

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

УТВЕРЖДЕНО

на заседании

Учебно-методического совета

« 04 » сентября 2021 года, протокол № 1

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

СОГЛАСОВАНО

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

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ПРАКТИКЕ (Б2.1)**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности
31.08.57 «Онкология»

Санкт-Петербург
2021 г.

Разработчики:

Заведующий кафедрой,
д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Кулева С.А.

(расшифровка)

Ассистент кафедры

(должность, ученое звание, степень)



(подпись)

Кондратьев Г.В.

(расшифровка)

рассмотрен и одобрен на заседании кафедры
Онкологии, детской онкологии и лучевой терапии

название кафедры

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

Заведующая кафедрой

д.м.н., профессор

(должность, ученое звание, степень)

Онкологии, детской онкологии и лучевой терапии

название кафедры



(подпись)

Кулева С.А.

(расшифровка)

1. Требования к результатам освоения программы практики

В результате освоения программы практики ординатор должен **знать:**

- Принципы организации онкологической помощи пациентам;
- Вопросы экономики, управления и планирования в онкологической службе;
- Вопросы медико-социальной экспертизы и медико-социальной реабилитации при онкологических заболеваниях ;
- Правовые основы деятельности онколога;
- Организацию, формы и методы пропаганды медицинских и гигиенических знаний, профилактики заболеваний;
- Вопросы психологии профессионального общения, врачебной этики и деонтологии
- Клинику, диагностику новообразований головного мозга и желез внутренней секреции;
- Клинику, диагностику основных генетических синдромов, протекающих с онкологическими заболеваниями;
- Эпидемиологию онкологических заболеваний ;
- Физиологию, патофизиологию желез внутренней секреции, их взаимосвязь с другими органами и системами организма;
- Этиологию и патогенез онкологических заболеваний, роль генетических и иммунологических факторов в развитии онкологических заболеваний;
- Клинические и доклинические проявления опухолевых процессов;
- Общие, функциональные и специальные методы исследования в онкологии;
- Основы рационального питания, принципы диетотерапии у пациентов со злокачественными опухолями;
- Фармакотерапию онкологических заболеваний у пациентов, включая применение гормональных препаратов; выбор оптимального сочетания лекарственных средств, механизм действия, осложнения, возрастные дозировки;
- Показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению пациентов с онкологическими заболеваниями;
- Особенности течения и лечения онкологических заболеваний у новорожденных и у пациентов раннего возраста;
- Профилактику острых и хронических осложнений у пациентов с онкологическими заболеваниями;
- Клиническую симптоматику, дифференциальную диагностику и принципы терапии неотложных состояний в онкологии;
- Показания и противопоказания к хирургическому лечению, принципы пред-, интра- и послеоперационного ведения онкологических больных возраста;
- Вопросы временной и стойкой нетрудоспособности (лиц, осуществляющих уход) с онкологическими заболеваниями, организации и проведения ВТЭ;
- Виды, формы, методы, организацию и проведение мероприятий по реабилитации и диспансерному наблюдению за больными возраста с онкологическими заболеваниями;
- Организацию и методы обучения больных и их родителей самоконтролю хронических онкологических заболеваний;

уметь:

- Получить информацию о заболевании, применить объективные методы обследования больного с онкологическим заболеванием, выявить общие и специфические признаки онкологического заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии;
- Оценить тяжесть состояния больного с онкологическим заболеванием, принять необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определить объем и последовательность реабилитационных мероприятий, оказать необходимую срочную помощь;

- Определить показания к применению специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиологических, иммуноферментных, радиоизотопных, биохимических, функциональных), необходимых для уточнения онкологического заболевания, правильно оценить полученные данные;
- Провести дифференциальную диагностику, обосновать клинический диагноз, схему, план и тактику ведения больного с онкологическим заболеванием;
- Назначить необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия с учетом возраста и состояния больного с онкологическим заболеванием;
- Назначить лечебное питание с учетом общих факторов и характера онкологического заболевания;
- Применить необходимые реабилитационные мероприятия у больного с онкологическим заболеванием;
- Получить необходимую информацию по специальности онкология, используя современные технологии;
- Диагностировать и оказывать необходимую помощь при следующих острых и неотложных состояниях:
 - ✓ Травматический шок;
 - ✓ Острая кровопотеря;
 - ✓ Острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность;
 - ✓ Сосудистый коллапс;
 - ✓ Острая интоксикация (пищевая, лекарственная);
 - ✓ Кома (диабетическая, гипогликемическая, молочнокислая, гиперосмолярная);
 - ✓ Криз (тиреотоксический, надпочечниковой недостаточности, гипер- и гипокальциемический, гипотиреоидный);
 - Установить диагноз и провести необходимое лечение при заболеваниях по профилю онкология: Лейкозы у пациентов: острый лимфобластный лейкоз, острый нелимфобластный лейкоз. Рецидивы острого миелобластного лейкоза. Показания к ТППСК. Злокачественные лимфомы. Современная программная терапия лимфопролиферативных и злокачественных системных заболеваний кроветворной ткани у пациентов. Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз). Неходжкинские лимфомы (НХЛ) у пациентов. Злокачественные опухоли забрюшинного пространства у пациентов – нейробластома, опухоль Вилмса. Опухоли ЦНС у пациентов. Злокачественные опухоли костей и мягких тканей у пациентов. Остеогенная саркома. Саркома Юинга. Рабдомиосаркома. Герминогенные опухоли у пациентов и первичные злокачественные опухоли печени у пациентов (яичко, яичники, влагалище, крестцово-копчиковая область, средостение, головной мозг). Гепатобластома. Ретинобластома. Химиотерапия и таргетная терапия в онкологии. Программная химиотерапия для различных опухолей. Особенности таргетной терапии при лечении опухолей. Car-t терапия в онкологии.
 - Определение. Этиопатогенез. Клиническая картина. Принципы диагностики. Принципы лечения.
 - Основные принципы сопроводительной терапии
 - Антиэметическая терапия. Болевой синдром в онкологии. Седативная терапия.
 - Инфекционные осложнения у онкологических больных в постцитостатическом периоде
 - Колонизация и внутрибольничная инфекция. Лихорадка неясного генеза и эмпирическая антибактериальная терапия.
 - Инфекции, требующие модификации антибактериальной терапии у больных с фебрильной нейтропенией. Наиболее часто встречающиеся инфекционные осложнения у пациентов с нейтропенией. Мукозиты. Пневмонии. Мочевые инфекции. Профилактика инфекции. Гепатиты у пациентов с онкологическими заболеваниями.
 - Микозы у онкологических пациентов

- Определение. Клинические варианты (кандидоз, аспергиллез). Принципы диагностики. Принципы лечения. Отдаленные результаты.
- Отдаленные осложнения противоопухолевой терапии. Качество жизни.
- Задержка роста и развития ребенка, органические поражения ЦНС, нарушение репродуктивной функции, поражение легочной ткани, почечная недостаточность, ототоксичность, миокардиодистрофия, дисфункция щитовидной железы, иммуносупрессия.
- Паллиативная помощь в онкологии
- Психосоматические аспекты в онкологии
- Ребенок и болезнь. Семья и больной ребенок. Психические расстройства у пациентов с онкологическими заболеваниями.
- Паллиативная помощь в онкологии
- Определение. Тактика.
- Установить диагноз и провести необходимое лечение пациентов со злокачественными новообразованиями;
- Проводить скрининг осложнений у пациентов со злокачественными новообразованиями;
- Проводить профилактику онкологических заболеваний;
- Обучить больного со злокачественным новообразованием и лиц, принимающих участие в уходе за ним основам рациональной диетотерапии, неотложной помощи в экстренных ситуациях, рациональному режиму физических нагрузок, методам самоконтроля заболевания.

владеть навыками:

- Комплексом методов стандартного онкологического обследования;
- Комплексом методов специфического обследования больных со злокачественными новообразованиями;
- Методами оказания экстренной первой (догоспитальной) помощи при ургентных состояниях (гипергликемическая, гипогликемическая, молочнокислая, гиперосмолярная кома; острая надпочечниковая недостаточность; синдром острого лизиса опухоли, гипер- и гипокальциемический, гипотиреоидный криз; травматический шок; острая кровопотеря; острая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность; сосудистый коллапс; острая пищевая, лекарственная интоксикация).
- Основными навыками диагностики и принципами лечения злокачественных опухолей у пациентов;
- Специальными приспособлениями для введения лекарственных препаратов;
- Основными навыками диагностики и принципами лечения инфекционных болезней (в т. ч. карантинных инфекций);
- Основными навыками диагностики и оказания экстренной догоспитальной помощи при ДТП, массовых поражения населения и катастрофах;
- Основными навыками ранней диагностики онкологических заболеваний;
- Основными навыками первой врачебной помощи при ионизирующих излучениях.
- Проводить и интерпретировать результаты проб, позволяющих оценить метаболическую активность опухоли;
- Проводить и интерпретировать результаты суточного мониторирования уровня химиопрепаратов в крови и ликворе;
- Интерпретировать результаты специальных исследований (ультразвукового, рентгенологического, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, электромиографии, иммуноферментных анализов);
- Проводить оценку болевой, тактильной, температурной чувствительности у пациентов с онкологическими заболеваниями;
- Проводить оценку сухожильных рефлексов с у пациентов с онкологическими заболеваниями;

- Рассчитывать ИМТ, стандартное отклонение роста, костный возраст, темпы роста и костного возраста у пациентов с онкологическими заболеваниями;
- Введения лекарственных препаратов интратекально, в резервуар Оммайя
- Искусственного дыхания;
- Непрямого массажа сердца;
- Работ на персональном компьютере.

2. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения программы практики по специальности 31.08.57 «Онкология»

№ п/п	Номер/индекс компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	Этап формирования компетенции
Универсальные компетенции			
1	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Текущий Промежуточный
Профессиональные компетенции			
2	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения 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	Текущий Промежуточный
3	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Текущий Промежуточный
4	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Текущий Промежуточный
5	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи	Текущий Промежуточный
6	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Текущий Промежуточный
7	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Текущий Промежуточный

3. Соответствие формируемых компетенций задач освоения программы практики

Компетенции	Результаты освоения программы практики				
	Проведение обследований в целях выявления заболеваний онкологического профиля, установления диагноза	Назначение лечения пациентам с онкологическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности	Назначение реабилитационных мероприятий пациентам с онкологическими заболеваниями и контроль их эффективности	Назначение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни	Ведение медицинской документации, проведение анализа медико-статистической информации, организация деятельности подчиненного персонала
УК-1	+	+	+	+	+
ПК-1	+			+	
ПК-2	+				+
ПК-5	+				+
ПК-6		+			
ПК-8			+	+	
ПК-9				+	

4. Материалы оценки результатов обучения, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе практики (Б 2)

2-семестр:

№	Индекс компетенции	Наименование контрольных мероприятий			
		Тестирование	Собеседование	Выполнение практических навыков	Решение задач
		Наименование материалов оценочных средств			
		Тесты	Вопросы собеседования	Алгоритмы практических навыков	Задачи
		№ задания			
1.	УК-1	«Общая часть» 1-57 «Рак молочной железы» 1-89 «Рак желудка» 1-95 «Рак толстой кишки» 1-104 «Рак кожи. Меланома». 1-55 «Лимфогранулематоз» 1-44 «Рак легкого» 1-82 «Опухоли опорно-двигательного аппарата» 1-33	1-149	1-6	1-30
2.	ПК-1	«Общая часть» 1-57 «Рак молочной железы» 1-89	1-149	1-6	1-30

		«Рак желудка» 1-95 «Рак толстой кишки» 1-104 «Рак кожи. Меланома». 1-55 «Лимфогранулематоз» 1-44 «Рак легкого» 1-82 «Опухоли опорно-двигательного аппарата» 1-33			
3.	ПК-2	«Общая часть» 1-57 «Рак молочной железы» 1-89 «Рак желудка» 1-95 «Рак толстой кишки» 1-104 «Рак кожи. Меланома». 1-55 «Лимфогранулематоз» 1-44 «Рак легкого» 1-82 «Опухоли опорно-двигательного аппарата» 1-33	1-149	1-6	1-30
4.	ПК-5	«Общая часть» 1-57 «Рак молочной железы» 1-89 «Рак желудка» 1-95 «Рак толстой кишки» 1-104 «Рак кожи. Меланома». 1-55 «Лимфогранулематоз» 1-44 «Рак легкого» 1-82 «Опухоли опорно-двигательного аппарата» 1-33 «Общие принципы лечения злокачественных новообразований» 1-100 «Новые концепции в онкологии и здравоохранении» 1-30	1-149	1-6	1-30
5.	ПК-6	«Общая часть» 1-57 «Рак молочной железы» 1-89 «Рак желудка» 1-95 «Рак толстой кишки» 1-104 «Рак кожи. Меланома». 1-55 «Лимфогранулематоз» 1-44 «Рак легкого» 1-82 «Опухоли опорно-двигательного аппарата» 1-33	1-149	1-6	1-30
6.	ПК-8	«Общая часть» 1-57 «Рак молочной железы» 1-89 «Рак желудка» 1-95 «Рак толстой кишки» 1-104 «Рак кожи. Меланома». 1-55 «Лимфогранулематоз» 1-44 «Рак легкого» 1-82 «Опухоли опорно-двигательного аппарата» 1-33 «Общие принципы лечения злокачественных новообразований» 1-100 «Новые концепции в онкологии и здравоохранении» 1-30	127-129	1-6	1-30
7.	ПК-10	«Общая часть» 1-57 «Рак молочной железы» 1-89 «Рак желудка» 1-95	106-113	1-6	1-30

		«Рак толстой кишки» 1-104 «Рак кожи. Меланома». 1-55 «Лимфогранулематоз» 1-44 «Рак легкого» 1-82 «Опухоли опорно-двигательного аппарата» 1-33			
8.	ПК-11	«Общая часть» 1-57 «Рак молочной железы» 1-89 «Рак желудка» 1-95 «Рак толстой кишки» 1-104 «Рак кожи. Меланома». 1-55 «Лимфогранулематоз» 1-44 «Рак легкого» 1-82 «Опухоли опорно-двигательного аппарата» 1-33	106-113	1-6	1-30

Тесты

Онкология (поликлиника)

Тема «Общие принципы лечения злокачественных новообразований»

1. При отсутствии морфологической верификации злокачественного новообразования следует предпочесть метод лечения:

- а) хирургический
- б) лазерный
- в) лучевой
- г) комбинированный
- д) химиотерапевтический

2. Термину «операбельность» больше всего соответствует:

- а) состояние больного, позволяющее выполнить операцию
- б) состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию
- в) выполнить радикальную операцию
- г) правильного ответа нет

3. Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется:

- а) как самостоятельный метод
- б) в комбинации с хирургическим методом
- в) в комбинации с лекарственной терапией (химио - и иммунотерапией)
- г) все ответы правильные
- д) правильные первые два ответа

4. Главной целью симптоматической операции является:

- а) удаление пораженного опухолью органа
- б) удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли
- в) устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти
- г) все ответы верные

5. Паллиативная лучевая терапия решает следующие задачи:

- а) подведение максимальной возможной дозы излучения
- б) вызов гибели наиболее чувствительного пула опухолевых клеток
- в) получить торможение роста опухоли

- г) получить частичную регрессию опухоли
- д) все ответы правильные

6. Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено:

- а) на обеспечение антибластики
- б) на обеспечение абластики
- в) на снижение риска хирургических вмешательств
- г) на максимальное сохранение функции органа

7. Факторами, которые могут влиять на объем операции, является:

- а) стадии заболевания
- б) возраст больного
- в) сопутствующие заболевания
- г) все ответы верные

8. Под термином «неoadьювантная химиотерапия» понимают:

- а) послеоперационную химиотерапию
- б) профилактическую химиотерапию
- в) оценку эффективности послеоперационной химиотерапии по степени лекарственного патоморфоза для определения дальнейшей тактики лечения
- г) предоперационную химиотерапию

9. Под термином «адьювантная химиотерапия» понимают:

