- d) средние и нижние шейные
- e) затылочные

Частота регионарного метастазирования рака носоглотки

- a) 10-20%
- b) 5-9%
- c) 100%
- d) 50-90% (+)**
- e) 30-40%

Какие симптомы вызваны наличием опухоли в носоглотке

- a) симптомокомплекс Троттера (+)**
- b) невралгия верхней ветви тройничного нерва
- c) снижение слуха, заложенность
- d) диплопия
- e) головные боли

Наиболее часто рак ротоглотки локализуется

- a) в области небных миндалин (+)**
- b) в области корня языка
- c) в области задней стенки ротоглотки
- d) на дне полости рта
- e) в грушевидном синусе

В какие группы лимфатических узлов чаще всего метастазирует рак ротоглотки

- a) подчелюстные и зачелюстные
- b) подбородочные
- c) верхние и средние шейные
- d) средние и нижние шейные
- e) **правильный а и в (+)**

Наиболее значимы факторы риска рака рото и гортаноглотки

- a) **Курение и алкоголь (+)**
- b) вирус Эпштейна - Бара
- c) вирус папилломы человека
- d) Хроническая травматизация
- e) Работа с анилиновыми красителями

Какие симптомы рака гортаноглотки относятся к глоточным

- a) Осиплость голоса
- b) Одышка
- c) **поперхивание пищей (+)**
- d) симптом Горнера
- e) Диплопия

Какой объем операции производится при III-IV стадиях рака гортаноглотки

- a) Ларингоэктомия
- b) **Ларингофарингоэктомия (+)**
- c) Резекция гортаноглотки
- d) удаление опухоли глотки
- e) фарингоэктомия

В какие сроки после операции ларингофарингоэктомии рекомендуется провести пластику дефекта глотки

- a) 12 месяцев
- b) 24 месяца
- c) **1,5-2 месяца (+)**
- d) 10 дней
- e) 5 дней

Какой химиопрепарат наиболее эффективен в отношении плоскоклеточного рака головы и шеи

- a) Доксорубин
- b) **Цисплатин (+)**
- c) Дакарбазин
- d) Метотрексат
- e) Винбластин

Какие таргетные препараты перспективны в отношении использования их при опухолях головы и шеи

- a) Доцетаксел
- b) **Цетуксимаб (+)**
- c) Трастузумаб
- d) Гливек
- e) Облимерсен

Какой стадии соответствует рак гортаноглотки T1N1M0

- a) I
- b) II
- c) **III (+)**
- d) IVa
- e) IVb

По классификации TNM(2002г.) для рака гортаноглотки символ N2b означает

- a) нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
- b) метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 3 см и менее в наибольшем измерении
- c) **метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении (+)**
- d) метастаз в лимфатическом узле более 6 см в наибольшем измерении
- e) недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов

С каким этиологическим фактором ассоциирован рак носоглотки

- a) Вирус папилломы человека
- b) Вирус простого герпеса
- c) **вирус Эпштейн-Барра (+)**
- d) ВИЧ
- e) вирус гриппа А

Какой вид терапии не применяется при раке носоглотки

- a) **Хирургический (+)**
- b) Химиотерапевтический
- c) Лучевой
- d) Химиолучевой
- e) Сочетанный лучевой

Перечень вопросов для итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.57 Онкология.

1. Онкологическая заболеваемость и организация онкологической помощи в России.
2. Виды профилактики в онкологии. Общая характеристика.
3. Принципы медико-социальной экспертизы (МСЭ) и реабилитации онкологических больных.
4. Дисплазия. Предраковые заболевания. Понятие об опухоли и её метастазировании.
5. Морфологическая характеристика опухолей, общая характеристика. Гистогенетический принцип построения классификации злокачественных опухолей.
6. Этиология опухолей. Канцерогенез. Рак, как результат накопления мутаций.

