

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНО
на заседании
Учебно-методического совета
«09» ~~20~~ ~~20~~ года, протокол № 1

Проректор по учебной работе,
председатель Учебно-методического совета,
д.м.н., профессор В.И. Орел

СОСЛАСОВАНО

Проректор по послевузовскому, дополнительному
профессиональному образованию и региональному
развитию здравоохранения,
д.м.н., профессор Ю.С. Александрович

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

для обучающихся по основным образовательным программам высшего образования
(программам ординатуры) по специальности
31.08.57 «Онкология»
Трудоемкость: № 3 ЗЕ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с:

- 1) Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.57 «Онкология», утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 N 1100.
- 2) приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» от 18.03.2016 г. № 227.
- 3) Федеральным законом об образовании от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»
- 4) Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»»
- 5) приказом Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»
- 6) Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 18.09.2012 № 191н «Об утверждении документа государственного образца о послевузовском профессиональном образовании, выданного лицам, получившим такое образование в ординатуре, и технических требований к нему»

Разработчики программы:

Заведующий кафедрой, д.м.н., профессор <hr/> (должность, ученое звание, степень)	 <hr/> (подпись)	Кулева С.А. <hr/> (расшифровка)
Ассистент кафедры <hr/> (должность, ученое звание, степень)	 <hr/> (подпись)	Кондратьев Г.В. <hr/> (расшифровка)

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры

Онкологии, детской онкологии и лучевой терапии

название кафедры

« 27 » 08 2021 г., протокол заседания № 1

Заведующая кафедрой Онкологии, детской онкологии и лучевой терапии

название кафедры

д.м.н., профессор <hr/> (должность, ученое звание, степень)	 <hr/> (подпись)	Кулева С.А. <hr/> (расшифровка)
----------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.57 «Онкология» проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.57 «Онкология» (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.57 «Онкология» (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в организацию документ, подтверждающий причину его отсутствия.

Обучающиеся, не прошедшие государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Лицо, не прошедшее ГИА, может повторно пройти ГИА не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

2. Общие правила подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт

ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

3. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

4. Порядок проведения государственной итоговой аттестации

На ГИА отводится 108 часов (3 зе).

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

Государственная итоговая аттестация состоит из двух аттестационных испытаний, перерыв между которыми составляет не менее 7 календарных дней. На первом этапе проводится тестирование и оценка практических навыков. Ко второму аттестационному испытанию – государственному экзамену по специальности – допускаются ординаторы, успешно прошедшие первый этап. Государственный экзамен проводится в устной форме по билетам.

Государственный экзамен проводится по одной дисциплине образовательной программы – основной дисциплине специальности ординатуры, которая имеет определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Результаты государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного аттестационного испытания объявляются в день его проведения.

5. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

6. Программа государственного экзамена

6.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену

Государственный экзамен проводится в устной форме в виде собеседования. Собеседование включает ответы на вопросы и решение ситуационных задач. Подготовка к государственному экзамену должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по вопросам и ситуационным задачам, которые выносятся на государственный экзамен.

В процессе подготовки необходимо опираться на рекомендуемую научную и учебную литературу, современные клинические рекомендации.

Для систематизации знаний ординаторам необходимо посещение предэкзаменационных консультаций, расписание которых доводится до сведения ординаторов за 30 календарных дней до государственной итоговой аттестации.

При ответе на вопросы ординатор должен продемонстрировать уровень знаний и степень сформированности универсальных, профессиональных и профессионально-специализированных компетенций. При подготовке к ответу рекомендуется составить письменный расширенный план ответа по каждому вопросу. Ответы на вопросы ординатор должен излагать структурированно и логично. По форме ответы должны быть уверенными и четкими. Необходимо следить за культурой речи и не допускать ошибок в терминологии.

6.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен

6.2.1. Вопросы для собеседования

1. Онкологическая заболеваемость и организация онкологической помощи в России.
2. Первичная профилактика в онкологии.
3. Вторичная профилактика в онкологии.
4. Третичная профилактика в онкологии.