- а) послеоперационную химиотерапию
- б) профилактическую химиотерапию
- в) оценку эффективности послеоперационной химиотерапии по степени лекарственного патоморфоза для определения дальнейшей тактики лечения
- г) предоперационную химиотерапию

10. Наилучший прогноз 5-летней выживаемости имеют больные раком легкого:

- а) с I стадией заболеваний
- б) с II стадией заболеваний
- в) с III стадией заболеваний
- г) с IV стадией заболеваний

11. На отдаленные результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний оказывает наименьшее влияние:

- а) тип роста опухоли
- б) гистологическая структура опухоли
- в) наличие метастазов в регионарных лимфоузлах
- г) наличие отдаленных метастазов
- д) возраст больного

12. Послеоперационная лучевая терапия может быть проведена в случае

- а) нерадикальности операции
- б) неабластичности операции
- в) выявленных во время операции регионарных метастазов
- г) все ответы верные

13. Стадия заболевания во многом определяет:

- а) выбор метода лечения
- б) предполагаемый объем операции

- в) прогноз
- г) все ответы верные
- д) правильные ответы а) и б)

14. Основная цель радикальной лучевой терапии:

- а) подведение максимально возможной дозы излучения
- б) снижение биологической активности опухолевых клеток
- в) вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
- г) достижение частичной регрессии опухоли
- д) достижение полной регрессии опухоли

15. Термин «симптоматическая терапия» обозначает:

- а) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии
- б) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей
- в) терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов
- г) правильного ответа нет

16. При клиническом диагнозе меланома без морфологической верификации может быть начато:

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

17. К антибластике не имеет отношения:

- а) удаление опухоли единым блоком с регионарными лимфатическими узлами и другими анатомическими структурами в пределах здоровых тканей
- б) предоперационная лучевая терапия
- в) использование электрохирургического метода
- г) применение лекарственных средств (химиопрепараты и другие)

18. Сочетанная лучевая терапия означает:

- а) применение двух способов облучения или двух видов излучения
- б) расщепление курса лучевой терапии
- в) облучение с радиомодификаторами
- г) облучение в сочетании с химиотерапией
- д) правильного ответа нет

19. Срочное гистологическое исследование при операции по поводу злокачественного новообразования можно не выполнять, если диагноз подтвержден:

- а) клиническими данными
- б) рентгенологически
- в) данными КТ- томографии
- г) морфологическим цитологическим исследованием
- д) эндоскопически

20. К комбинированным операциям по поводу рака легкого не относятся операции:

- а) с удалением паратрахеальных и медиастинальных лимфатических узлов
- б) с резекцией перикарда
- в) с резекцией трахеи
- г) с резекцией грудной стенки

21. Термину «резектабельность» больше всего соответствует:

- а) состояние больного, позволяющее выполнить операцию
- б) состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию
- в) состояние больного, позволяющее выполнить паллиативную операцию
- г) правильного ответа нет

22. К расширенной операции следует относить:

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

23. Гормонотерапия не может быть:

- а) радикальной
- б) симптоматической
- в) паллиативной

24. К радикальной операции при раке легкого не относятся:

- а) пневмонэктомия
- б) атипическая резекция доли легкого
- в) лобэктомия
- г) билобэктомия

25. К комбинированной операции следует относить:

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

26. К осложнениям лучевой терапии относятся все перечисленное, кроме:

- а) слабости
- б) тошноты, рвоты
- в) нарушения сна
- г) лейкопении
- д) образование метастазов

27. На частоту развития несостоятельности швов могут оказывать влияние:

- 1) гипопротеинемия
- 2) анемия
- 3) погрешности хирургической техники
- 4) наличие опухолевых клеток по линии резекции
- 5) натяжение сшиваемых органов

- а) все ответы правильные
- б) правильные все, кроме 3 и 5
- в) правильные все, кроме 4 и 5
- г) правильные все, кроме 1 и 2
- д) правильные ответы все, кроме 3 и 4

28. При осуществлении хирургического лечения больных со злокачественными новообразованиями основными принципами является соблюдение:

- А) Радикальности
- Б) Абластичности
- В) Применение антибластических методов
- Г) Всех перечисленных

29. При аденокарциноме желудка чаще применяют:

- а) хирургический метод
- б) лучевую терапию
- в) химиотерапию
- г) гормонотерапию

30. Химиотерапия не может быть:

- а) радикальной
- б) симптоматической
- в) паллиативной

31. К локальным методам лечения рака кожи не относятся:

- а) лучевая терапия
- б) иссечение опухоли
- в) криотерапия
- г) системная химиотерапия

32. Лучевое лечение не показано больным:

- а) с метастазами рака молочной железы в кости
- б) с центральным раком легкого
- в) с диссеминацией рака желудка в печень
- г) с раком мочевого пузыря

33. Антибластика это комплекс мероприятий направленных на:

- а) уничтожение опухолевых клеток, которые могли бы попасть или попали в операционную рану
- б) предотвращение попадания опухолевых клеток в операционную рану
- в) соблюдение асептики
- г) соблюдение антисептики

33. Абластика это комплекс мероприятий направленных на:

- а) уничтожение опухолевых клеток, которые могли бы попасть или попали в операционную рану
- б) предотвращение попадания опухолевых клеток в операционную рану
- в) соблюдение асептики
- г) соблюдение антисептики

35. К дистанционным методам лучевой терапии относятся:

- а) внутрисполостной

- б) внутритканевой
- в) аппликационный
- г) гамма-терапия

36. К дистанционным методам лучевой терапии не относятся:

- а) рентгенотерапия
- б) гамма-терапия
- в) аппликационный
- г) нейтронная терапия

37. К контактными методам лучевой терапии не относятся:

- а) внутрисполостной
- б) внутритканевой
- в) аппликационный
- г) гамма-терапия

38. К контактными методам лучевой терапии относятся:

- а) рентгенотерапия
- б) гамма-терапия
- в) аппликационный
- г) нейтронная терапия

39. Лучевая терапия относится к:

- а) системным методам воздействия на организм
- б) регионарным методам воздействия на организм
- в) локальным методам воздействия на организм
- д) все ответы правильные

40. Хирургический метод относится к:

- а) системным методам воздействия на организм
- б) регионарным методам воздействия на организм
- в) локальным методам воздействия на организм
- д) все ответы правильные

41. Химиотерапия относится к:

- а) системным методам воздействия на организм
- б) регионарным методам воздействия на организм
- в) локальным методам воздействия на организм
- д) все ответы правильные
- е) правильно а) и б)

42. К лучевой терапии наиболее чувствительны:

- а) рак желудка
- б) плоскоклеточный рак кожи
- в) липосаркома
- г) рак тела матки

43. При раке желудка с метастазами в печень показано:

- а) радикальное лечение
- б) паллиативное лечение
- в) симптоматическое лечение

44. При обработке области послеоперационной раны спиртом соблюдаются принципы:

- а) асептики
- б) антисептики
- в) абластики
- г) антибластики

45. К химиотерапии наиболее чувствительны:

- а) рак желудка
- б) плоскоклеточный рак кожи
- в) злокачественные лимфомы
- г) рак тела матки

46. На чувствительность опухоли к химиотерапии не влияют:

- а) гистологическая структура опухоли
- б) степень дифференцировки опухоли
- в) кровоснабжение опухоли
- г) стадия заболевания

47. На чувствительность опухоли к лучевой терапии не влияют:

- а) гистологическая структура опухоли
- б) степень дифференцировки опухоли
- в) кровоснабжение опухоли
- г) стадия заболевания

48. Лучевая терапия в послеоперационном периоде направлена на соблюдение принципа:

- а) абластики
- б) асептики
- в) антисептики
- г) антибластики

49. Неоадьювантная химиотерапия у больных раком молочной железы направлена на соблюдение принципа:

- а) абластики
- б) асептики
- в) антисептики
- г) антибластики

50. Лучевая терапия в предоперационном периоде направлена на соблюдение принципа:

- а) абластики
- б) асептики
- в) антисептики
- г) антибластики

51. Для повышения радиочувствительности опухоли не применяется:

- а) Гипербарическая оксигенация
- б) Гипертермия
- в) Гипергликемия
- г) Введение эстрогенных гормонов

52. Для выбора плана лечения онкологического больного необходимо знать:

- а) Локализацию опухоли
- б) Стадию заболевания
- в) Морфологическую структуру опухоли, степень её дифференцировки

г) Все перечисленное

53. Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются

- а) повысить операбельность
- б) повысить резектабельность
- в) достигнуть значительного уменьшения опухоли
- г) получить полную регрессию опухоли

54. К радиочувствительным могут быть отнесены опухоли, кроме

- а) лимфогранулематоз
- б) лимфосаркома
- в) семинома
- г) аденокарцинома желудка

55. Эксплоративной называют операцию, при которой

- а) пораженные органы удалены по онкологическим правилам
- б) пораженный орган удален с оставлением части опухоли
- в) пораженный орган не удален, но операция ликвидировала вызванные опухолью тяжелые нарушения
- г) операция ограничилась констатацией неоперабельности процесса

56. Нередко химиотерапию назначают после радикального оперативного лечения. Такая химиотерапия называется:

- а) адьювантной
- б) неоадьювантной
- в) комплексной
- г) специальным термином не обозначается

57. Химиотерапия часто приводит к полному излечению больных

- а) раком желудка
- б) раком молочной железы
- в) саркомами костей и мягких тканей
- г) лимфогранулематозом

Тема «Рак молочной железы»

1. При фиброаденоме молочной железы показана:

- а) простая мастэктомия
- б) ампутация молочной железы
- в) секторальная резекция
- г) радикальная мастэктомия
- д) лучевая терапия

2. При выявлении микрокальцинатов при маммографии рекомендуется:

- а) динамическое наблюдение
- б) секторальная резекция со срочным гистологическим исследованием
- в) пункционная биопсия
- г) ультразвуковая диагностика
- д) в наблюдении не нуждается

3. При раке в верхне-наружном квадранте молочной железы 2 см без метастазов рекомендуется:

- а) симптоматическое лечение
- б) хирургическое лечение
- в) лучевая терапия
- г) комбинированная терапия
- д) комплексная терапия

4. Основным методом скрининга рака молочной железы является:

- а) маммография
- б) пальпация молочной железы
- в) УЗИ молочных желез
- г) морфологический
- д) термография

5. При 1 стадии рака молочной железы проводится лечение:

- а) лучевое
- б) хирургическое
- в) комплексное
- г) химиотерапевтическое
- д) комбинированное

6. Для молочной железы не являются регионарными:

- а) подмышечные
- б) парастернальные
- в) подключичные
- г) лимфоузлы противоположной стороны
- д) все перечисленные лимфоузлы являются регионарными

7. При раковой опухоли молочной железы диаметром 2,5 см и не увеличенных регионарных лимфоузлах устанавливается стадия:

- а) T1N1M0
- б) T1N0M0
- в) T2N0M0
- г) T2N1M0
- д) T3N0M0

8. В положении лежа опухоль молочной железы исчезает при симптоме:

- а) умбиликации
- б) Кенига
- в) Пайра
- г) Прибрама
- д) «лимонной корки»

9. Для рака молочной железы характерными не являются:

- а) умбиликации
- б) лимонная корка
- в) втяжение соска
- г) гиперпигментация
- д) изъязвление

10. Дифференциальный диагноз рака молочной железы проводят:

- а) с фибroadеномой
- б) с кистами

- в) с мастопатией
- г) с липомой
- д) со всеми перечисленными

11. При диффузной мастопатии не применяется:

- а) эстрогенные препараты
- б) физиотерапия
- в) секторальная резекция молочной железы
- г) лучевая терапия
- д) все перечисленное

12. Больной 50 лет, молочная железа инфильтрирована, отечна, резко уплотнена и увеличена в объеме, кожа железы покрыта красными пятнами с неровными «языкообразными» краями, сосок втянут и деформирован:

- а) острый мастит
- б) рак Педжета
- в) рожеподобный рак
- г) солидный рак
- д) панцирный рак

13. Редкими симптомами рака молочной железы 2 стадии считается:

- а) симптом умбиликации
- б) симптом морщинистости
- в) боль
- г) симптом площадки
- д) пальпация опухолевидного образования

14. Основным путем оттока лимфы от молочной железы является:

- а) перекрестный
- б) подключичный
- в) подмышечный
- г) парастернальный
- д) межреберный

15. У больной 68 лет, страдающей раком молочной железы T₃N₁M₀, положительные рецепторы эстрогенов. Ей следует назначить:

- а) эстрогены
- б) антиэстрогены
- в) прогестины
- г) кортикостероиды

16. Больная 35 лет жалуется на кровянистые выделения из соска. При обследовании: узловых образований в молочных железах не определяется. При надавливании на сосок – кровянистые выделения. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Цитологическое исследование выделений из соска клеток рака не выявило. Наиболее вероятный диагноз.

- а) диффузная фиброзно кистозная мастопатия
- б) липома
- в) внутрисекторальная папиллома
- г) фиброаденома
- д) мастит

17. Наиболее информативным методом ранней диагностики рака молочной железы является:

- а) пальпация
- б) маммография
- в) крупнокадровая флюорография
- г) термография
- д) радионуклидная диагностика с ^{32}P .

18. У больной 35 лет выявлено узловое образование 2 см в диаметре в левой молочной железе. Выражен симптом втяжения. Заболевания, с которыми надо дифференцировать диагноз – это

- а) рак молочной железы
- б) киста с элементом воспаления
- в) фиброаденома
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

19. Особенности роста фиброаденомы железы являются:

- а) экспансивный рост
- б) инфильтрирующий с метастазами
- в) инфильтрирующий без метастазов
- г) все ответы правильные

20. К диффузной форме рака молочной железы относится:

- а) маститоподобный рак молочной железы
- б) болезнь Педжета молочной железы
- в) рак добавочной молочной железы

21. Рак молочной железы развивается:

- а) из лимфатических узлов
- б) из кровеносных сосудов
- в) из гладкой или поперечнополосатой мускулатуры
- г) из железистого эпителия протоков
- д) из незрелой соединительной ткани

22. Для выявления метастазов рака молочной железы в печень применяется:

- а) ультразвуковое исследование
- б) сканирование печени
- в) биохимическое исследование
- г) ангиография
- д) все перечисленное

23. Симптом «площадки» характерен для:

- а) острого мастита
- б) фиброзно-кистозной мастопатии
- в) рака молочной железы
- г) фиброаденомы молочной железы
- д) внутрипротоковой папилломы

24. В левой молочной железе пальпируется безболезненное опухолевидное образование 2х3 см, положительный симптом «площадки», сосок деформирован, ареола отечна, выделений из соска нет. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Наиболее вероятный диагноз:

- а) фиброаденома
- б) узловатая мастопатия
- в) липома

- г) рак молочной железы
- д) болезнь Минца

25. У мужчины 45 лет выявлено узловое образование в правой молочной железе. Наиболее целесообразным в этом случае является:

- а) пункция узлового образования в молочной железе с последующим цитологическим исследованием
- б) консультация уролога
- в) маммография
- г) все ответы верные

26. Внутрипротоковые папилломы молочной железы могут быть выявлены:

- а) при бесконтрастной маммографии
- б) при дуктографии
- в) при крупнокадровой флюорографии
- г) выявлены рентгенологически не могут

27. У больной 58 лет через 3 года после лечения рака молочной железы, выявлен плеврит. Уточнить этиологию плеврита можно:

- а) по рентгеноскопии легких
- б) по анализу крови
- в) при пункции плевральной полости
- г) при цитологическом исследовании эвакуированной плевральной жидкости

28. Показанием для секторальной резекции молочной железы являются все перечисленные формы, кроме:

- а) мастодинии и тиреотоксической мастопатии
- б) папиллярной цистаденомы
- в) фиброаденомы молочной железы
- г) узловой фиброзной мастопатии

29. К диффузным формам рака молочной железы относится все, кроме:

- а) отечно-инфильтративной
- б) мастиподобной
- в) рожеподобной
- г) панцирного рака
- д) рака Педжета

30. У первородящей молодой женщины в молочной железе пальпируется болезненное уплотнение с гиперемией кожи. Положительный симптом флюктуации, температура 39° С. Наиболее вероятный диагноз:

- а) Рак Педжета
- б) галактоцеле
- в) острый гнойный мастит
- г) фиброзная мастопатия
- д) фиброаденома

31. Показанием к паллиативной мастэктомии при раке молочной железы является:

- а) изъязвленный рак молочной железы
- б) наличие серьезных сопутствующих заболеваний
- в) преклонный возраст
- г) все ответы верные

32. Больная 40 лет жалуется на кровянистые выделения из соска правой молочной железы. При пальпации опухоль в молочной железе не определяется, но при надавливании на сосок появляются капельки крови. Для уточнения диагноза у данной больной предпочтение следует отдать:

- а) термографии
- б) маммографии
- в) ультразвуковому исследованию
- г) цитологическому исследованию выделений из соска

33. К доброкачественным опухолям молочных желез относятся:

- а) диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
- б) узловая фиброзно-кистозная мастопатия
- в) фиброаденома
- г) все перечисленные
- д) ни одна из перечисленных

34. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом исследования является:

- а) маммография
- б) пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата
- в) термография
- г) ультразвуковое исследование

35. При операции радикальной мастэктомии по Пейти:

- а) обе грудные мышцы удаляются
- б) большая грудная мышца сохраняется
- в) малая грудная мышца сохраняется, большая грудная мышца удаляется
- г) удаляются парастеральные лимфоузлы

36. У больной 20 лет в верхне-наружном квадранте молочной железы пальпируется опухоль размером 2х3см, подвижная, плотная, с четкими контурами, безболезненная. Кожные симптомы отрицательные. Выделений из соска нет. Подмышечные лимфоузлы не увеличены. Опухоль больная заметила месяц назад. Наиболее вероятный диагноз:

- а) диффузная мастопатия
- б) рак молочной железы
- в) болезнь Минца
- г) фиброаденома
- д) узловая мастопатия

37. Для рака молочной железы регионарными являются все перечисленные лимфатические узлы, кроме:

- а) подмышечных
- б) подключичных
- в) парастеральных
- г) надключичных
- д) подчелюстных

38. При операции радикальной резекции молочной железы единым блоком удаляется:

- а) верхне-наружный квадрант молочной железы
- б) малая грудная мышца
- в) клетчатка из подключичной области
- г) клетчатка из подмышечной области

д) все перечисленное

39. Точно диагностировать рак молочной железы можно на основании:

- а) клинической картины
- б) термографии
- в) маммографии
- г) морфологического исследования
- д) ультра звукового исследования

40. У больной 25 лет на фоне беременности появилось уплотнение и гиперемия правой молочной железы, кровянистые выделения из соска, увеличенный лимфоузел в правой подмышечной области. Наиболее целесообразным в данном случае является:

- а) назначение физиотерапевтических процедур
- б) пункция уплотнения правой молочной железы и увеличенного лимфоузла с последующим цитологическим исследованием
- в) назначение антибиотиков
- г) маммография

41. При операции радикальной мастэктомии по Холстеду большая грудная мышца:

- а) сохраняется
- б) удаляется полностью
- в) удаляется частично
- г) все ответы верные

42. Для рака молочной железы не характерны метастазы:

- а) в легкие
- б) в печень
- в) в мозг
- г) в пупок
- д) в кости

43. Предоперационное лечение при раке молочной железы необходимо больным:

- а) с I стадией
- б) со IIa стадией
- в) с III стадией
- г) правильного ответа нет

44. Больная 20 лет, жалуется на боли в молочных железах, нагрубание желез, усиливающиеся перед menses. При пальпации диффузная зернистость, преимущественно выраженная в наружных квадрантах, очаговых уплотнений в молочных железах не определяется. Наиболее вероятный диагноз:

- а) диффузная мастопатия
- б) рак молочной железы
- в) болезнь Минца
- г) фиброаденома
- д) узловатая мастопатия

45. Паллиативной операцией при раке молочной железы является:

- а) радикальная мастэктомия по Холстеду
- б) радикальная мастэктомия по Маддену
- в) радикальная резекция молочной железы
- г) широкая резекция молочной железы

д) правильные ответы в) и г)

46. Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы:

- а) узловую
- б) диффузную
- в) экземопоподобные изменения ареолы и соска
- г) все ответы верные

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

- а) клиническими данными
- б) маммографией
- в) томографией
- г) морфологическими цитологическим исследованием

48. Радикальная резекция молочной железы наиболее целесообразна при локализации опухоли:

- а) в верхневнутреннем квадранте
- б) в верхненаружном квадранте
- в) в нижневнутреннем квадранте
- г) в нижненаружном квадранте

49. При локализации опухоли в области переходной складки первым этапом метастазирования могут быть:

- а) подмышечные лимфоузлы
- б) парастеральные лимфоузлы
- в) лимфоузлы ворот печени
- г) надключичные лимфоузлы

50. При локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах, первым этапом метастазирования могут быть:

- а) подмышечные лимфоузлы
- б) парастеральные лимфоузлы
- в) лимфоузлы ворот печени
- г) надключичные лимфоузлы

51. Наиболее часто встречающейся клинической формой рака молочной железы является:

- а) маститоподобная
- б) панцирная
- в) рожеподобная
- г) пак Педжета
- д) узловая

52. Адьювантная химиотерапия проводится больным раком молочной железы :

- а) после РМЭ со стадией T1N0M0
- б) до операции больным с отечно-инфильтративной формой
- в) после РМЭ больным со стадией T2N2M0
- г) с рецидивом заболевания

53. Прогноз течения рака молочной железы хуже:

- а) при отечно-инфильтративной форме
- б) при узловой форме I стадии

- в) при узловой форме II стадии
- г) при болезни Педжета

54. Выделение крови из соска характерно для:

- а) внутрипротоковой папилломы
- б) болезни Педжета
- в) узловой мастопатии
- г) кисты
- д) фиброаденомы

55. Лечение тамоксифеном показано больным раком молочной железы с :

- а) положительными рецепторами эстрогенов в опухоли
- б) положительными рецепторами гестагенов в опухоли
- в) с отрицательными рецепторами эстрогенов в опухоли
- г) с положительным Her-2-new статусом.

56. Радикальная резекция молочной железы не показана:

- а) при мультицентрическом раке молочной железы
- б) при отечно-инфильтративной форме рака молочной железы
- в) при очаговой мастопатии
- г) при раке Педжета
- д) во всех перечисленных случаях

57. К методам гормонотерапии при раке молочной железы не относятся:

- а) овариумэктомия
- б) лучевая дезовуляция
- в) лечение тамоксифеном
- г) лучевая терапия на область костных метастазов
- д) лечение гестагенами

58. Для рака молочной железы характерно:

- а) зависимость жалоб от фазы менструального цикла
- б) наличие кожных симптомов
- в) молодой возраст больных
- г) выделения из сосков

59. При пункции образования молочной железы получена жидкость с геморрагическим оттенком. При цитологическом исследовании атипических клеток не найдено. Наиболее вероятный диагноз:

- а) рак молочной железы
- б) фиброаденома
- в) очаговая мастопатия
- г) цистаденопапиллома
- д) внутрипротоковая папиллома

60. Неoadьювантная химиотерапия у больных раком молочной железы направлена на соблюдение принципа:

- а) абластики
- б) асептики
- в) антисептики
- г) антибластики

61. В какое время менструального цикла нужно производить обследование молочной железы:
- а) во время месячных
 - б) накануне месячных
 - в) через 5-7 дней после окончания месячных
 - г) в любое время
62. У больной 52 лет около двух месяцев назад стал мокнуть сосок правой молочной железы, и появилась инфильтрация ареолы. Позже, отдельные участки ареолы стали изъязвляться и покрываться корочками. В подмышечной впадине пальпируется увеличенный лимфоузел. О каком заболевании можно думать?
- а) маститоподобный рак
 - б) рожеподобный рак
 - в) рак типа Педжета
 - г) панцирный рак
63. Для рака молочной железы не характерно:
- а) связь опухоли с окружающими тканями
 - б) плотная консистенция опухоли
 - в) нечеткие границы опухоли
 - г) резкая болезненность при пальпации
64. Наиболее эффективным методом лечения очаговой мастопатии является:
- а) прием микродоз йода
 - б) прием гепатотропных препаратов
 - в) секторальная резекция
 - г) гормонотерапия
65. К дисгормональным гиперплазиям молочной железы относятся следующие заболевания, за исключением:
- а) фиброзно-кистозная мастопатия
 - б) узловатая мастопатия
 - в) киста молочной железы
 - г) болезнь Педжета
66. Наиболее характерный маммографический признак тенеобразования при раке молочной железы:
- а) четкие контуры
 - б) лучистые контуры
 - в) однородная структура
 - г) неоднородная структура
67. У женщины спустя 2 года после кормления ребенка грудью появилось локальное уплотнение в молочной железе. Выберите лечебно-диагностическую тактику:
- а) согревающие компрессы
 - б) физиотерапия
 - в) вскрытие и дренирование
 - г) пункционная биопсия
68. Отечно-инфильтративной форме рака молочной железы обычно соответствует
- а) T1
 - б) T2
 - в) T3

г) T4

69. Рак молочной железы метастазирует преимущественно

- а) лимфогенно
- б) гематогенно
- в) имплантационно
- г) все пути метастазирования равнозначны

70. Рак молочной железы чаще метастазирует

- а) в средостение
- б) в кости
- в) в почки
- г) в надпочечники

71. Рак молочной железы с опухолью диаметром 5,5 см с метастазом в одном подмышечном лимфоузле относят к стадии:

- а) I
- б) II A
- в) III A
- г) III B

72. Больную раком молочной железы беспокоит боль в спине. Опухоль 1 см в диаметре. При рентгенологическом обследовании обнаружена деструкция 4 и 5-го поясничных позвонков. Какая у нее стадия заболевания?

- а) I
- б) II B
- в) III B
- г) IV

73. У больной рак молочной железы. Опухоль диаметром 1,5 см с метастазом в одном подмышечном лимфоузле. Назовите стадию заболевания по TNM?

- а) T₁N₀M₀
- б) T₁N₁M₀
- в) T₂N₀M₀
- г) T₃N₀M₀

74. У больной рак молочной железы. Опухоль диаметром 3,5 см без поражения регионарных лимфоузлов. Назовите стадию заболевания по TNM?

- A) T₁N₀M₀
- Б) T₁N₁M₀
- B) T₂N₀M₀
- Г) T₃N₀M₀

75. Заболеваемость раком молочной железы

- а) повышается
- б) стабилизировалась
- в) снижается
- г) четких закономерностей нет

76. Какое влияние на эпителий молочной железы оказывает избыточная продукция эстрогенов?

- а) уменьшает пролиферативные процессы

- б) не влияет на пролиферативные процессы
- в) усиливает пролиферативные процессы, способствует возникновению мастопатии и рака
- г) на эпителий молочной железы не влияет

77. Секторальная резекция молочной железы показана:

- а) при мастодинии
- б) при диффузной мастопатии
- в) при узловой мастопатии
- г) при раке Педжета

78. Типичным симптомом внутрипротоковой папилломы является

- а) наличие плотного участка с зернистой поверхностью
- б) симптом втяжения
- в) кровянистые выделения из соска
- г) болезненность при пальпации ареолы

79. Основным и обязательным компонентом радикального лечения рака молочной железы является:

- а) хирургическое вмешательство
- б) лучевая терапия
- в) химиотерапия
- г) гормонотерапия

80. Больная 35 лет жалуется на покраснение и утолщение соска. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты корочками. При слущивании корочек под ними влажная, зернистая поверхность. Сосок плотный на ощупь. Диагноз.

- а) экзема соска
- б) болезнь Педжета
- в) скирр молочной железы
- г) маститоподобный рак

81. Симптом Пайра - это

- а) при потягивании за сосок опухоль смещается за ним
- б) утолщение кожи ареолы
- в) при захватывании двумя пальцами справа и слева кожа не собирается в продольные складки, а образует поперечную складчатость
- г) верно все

82. Симптом Прибрама - это

- а) при потягивании за сосок опухоль смещается за ним
- б) утолщение кожи ареолы
- в) при захватывании двумя пальцами справа и слева кожа не собирается в продольные складки, а образует поперечную складчатость
- г) верно все

83. Симптом Краузе - это

- а) при потягивании за сосок опухоль смещается за ним
- б) утолщение кожи ареолы
- в) при захватывании двумя пальцами справа и слева кожа не собирается в продольные складки, а образует поперечную складчатость
- г) верно все

84. Проводить самообследование молочных желез один раз в 2 месяца рекомендуется женщинам, начиная с возраста:

- а) 18 лет
- б) 30 лет
- в) 40 лет
- г) 60 лет

85. Симптомами рака молочной железы являются

- а) апельсиновой корки
- б) площадки
- в) умбиликации
- г) верно все

86. Диффузный рак молочной железы характеризуется всем, кроме

- а) быстрого темпа роста
- б) быстрым распространением в окружающие ткани
- в) плотным узлом с крупно- или мелкобугристой поверхностью
- г) обширным метастазированием

87. Риск рака молочной железы уменьшается при потреблении

- а) большого количества животных жиров
- б) большого количества белков
- в) большого количества углеводов
- г) большого количества овощей и фруктов, богатых витамином А

88. К кожным симптомам рака молочной железы относятся все перечисленные, кроме симптома

- а) морщинистости
- б) площадки
- в) Кенига
- г) втяжения

89. Обследование молочных желез на амбулаторном приеме вменено в обязанность всех перечисленных медицинских работников, кроме

- а) акушеров смотровых кабинетов
- б) терапевтов и хирургов
- в) гинекологов
- г) дерматологов

Тема «Рак желудка»

1. Наиболее часто дисфагией проявляется рак желудка, локализующейся:

- а) в пилорическом отделе
- б) в кардии
- в) в теле желудка
- г) по большой кривизне
- д) в области дна

2. При раке желудка, прорастающем серозную оболочку, с метастазами в большой сальник определяется стадия:

- а) 2а
- б) 2б
- в) 3б

- г) 3а
- д) 4

3. Основной гистологической формой рака желудка является:

- а) плоскоклеточный
- б) аденокарцинома
- в) недифференцированный
- г) перстневидноклеточный
- д) карциноид

4. Метастаз Шницлера локализуется:

- а) в печени
- б) в прямокишечно-пузырной складке
- в) в яичниках
- г) между ножками кивательной мышцы
- д) в области пупка

5. Метастаз Вирхова локализуется:

- а) в печени
- б) в прямокишечно-пузырной складке
- в) в яичниках
- г) между ножками кивательной мышцы
- д) в легкие

6. Для рака тела желудка не характерно:

- а) дисфагия
- б) анемия
- в) желудочный дискомфорт
- г) ноющие боли в эпигастрии
- д) похудание

7. Гастростомия показана при:

- а) при неоперабельных раках пищевода и кардии
- б) питания больных, находящихся без сознания
- в) кровоточащей язве желудка
- г) рецидиве кровотечения из варикозных вен пищевода

8. Основным методом диагностики рака желудка является:

- а) ангиография
- б) рентгеноскопия
- в) радиоизотопный метод
- г) гастроскопия с биопсией и цитологией
- д) исследование желудочной секреции

9. Задержка эвакуации из желудка характерна для локализации рака:

- а) в пилорическом отделе
- б) в кардинальном отделе желудка
- в) в теле желудка
- г) по большой кривизне
- д) по малой кривизне

10. Наиболее поздно проявляется клинически рак:

- а) тела желудка
- б) субкардинального отдела
- в) кардинального отдела
- г) антрального отдела
- д) пилорического канала

11. При операбельном раке выходного отдела желудка с явлениями стеноза показана:

- а) гастродуоденостомия
- б) субтотальная дистальная резекция желудка
- в) пилоропластика
- г) гастростомия
- д) гастроэнтеростомия

12. Радикальными операциями при раке желудка являются:

- а) дистальная субтотальная резекция желудка
- б) проксимальная субтотальная резекция
- в) гастрэктомия
- г) расширенные комбинированные операции
- д) все перечисленные операции