7. Принципы диагностики злокачественных опухолей.
8. Организация скрининга злокачественных новообразований в России. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактики рака.
9. Клинико-лабораторные методы исследования в онкологии.
10. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.
11. Рентгенодиагностические исследования в онкологии.
12. Метод ультразвуковой диагностики в онкологии.
13. Радиоизотопные исследования в онкологии.
14. Цитологические и гистологические исследования в онкологии.
15. Общие принципы хирургического лечения злокачественных опухолей.
16. Общие принципы лучевой терапии злокачественных опухолей.
17. Лучевые реакции и осложнения у онкологических больных.
18. Общие принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей.
19. Побочные реакции и осложнения лекарственной терапии злокачественных опухолей.
20. Гормонотерапия злокачественных опухолей. Показания. Противопоказания. Механизмы действия. Осложнения.
21. Таргетная терапия злокачественных опухолей. Показания. Противопоказания. Механизмы действия. Осложнения.
22. Паллиативная медицинская помощь в онкологии.
23. Болевой синдром в онкологии. Диагностика. Фармакология препаратов, применяемых для лечения. Профилактика.
24. Злокачественные опухоли языка, слизистой оболочки щеки, дна полости рта, твёрдого и мягкого нёба. Диагностика. Лечение.
25. Опухоли глотки и гортани. Классификация. Диагностика. Лечение.
26. Злокачественные опухоли щитовидной железы. Диагностика. Лечение.
27. Внеорганные опухоли шеи. Классификация. Диагностика. Лечение.
28. Опухоли средостения. Классификация. Диагностика. Лечение.
29. Рак пищевода. Профилактика. Диагностика. Методы лечения. Осложнения. Исходы. Прогноз.
30. Рак лёгкого. Профилактика. Клинико-анатомическая классификация. Особенности клинического течения. Принципы диагностики и лечения.
31. Опухоли плевры. Классификация. Диагностика. Лечение.
32. Опухолевый плеврит.
33. Рак желудка. Группы риска. Клиническая картина в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Диагностика. Лечение.
34. Опухоли тонкой кишки. Профилактика. Диагностика. Лечение. Осложнения. Исходы. Прогноз.
35. Рак ободочной кишки. Группы риска. Особенности клинического течения. Диагностика. Лечение.
36. Рак прямой кишки. Группы риска. Классификация. Диагностика. Лечение.
37. Опухоли билиопанкреатодуоденальной области. Профилактика. Диагностика. Лечение. Осложнения. Исход. Прогнозы.

38. Рак поджелудочной железы. Заболеваемость и смертность. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
39. Первичные и метастатические опухоли печени. Возможности дифференциальной диагностики и лечения.
40. Первичный рак печени. Профилактика. Диагностика. Лечение. Исход. Прогнозы.
41. Метастатическое поражение печени. Диагностика. Методы лечения. Осложнения. Прогноз.
42. Забрюшинные внеорганные опухоли. Общая характеристика. Клиника. Диагностика. Лечение.
43. Опухоли наружных половых органов у женщин.
44. Рак шейки матки. Факторы риска. Диагностика. Лечение.
45. Рак тела матки. Факторы риска. Диагностика. Лечение.
46. Злокачественные опухоли яичников. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
47. Злокачественные опухоли маточных труб. Классификация. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
48. Злокачественные опухоли и беременность.
49. Рак мочевого пузыря. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
50. Рак почки. Принципы диагностики и лечения.
51. Опухоли яичка. Классификация. Диагностика. Лечение.
52. Скрининг, ранняя диагностика и профилактика рака молочных желез.
53. Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез.
54. Рак молочной железы. Биопсия «сигнальных» лимфоузлов. Необходимость изотопных исследований.
55. Рак молочной железы. Современные аспекты этиологии и патогенеза. Диагностика. Лечение. Прогноз.
56. Рак молочной железы. Тактика выбора лечения у больных метастатическим раком молочной железы. Факторы выбора терапии.
57. Злокачественные новообразования кожи. Заболеваемость. Методы профилактики. Принципы диагностики и лечения.
58. Меланома кожи. Особенности роста и метастазирования. Принципы диагностики и лечения.
59. Опухоли мягких тканей. Классификация. Принципы диагностики и лечения.
60. Опухоли костей. Классификация. Диагностика. Лечение.
61. Лейкозы. Классификация. Принципы диагностики и лечения.
62. Лимфогранулематоз. Классификация. Диагностика. Лечение.
63. Неходжкинские лимфомы. Классификация. Диагностика. Лечение.
64. Миеломная болезнь. Клиника. Диагностика. Лечение.
65. Опухоли головного и спинного мозга. Классификация. Диагностика. Лечение.
66. Метастатическое поражение головного мозга. Диагностика. Лечение.