5. Принципы медико-социальной экспертизы (МСЭ) и реабилитации онкологических больных.
6. Дисплазия. Предраковые заболевания.
7. Понятие об опухоли и её метастазировании.
8. Гистогенетический принцип построения классификации злокачественных опухолей.
9. Морфологическая характеристика доброкачественных опухолей.
10. Морфологическая характеристика злокачественных опухолей.
11. Методы получения материала для морфологической верификации диагноза (цитологической, гистологической) из опухолей. Взятие мазков для цитологического исследования, изготовление мазков-отпечатков. Взятие секционного, операционного и биопсийного материала для гистологического исследования. Срочное биопсийное исследование.
12. Биология нормальной и опухолевой клеток.
13. Этиология опухолей, канцерогенез.
14. Рак как результат накопления мутаций.
15. Рак и возраст: молекулярно-генетические аспекты.
16. Старение и рак: общие механизмы патогенеза.
17. Принципы диагностики злокачественных опухолей.
18. Организация скрининга злокачественных новообразований в России. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактики рака.
19. Цитологический скрининг в онкологии.
20. Клинико-лабораторные методы исследования в онкологии.

6.2.2. Ситуационные задачи

Задача №1

Больной 32 лет, хирургом ЦРБ выполнена секторальная резекция правой молочной железы по поводу «фиброаденомы молочной железы». Через 10 дней после операции получен результат гистологического исследования: инвазивный протоковый рак молочной железы, диаметр опухоли 1,2 см. Пациентка направлена на консультацию в онкодиспансер. При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Местно: молочные железы мягкие, в верхненаружном квадранте правой молочной железы послеоперационный рубец - без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Назовите предположительный диагноз.
2. В чем заключается тактическая ошибка метода лечения.
3. Определите лечебную тактику.
4. Назовите возможные лучевые реакции.
5. Назовите методы предотвращения рецидива заболевания.

Эталоны ответов к ситуационной задаче №1

1. Рак правой молочной железы. Узловая форма. T1N0M0.
2. Сначала нужно было взять биопсию и оперировать с учётом полученных данных, маммография, предоперационное лучевая терапия.
3. Полное клиническое обследование, предоперационная дистанционная гамма-терапия всей молочной железы, а также подмышечных, надключичных и подключичных лимфатических узлов. Мастэктомия.
4. Постлучевой радиоэпидермит, лимфостаз.
5. Ведение здорового образа жизни, ограничение физических нагрузок, избегание термических перегревов и открытого солнечного воздействия.

Задача №2

У больной 58 лет 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре: больная резко истощена. Над левой ключицей пальпируется конгломерат плотных лимфатических узлов. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД - 140/80 мм.рт.ст.. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. При рентгенографии пищевода выявлено его резкое сужение в абдоминальном отделе, супрастенотическое расширение. Тулого наполнения желудка получить не удалось, но создаётся впечатление наличия дефекта наполнения в верхней трети тела по малой кривизне. При эзофагоскопии выявлено резкое сужение пищевода на 34 см от резцов. Провести эндоскоп в желудок не удалось. При гистологическом исследовании биоптата получена картина многослойного плоского эпителия.

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Назовите стадию заболевания.
3. Составьте план обследования для верификации диагноза.
4. Определите лечебную тактику.
5. Назовите возможные осложнения.

Эталоны ответов к ситуационной задаче №2

1. Плоскоклеточный рак пищевода
2. IV стадия.
3. РГ с барием (можно с пневмомедиастинумом), КТ, лимфодуктография, азиография, медиастиноскопия, радиоизотопное исследование.
4. Больной неоперабелен. Показано наложение гастростомы, паллиативный курс дистанционной гамма-терапии, химиотерапия.
5. Эзофагостаз, дисфагия, пищеводная непроходимость, кровотечение, общая интоксикация, боли при проглатывании пищи.

Задача №3

Больная 31 года 2 месяца назад обнаружила у себя узел в щитовидной железе, обратилась к онкологу. При осмотре: область щитовидной железы визуально не изменена, при пальпации в правой доле обнаруживается узловое образование округлой формы, эластической консистенции, подвижное 2,5 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. В пунктате - группы клеток фолликулярного эпителия.