13. Основными методами диагностики рака пищевода являются:

- а) томография средостения и эзофагоскопия
- б) рентгенография и эзофагоскопия с биопсией
- в) пневмомедиастинография и УЗИ
- г) радионуклидное исследование
- д) УЗИ средостения и рентгеновское исследование

14. При раке кардинального отдела желудка радикальной операцией является:

- а) гастрэктомия
- б) проксимальная субтотальная резекция
- в) дистальная субтотальная резекция
- г) резекция 2/3 желудка гастроэнтеростомия

15. Метастаз Круттенберга локализуется:

- а) в прямокишечно – пузырьной складке
- б) в пупке
- в) в яичниках
- г) между ножками кивательной мышцы
- д) в печени

16. Решающую роль в развитии рака желудка, резецированного по поводу язвенной болезни, принадлежит:

- а) удалению антрального отдела желудка
- б) подавлению кислотопродукции желудка
- в) потере основного физиологического источника гастрина
- г) энтерогастральному рефлюксу
- д) снижению продукции панкреатических бикарбонатов

17. Наиболее раннюю диагностику рака желудка обеспечивает:

- а) гастроскопия
- б) поиск синдрома «малых признаков»
- в) появление раковой триады по Мельникову

- г) рентгенография желудка
- д) обзорная рентгенография желудка

18. Абсолютным признаком неоперабельности рака желудка является:

- а) множественные метастазы в печень
- б) метастазы в селезенку
- в) метастазы в большой сальник
- г) большие размеры опухоли
- д) все перечисленное верно

19. Операцией выбора при малигнизированном полипе желудка является:

- а) резекция желудка
- б) эндоскопическая электроэксцизия полипа
- в) клиновидная резекция желудка
- г) эндоскопическая криотерапия
- д) удаление полипа с помощью лазера

20. При раке тела желудка радикальной операцией считается:

- а) дистальная субтотальная резекция
- б) проксимальная субтотальная резекция
- в) гастрэктомия
- г) резекция 2/3 желудка
- д) гастроэнтеростомия

21. Наиболее частой локализацией рака желудка является:

- а) в кардинальный отдел желудка
- б) антральный отдел
- в) тело желудка
- г) тотальное поражение желудка
- д) большая кривизна желудка

22. Паллиативной операцией при локализации рака в пилороантральном отделе является:

- а) гастростомия
- б) пилоропластика
- в) гастроэнтероанастомоз
- г) гастродуоденоанастомоз
- д) проксимальная резекция желудка

23. При раке пищевода чаще применяют:

- а) комбинированную терапию
- б) лучевую терапию
- в) хирургическое лечение
- г) симптоматическое лечение

24. У больного 48 лет неоперабельный рак желудка, метастазы по брюшине, в печень, в кости, асцит. Состояние средней тяжести. Противоопухолевого лечения не проводилось. Ему показаны:

- а) системная химиотерапия с использованием антрациклинов
- б) иммунотерапия
- в) лучевая терапия
- г) симптоматическая терапия

25. Рак пищевода чаще всего поражает:

- а) верхнюю треть
- б) среднюю треть
- в) нижнюю треть
- г) одинаково часто развивается в любом отделе пищевода

26. Наиболее часто встречающимся симптомами доброкачественных опухолей пищевода являются:

- а) дисфагия
- б) боль за грудиной или эпигастральной области
- в) респираторные нарушения
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

27. На уровень заболеваемости раком желудка влияют:

- а) пищевой фактор и режим питания
- б) почвенно-климатическая обусловленность
- в) местные изменений слизистой оболочки желудка
- г) фоновые заболевания, наследственный фактор
- д) все перечисленные

28. При выписке больного после гастрэктомии из стационара целесообразно:

- а) назначение ферментативных препаратов и желудочного сока
- б) проведение витаминотерапии
- в) ограничение физических нагрузок
- д) дробное питание
- г) все перечисленное

29. Для рака желудка характерна:

- а) повышенная кислотность желудочного сока
- б) сниженная кислотность желудочного сока
- в) повышение ранее сниженной кислотности желудочного сока
- г) правильного ответа нет

30. Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта обладают преимущественно:

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

31. Наиболее часто лучевая терапия рака пищевода в качестве самостоятельного метода применяется при локализации опухоли:

- а) в шейном отделе пищевода
- б) в верхнегрудном отделе пищевода
- в) в среднегрудном отделе пищевода
- г) в нижнегрудном отделе пищевода
- г) в верхнегрудном и шейном отделах пищевода

32. Заподозрить малигнизацию язвы желудка позволяет следующие признаки:

- а) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре

- б) длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
- в) снижение кислотности желудочного сока
- г) все перечисленное
- д) правильные ответы а) и б)

33. Чаще малигнизируются язвы:

- а) выходного отдела желудка
- б) малой кривизны желудка
- в) большой кривизны желудка
- г) тела желудка

34. Боли при раке пищевода могут локализоваться в области:

- а) шеи
- б) грудной клетки
- в) эпигастрия
- г) все ответы верные
- д) верные ответы б) и в)

35. На выбор объема операции при раке желудка наименьшее влияние из перечисленных факторов оказывает:

- а) локализация опухоли
- б) тип роста опухоли
- в) гистологическая структура опухоли
- г) возраст больного
- д) все перечисленные факторы оказывают одинаковое влияние на выбор объема операции

36. По гистологическому строению рак желудка чаще всего является:

- а) железистым раком
- б) плоскоклеточным раком
- в) смешанным железисто-плоскоклеточным раком
- г) все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой

37. При опухоли тела желудка 4 см, прорастающей мышечный слой, без регионарных метастазов устанавливается диагноз:

- а) 2а
- б) 2б
- в) 3а
- г) 3б
- д) 4

38. Паллиативной операцией, выполняемой при раке кардиального отдела желудка, является:

- а) гастростомия
- б) пилоропластика
- в) гастроэнтероанастомоз
- г) дистальная резекция желудка
- д) гастродуоденоанастомоз

39. При резектабельном инфильтративном раке желудка показана:

- а) гастрэктомия
- б) субтотальная резекция желудка
- в) антрумэктомия

- г) резекция пораженного участка желудка
- д) эзофагогастростомия

40. Наиболее часто рак желудка метастазирует в:

- а) легкие
- б) печень
- в) яичники
- г) кости
- д) щитовидной

41. Отдаленными для рака желудка являются метастазы:

- а) в печень
- б) Круттенберга
- в) в пупок
- г) Вирхова
- д) все верно

42. При 4 стадии рака антрального отдела желудка показано:

- а) наложение гастроэнтероанастомоза
- б) гастрэктомия
- г) гастростомия
- д) все перечисленное верно

43. Типичным клиническим проявлением рака выходного отдела желудка является:

- а) поносы
- б) дисфагия
- в) «шум плеска» натошак
- г) все верно

44. Среди злокачественных опухолей пищевода чаще всего встречается:

- а) саркома
- б) лейомиосаркома
- в) рабдомиосаркома
- г) рак

45. Наиболее частой гистологической формой рака пищевода считается:

- а) недифференцированный
- б) аденокарцинома
- в) плоскоклеточный
- г) базальноклеточный

46. Гастростомия показана при:

- а) пилороспазме
- б) кардиоспазме
- в) раке кардии 4 стадии
- г) раке проксимального отдела желудка 2 стадии:
- д) раке дистального отдела 4 стадии

47. Скучной клинической симптоматикой сопровождается рак:

- а) кардии с переходом на пищевод
- б) субкардии
- в) тела желудка

- г) антрального отдела
- д) пилорического канала

48. Радикальной операцией при раке антрального отдела желудка является:

- а) гастрэктомия
- б) дистальная субтотальная резекция
- в) проксимальная субтотальная резекция
- г) гастроэнтеростомия
- д) гастростомия

49. При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана:

- а) эндоскопическая полипэктомия
- б) хирургическое иссечение полипа
- в) клиновидная резекция желудка
- г) экономная резекция желудка
- д) субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов

50. Для малигнизированной язвы, позволяющей дифференцировать ее от изъязвленного рака желудка, характерно наличие опухолевых клеток:

- а) в соединительнотканном дне язвы
- б) в крае язвы
- в) в дне и краях язвы
- г) правильного ответа нет

51. На операции установлена причина механической желтухи – метастазы рака желудка в ворота печени. Хирургическая тактика:

- а) гепатикоэнтеростомия
- б) пробная лапаротомия
- в) наружная гепатикостома
- г) бужирование суженного участка

52. Больному 1 месяц назад выполнена радикальная операция по поводу рака желудка. При осмотре жалоб не предъявляет. Данных за рецидив и генерализацию процесса не выявлено. Укажите дату контрольного диспансерного осмотра?

- а) через 3 месяца
- б) через 6 месяцев
- в) через 1 год
- г) в дальнейшем наблюдении не нуждается

53. Основные рекомендации по первичной профилактике рака желудка включают все, кроме:

- а) снижение потребления соленых и копченых продуктов
- б) принятие пищи 2 раза в день
- в) увеличение потребления зеленых овощей и фруктов
- г) уменьшение доли риса в рационе

54. К макроскопическим формам рака желудка относят следующие, за исключением:

- а) язвенная
- б) инфильтративная
- в) слизистая
- г) полиповидная

55. При опухолевом поражении пилороантрального отдела желудка в первую очередь нарушается функция:

- а) моторно-эвакуаторная
- б) резервуарная
- в) секреторная
- г) бактерицидная (барьерная)

56. Немотивированная анемия наиболее часто при раке:

- а) кардиального отдела желудка
- б) дна и тела желудка
- в) малой кривизны желудка
- г) выходного отдела желудка

57. Чувство дискомфорта и переполнения в эпигастрии встречается наиболее часто при раке:

- а) кардиального отдела желудка
- б) дна и тела желудка
- в) малой кривизны желудка
- г) выходного отдела желудка

58. Дисфагия встречается наиболее часто при раке:

- а) кардиального отдела желудка
- б) дна и тела желудка
- в) малой кривизны желудка
- г) выходного отдела желудка

59. Тошнота, рвота встречаются наиболее часто при раке:

- а) кардиального отдела желудка
- б) дна и тела желудка
- в) малой кривизны желудка
- г) выходного отдела желудка

60. Желудочное кровотечение встречается наиболее часто при раке:

- а) кардиального отдела желудка
- б) дна и тела желудка
- в) малой кривизны желудка
- г) выходного отдела желудка

61. В структуре онкологической заболеваемости в РФ 2005 года рак желудка занимает:

- а) первое место
- б) второе место
- в) третье место
- г) четвертое место

62. Наиболее часто предраковым заболеванием желудка в зависимости от нарушения секреторной функции является:

- а) нормацидный гастрит
- б) поверхностный гиперацидный гастрит
- в) гиперацидный гастрит
- г) гипо- и анацидный гастрит

63. Наиболее часто предраковым заболеванием желудка в зависимости от морфологической картины является:

- а) гиперпластический
- б) гипертрофический

- в) атрофический
- г) эрозивный

64. Метастазы рака желудка в печень можно выявить с помощью всех методов, кроме:

- а) УЗИ
- б) компьютерная томография
- в) фиброгастроскопия
- г) лапароскопия

65. Наиболее предпочтительный способ диагностики раннего рака желудка:

- а) исследования желудочного сока
- б) УЗИ
- в) лапароскопии
- г) фиброгастроскопии, биопсия

66. Наличие метастазов в париетальную брюшину при раке желудка можно установить с помощью:

- а) мануального метода исследования живота
- б) лабораторных тестов
- в) лапаротомии
- г) обзорной рентгенографии органов брюшной полости

67. К синдрому “малых признаков” рака желудка по А. И.Савицкому относят все симптомы, кроме:

- а) беспричинная слабость
- б) стойкое снижение аппетита
- в) прогрессирующее похудение
- г) гиперсаливация

68. Для рака проксимального отдела желудка характерны все симптомы, кроме:

- а) затрудненное прохождение твердой и комковой пищи
- б) боли под мечевидным отростком
- в) срыгивания пищи
- г) шум "плеска" в эпигастрии

69. Для рака тела желудка характерны все симптомы, кроме:

- а) нарастающая общая слабость
- б) похудание
- в) дисфагия
- г) анемия

70. Для рака дистального отдела желудка характерны все симптомы, кроме:

- а) отрыжка тухлым запахом
- б) обильная рвота пищей, съеденной накануне
- в) чувство тяжести в эпигастрии после приема пищи
- г) гиперсаливация

71. Чаще всего рак желудка поражает:

- а) кардиальный отдел
- б) дно
- в) тело
- г) антральный отдел

72. Для диагностики рака желудка применяют все методы, кроме:

- а) рентгеноскопия
- б) фиброгастроскопия, биопсия
- в) УЗИ
- г) желудочное зондирование

73. При язве антрального отдела желудка с малигнизацией показана операция:

- а) ваготомия с пилоропластикой и иссечением язвы
- б) проксимальная субтотальная резекция
- в) дистальная субтотальная резекция желудка
- г) антрумэктомия

74. Для декомпенсированного стеноза привратника опухолевого генеза характерны все симптомы, кроме:

- а) рвота пищей, съеденной накануне
- б) дисфагия
- в) шум плеска в желудке натощак
- г) задержка бария в желудке более 24 часов

75. Какая локализация опухоли желудка сопровождается наименее выраженной клинической симптоматикой:

- а) рак кардии с переходом на пищевод
- б) рак дна желудка
- в) рак тела желудка
- г) рак пилорического канала

76. Основной морфологический критерий раннего рака желудка:

- а) низкая степень морфологической дифференцировки опухоли
- б) глубина инвазии ограничена слизистым и подслизистым слоем желудка
- в) опухоль с региональными метастазами
- г) глубина инвазии опухоли распространяется на серозную оболочку

77. Какой из названных симптомов не характерен для рака тела желудка:

- а) анемия
- б) головная боль
- в) рвота пищей, съеденной накануне
- г) похудение

78. К предраковым заболеваниям желудка относится все, кроме:

- а) синдром Маллори-Вейса
- б) хронический атрофический гастрит
- в) полипоз желудка
- г) болезнь Менетрие

79. Отдаленными метастазами при раке желудка являются следующие, за исключением:

- а) метастаз Шницлера
- б) метастаз Крукенберга
- в) метастаз Вирхова
- г) метастаз в большой сальник

80. Наиболее часто подвергаются малигнизации следующие типы желудочных полипов:

- а) гиперпластические

- б) аденоматозные
- в) тубулярные
- г) папиллярные

81. Эндоскопическая полипэктомия без предварительного морфологического исследования биопсийного материала из полипа допустима

- а) во всех случаях
- б) не допустима
- в) при одиночном полипе на широком основании независимо от его размеров
- г) при одиночном мелком полипе на ножке

82. Гастрэктомия целесообразно выполнять при всех случаях, кроме:

- а) при тотальном поражении желудка
- б) при экзофитной опухоли проксимального отдела желудка
- в) при инфильтративной опухоли любой локализации
- г) при эндофитной опухоли антрального отдела желудка

83. Паллиативная дистальная резекция желудка при злокачественных опухолях может быть выполнена во всех случаях, кроме:

- а) декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка
- б) анемия
- в) нарастающая кахексия
- г) нерезектабельная опухоль

84. На выбор объема операции при раке желудка оказывают влияние все факторы, кроме:

- а) локализация опухоли
- б) тип роста опухоли
- в) гистологическая структура опухоли
- г) тип желудочной секреции

85. Наибольшие трудности для диагностики вызывает:

- а) рак кардиального отдела желудка
- б) рак дна желудка
- в) рак тела желудка
- г) рак выходного отдела желудка

86. Для рака желудка не характерно метастазирование:

- а) лимфогенным путем
- б) гематогенным путем
- в) по брюшине
- г) по плевре

87. Метастазы рака желудка в печени следует расценивать как

- а) имплантационные метастазы
- б) ортоградные лимфогенные метастазы
- в) ретроградные лимфогенные метастазы
- г) гематогенные метастазы

88. Радикальный курс лучевой терапии при раке желудка не может:

- а) продлить жизнь больного
- б) излечить больного
- в) снять тяжелые симптомы заболевания