67. Метастазирование рака в кости и лимфатические узлы из невыявленного первичного очага. Диагностика. Возможные локализации первичного очага.
68. Пигментные невусы. Классификация. Факторы, способствующие их озлокачествлению. Диагностика. Лечение.
69. Наследственный рак молочной железы и яичников. Классификация. Диагностика. Лечение.
70. Местно-распространенный и генерализованный рак молочной железы.
71. Рак молочной железы. Стандарты системной терапии больных ранними формами.
72. Рак молочной железы. Эволюция хирургического лечения, виды оперативных вмешательств. Показания к органосохраняющему лечению.
73. Рак молочной железы. Показания и противопоказания к химио-, гормонотерапии, таргетной терапии, неоадьювантная и адьювантная лекарственная терапия. Перспективы лекарственного лечения рака молочной железы, необходимость внедрения молекулярно-генетического профилирования.
74. Опухоли полового члена. Диагностика. Органосберегающее лечение локализованных форм. Лечение инвазивных форм. Лучевое лечение и паллиативная химиотерапия распространенных и диссеминированных опухолей.
75. Скрининг и профилактика гинекологического рака.
76. Гастроинтестинальные стромальные опухоли. Профилактика. Диагностика. Методы лечения. Осложнения. Исходы. Прогноз.
77. Нейроэндокринные опухоли желудочно-кишечного тракта. Профилактика. Диагностика. Методы лечения. Осложнения. Исходы. Прогноз.
78. Ургентные состояния в онкологии и их лечение.
79. Индивидуализация лекарственной терапии в онкологии.
80. Малоинвазивная хирургия в онкологии.
81. Криогенные технологии в онкологии.
82. Лазерные технологии в онкологии.
83. Фотодинамическая терапия в онкологии.
84. Основы биотерапии злокачественных опухолей.
85. Понятие о высокодозной химиотерапии. Показания, противопоказания. Осложнения. Непосредственные и отдаленные результаты лечения.
86. Метрoномная химиотерапия терапия. Показания, противопоказания. Механизмы действия. Осложнения.
87. Новые поддерживающие средства (противорвотные, бисфосфонаты, КСФ), применяемые в онкологии.
88. История онкологии. Организация и становления онкологической помощи в России.
89. Психологические аспекты в онкологии.

90. Метастатическое поражение лёгких и плевры.

**Типовые ситуационные задачи для ГИА по специальности 31.08.57
Онкология**

1. У больного 67 лет рак кожи ягодичной области III стадии с подвижными метастазами в паховые лимфатические узлы.

Тактика лечения?

Ответ: Комбинированное лечение (предоперационная гамматерапия + операция иссечение опухоли + лимфаденэктомия)

2. Больная Н., 42 лет, сама у себя обнаружила опухоль в животе слева от пупка. Жалоб не предъявляет. Аппетит сохранен, физиологические отправления не нарушены. Кожные покровы чистые, пульс - 78 ударов в минуту, АД = 120/60 мм рт. ст. В левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование, подвижное. Печень по краю реберной дуги.

Назовите методы исследования больной для установления диагноза. При установлении диагноза. Чем руководствоваться для определения заболевания?

Ответ: Больной показано ректороманоскопия, ирригоскопии с двойным контрастированием, фиброколоноскопия, Лапароскопия. Установление стадии процесса осуществляется по ирригоскопии (протяженность опухоли). Наличие метастазирования производится по сканированию печени, УЗИ, КТ, лапароскопии. Последний метод позволяет также определить и прорастание опухоли до серозы.