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования для верификации диагноза.
4. Определите лечебную тактику.
5. Назовите возможные лучевые реакции, осложнения.

Эталоны ответов к ситуационной задаче №3

1. Опухоль щитовидной железы (возможно фолликулярный рак).
2. Аденома, узловой зоб.
3. УЗИ, КТ, радиоизотопное исследование с йодом, ангиография щитовидной железы.
4. Радикальная операция с интраоперационным гистологическим исследованием, внутренняя лучевая терапия с Йод-131.
5. Возможны лучевые реакции (радиоэзофагит, радиоэндолярингит), рецидив заболевания, послеоперационные осложнения.

Задача №4

Больной 45 лет имеет жалобы на задержку при проглатывании твердой пищи, появившуюся 4 месяца назад. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Питание умеренное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхательная, сердечно - сосудистая системы без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю рёберной дуги. При ФГДС на 27 см от резцов выявлена чашеобразная опухоль слизистой пищевода по задней и боковым стенкам 4,5 см в диаметре. Желудок и двенадцатиперстная кишка без патологии. При рентгеноскопии пищевода выявлена ниша с приподнятыми краями на уровне Th V-VI, протяжённость опухоли 5 см. При ФЛГ, УЗИ брюшной полости, лапароскопии и компьютерной томографии грудной клетки данных за метастазы и прорастание опухоли в соседние органы не получено.

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования для верификации диагноза.
4. Определите лечебную тактику.
5. Назовите возможные осложнения.

Эталоны ответов к ситуационной задаче №4

1. Рак пищевода II стадия (размер опухоли 3-5 см).
2. Рак легкого, рак желудка, рак двенадцатиперстной кишки, рак полости рта.
3. Эзофагоскопия, РГ с барием (можно с пневмомедиастинумом), КТ, лимфодуктография, азиография, медиастиноскопия, радиоизотопное исследование.
4. Предоперационный курс дистанционной гамма-терапии, резекция пищевода с пластикой большой кривизны желудка, возможно проведение операции Льюиса (резекция поражённого участка и наложение эзофагогастроанастомоза), операция Добромывова-Торека (резекция, наложение гастростомы), через 3-6 мес. пластика пищевода кишечником.
5. Эзофагостаз, дисфагия, пищеводная непроходимость, кровотечение, общая интоксикация, боли при проглатывании пищи.

Задача №5

Больной 37 лет 2 месяца назад обнаружил примесь крови в каловых массах. Из анамнеза: в течение многих лет страдает запорами, отец больного в возрасте 40 лет погиб от рака прямой кишки (неоперабельного). При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 72 удара в минуту, АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в левом мезогастррии. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании определяется нижний полюс плотной опухоли по задней стенке, на перчатке - кровь. Общий анализ крови: Эритроциты $3,6 \cdot 10^{12}/л$, НЬ - 102 г/л, СОЭ - 25 мм/час. Лейкоциты $7,4 \cdot 10^9/л$, формула не изменена. При колоноскопии на 7 см от ануса выявлена экзофитная, рыхлая, контактно кровоточащая опухоль до 6 см в диаметре (гистология: высокодифференцированная аденокарцинома). В ободочной кишке, начиная от печеночного изгиба, множество полипов от 0,5 до 2 см в диаметре.

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Назовите стадию заболевания.
3. Назовите минимальный объем дополнительного обследования для определения лечебной тактики
4. Определите методы лечения.
5. Назовите возможные осложнения.

Эталоны ответов к ситуационной задаче №5

Рак прямой кишки.

1. II стадия
2. УЗИ, КТ, лимфодуктография, радиоизотопное исследование
3. Предоперационная лучевая терапия, экстирпация прямой кишки (брюшно-промежностная), субтотальная резекция ободочной кишки по поводу полипоза.
5. Лучевой ректит, диарея, кровотечение, кишечная непроходимость, анемия, возможное прогрессирование процесса.