г) улучшить самочувствие больного

89. Рак желудка наиболее часто развивается в возрасте:

- а) до 20 лет
- б) от 21 до 50 лет
- в) от 51 до 70 лет
- г) старше 70 лет

90. Может ли рак желудка проявляться только снижением аппетита:

- а) может
- б) не может
- в) может, но только у людей пожилого возраста
- г) может, но только у мужчин

91. Какой симптом, обусловленный феноменом обтурации, наиболее характерен для рака пилорического отдела желудка:

- а) изжога
- б) рвота пищей съеденной накануне
- в) резкая слабость
- г) быстрое похудание

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

- а) малого сальника
- б) большого сальника
- в) желудочно-поджелудочной связки
- г) селезенки

93. Чем необходимо закончить операцию при тотальном поражении раком желудка и канцероматозе брюшины:

- а) пробная лапаротомия
- б) гастроэнтероанастомоз
- в) гастростомия
- г) паллиативная резекция желудка

94. Основным методом дооперационной диагностики региональных метастазов рака желудка является:

- а) УЗИ органов брюшной полости
- б) гастроскопия с биопсией
- в) лапароскопия
- г) рентгеноскопия

95. Какое заболевание желудка может явиться причиной отвращения к мясной пище:

- а) полипоз
- б) рак
- в) гастрит
- г) язвенная болезнь

Тема «Рак толстой кишки»

1. При перфорации опухоли восходящей кишки с метастазами в печень показана:

- а) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом

- б) правосторонняя гемиколэктомия, терминальная илеостомия
- в) ушивание перфорации, илеотрансверзоанастомоз
- г) правосторонняя гемиколэктомия, колостомия, илеостомия
- д) цекостомия

2. Толстокишечная непроходимость чаще всего бывает обусловлена:

- а) каловыми камнями
- б) раком
- в) дивертикулитом
- г) туберкулезом
- д) паховой грыжей

3. При раке прямой кишки на 12 см от анального отверстия без метастазов целесообразна:

- а) экстирпация прямой кишки
- б) операция Гартмана
- в) передняя резекция прямой кишки
- г) наложение цекостомы
- д) наложение сигмостомы

4. Основной гистологической формой рака толстой кишки является:

- а) скирр
- б) перстневидноклеточный (слизистый)
- в) плоскоклеточный
- г) аденокарцинома
- д) недифференцированный

5. Дифференциальная диагностика рака ободочной кишки:

- а) с полипозом ободочной кишки
- б) с неспецифическим язвенным колитом
- в) с инвагинацией
- г) с туберкулезом и актиномикозом
- д) со всеми перечисленными заболеваниями

6. Операцией выбора при раке слепой кишки в ранние сроки является:

- а) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
- б) наложение илестомы
- в) наложение цекостомы
- г) операция Гартмана
- д) операция Микулича

7. Для выявления типичных отдаленных метастазов рака прямой кишки используется:

- а) лабораторное исследование
- б) пальцевое исследование прямой кишки
- в) лапароскопия
- г) ректороманоскопия
- д) ирригоскопия

8. Большую склонность к малигнизации и имеют полипы прямой кишки:

- а) гиперпластические
- б) ворсинчатые
- в) аденоматозные
- г) множественные аденоматозные

д) индекс малигнизации одинаков во всех случаях

9. Какие из перечисленных выше методов исследования наиболее чувствительны для выявления метастазов рака прямой кишки в забрюшинные лимфоузлы?

- а) ультразвуковое исследование
- б) КТ
- в) сканирование лимфоузлов
- г) ангиография

10. Толстокишечная обтурационная непроходимость чаще всего вызывается:

- а) инородными телами
- б) желчными камнями
- в) злокачественными опухолями
- г) спайками брюшной полости
- д) гельминтами

11. Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке:

- а) слепой и восходящего отдела ободочной кишки
- б) поперечно – ободочной кишки
- в) нисходящего отдела
- г) сигмовидной кишки
- д) определенной зависимости типа роста опухоли от ее локализации не выявлено:

12. К облигатным предракам ободочной кишки относятся:

- а) ювенильные полипы
- б) одиночный полип прямой кишки
- в) регионарный энтерит
- г) терминальный илеит
- д) диффузный семейный полипоз

13. При острой правосторонней толстокишечной непроходимости и при тяжелом состоянии больного выполняют:

- а) правостороннюю гемиколэктомию
- б) наложение обходного илеотрансверзоанастомоза
- в) подвесную илеостомию
- г) цекостомию
- д) резекцию кишки с опухолью

14. Радикальной операцией при раке толстой кишки является:

- а) левосторонняя гемиколэктомия
- б) правосторонняя гемиколэктомия
- в) резекция поперечно-ободочной кишки
- г) резекция сигмовидной кишки
- д) все верно

15. При острой обтурационной толстокишечной непроходимости наблюдается все, кроме:

- а) схваткообразных болей в животе
- б) вздутия живота
- в) постепенного развития перитонита
- г) постоянных болей в животе
- д) задержки стула и газов

16. Наиболее частым осложнением рака толстой кишки является:

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

17. При obturationalной толстокишечной непроходимости на почве рака сигмовидной кишки в 80 лет показана:

- а) левосторонняя гемиколэктомия с наложением трансверзостомы
- б) наложение трансверзостомы
- в) обходной трансверзосигмоанастомозом
- г) резекция сигмы с анастомозом конец в конец
- д) объем операции определяется состоянием больного и состоянием брюшной полости

18. Симптомами энтероколитической формы рака толстой кишки являются:

- а) неустойчивый стул
- б) распирающие, вздутие и урчание в кишечнике
- в) расстройство акта дефекации
- г) боли в животе
- д) все перечисленное

19. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:

- а) постепенного нарастания симптомов
- б) вздутие живота
- в) появление чаш Клойбера
- г) задержки стула
- д) быстрого (в течение суток) обезвоживания

20. Наиболее рациональное лечение рака прямой кишки является:

- а) химиотерапия
- б) симптоматическое лечение
- в) рентгенорадиотерапия
- г) комбинированное лечение
- д) хирургическое вмешательство

21. Осложнением рака ободочной кишки может быть все, кроме:

- а) перфорации опухоли
- б) периколита
- в) острой кишечной непроходимости
- г) кровотечения
- д) токсического панкреатита

22. Токсикоанемическая форма характерна для рака толстой кишки:

- а) поперечно – ободочной
- б) левых отделов
- в) правых отделов
- г) прямой

23. Излюбленной локализацией гематогенных метастазов рака толстой кишки являются:

- а) легкие
- б) кости

- в) печень
- г) надпочечники
- д) селезенка

24. Операции Гартмана при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки и раке ректосигмоидного изгиба целесообразно отдавать предпочтение в случаях:

- а) наличия обтурационной кишечной непроходимости
- б) наличия воспалительных изменений стенки кишечника
- в) у лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации
- г) во всех перечисленных ситуациях
- д) правильные ответы а) и б)

25. К методу скрининга рака толстого кишечника в настоящее время можно отнести регулярно проводимые:

- а) исследование кала на скрытую кровь, в том числе гемокультет и криптоген (1 раз в год)
- б) пальцевое исследование прямой кишки (1 раз в год)
- в) ректороманоскопию (1 раз в 3 - 5 лет)
- г) все перечисленное

26. Из перечисленных операций к сфинктеросохраняющим не относится:

- а) чресбрюшинная резекция прямой кишки
- б) брюшно-анальная резекция прямой кишки
- в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- г) все перечисленные операции следует относить к сфинктеросохраняющим

27. Кровоснабжение ободочной кишки осуществляется:

- а) из системы верхней брыжеечной артерии
- б) из системы нижней брыжеечной артерии
- в) и той, и другой
- г) ни той, ни другой

28. После предварительного выполненной ирригоскопии к колонофиброскопии целесообразно прибегать в случае:

- а) если имеются признаки кишечного кровотечения, а при ирригоскопии патологических изменений в толстой кишке не выявлено
- б) для уточнения сомнительных данных, полученных с помощью ирригоскопии
- в) для подтверждения патологического процесса, выявленного при ирригоскопии
- г) для выявления синхронно протекающих патологических процессов
- д) всего перечисленного

29. Предоперационная подготовка при раке толстого кишечника должна включать:

- а) тщательную механическую очистку толстого кишечника
- б) лечение сопутствующих заболеваний
- в) коррекцию белкового, углеводного и минерального обмена
- г) все перечисленное

30. На выбор вида радикальной операции при раке прямой кишки оказывает влияние:

- а) локализация опухоли в прямой кишке
- б) степень распространенности опухолевого процесса
- в) наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфоузлах
- г) наличие осложнений заболеваний
- д) все перечисленное

31. Отток крови от восходящего отдела ободочной кишки осуществляется:

- а) в систему верхней брыжеечной артерии
- б) в систему нижней брыжеечной артерии
- в) и той, и другой
- г) ни той, ни другой

32. Обследование больного, обратившегося к врачу с жалобами на нарушение функций кишечника, следует начинать:

- а) с рентгенологического исследования толстого кишечника (ирригоскопия)
- б) с колонофиброскопии
- в) с ректороманоскопии
- г) с ректально пальцевого исследования
- д) с ультразвукового исследования

33. По морфологическому строению преобладающей формой рака толстого кишечника является:

- а) аденокарцинома различной степени зрелости и функциональной направленности
- б) плоскоклеточный рак
- в) недифференцированные раки
- г) диморфный (смешанный железистый и плоскоклеточный) рак
- д) все перечисленные формы встречаются примерно с одинаковой частотой

34. Из перечисленных методик рентгенологического исследования толстой кишки в настоящее время наиболее информативной считается:

- а) стандартная ирригоскопия
- б) метод двойного контрастирования толстой кишки
- в) прием бариевой взвеси рег ос с последующим рентгенологическим контролем за пассажем контраста по толстой кишке
- г) все перечисленные методики обладают примерно одинаковой информативностью

35. Отток крови от нисходящего отдела ободочной кишки осуществляется:

- а) в систему верхней брыжеечной артерии
- б) в систему нижней брыжеечной артерии
- в) и той, и другой
- г) ни той, ни другой

36. К облигатному предраку толстого кишечника следует относить:

- а) неспецифический язвенный колит
- б) болезнь Крона
- в) семейный диффузный полипоз
- г) одиночные полипы толстого кишечника
- д) все перечисленное

37. Плоскоклеточный и диморфный (смешанный железистый и плоскоклеточный) рак чаще всего локализуется:

- а) в слепой кишке
- б) в восходящем отделе ободочной кишки
- в) в нисходящем отделе ободочной кишки
- г) в сигмовидной кишке
- д) в прямой кишке

38. Пальцевое ректальное исследование должно производиться в положении больного:

- а) на спине
- б) на боку
- в) на корточках
- г) любое из перечисленных

39. Риск развития рака толстого кишечника при неспецифическом язвенном колите возрастает:

- а) при тотальном поражении толстого кишечника
- б) при развитии колита в молодом возрасте
- в) при длительном заболевании свыше 10 лет
- г) при хроническом непрерывном течении заболевания
- д) при всех перечисленных обстоятельствах

40. На выбор метода лечения полипов толстой кишки оказывает влияние:

- а) количество полипов
- б) размеры полипов
- в) тип роста (на ножке или на широком основании)
- г) гистологическое строение полипов
- д) все перечисленное

41. Наиболее ранними клиническими симптомами при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки являются:

- а) боли
- б) патологические примеси в кале
- в) кровотечение
- г) перемежающийся стул
- д) правильные ответы в) и г)

42. Отток крови от прямой кишки осуществляется:

- а) в систему нижней брыжеечной вены
- б) в систему подвздошных вен
- в) и той, и другой
- г) ни той, ни другой

43. К особенностям рака толстого кишечника, развивающегося на фоне семейного диффузного полипоза, относится:

- а) как правило, развивается в молодом возрасте
- б) как правило, развивается в пожилом возрасте
- в) нередко развивается мультицентрически
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы б) и в)

44. При операции по поводу кишечной непроходимости, вызванной неоперабельной опухолью толстого кишечника, допустимо:

- а) ограничиться цекостомией
- б) наложить колостому как можно ближе к опухоли
- в) выполнить резекцию пораженного участка кишки с наложением колостомы
- г) выполнить резекцию пораженного участка кишки и формирование межкишечного анастомоза

45. К наиболее ранним клиническим симптомам при раке анального канала относят:

- а) боли
- б) кровотечение
- в) патологические примеси в кале
- г) изменение формы каловых масс
- д) правильные ответы а) и б)

46. Локализация опухоли желудочно-кишечного тракта в пределах слизистого и подслизистого слоев органа при отсутствии метастазов соответствует:

- а) 1 стадия
- б) 2 стадия
- в) 3 стадия
- г) 4 стадия

47. К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих:

- а) неспецифическим язвенным колитом
- б) гранулематозным колитом (болезнь Крона)
- в) полипами и кишечника
- г) семейным диффузным полипозом
- д) всем перечисленным

48. Диспетчерская форма клинического течения рака ободочной кишки чаще встречается при локализации опухоли:

- а) в правых отделах ободочной кишки
- б) в поперечно ободочной кишке
- в) в нисходящей кишке
- г) в сигмовидной кишке
- д) во всех перечисленных отделах

49. На развитие рака толстого кишечника оказывает влияние количество потребляемых в пищу:

- а) жиров
- б) животных белков
- в) растительных продуктов
- г) витаминов
- д) всего перечисленного

50. Обтурационная форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли:

- а) в правых отделах ободочной кишки
- б) в поперечно ободочной кишке
- в) в нисходящей кишке
- г) в сигмовидной кишке
- д) правильные ответы в) и г)

51. На уровень заболеваемости раком толстого кишечника оказывает влияние:

- а) уровень экономического развития
- б) особенности питания
- в) наличие доброкачественных опухолей кишечника
- г) наличие рака толстого кишечника в анамнезе
- д) все перечисленное

52. Энтероколитическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли:

- а) в первых отделах ободочной кишки
- б) в поперечно-ободочной кишке
- в) в нисходящей кишке
- г) в сигмовидной кишке
- д) правильные ответы в) и г)

53. Основным путем метастазирования рака толстого кишечника является:

- а) лимфогенный
- б) гематогенный
- в) имплантационный
- г) все перечисленные варианты метастазирования встречаются примерно с одинаковой частотой

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

- а) в правых отделах ободочной кишки
- б) в поперечно – ободочной кишке
- в) в нисходящей кишке
- г) в сигмовидной кишке
- д) во всех перечисленных отделах встречается с одинаковой частотой

55. Рак ободочной кишки наиболее часто локализуется:

- а) в слепой кишке
- б) в восходящем отделе
- в) в поперечно - ободочной кишке
- г) в нисходящем отделе
- д) в сигмовидной кишке

56. Сравнительно более частое развитие кишечной непроходимости при опухолях левой половины ободочной кишки обусловлено:

- а) преобладанием опухолей с инфильтративным типом роста
- б) более плотным содержимым кишки
- в) нарушением моторной функции кишки вследствие прорастания ее стенки опухолью
- г) воспалительным отеком кишечной стенки
- д) всеми перечисленными факторами

57. Перфорации кишечной стенки при раке толстой кишки способствуют:

- а) распад опухоли
- б) повышенное давление в просвете кишки
- в) трофические нарушения стенки кишки вследствие ее перерастяжения
- г) травматизация стенки кишки при прохождении твердых каловых масс через суженый участок
- д) все перечисленные факторы

58. Заболеваемость раком ободочной кишки в России:

- а) повышается
- б) снижается
- в) остается на одном уровне
- г) повышение чередуется со снижением