2. Больная М., 60 лет, около 5 месяцев отмечает субфебрилитет, нарастающую слабость, анорексию, тупые боли в животе ближе к правому подреберью и в правой половине поясницы, неустойчивый стул со слизью и кровью. При рентгеноскопии желудка патологии нет. При ректороманоскопии - в прямой и сигмовидной кишке комочки слизи. Объективно: повышенного питания, кожные покровы бледные, пульс - 78 ударов в минуту, АД = 150/90 мм рт. ст. Живот несколько вздут в мезогастрii. Отмечается болезненность по правому фланку, печень по краю реберной дуги.

Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные исследования показаны в данном случае.

Ответ: у больной подозрение на опухоль правой половины ободочной кишки. Для установления диагноза показано ирригоскопия, фиброколоноскопия, УЗИ, КТ, сканирование печени, Лапароскопия

3. Больная Н., 38 лет, была взята в операционную в экстренном порядке с предполагаемым диагнозом - острый аппендицит. На операции была

обнаружена опухоль слепой кишки около 7см в диаметре, похожая на рак.

Какова дальнейшая тактика хирурга?

Ответ: Если хирург уверен в диагнозе - рак слепой кишки, то целесообразно ушить аппендикулярный разрез. Сделать лапаротомию и выполнить правостороннюю гемиколэктомию и наложить илеотрансверзо анастомоза по типу «бок в бок».

4. Больная М., 60 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на чувство «царапанья» за грудиной при проглатывании грубой пищи, обильное слюнотечение, общую слабость, недомогание. Пациентка не взвешивалась, но по одежде отмечает, что значительно похудела. Больна около 3 месяцев. При осмотре патологических отклонений не установлено.

О каком заболевании в первую очередь следует думать? Какие обследования необходимо выполнить для подтверждения предполагаемого диагноза?

Ответ: У больной, по всей видимости рак пищевода, на что указывают симптомы заболевания: жалобами на чувство «царапанья» за грудиной при проглатывании грубой пищи, обильное слюнотечение, общую слабость, недомогание, а также потеря веса. Больной показана эзофагография, а затем эзофагоскопия с биопсией, при которых диагноз может быть подтвержден биопсией после эзофагоскопии. В дальнейшем будет определена тактика лечения.

5. Больной Ф., 64 лет, поступил с жалобами на дисфагию, головные боли, похудение, слабость. Состояние средней тяжести. Бросается в глаза синюшность кожных покровов верхней половины тела и лица. Слева позади кивательной мышцы четко определяется увеличенный малоподвижный лимфатический узел 4см, Вены шеи расширены. При рентгенографии и фиброэзофагоскопии в верхней трети грудного отдела пищевода обнаружена инфильтрирующая раковая опухоль протяженностью 9см, суживающая просвет.

Сформулируйте диагноз. Какова лечебная тактика в данном случае?

Ответ: У больного имеется рак верхней трети грудного отдела пищевода - IV стадия. Об этом говорят протяженность опухоли, признаки сдавления верхней полой вены, наличие прескаленного метастаза на шее. Больному показано наложение гастростомы и симптоматическая терапия.

6. Больной Б., 55 лет, жалуется на охриплость голоса в течение 2-х лет. Охриплость появилась после операции левосторонней пульмонэктомии, медиастинотомии, лимфаденэктомии по поводу низкодифференцированного плоскоклеточного рака. В

медиастинальных лимфоузлах и лимфоузлах корня легкого при гистологическом исследовании обнаружены метастазы рака. После операции больной подвергнулся химиолучевой терапии.

Чем обусловлены жалобы больного? Адекватный ли применялся метод лечения?

Ответ: больному с третьей стадией рака легкого проведено комплексное лечение. Выбран оптимальный вариант лечения. Охриплость голоса вызвана травматическим повреждением возвратного нерва во время медиастинотомии, лимфаденэктомии слева.

7. Больной У., 58 лет, оперирован по поводу плоскоклеточного рака левого нижнедолевого бронха. Выполнена нижняя лобэктомия слева. Через 6 месяцев у больного появились прожилки крови в мокроте.