6.2.3. Перечень практических навыков

1. Получить информацию о заболевании;
2. Определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, функциональных, иммуногистохимических, медико-генетических), организовать их выполнение и уметь интерпретировать их результаты;
3. Проводить дифференциальный диагноз;
4. Оценить причину и тяжесть состояния больного и принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния;
5. Определить объем и последовательность терапевтических или хирургических и организационных мероприятий (стационарирование, амбулаторное лечение, консультативный прием);
6. Обосновать схему, план и тактику ведения больного, показания и противопоказания к назначению лекарственных препаратов, оперативного лечения;
7. Разработать план подготовки больного к терапии, определить соматические противопоказания;
8. Выполнить перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации.
9. На основании указанных клинических данных с учетом пола, возраста, профессии поставить предварительный диагноз, оценить степень остроты и тяжести заболевания, а также необходимости онкологической неотложной помощи; - определить тактику ведения больного: самостоятельное обследование, наблюдение и лечение; направление на консультацию или передача больного другому специалисту (при непрофильном заболевании); направление на госпитализацию, срочную или плановую; необходимость срочного онкологического вмешательства;
10. Составить план обследования и выдать пациенту соответствующее направление.

6.2.4. Тестовые задания

1. Методом морфологической верификации злокачественного новообразования является:
 - а) рентгеноскопия
 - б) биопсия опухоли
 - в) УЗИ
 - г) компьютерное обследование
 - д) термография
2. Паренхиму новообразования составляют:
 - а) собственно опухолевые клетки
 - б) соединительная ткань
 - в) кровеносные и лимфатические сосуды
 - г) нервы и клеточные элементы стромы
3. Символ «М» применяется для обозначения:
 - а) метастазов в отдаленных органах
 - б) метастазов в отдаленные группы лимфатических узлов

- в) и того, и другого
- г) ни того, ни другого

4. Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению:

- а) рака кожи
- б) рака легкого
- в) рака желудка
- г) нет правильного ответа

5. Строму новообразования составляют:

- а) собственно опухолевые клетки
- б) соединительная ткань
- в) кровеносные и лимфатические сосуды
- г) нервы и клеточные элементы стромы
- д) правильно: а, б, в
- е) правильно: б, в, г

6. Карцинома in situ в классификации ТНМ соответствует:

- а) I стадии
- б) II стадии
- в) III стадии
- г) IV стадии
- д) 0 стадии (стадии 0)

7. Злокачественные опухоли могут быть вызваны воздействием:

- а) полициклических ароматических углеводородов:
- б) ионизирующего излучения
- в) ретровирусов
- г) правильно а) и б)
- д) все ответы правильные

8. В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток:

- а) не нарушена
- б) нарушена умеренно
- в) нарушена выраженно
- г) возможны все варианты

9. Наиболее угрожающей для развития рака является:

- а) диффузная неравномерная гиперплазия
- б) очаговые пролифераты
- в) нодозные (узловые) пролифераты
- г) правильно б) и в)
- д) все ответы верные

10. Символ «М х» в клинической классификации TNM обозначает:

- а) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
- б) нет признаков отдаленных метастазов
- в) имеются отдаленные метастазы

11. К химическим канцерогенным веществам относятся следующие классы соединений:

- а) полициклические ароматические углеводороды и гетероциклические соединения
- б) ароматические азотосоединения и аминосоединения

- в) нитрозосоединения
- г) металлы, металлоиды, неорганические соли
- д) все перечисленное

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

- а) при клиническом осмотре больного
- б) при рентгенологическом исследовании
- в) при использовании эндоскопических методов
- г) при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарными лимфатическим аппаратом

13. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей:

- а) поджелудочной железы
- б) желудка
- в) щитовидной железы
- г) все ответы правильные
- д) правильного ответа нет

14. Сочетание «No» обозначает:

- а) недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
- б) нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
- в) одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

15. Эпидемиология злокачественных новообразований изучает:

- а) причины возникновения и закономерности массового распространения опухолевых заболеваний
- б) возможности профилактики онкологических заболеваний и пути борьбы с ним
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

16. Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта обладают преимущественно:

- а) инфильтративным ростом
- б) экзофитным ростом
- в) смешанным ростом
- г) все перечисленные типы встречаются с одинаковой частотой