59. В каком возрасте наиболее часто встречается рак ободочной кишки?
- а) 20-29
 - б) 30-39 лет
 - в) 40-49 лет
 - г) 50-69 лет
60. Основным фактором, способствующим возникновению рака ободочной кишки, является:
- а) ионизирующая радиация
 - б) курение
 - в) состав пищевых продуктов
 - г) злоупотребление алкоголем
61. Риск развития рака ободочной кишки снижается при диете с преобладанием:
- а) жиров
 - б) грубой растительной клетчаткой
 - в) белков
 - г) очищенных углеводов
62. Для рака ободочной кишки наиболее характерный путь метастазирования:
- а) гематогенный
 - б) лимфогенный
 - в) имплантационный
 - г) нет четких различий
63. Какой из указанных способов диагностики наиболее информативен для распознавания рака ободочной кишки?
- а) лапароскопия
 - б) селективная ангиография
 - в) ректороманоскопия
 - г) фиброколоноскопия
64. Укажите основной рентгенологический признак рака ободочной кишки:
- а) отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки
 - б) ригидность кишечной стенки на определенном участке
 - в) нарушение эвакуаторной функции
 - г) дефект наполнения или плоская “ниша” на контуре кишечной стенки
65. Наличие анемии в пожилом возрасте наиболее характерно для рака:
- а) восходящей половины ободочной кишки
 - б) нисходящей половины ободочной кишки
 - в) слепой кишки
 - г) сигмовидной кишки
66. Наличие циркулярного сужения нисходящего отдела толстой кишки с четкими контурами длиной 10 см и ограничением подвижности по данным ирригоскопии наиболее характерно для:
- а) болезни Крона
 - б) рака
 - в) неспецифического язвенного колита
 - г) ворсинчатой опухоли
67. Выбор метода хирургического вмешательства при раке ободочной кишки не зависит

- а) от гистологического строения
 - б) от наличия осложнений
 - в) от общего состояния больного
 - г) от наличия метастазов
68. Возможны следующие консервативные лечебные мероприятия при обтурационной кишечной непроходимости опухолевого генеза, за исключением:
- а) введение спазмолитиков
 - б) проведение сифонной клизмы
 - в) коррекция водно-электролитных нарушений
 - г) введение промедола
69. Резекцию кишки в качестве радикальной операции производят при раке:
- а) слепой кишки
 - б) восходящей ободочной кишки и печеночного угла
 - в) селезеночного угла и нисходящей ободочной кишки
 - г) сигмовидной кишки
70. Минимальный объем операции при раке слепой кишки:
- а) резекция слепой кишки
 - б) правосторонняя гемиколэктомия
 - в) илеотрансверзоанастомоз
 - г) цекостомия
71. Какой объем операции показан при кишечной непроходимости в течение трех суток на фоне рака сигмовидной кишки:
- а) субтотальная колэктомия
 - б) операция Гартмана
 - в) обходной илеосигмоанастомоз “бок в бок”
 - г) резекция кишки
72. Какой химиопрепарат часто применяют при раке ободочной кишки:
- а) сарколизин
 - б) 5-фторурацил
 - в) метотрексат
 - г) адриамицин
73. Чаще всего пальпируется опухоль:
- а) слепой кишки
 - б) поперечно-ободочной кишки
 - в) сигмовидной кишки
 - г) нисходящего отдела ободочной кишки
74. Какие полипы ободочной кишки имеют наименьшую склонность к малигнизации:
- а) гиперпластические
 - б) ворсинчатые
 - в) аденоматозные
 - г) тубулярные
75. При раке сигмовидной кишки с острой кишечной непроходимостью, показана операция:
- а) левосторонняя гемиколэктомия
 - б) операция Гартмана
 - в) колостомия
 - г) резекция сигмовидной кишки

76. При нерезектабельном раке правой половины ободочной кишки применяется:

- а) правосторонняя гемиколэктомия
- б) илеотрасверзоанастомоз
- в) трансверзостомия
- г) операция Гартмана

77. При нерезектабельном раке нисходящего отдела ободочной кишки применяется:

- а) операция Гартмана
- б) трансверзостомия
- в) левосторонняя гемиколэктомия
- г) илеотрансверзоанастомоз

78. Появление в кале темной крови и слизи на протяжении 2 лет с развитием кишечной непроходимости и перитонита скорее всего связано:

- а) с дивертикулезом и микроперфорацией
- б) с раком ободочной кишки
- в) с заворот кишечника
- г) с острой кишечной непроходимостью

79. Лечебная тактика при опухоли слепой кишки с инвазией париетальной брюшины и множеством метастазов в лимфоузлах брыжейки тонкой кишки, сальника:

- а) пробная лапаротомия
- б) наложение илиотрансверзоанастомоза
- в) наложение цекостомы
- г) наложение илеостомы

80. Наличие примеси крови в каловых массах после акта дефекации в сочетании с нерегулярным стулом (запоры и поносы) вероятнее всего связано:

- а) с геморроем
- б) с проктитом
- в) с раком прямой кишки
- г) с трещиной заднего прохода

81. Какая тактика наиболее оправдана при появлении прожилок крови в каловых массах у больного с длительным анамнезом геморроя:

- а) назначить свечи с проктогливенолом, диету, повторную явку через 3-4 недели
- б) произвести общий анализ крови, рентгеноскопию грудной клетки
- в) произвести пальцевое исследование прямой кишки
- г) произвести пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию

82. Появление вдавления на поверхности плотного калового столбика наиболее характерно для:

- а) геморроя
- б) спастического колита
- в) рака прямой кишки
- г) полипа

83. При наличии примеси крови в кале у больного хроническим геморроем и отсутствии патологии при ректороманоскопии на расстоянии 12см наиболее рационально:

- а) подтвердить диагноз геморроя и назначить консервативное лечение
- б) назначить диету и повторную явку через месяц

- в) выполнить ирригоскопию
- г) направить больного к проктологу с подозрением на обострение геморроя

84. Основным методом радикального лечения рака ампулы прямой кишки является:

- а) хирургический
- б) лучевая терапия
- в) химиотерапия
- г) сочетание лучевого лечения и химиотерапии

85. Какая операция при раке прямой кишки завершается наложением колостомы:

- а) передняя резекция прямой кишки
- б) ампутация прямой кишки с низведением (протягиванием)
- в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- г) брюшно-анальная резекция

86. Какая операция требует повторного вмешательства для восстановления естественного пассажа:

- а) передняя резекция прямой кишки
- б) ампутация прямой кишки с низведением (протягиванием)
- в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- г) операция Гартмана

87. Диагностическая тактика при внутреннем геморрое с длительным анамнезом после появления крови в каловых массах на фоне длительной ремиссии:

- а) наблюдение в амбулаторных условиях
- б) лечить по поводу геморроя на основании прежнего диагноза
- в) провести полный комплекс специальных методов обследования кишечника
- г) направить на консультацию к инфекционисту

88. Какой симптом наиболее характерен для рака среднеампулярного отдела прямой кишки:

- а) частые тенезмы с отхождением крови и слизи
- б) смена запоров и поносов
- в) непроизвольное отхождение газов
- г) боли в правой подвздошной области и над лобком

89. При резектабельном раке прямой кишки ниже 5-6 см. от ануса показана операция:

- а) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- б) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением
- в) передняя резекция прямой кишки с внутрибрюшным анастомозом
- г) операция Гартмана

90. При резектабельном раке прямой кишки на расстоянии от 7 до 12 см. от ануса, показана операция:

- а) передняя резекция прямой кишки
- б) операция Гартмана
- в) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением
- г) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

91. При резектабельном раке прямой кишки на расстоянии выше 12 см от ануса показана операция:

- а) операция Гартмана
- б) передняя резекция прямой кишки

- в) брюшно-анальная резекция с низведением
- г) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

92. При резектабельном раке прямой кишки на расстоянии выше 12 см. от ануса на фоне острой кишечной непроходимости показана операция:

- а) передняя резекция прямой кишки
- б) операция Гартмана
- в) брюшно-анальная резекция с низведением
- г) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

93. При нерезектабельном раке прямой кишки операцией выбора является:

- а) операция Гартмана
- б) сигмостомия
- в) экстирпация прямой кишки
- г) передняя резекция

94. Опухоль каких отделов прямой кишки не удастся обнаружить при пальцевом обследовании прямой кишки:

- а) анального канала
- б) нижне-ампулярного отдела
- в) средне-ампулярного отдела
- г) ректосигмоидного отдела

95. Наиболее частой гистологической формой рака ампулярного отдела прямой кишки является:

- а) плоскоклеточный рак с ороговением
- б) плоскоклеточный рак без ороговения
- в) низкодифференцированный плоскоклеточный рак
- г) аденокарцинома

96. С помощью какого метода можно определить протяженность опухоли при стенозирующем раке прямой кишки:

- а) пальцевое исследование
- б) ректороманоскопия
- в) ирригография
- г) нижняя лимфография

97. Наиболее частой гистологической формой рака анального канала прямой кишки является:

- а) недифференцированный
- б) плоскоклеточный
- в) скирр
- г) аденокарцинома

98. Наиболее частой локализацией рака прямой кишки является:

- а) анальный отдел
- б) нижеампулярный
- в) среднеампулярный
- г) вышеампулярный

99. Укажите зону наиболее частого метастазирования при раке анального канала:

- а) печень
- б) легкие

в) кости позвоночника

г) паховые лимфоузлы

100. Какой клинический признак исключает возможность радикального оперативного вмешательства при раке прямой кишки:

а) асцит

б) острая кишечная непроходимость

в) пальпируемая опухоль

г) анемия

101. Основной путь метастазирования рака прямой кишки:

а) гематогенный

б) лимфогенный

в) имплантационный

г) в органы малого таза

102. Радикальными операциями по поводу рака прямой кишки являются все, кроме:

а) передняя нижняя резекция

б) сигмостомия

в) брюшно-анальная резекция с низведением

г) брюшно-промежностная экстирпация

103. На выбор радикальной операции при раке прямой кишки не оказывает влияние:

а) локализация опухоли в прямой кишке

б) степень распространённости опухолевого процесса

в) отсутствие метастазов в регионарных лимфоузлах

г) срок заболевания

104. К какой клинической группе относится больной раком прямой кишки после радикального лечения:

а) I

б) II

в) III

г) IV

105. Наиболее характерным симптомом рака прямой кишки является

а) запор

б) слизь в каловых массах

в) кровь в каловых массах

г) слабость, похудание, снижение аппетита

Тема «Рак кожи. Меланома».

1. Для рака кожи характерны все перечисленные признаки, за исключением:

а) постепенного прогрессирования

б) появления углубления в центре бляшковидного образования

в) отсутствие эффекта от лечения язвы кожи более 3 недель

г) сферической папулы, появившейся неделю назад

2. Наиболее радиорезистентной опухолью является:

а) базалиома

б) плоскоклеточный ороговевающий рак

в) плоскоклеточный неороговевающий рак

г) меланома

3. Наиболее агрессивной опухолью человека считают:

- а) болезнь Ходжкина
- б) меланому
- в) саркоидоз Бека
- г) плоскоклеточный рак

4. Доброкачественным процессом с наименьшим риском малигнизации считают:

- а) лентиго
- б) Меланоз Дюбрея
- в) внутридермальный невус
- г) пигментная ксеродерма

5. Ранними макроскопическими признаками малигнизации пигментного невуса являются следующие, за исключением:

- а) увеличения невуса в размерах
- б) потери кожного рисунка
- в) роста волос на поверхности невуса
- г) изменения окраски невуса

6. Риск развития меланомы наименьший при:

- а) меланозе Дюбрея
- б) голубом невусе
- в) диспластическом невусе
- г) ювенильной меланоме

7. Меланома развивается из следующих клеток:

- а) ретикулобластов
- б) гистеобластов
- в) меланобластов
- г) лимфобластов

8. К симптомам малигнизации невуса относятся:

- а) быстрое увеличение невуса в размерах
- б) изменение цвета в сторону усиления пигментации
- в) появление венчика " гиперемии вокруг невуса
- г) все перечисленные

9. Среди факторов, способствующих малигнизации невуса, наиболее опасным является:

- а) конституционные особенности организма
- б) пол
- в) частая травматизация невуса
- г) возраст

10. Меланома может расти:

- а) в высоту, возвышаясь над кожей
- б) в глубину кожных покровов
- в) по поверхности кожи
- г) возможны все направления роста

11. Среди факторов, влияющих на прогноз при меланоме, наиболее важным является:

- а) конституционные особенности организма
- б) пол
- в) возраст
- г) глубина инвазии по Кларку

12. Какой из названных методов исследования не будете использовать для получения морфологической верификации при подозрении на меланому

- а) мазок отпечаток опухоли
- б) пункционная биопсия
- в) определение меланурии (реакция Якша)
- г) широкое иссечение невуса под наркозом с гистологическим исследованием

13. 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
- в) наличие травмы родинки
- г) все перечисленное

14. При меланоме кожи I - II-а стадии, при инвазии по Кларку 1-2 степени применяется следующий метод лечения:

- а) радикальное хирургическое
- б) лучевая терапия
- в) химио-лучевая терапия
- г) комбинированное лечение

15. При меланоме кожи II-б, III стадии с инвазией по Кларку 4-5 степени методом выбора является:

- а) хирургическое лечение
- б) лучевая терапия
- в) комплексное лечение
- г) иммунотерапия

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

- а) операция Ванаха
- б) операция Крайля
- в) операция Микулича
- г) операция Дюкена

17. У больного зуд в области пигментного пятна. Пятно интенсивно черной окраски, размером 0,3x0,5см, возвышается под кожей. На поверхности мокнутие. Ваша тактика:

- а) динамическое наблюдение
- б) пункционная биопсия
- в) взятие мазков отпечатков
- г) мазовое лечение

18. В структуре онкологической заболеваемости РФ по данным 2005 года рак кожи занимает:

- а) первое место

- б) второе место
- в) третье место
- г) четвертое место

19. В Оренбургской области рак кожи в структуре онкозаболеваемости обычно занимает:

- а) 1 - 2 место
- б) 2 - 3 место
- в) 3 - 4 место
- г) 4 - 5 место

20. К предраковым заболеваниям кожи относятся следующие, за исключением:

- а) пигментной ксеродермы
- б) поздних лучевых язв
- в) пигментного невуса
- г) болезни Боуэна

21. К местным признакам рака кожи относятся следующие, за исключением:

- а) глубокой язвы с подрытыми краями
- б) экзофитного образования типа цветной капусты
- в) длительно не заживающей эрозии, периодически покрывающейся корочкой
- г) повышения температуры

22. При длительном течении базальноклеточного рака кожи развиваются следующие осложнения, за исключением:

- а) инфицирования опухолевой язвы
- б) кровотечения из опухоли
- в) разрушения подлежащих хрящей, костей
- г) лимфо-гематогенного метастазирования

23. Наиболее эффективным методом лечения предраковых заболеваний кожи является:

- а) противовоспалительная терапия
- б) физиотерапия
- в) криодеструкция или хирургическое иссечение
- г) мазовые повязки

24. Дифференциальный диагноз рака кожи необходимо проводить со следующими заболеваниями:

- а) Системная красная волчанка
- б) Туберкулез кожи
- в) грибковым поражением кожи
- г) со всеми перечисленными

25. Какое лечение является оптимальным при базальноклеточном раке кожи 1 стадии на лице:

- а) хирургическое
- б) близкофокусная рентгенотерапия
- в) химиотерапия
- г) комплексное лечение

26. Какой метод лечения является оптимальным при плоскоклеточном раке кожи метастазами в регионарные лимфоузлы:

- а) хирургический
- б) лучевой

- в) криодеструкция
- г) комбинированный метод

27. У пациента на коже имеется язвочка, не заживающая более 2-х месяцев, несмотря на проводимое местное мазевое лечение. Ваша тактика:

- а) продолжать мазевое лечение
- б) провести физиотерапию
- в) сделать криодеструкцию
- г) эксцизионная биопсия с гистологическим исследованием

28. К возникновению рака кожи предрасполагают следующие факторы, за исключением:

- а) ультрафиолетовые лучи
- б) рентгеновские излучения
- в) частые водные процедуры
- г) рубцы после ожогов

29. К факультативным предракам кожи относятся следующие заболевания, за исключением:

- а) кожного рога
- б) старческой атрофии кожи
- в) старческого кератоза
- г) хронического дерматита

30. Какая гистологическая форма рака кожи практически не метастазирует:

- а) плоскоклеточный ороговевающий рак
- б) плоскоклеточный неороговевающий рак
- в) базальноклеточный рак
- г) рак из придатков кожи

31. К какой стадии относится рак кожи, размером более 2 см в диаметре, прорастающий всю толщу кожи, имеющий один метастаз в регионарном лимфоузле:

- а) I
- б) II-а
- в) II-б
- г) III-б

32. Какую тактику выберете, если у больного на коже туловища обнаружен базальноклеточный рак кожи I стадии:

- а) динамическое наблюдение
- б) физиотерапия
- в) хирургическое иссечение
- г) полихимиотерапия

33. После хирургического лечения плоскоклеточного рака кожи правой голени через полгода появился подвижный метастаз в лимфоузлах правой паховой области. Какую тактику выберете?