Чем обусловлена симптоматика? Какая дальнейшая тактика?

Ответ: кровохарканье связано с рецидивом рака в культе бронха. По-видимому, объем операции не был оптимальным для данного случая. Необходима бронхоскопия с целью морфологической верификации процесса, после чего может быть решен вопрос о реоперации в объеме пульмонэктомии.

8. Больной П., 59 лет, поступил с жалобами на затруднение прохождения пищи по пищеводу, особенно грубой. Появляются боли в области мечевидного отростка. При рентгенологическом исследовании обнаружено сужение просвета абдоминальной части пищевода, и дефект наполнения в области кардиальной части желудка. При эзофагоскопии установлено резкое сужение просвета пищевода опухолью, гистологическое заключение - аденокарцинома.

Сформулируйте диагноз. Какова дальнейшая тактика хирурга?

Ответ: у больного кардиоэзофагальный рак. Гистологическое исследование указывает, что опухоль с желудка распространилась на пищевод. Для исключения метастазов показано УЗИ, КТ, лапароскопия. Больному показана проксимальная резекция желудка с лимфоузлами с последующим наложением внутриплевральным анастомозом (операция Гарлока или Льюиса)

9. Больная Н., 40 лет, поступила с жалобами на обильную рвоту алой кровью, которая появилась на фоне полного здоровья, впервые в жизни. Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. АД - 90/60 мм рт.ст. Пульс 112 в 1 минуту. В АОК анемия. В отделение еще дважды была рвота. На фоне проведенной гемостатической терапии с переливанием компонентов крови кровотечение остановлено. При рентгенографическом исследовании пищевода через 10 дней в средней трети обнаружен овоидный дефект наполнения, с ровными контурами, выступающий в просвет пищевода. При ФГДС установлено, что слизистая пищевода

над опухолью не изменена, только в одном месте имеется дефект диаметром 3мм, закрытый тромбом.

Ваш диагноз? Какова хирургическая тактика?

Ответ: у больной имеется доброкачественная опухоль пищевода - лейомиома,

которая часто осложняется профузными кровотечениями. Больной показано оперативное вмешательство: торакотомия, удаление опухоли с восстановлением стенки.

10. Больной Е., 68 лет, находится в клинике нейрохирургии по поводу травматического плексита справа (10 лет назад перелом правой ключицы, повреждение плечевого сплетения). В настоящее время беспокоят резкие боли в правой руке, не купирующиеся анальгетиками. При осмотре обнаружена: атрофия мышц правой кисти, предплечья, ограничение подвижности в правом плечевом суставе. В правой надключичной области между ножками кивательной мышцы пальпируется плотный 2,0 x 1,5см лимфоузел. Над легкими дыхание везикулярное. На рентгенограммах органов грудной клетки имеется однородное гомогенное затемнение правого верхнего легочного поля. На боковой рентгенограмме эти изменения локализуются в верхушечном и переднем сегментах.

Каков Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: у пациента рак верхней доли правого легкого (опухоль Пенкоста) с явлениями вторичной плексалгии и метастазами в надключичную область. Необходима биопсия надключичного узла для уточнения распространенности процесса. После подтверждения диагноза рекомендуется лучевая терапия по паллиативной программе.

11. Больной У., 58 лет, предъявляет жалобы на кашель, повышение температуры до 38,6-39,00С, умеренную одышку. При аускультации над легкими справа в нижних отделах сухие и влажные хрипы. В ОАК лейкоцитоз 12x10⁹/л., СОЭ - 25 мм/ч. Рентгенологически - справа в н/доле, задневнутреннем сегменте обнаружено уплотнение легочной ткани с неровными контурами до 5см. После противовоспалительного лечения состояние больного улучшилось, - нормализовалась температура, уменьшился кашель, одышка. Рентгенологически отмечалось увеличение процесса.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика?