17. Международная классификация новообразований по системе TNM применяется для характеристики:

- а) предопухолевых состояний
- б) доброкачественных опухолей
- в) злокачественных опухолей
- г) нет правильного ответа

18. Символ «Mo» в клинической классификации обозначает:

- а) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов
- б) нет признаков отдаленных метастазов
- в) имеются отдаленные метастазы

19. Носитель генетической информации находится:

- а) в клеточной мембране

- б) в цитоплазме
- в) в ядре
- г) правильно б) и в)
- д) во всех структурах клетки

20. Опухоли могут вызваться:

- а) химическими агентами
- б) физическими агентами
- в) биологическими агентами
- г) все ответы верные
- д) правильные ответы а) и б)

21. Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных с опухолями:

- а) легких
- б) органов брюшной полости
- в) молочной железы
- г) щитовидной железы
- д) правильные ответы в) и г)

22. Основным первичным учетом документом онкологического диспансера является:

- а) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака
- б) протокол запушенности
- в) выписка из медицинской карты
- г) контрольная карта диспансерного наблюдения
- д) история болезни

23. Символ «б» в классификации (кроме опухолей женских половых органов) не используется, как правило, для характеристики:

- а) I стадии заболевания
- б) II стадии заболевания
- в) III стадии заболевания
- г) IV стадии заболевания

24. Строма опухоли:

- а) является необходимой поддерживающей структурой
- б) обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода
- в) обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток
- г) в ряд случаев не является обязательным компонентом новообразования
- д) все правильно, кроме г)

25. Символ «N» применим для обозначения состояния:

- а) только регионарных лимфатических узлов
- б) всех групп лимфатических узлов выше или ниже диафрагмы
- в) любых групп лимфатических узлов

26. Степень гистологической дифференцировки опухоли может быть:

- а) высокой
- б) средней
- в) низкой
- г) все ответы верные

27. К физическим канцерогенным факторам относятся:
- а) ионизирующая радиация
 - б) ультрафиолетовые лучи
 - в) вибрация
 - г) повышенное атмосферное давление
 - д) правильные ответы а) и б)
28. При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается:
- а) гипокоагуляция
 - б) нормокоагуляция
 - в) гиперкоагуляция
 - г) все варианты встречаются с одинаковой частотой
29. Основной путь лимфооттока в нормальных условиях:
- а) ортоградный
 - б) ретроградный
 - в) коллатеральный
 - г) смешанный
30. В структуре заболеваемости наибольший удельный вес составляет:
- а) гипертоническая болезнь
 - б) профессиональные заболевания
 - в) острые респираторные заболевания и грипп
 - г) злокачественные новообразования
 - д) сердечно-сосудистые заболевания
31. Символ «а» в классификации (кроме опухолей женских половых органов), как правило, указывает:
- а) на отсутствие регионарных метастазов
 - б) на наличие регионарных метастазов
 - в) на наличие отдаленных метастазов
32. Цифры в классификации TNM добавляется к символу:
- а) T
 - б) N
 - в) M
 - г) все ответы верные
33. Наибольшей канцерогенной активностью обладают:
- а) жиры
 - б) углеводы
 - в) витамины группы А и В
 - г) полициклические ароматические углеводороды
 - д) белки
34. В индустриальных странах главной причиной увеличения смертности от злокачественных новообразований является:
- а) старение населения
 - б) резкое ухудшение экологической обстановки
 - в) увеличение влияния профессиональных вредностей
 - г) нет правильного ответа

35. Метастазы в любых не регионарных лимфатических узлах классифицируют в виде:

- а) N0
- б) Nx
- в) N1 – 3
- г) M1

36. Носителем генетической информации клетки человека в основном является:

- а) РНК
- б) АТФ
- в) ДНК
- г) правильно только а) и б)
- д) все ответы правильные

37. Возникновению опухолей способствует:

- а) снижение показателей клеточного иммунитета
- б) состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей
- в) влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно

38. К достоинствам метода ультразвуковой томографии не относится:

- а) неинвазивный характер исследования
- б) безвредность
- в) практически отсутствие противопоказаний
- г) возможность выявления мелких (до 1 см в диаметре) новообразований в легких

39. 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

40. Задачами онкологического диспансера является:

- а) организация профосмотров
- б) анализ статистических данных по заболеваемости и смертности
- в) онкологическая подготовка врачей
- г) научно – исследовательская работа
- д) верные ответы первые 3
- е) все ответы верны

41. Сочетание «T_{in situ}» обозначает:

- а) оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно
- б) первичная опухоль не определяется
- в) преинвазивная карцинома

42. Обязательным свойством только злокачественных опухолей является:

- а) инфильтративный рост
- б) метастазирование
- в) экспансивный рост
- г) все ответы правильные
- д) правильные ответы а) и б)

43. К 1б клинической группе больных относятся:

- а) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования
- б) больные с предопухолевыми заболеваниями
- в) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению
- г) лица, излеченные от злокачественных новообразований
- д) правильного ответа нет

44. Ортоградным лимфогенным метастазированием считается:

- а) метастазирование против тока лимфы
- б) метастазирование по току лимфы
- в) и тот, и другой
- г) ни то, ни другое

45. Радиофосфорный тест применяют для диагностики:

- а) поверхностных опухолей
- б) опухолей полостных органов, доступных для введения датчика
- в) только для опухолей, имеющих тропность к фосфору
- г) все ответы правильные
- д) правильные ответы а) и б)

46. К 1а клинической группе больных относится:

- а) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования
- б) больные с предопухолевыми заболеваниями
- в) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению
- г) лица, излеченные от злокачественных новообразований
- д) правильного ответа нет

47. Самой частой злокачественной опухолью у мужчин в нашей стране является:

- а) рак легких
- б) рак желудка
- в) рак предстательной железы
- г) рак прямой кишки

48. Наличие множественных, подвижных метастазов в регионарных лимфатических узлах характеризует, как правило:

- а) II а стадию
- б) II б стадию
- в) III а стадию
- г) III б стадию
- д) правильные ответы б) и г)

49. К 0 II клинической группе больных относится:

- а) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования
- б) больные с предопухолевыми заболеваниями
- в) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению
- г) лица, излеченные от злокачественных новообразований
- д) правильного ответа нет

50. Сочетание «Тх» обозначает:

- а) оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно

- б) первичная опухоль отсутствует
- в) преинвазивная карцинома

6.3. Рекомендуемая литература

Основная литература:

1. Онкология [Электронный ресурс] : Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.И. Чиссова, М.И. Давыдова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439821.html>
2. Онкология [Электронный ресурс] / Под ред. Чиссова В.И., Давыдова М.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970423684.html>
3. Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш.Х. Ганцев, В.В. Старинский, И.Р. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова, Р.З. Султанов, Д.Д. Сакаева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428757.html>
4. Маммология [Электронный ресурс] / под ред. А.Д. Каприна, Н.И. Рожковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437292.html>
5. Рациональная фармакотерапия в онкологии [Электронный ресурс] / под ред. М.И. Давыдова, В.А. Горбуновой - М. : Литтерра, 2017. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502447.html>
6. Лучевая терапия (радиотерапия) [Электронный ресурс] / Г. Е. Труфанов [и др.] ; под ред. Г. Е. Труфанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444207.html>
7. Онкоурология [Электронный ресурс] : национальное руководство / Под ред. В.И. Чиссова, Б.Я. Алексеева, И.Г. Русакова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970421819.html>

Дополнительная литература:

1. Иммунотерапия [Электронный ресурс] / Под редакцией Р.М. Хаитова, Р.И. Атауллаханова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970426920.html>
2. Рак легкого [Электронный ресурс] / А.Х. Трахтенберг, К.И. Колбанов; под ред. В.И. Чиссова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427927.html>
3. Контроль симптомов в паллиативной медицине [Электронный ресурс] : руководство / Под ред. Г.А. Новикова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970431481.html>
4. Нейроэндокринные опухоли [Электронный ресурс] : руководство / Симоненко В.Б., Дулин П.А., Маканин М.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970415368.html>