- а) лучевую терапию
- б) полихимиотерапию
- в) операцию Крайля
- г) операцию Дюкена

34. Базалиома кожи чаще всего локализуется на коже:

- а) лица

- б) спины
- в) конечностей
- г) туловища

35. Развитие рака кожи преимущественно связано с контактом:

- а) с продуктами переработки нефти
- б) с продуктами переработки каменного угля
- в) с красителями
- г) с солнечной инсоляцией

36. К группе повышенного риска в отношении рака кожи не относят лиц :

- а) с темной кожей и карими глазами
- б) с белой кожей и голубыми глазами
- в) с болезнью Педжета
- г) имеющих пигментную ксеродерму

37. При клиническом диагнозе меланомы без морфологической верификации может быть начато следующее лечение

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

38. Чаще рак кожи метастазирует в:

- а) легкие
- б) печень
- в) костную систему
- г) регионарные лимфатические узлы

39. Наиболее информативный метод диагностики рака кожи:

- а) морфологическое исследование
- б) УЗИ
- в) иммунологический
- г) ответ на пробное лечение

40. При подвижных регионарных метастазах рака кожи лица выполняются следующие операции, за исключением:

- а) футлярно-фасциальная лимфаденэктомия
- б) операция Крайла
- в) удаление пораженных лимфоузлов околоушной области с паротидэктомией
- г) операция Дюкена

41. При лучевой терапии базалиомы наиболее целесообразно использовать:

- а) близкофокусную рентгенотерапию
- б) быстрые электроны
- в) гамма-излучение
- г) сочетанную лучевую терапию

42. Рак кожи волосистой части головы без деструкции костей черепа диаметром 2,5 см относится к стадии:

- а) I
- б) II

- в) ША
- г) Ш Б

43. Обязательными предраками кожи являются следующие заболевания, за исключением:

- а) хронического дерматита
- б) пигментной ксеродермы
- в) болезни Боуэна
- г) эритроплазии Кейра

44. К пятому уровню инвазии меланомы по Кларку относят опухоль, которая:

- а) неинвазивная опухоль, ограниченная эпидермисом
- б) клетки опухоли находятся между сосочковым и сетчатым слоем
- в) опухолевые клетки прорастают подкожно-жировую клетчатку
- г) опухолевые клетки располагаются в сосочковом слое дермы
- д) опухолевые клетки находятся в сетчатом слое дермы

45. При иссечении меланомы кожи лица показано отступить от ее краев не менее:

- а) 1 см
- б) 5 см
- в) 3 см
- г) 4 см

46. К первому уровню инвазии меланомы по Кларку относится:

- а) неинвазивная опухоль, ограниченная эпидермисом
- б) клетки опухоли находятся между сосочковым и сетчатым слоем
- в) опухолевые клетки прорастают подкожно-жировую клетчатку
- г) опухолевые клетки располагаются в сосочковом слое дермы
- д) опухолевые клетки находятся в сетчатом слое дермы

47. Клиническое течение базалиомы:

- а) длительное
- б) быстрое
- в) региональными метастазами
- г) с отдаленными метастазами

48. Для базалиомы характерно:

- а) лимфогенное метастазирование
- б) гематогенное метастазирование
- в) местно-деструктивный рост
- г) преимущественная локализация на коже конечностей

49. Для горизонтальной фазы роста меланомы характерно:

- а) рост опухоли в глубину кожи
- б) наличие лимфогенных метастазов
- в) распространение в пределах эпителиального пласта
- г) наличие гематогенных метастазов

50. Результаты лечения при раке кожи не зависят от:

- а) стадии процесса
- б) длительности заболевания
- в) гистологической структуры
- г) глубины инвазии опухоли

51. Для малигнизации пигментного невуса характерно:

- а) быстрый рост невуса
- б) появление красноты в виде асимметричного венчика
- в) изменение пигментации
- г) верно все

52. Стадию М 1 при меланоме ставят при:

- а) появлении дочерних пигментных включений (сателлитов) в окружности невуса
- б) меланурии
- в) при IV уровне инвазии по Кларку
- г) при изъязвлении опухоли

53. Ко второму уровню инвазии меланомы по Кларку относится:

- а) неинвазивная опухоль, ограниченная эпидермисом
- б) клетки опухоли находятся между сосочковым и сетчатым слоем
- в) опухолевые клетки прорастают подкожно-жировую клетчатку
- г) опухолевые клетки располагаются в сосочковом слое дермы
- д) опухолевые клетки находятся в сетчатом слое дермы

54. К третьему уровню инвазии меланомы по Кларку относится:

- а) неинвазивная опухоль, ограниченная эпидермисом
- б) клетки опухоли находятся между сосочковым и сетчатым слоем
- в) опухолевые клетки прорастают подкожно-жировую клетчатку
- г) опухолевые клетки располагаются в сосочковом слое дермы
- д) опухолевые клетки находятся в сетчатом слое дермы

55. К четвертому уровню инвазии меланомы по Кларку относится:

- а) неинвазивная опухоль, ограниченная эпидермисом
- б) клетки опухоли находятся между сосочковым и сетчатым слоем
- в) опухолевые клетки прорастают подкожно-жировую клетчатку
- г) опухолевые клетки располагаются в сосочковом слое дермы
- д) опухолевые клетки находятся в сетчатом слое дермы

Тема «Лимфогранулематоз».

1. При поражении лимфатических узлов средостения злокачественными лимфомами, как правило, поражаются лимфатические узлы

- а) в переднем верхнем средостении,
- б) в центральном средостении,
- в) в заднем средостении,
- г) поражаются все группы лимфатических узлов с одинаковой частотой.

2. Костный мозг при лимфогранулематозе вовлекается в процесс в виде

- а) развития лейкемизации,
- б) очагового поражения,
- в) и того, и другого,
- г) ни того, ни другого.

3. Макроскопические изменения лимфатических узлов при периферических формах лимфогранулематоза характеризуется следующими симптомами, за исключением:

- а) безболезненность
- б) не спаяны с окружающими тканями

- в) плотная консистенция
- г) склонность к образованию свищей

4. К симптомам интоксикации при лимфогранулематозе относятся следующие, за исключением:

- а) потеря в весе
- б) кожный зуд
- в) лихорадка
- г) сухой надсадный кашель

5. Наиболее частой локализацией периферической формы лимфогранулематоза является:

- а) подмышечная
- б) околоушная
- в) подчелюстная
- г) шейная

6. Наиболее часто поражаются при лимфогранулематозе следующие органы, за исключением:

- а) печени
- б) селезенки
- в) почек
- г) легких

7. Отличительным признаком инфекционного мононуклеоза от периферического лимфогранулематоза является:

- а) острое начало
- б) боли в горле
- в) увеличение лимфоузлов предшествует повышению температуры
- г) наличие в крови -периферических мононуклеаров

8. Отличительным признаком периферического лимфогранулематоза от туберкулезного лимфаденита является:

- а) наличие первичного туберкулезного комплекса в легком
- б) болезненность увеличенных лимфоузлов
- в) покраснение кожи над увеличенным узлом
- г) клетки Березовского-Штернберга в пунктате узла

9. Дифференциальным признаком периферического лимфогранулематоза от банального лимфаденита является:

- а) наличие инфицированной раны
- б) повышение температуры тела
- в) болезненность увеличенных лимфоузлов
- г) устойчивость лихорадки к противовоспалительному лечению

10. Тактика участкового врача при обращении больного с жалобами на наличие увеличенного безболезненного лимфоузла в области шеи:

- а) провести противовоспалительное лечение
- б) сделать пункцию увеличенного узла с цитологическим исследованием пунктата
- в) направить на консультацию к ЛОР врачу
- г) провести физиотерапию

11. Для уточнения распространенности лимфогранулематоза применяют следующие методы обследования, за исключением:
- а) рентгенография грудной клетки в двух проекциях
 - б) УЗИ органов брюшной полости
 - в) двухсторонняя нижняя лимфография
 - г) спирография
12. Какой из названных методов исследования считается наиболее информативным при подозрении на лимфогранулематоз средостения?
- а) фибробронхоскопия
 - б) общий анализ крови
 - в) лимфография
 - г) медиастиноскопия с биопсией
13. Какой из названных методов исследования считаете наиболее информативным при подозрении на лимфогранулематоз мезентериальных л/узлов
- а) фиброгастроскопия
 - б) лапароскопия с прицельной биопсией
 - в) фиброколоноскопия
 - г) ренгеноскопия желудка
14. При лимфогранулематозе I - II А стадии наиболее эффективным лечением является:
- а) хирургическое
 - б) 2 цикла полихимиотерапии + лучевая терапия по радикальной программе + 2 курса полихимиотерапии
 - в) полихимиотерапия
 - г) гормонотерапия
15. При лимфогранулематозе III - IV стадии наиболее эффективным методом лечения является:
- а) паллиативная лучевая терапия
 - б) цикловая химиотерапия с последующей лучевой терапией химио- резистентных узлов
 - в) хирургическое лечение
 - г) хирургическое + лучевое
16. "Сигналами тревоги", при которых на амбулаторном приеме следует высказать подозрение на периферический лимфогранулематоз, являются следующие, за исключением:
- а) появление одного или нескольких увеличенных лимфоузлов
 - б) постепенное увеличение и появление новых лимфоузлов
 - в) необъяснимая лихорадка
 - г) гиперемия кожи и флюктуация в области узла
17. К гистологическим вариантам лимфогранулематоза относятся следующие, за исключением:
- а) лимфоидное преобладание
 - б) нодулярный склероз
 - в) лимфоидное истощение
 - г) эозинофильная гранулёма
18. К злокачественным лимфомам относятся следующие заболевания за исключением:
- а) лимфогранулематоз
 - б) эозинофильная гранулема

- в) лимфосаркома
- г) ретикулосаркома

19. Диагноз лимфогранулематоза подтверждается при обнаружении в микропрепарате:

- а) клеток Пирогова-Лангханса
- б) лимфобластов
- в) клеток Березовского-Штернберга
- г) ретикулогистиоцитов

20. При лимфогранулематозе отмечается

- а) лимфогенное метастазирование
- б) гематогенное метастазирование
- в) имплантационное метастазирование
- г) правильно А) и Б)

21. В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение

- а) шейно-надключичных лимфоузлов
- б) медиастинальных лимфоузлов
- в) забрюшинных лимфоузлов
- г) паховых лимфоузлов

22. Перичное проявление лимфогранулематоза в виде поражения паховых лимфоузлов встречается с частотой

- а) до 10%
- б) от 20 до 50%
- в) от 50 до 70%
- г) более 70%

23. При поражении лимфоузлов выше диафрагмы и селезенки при лимфогранулематозе должна быть поставлена

- а) I стадия
- б) II стадия
- в) III стадия
- г) IV стадия

24. Поражение аксиллярных лимфоузлов с двух сторон при лимфогранулематозе трактуется как

- а) I стадия
- б) II стадия
- в) III стадия
- г) IV стадия

25. Поражение шейных лимфоузлов справа, медиастинальных лимфоузлов и аксиллярных слева означает при лимфогранулематозе

- а) I стадию
- б) II стадию
- в) III стадию
- г) IV стадию

26. Поражение шейных лимфоузлов слева, медиастинальных, паховых лимфоузлов и селезенки при лимфогранулематозе трактуется как

- а) I стадия

- б) II стадия
- в) III стадия
- г) IV стадия

27. Поражение периферических лимфоузлов выше и ниже диафрагмы при лимфогранулематозе означает

- а) I стадию
- б) II стадию
- в) III стадию
- г) IV стадию

28. При лимфогранулематозе вовлечение селезенки и пахово-подвздошных лимфоузлов трактуется как

- а) I стадия
- б) II стадия
- в) III стадия
- г) IV стадия

29. Поражение при лимфогранулематозе паховых лимфоузлов трактуется как

- а) I стадия
- б) II стадия
- в) III стадия
- г) IV стадия

30. Изолированное поражение при лимфогранулематозе селезенки означает

- а) I стадию
- б) II стадию
- в) III стадию
- г) IV стадию

31. Поражение легочной ткани и забрюшинных лимфоузлов при лимфогранулематозе трактуется как

- а) I стадия
- б) II стадия
- в) III стадия
- г) IV стадия

32. Наиболее прогностически благоприятным морфологическим вариантом лимфогранулематоза является:

- а) лимфоидное истощение
- б) лимфоидное преобладание
- в) нодулярный склероз
- г) смешанноклеточный вариант

33. Наиболее неблагоприятным прогностическим вариантом лимфогранулематоза является:

- а) лимфоидное преобладание
- б) лимфоидное истощение
- в) смешанноклеточный вариант
- г) нодулярный склероз

34. У больного лимфогранулематозом увеличены шейные лимфоузлы с обеих сторон и профузная потливость. Это соответствует

- а) I A стадии

- б) II А стадии
- в) II Б стадии
- г) III Б стадии

35. При лимфогранулематозе поражение печени и медиастинальных лимфоузлов с симптомами интоксикации означает наличие

- а) II Б стадии
- б) III А стадии
- в) III Б стадии
- г) IV Б стадии

36. Бесспорным подтверждением диагноза лимфогранулематоза является

- а) наличие увеличенных безболезненных лимфатических узлов
- б) снижение содержания лимфоцитов в лимфатическом узле
- в) усиленная пролиферация клеточных элементов в лимфатических узлах
- г) обнаружение клеток Березовского-Штернберга

37. Симптомы интоксикации при лимфогранулематозе

- а) кожный зуд
- б) профузные ночные поты
- в) необъяснимые подъемы температуры тела выше 38°
- г) верно все

38. Самым достоверным способом диагностики лимфогранулематоза является

- а) общий и биохимические анализы крови
- б) рентгенография и томография грудной клетки
- в) иммуногистохимическое исследование
- г) гистологическое исследование

39. Под термином лимфоаденопатия подразумевают:

- а) лейкозную инфильтрацию лимфатических узлов
- б) лимфоцитоз в периферической крови
- в) лимфобластоз в стерильном пунктате
- г) увеличение лимфоузлов

40. Началу лимфогранулематоза соответствует гистологический вариант:

- а) лимфоидное истощение
- б) лимфоидное преобладание
- в) нодулярный склероз
- г) смешанноклеточный

41. Диагноз лимфогранулематоза ставится на основании:

- а) анализа периферической крови
- б) пункции лимфоузла
- в) биопсии лимфоузла
- г) пункции костного мозга

42. Для III клинической стадии лимфогранулематоза характерно:

- а) поражение лимфатических узлов одной области
- б) поражение лимфатических узлов двух и более областей по одну сторону диафрагмы
- в) поражение лимфатических узлов любых областей по обеим сторонам диафрагмы

г) локализованное поражение одного экстралимфатического органа

43. При лимфогранулематозе

- а) поражаются лимфатические узлы и экстралимфатические органы
- б) рано возникает лимфоцитопения
- в) в биоптатах определяются клетки Ходжкина
- г) все перечисленное

44. Лихорадка при ЛГМ

- а) волнообразная
- б) сопровождающаяся потливостью
- в) на ранних стадиях купируется индометацином
- г) все перечисленное

Б.1.Б.1.2 Онкология (стационар)

Оцениваемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-10, ПК-11, ПСК-1, ПСК-2, ПСК-3, ПСК-4, ПСК-5

Тема «Рак легкого»

1. Методом, позволяющем верифицировать диагноз при среднедолевом синдроме является:

- а) боковая томография
- б) бронхография
- в) динамическое наблюдение
- г) фибробронхоскопия с биопсией
- д) компьютерная томография