Ответ: у больного опухоль левого нижнедолевого бронха с явлениями обтурационного пневмонита. Улучшение состояния объясняется снятием перифокального воспаления. Дальнейшее увеличение процесса по данным рентгенографии свидетельствует в пользу злокачественной опухоли. Необходимо бронхологическое исследование с морфологической верификацией диагноза.

12. Больной Ш. 51 год, длительно беспокоит сухой кашель, на который он не обращает внимания, связывая его с курением. Курит в течение 30 лет по 1,5-2 пачки в сутки; работает 25 лет газосварщиком. При оформлении санаторно курортной карты прошел флюорографию легких. На флюорограмме справа в S8 обнаружена тень круглой формы с бугристым четким контуром.

Ваш предварительный диагноз? Дальнейшая тактика?

Ответ: учитывая данные анамнеза и наличие на флюорограмме изменений, у больного, скорее всего, периферический рак во втором сегменте справа. Необходима трансторакальная аспирационная биопсия опухоли; после уточнения диагноза при отсутствии противопоказаний решить вопрос об операции.

13. Больной П., 62 лет, поступил в отделение с жалобами на тупые боли в правом подреберье, выраженную желтушность кожных покровов, слабость, утомляемость, потерю веса. Около 2,5 месяцев назад оперирован по поводу острого калькулезного холецистита. При поступлении кожные покровы с выраженной желтой окраски, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии при глубокой пальпации. Билирубин 330 ммоль/л (прямой - 295 ммоль/л) При УЗИ головка ПЖ размерами 45x40мм, неоднородна. При ЭРПХГ холедох в терминальной части конусовидно суживается, контур неровный, бугристый

Ваш предварительный диагноз? Дальнейшая тактика?

Ответ: у больного, скорее всего, имеется рак головки ПЖ. Однако нельзя исключить «псевдотуморозный» панкреатит. Больному первым этапом показано наружное дренирование желчных протоков (ЧЧХС, холедохостомия - по Керу), вторым этапом после ревизии панкреатодуоденальной зоны - ПДР.

14. Больная Д., 43 лет, обратилась с жалобами на боли в правой половине живота и правом подреберье, учащение стула (кашецеобразного характера) с примесью слизи, утомляемость, слабость, потерю веса. Со слов пациентки считает себя больной около 5-6 месяцев. При ирригографии имеется образование в восходящем отделе толстой кишки. По данным УЗИ в правой доле печени (5 сегмент) выявлено образование диаметром до 5 см.

Ваш предварительный диагноз? Дальнейшая тактика?

Ответ: у больной имеется рак восходящего отдела толстой кишки с наличием единичного метастаза в правой доле печени (5 сегмент). Больной может быть выполнена паллиативная операция - правосторонняя гемиколэктомия. При наличии единичного метастаза показана резекция сегмента печени.

15. Больная К., 54 лет, обратилась в онкологический диспансер с жалобами на наличие умеренно болезненного образования в верхне-наружном квадранте левой молочной железы, периодические выделения из соска. В течение ряда лет наблюдалась у онколога по поводу фиброзно-кистозной мастопатии. При пункционной биопсии (двукратно) опухолевых клеток не обнаружено.

Ваш предварительный диагноз? Дальнейшая тактика?

Ответ: в данной ситуации нельзя исключить наличие рака молочной железы. Больной показано оперативное вмешательство - секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием. При выявлении рака операция расширяется до мастэктомии. В послеоперационном периоде показано лучевое лечение (на зоны метастазирования), а затем химиотерапия.

16. Больная С. 58 лет, была направлена в онкологический диспансер из хирургического отделения городской больницы, где по поводу острого гнойного мастита (в верхне-внутреннем квадрате правой молочной железы) ей было выполнено вскрытие и дренирование гнойника. Во время операции хирургом был взят материал на гистологическое исследование. Гистологическое заключение: умеренно-дифференцированная аденокарцинома. В подключичной области справа имеется плотный диаметром до 1 см лимфатический узел.

Ваш диагноз? Дальнейшая тактика лечения больной?

Ответ: лечение должно быть начато с лучевой терапии, продолжено оперативным вмешательством - радикальной мастэктомией с последующей химио- и гормонотерапией.

17. Больная 47 лет, обратилась с жалобами на кровянистые выделения в межменструальном периоде. С диагностической целью произведено диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение: железисто-кистозная гиперплазия. Из анамнеза известно, что у больной имеется миома матки 12 недель.

Ваш предварительный диагноз? Дальнейшая тактика? Какое оперативное вмешательство больной показано?

Ответ: у больной рак тела матки. Больной показана экстирпация матки с придатками.

18. Больной Г., 35 лет, обратился с жалобами на наличие увеличенных лимфатических узлов в левой надключичной области, слабость, утомляемость. При осмотре лимфатические узлы диаметром до 2 см, плотные в виде пакета. Пальпация умеренно болезненна. Взята биопсия, которая установила наличие у больного лимфогранулематоза (смешанно-клеточный вариант). При рентгенографии органов грудной клетки выявлено увеличение лимфатических узлов средостения.

Какая стадия заболевания у больного? Какой вид лечения наиболее целесообразен в данном случае?

Ответ: больного лимфогранулематоз 2а стадии с поражением надключичной области и средостения. Больному показано следующее лечение: 2-3 курса полихимиотерапии ЦВПП + ЛТ на зоны поражения лимфатических узлов + 2-3 курса ЦВПП.

19. Больной Д., 44 лет, обратился в онкологический диспансер с жалобами на наличие пигментного образования в области правой щеки. Со слов больного образование у пациента с рождения. Однако в течение последнего месяца больной обратил внимание, что образование стало более пигментированным, увеличилось в размерах. Локально: в области правой щеки имеется асимметричное овоидное образование размером 1,3х0,9см, выступающее над поверхностью кожи.
Ваш предварительный диагноз? Дальнейшая тактика? Принципы хирургического лечения.

Ответ: у больного, по всей видимости, имеет место перерождение пигментного невуса в меланому. После подтверждения диагноза больному показано оперативное лечение. Учитывая, что у больного Меланомы лица отступление от края опухоли не менее 1,5 см.

20. Больной З., 64лет, предъявляет жалобы на боли в правой поясничной области, слабость, утомляемость. Больной правильного телосложения, нормального питания. При пальпации в правой поясничной области определяется подвижное, умеренно болезненное образование размером 7х6 см. по данным ультразвукового исследования и ангиографии опухоль не выходит за пределы почки и не прорастает капсулу.
Ваш предварительный диагноз? Дальнейшая тактика? Какой вид лечения показан больному?

Ответ: у больного рак почки. Диагноз может быть подтвержден данными УЗИ, КТ, экскреторной урографией. Больному показано оперативное лечение - Нефрэктомия в чистом виде.

21. Больной М., 43 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастральной области появляющиеся через 10-15 минут после, изжогу, отрыжку кислым, потерю веса. Впервые боли данной локализации появились у больного пять лет назад. Течение заболевания осложнилось желудочно-кишечным кровотечением. При ФГДС была выявлена язва желудка. На высоте кровотечения выполнена резекция 2/3 желудка по Бильрот-1. Через 1,5 года при ФГДС была обнаружена пептическая язва гастроэнтероанастомоза, в связи, с чем была выполнена реконструктивная операция - резекция ГЭА по Гофмейстеру-Финстереру. В настоящее время по данным ФГДС имеется огромная язва культи желудка размером 8х 6см.
Предварительный диагноз? Дальнейшая тактика обследования и лечения?

Ответ: у больного, по всей видимости, учитывая рецидивность появления язвы желудка, имеет место опухоль АПУД-системы - гастринома. Для уточнения диагноза больному показано УЗИ, КТ, тест с глюконатом кальция. В случае подтверждения диагноза (опухоль в ПЖ) показано оперативное вмешательство резекция ПЖ + Гастрэктомия. Если опухоль не обнаружена - Гастрэктомия, так как желудок является органом-мишенью.

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталия Ивановна

09.09.24 14:24 (MSK)

Сертификат 0475ADC000A0B0E2824A08502DAA023B6C