2. При раке главного бронха показана:

- а) пульмонэктомия
- б) лобэктомия
- в) сегментэктомия
- г) лучевая терапия без операции
- д) все верно

3. Рак легкого следует дифференцировать:

- а) с затянувшейся пневмонией
- б) с туберкулезом легких
- в) с доброкачественной опухолью
- г) с метастазами других опухолей в легкие
- д) со всеми перечисленными

4. При аденокарциноме легких 1 – 2 стадии показано лечение

- а) лучевое
- б) химиотерапевтическое
- в) комбинированное
- г) хирургическое
- д) комплексное

5. При появлении круглой тени на рентгенограмме легких не показано:

- а) томография
- б) динамическое наблюдение
- в) проба Пирке и Манту

- г) фибронхоскопия с биопсией
- г) пневмодиастинография

6. К периферическому раку легкого не относится рак:

- а) сегментарного бронха
- б) Пенкоста
- в) пневмониеподобный
- г) бронхиолоальвеолярный
- д) полостной (полостная форма)

7. Основными методами диагностики центрального рака легкого являются:

- а) рентгенологический и бронхоскопия с биопсией
- б) бронхоскопия с биопсией и бронхография
- в) радиоизотопный и рентгенологический
- г) бронхография и бронхоскопия
- д) пневмомедиастиноскопия и радионуклидный

8. Рентгенологическим признаком периферического рака легкого с распадом является:

- а) сегментарный ателектаз
- б) бугристый узел с дорожкой к корню легкого
- в) узурация ребер
- г) экссудативный плеврит
- д) полостное образование в легком

9. Основным методом лечения мелкоклеточного рака легкого 3 стадии является:

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) химиотерапевтический и лучевой
- г) химиотерапевтический
- д) иммуно–гормональный

10. Наиболее характерным для рака Пенкоста является:

- а) кровохарканье
- б) боли за грудиной
- в) синдром Горнера
- г) осиплость голоса
- д) отек в области шеи и лица

11. При раке легкого T3N0M0 у больного 45 лет показано:

- а) лечение цитостатиками
- б) комбинированное цитостатическое и радиологическое лечение
- в) лучевая терапия
- г) хирургическое лечение
- д) симптоматическая терапия

12. Для медиастинальной формы рака легкого характерно:

- а) акроцианоз
- б) осиплость голоса
- в) отек лица
- г) расширение поверхностных вен передней грудной стенки
- д) все верно

13. Возникновение очагов плоскоклеточной метаплазии эпителия бронхов, как правило, предшествует развитию:

- а) мелкоклеточного рака
- б) железистого рака
- в) плоскоклеточного рака
- г) крупноклеточного рака легких

14. Рентгенологические признаки нарушения бронхиальной проходимости и осложнения, связанные с ней, возникают наиболее рано 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

15. Наиболее эффективным методом лечения рака легкого является:

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) химиотерапия
- г) иммунотерапия

16. Бронхография позволяет уточнить:

- а) локализацию, подвижность опухоли
- б) гистогенез опухоли, ее доброкачественный или злокачественный характер
- в) и то, и другое

17. Рак легкого метастазирует:

- а) в печень
- б) в кости
- в) в головной мозг
- г) все ответы верные
- д) правильного ответа нет

18. При раке легкого рентгеновская компьютерная томография позволяет:

- а) определить размеры опухоли
- б) точно локализовать опухоль
- в) определить отношение к грудной стенке, позвоночнику и средостению
- г) получить информацию о размерах лимфатических узлов средостения и корней легких
- д) все ответы верные

19. Наиболее часто острая сердечно-сосудистая недостаточность развивается у больных после операции:

- а) сегментэктомии
- б) лобэктомии
- в) типичной пневмонэктомии
- г) комбинированной или расширенной пневмонэктомии

20. Определяющая роль в увеличении заболеваемости населения раком легких принадлежит:

- а) генетическому фактору
- б) профессиональным вредностям
- в) курению
- г) загрязнению атмосферы

21. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить:

- а) с доброкачественными опухолями легких
- б) с метастазами
- в) с эхинококковой кистой
- г) с туберкулезом
- д) все ответы верные

22. Основными биологическими факторами, определяющими прогноз после радикальной операции по поводу рака легкого, являются:

- а) размер первичной опухоли
- б) состояние внутригрудных лимфатических узлов
- в) гистологическая структура опухоли
- г) степень дифференцировки опухолевых клеток
- д) все ответы верные

23. К первичным или местным симптомам рака легкого могут быть отнесены все перечисленные, кроме:

- а) кашля
- б) кровохарканье
- в) болей в груди
- г) повышения температуры тела

24. При периферическом раке легкого, в отличие от центрального, заболевание:

- а) длительное время протекает бессимптомно
 - б) сопровождается выраженной клинической симптоматикой уже на начальной стадии
 - в) симптомы кашля и кровохарканья являются ранними
 - г) кашель и кровохарканье появляются поздно
- а) правильно 1 и 3
б) правильно 2 и 3
в) правильно 1 и 4
г) правильно 2 и 4

25. Объемное уменьшение легочной ткани при нарушении бронхиальной проходимости вследствие роста опухоли в наибольшей степени выражено:

- а) при гиповентиляции
- б) при ателектазе
- в) при обтурационной пневмонии
- г) при клапанной эмфиземе

26. Изолированное поражение лимфатических узлов средостения может иметь место:

- а) при медиастинальной форме рака легкого
- б) при саркоидозе Бека
- в) при туберкулезном лимфадените
- г) при лимфогранулематозе
- д) все ответы верные

27. Раком легкого чаще болеют:

- а) мужчины
- б) женщины
- в) одинаково часто и мужчины, и женщины

28. Наличие эндобронхиальной опухоли, полностью обтурирующей долевого или главной бронх, вызывает смещение средостения:

- а) в здоровую сторону
- б) в больную сторону
- в) смещение средостения не выявляется

29. Дифференциальный диагноз центрального рака легкого следует проводить:

- а) с хронической пневмонией и очаговым пневмосклерозом
- б) с туберкулезом
- в) с бронхоэктатической болезнью
- г) с доброкачественными опухолями легких
- д) все ответы верные

30. К лицам, составляющим группу повышенного риска заболевания раком легкого, относятся:

- а) длительно и много курящие
- б) больные хроническим бронхитом
- в) имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями)
- г) все ответы верные
- д) правильные ответы а) и б)

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

- а) при наличии признаков гиповентиляции
- б) при наличии признаков клапанной эмфиземы
- в) при наличии ателектаза
- г) независимо от наличия или отсутствия признаков нарушения бронхиальной проходимости

32. 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) прорастание сосудистых образований, органов и структур
- г) отсутствие или наличие отдаленных метастазов
- д) все ответы верные

33. Причинную связь между курением, воздействием профессиональных вредных факторов и возникновением рака легкого удастся проследить:

- а) для плоскоклеточного рака
- б) для железистого рака
- в) для мелкоклеточного рака
- г) все ответы верные
- д) правильные ответы а) и в)

34. Относительно рано на обзорных рентгенограммах опухолевый узел при центральной раке легких выявляется в случае:

- а) эндобронхиального типа роста опухоли
- б) экзобронхиального узлового типа роста опухоли
- в) перибронхиального разветвленного типа роста опухоли
- г) срок выявления не зависит от типа роста опухоли

35. При злокачественных новообразованиях средостения чаще чем при доброкачественных встречаются:

- а) синдром сдавления верхней полой вены
- б) тахикардия
- в) общие симптомы недомогание, похудание, отсутствие аппетита, потливость
- г) все перечисленные симптомы
- д) только а) и в)

36. Первичные симптомы рака легкого обусловлены проявлением:

- а) первичной опухоли бронха
- б) регионарных метастазов
- в) отдаленных метастазов
- г) общего воздействия опухоли на организм

37. Состояние гиповентиляции, обусловленное наличием эндобронхиальной опухоли в долевым или главном бронхе, лучше выявляется:

- а) в фазе глубокого вдоха
- б) в фазе глубокого выдоха
- в) и в том, и в другом случае

38. Онкологическими противопоказаниями к операции по поводу рака легкого являются метастазы:

- а) в шейные лимфоузлы
- б) в надключичные лимфоузлы
- в) в отдаленные органы
- г) в плевру
- д) все ответы правильные

39. К основным мероприятиям по профилактике нарушений дыхания и развития послеоперационной пневмонии относятся:

- а) адекватное обезболивание
- б) санация бронхиального дерева
- в) применение муколитических и бронхолитических средств
- г) стимуляция кашля (при подавленном кашлевом рефлексе)
- д) все ответы верные

40. Клиническими признаками плеврального выпота являются:

- а) боли
- б) сухой непродуктивный кашель
- в) одышка
- г) все перечисленное
- д) только а) и б)

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

- а) и опухолью грудной стенки
- б) и опухолью средостения
- в) и опухолью диафрагмы
- г) и ограниченной релаксацией диафрагмы
- д) всеми перечисленными новообразованиями

42. При хирургическом лечении рака легкого применяются следующие типы (тип) пульмонэктомий:
- а) типичная
 - б) расширенная
 - в) комбинированная
 - г) все перечисленные
 - д) ни одна из перечисленных
43. К центральному раку относятся опухоли, исходной локализацией которых являются бронхи:
- а) главные
 - б) долевые и сегментальные
 - в) субсегментарные и V порядка
 - г) правильные ответы а) и б)
 - д) правильные ответы б) и в)
44. Очертания тени первичной опухоли на рентгенограммах при раке легкого могут быть:
- а) четкими
 - б) нечеткими в виде «лучистого венчика», «спикул», «щеточки»
 - в) слегка волнистыми
 - г) все ответы верные
45. Основными видами хирургического вмешательства при раке легкого являются:
- а) лобэктомия (билобэктомия)
 - б) пневмонэктомия
 - в) сегментэктомия
 - г) клиновидная или краевая резекция легкого
 - д) правильные ответы а) и б)
 - е) все ответы верные
46. К комбинированным операциям по поводу рака легкого не относятся операции:
- а) с удалением паратрахеальных и медиастинальных лимфатических узлов
 - б) с резекцией перикарда
 - в) с резекцией трахеи
 - г) с резекцией грудной стенки
47. По мере роста опухоли скорость нарастания степени нарушения бронхиальной проходимости наиболее выражена:
- а) при эндобронхиальном экзофитном раке бронха
 - б) при перибронхиальном узловатом раке
 - в) при разветвленном раке
 - г) при пневмониеподобном раке
 - д) при раке вертушки легкого (Пенкоста)
48. Рентгенологическое томографическое исследование у больных периферическим раком легкого позволяет:
- а) оценить структуру тени новообразования
 - б) выявить и оценить полости распада
 - в) определить степень распространения опухоли по легочной ткани
 - г) определить состояние лимфатических узлов корня и средостения
 - д) все ответы верные

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

- а) слабость мышц кисти
- б) расстройство чувствительности участков кисти и предплечья
- в) синдром Горнера
- г) все ответы верные

50. «Рентгеноотрицательный период» в развитии центрального рака легких характеризуется:

- а) отсутствие рентгенологических признаков первичной опухоли или ее внутригрудных метастазов
- б) отсутствие клинических признаков первичной опухоли
- в) отсутствие клинических проявлений метастазов
- г) все ответы правильные

51. Медленно растущее образование, расположенное центрально и подлежащее только хирургическому лечению

- а) плоскоклеточный рак
- б) аденома бронха
- в) аденокарцинома
- г) овсяноклеточный рак

52. К факторам, способствующим возникновению предрака и рака легкого относятся все, кроме:

- а) Длительного курения
- б) Ионизирующего излучения
- в) Неполноценного питания
- г) Запыленности воздуха производственной пылью

53. К клинико-анатомическим формам рака легкого по А. И.Савицкому относится все, кроме:

- а) Центрального эндобронхиального
- б) Центрального перибронхиального
- в) Периферического
- г) Саркоидоза Бенье-Бека

54. В группу повышенного риска заболеть раком легкого относятся:

- а) Заядлые курильщики
- б) Работники автотранспорта
- в) Работники химического производства
- г) Все перечисленные

55. Характерной особенностью клинического течения периферического рака легкого в форме шаровидной тени является:

- а) Лихорадка
- б) Прожилки крови в мокроте
- в) Длительное бессимптомное течение
- г) Одышка

56. Больной жалуется на боли в плечевом суставе. При осмотре выявлен миоз, экзофтальм и атрофия мышцы руки. При рентгенологическом исследовании обнаружено затемнение в области верхушки левого легкого, узурация контура 1-2 ребер. Укажите правильный диагноз:

- а) инфильтративный туберкулез легкого
- б) пневмониеподобный рак легкого

- в) центральный рак легкого
- г) рак легкого типа Пенкоста

57. К поздним симптомам центрального рака легкого относятся все, кроме:

- а) синдрома "верхней поллой вены"
- б) ателектаза легкого с одной стороны
- в) сухого надсадного кашля
- г) экссудативный плеврит

58. Наиболее прогностически неблагоприятной гистологической формой рака легкого является:

- а) плоскоклеточный ороговевающий рак
- б) высокодифференцированная аденокарцинома
- в) недифференцированный рак
- г) карциноид

59. Для уточняющей диагностики периферического рака легкого наиболее информативным методом является:

- а) рентгенография легких в двух проекциях
- б) трансторакальная пункция опухоли
- в) фибробронхоскопия с прицельной биопсией
- г) медиастиноскопия

60. При какой форме рака легкого особенно эффективно исследование мокроты на атипические клетки:

- а) при периферическом раке в форме круглой тени
- б) при раке верхушки легкого
- в) при эндобронхиальном росте центрального рака
- г) при перибронхиальном росте центрального рака

61. Понятие "централизация" обозначает, что периферический рак легкого прорастает стенку
1) главного бронха; 2) долевого; 3) сегментарного бронха; 4) субсегментарного бронха; 5) бронха V порядка

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

62. Наличие метастатического плеврита при раке легкого соответствует символу

- а) T₁
- б) T₂
- в) T₃
- г) T₄

63. Символу T₃ в соответствии с международной классификацией по системе TNM соответствует рак легкого любых размеров, врастающий

- а) в диафрагму
- б) в грудную клетку
- в) в медиастинальную клетчатку
- г) в пищевод

64. Ателектаз или обструктивный пульмонит всего легкого по классификации TNM соответствует символу
- T₁
 - T₂
 - T₃
 - T₄
65. Метастазы в надключичные лимфоузлы при раке легкого в соответствии с классификацией TNM обозначаются символом
- N₃
 - M⁺
 - T₄
 - P₂
67. Если плеврит у больного раком легкого не связан с метастазированием по плевре, то первичная опухоль легкого может быть обозначена символом (символами)
- T₁
 - T₂
 - T₃
 - все ответы верны
68. Периферический рак легкого диаметром 4 см, не прорастающий висцеральной плевры, с одиночными метастазами в бронхопульмональных лимфоузлах, соответствует
- I стадии заболевания
 - IIA стадия
 - IIB стадия
 - IIIA стадия
69. При раке легкого наиболее часто метастазами поражаются следующие группы лимфатических узлов
- внутригрудные
 - подмышечные
 - забрюшинные
 - паховые
70. Наиболее часто трансторакальная пункция новообразования в легком сопровождается осложнением в виде
- пневмоторакса
 - гемоторакса
 - кровохарканья
 - имплантационного метастазирования
71. С целью профилактики рецидива и метастазов при раке легкого могут применяться
- предоперационная лучевая терапия
 - послеоперационная лучевая терапия
 - предоперационная химиотерапия
 - все перечисленное
72. Хирургический метод лечения мелкоклеточного рака
- не применяется
 - применяется у абсолютного большинства больных в качестве самостоятельного метода
 - применяется, как правило, в комбинации с химиотерапией

г) применяется в начальных стадиях в сочетании с лучевой и химиотерапией

73. Наиболее высокому риску заболевания раком легкого подвергаются лица, курящие

- а) сигары
- б) сигареты без фильтра
- в) сигареты с фильтром
- г) трубку

78. Хирургическое лечение противопоказано при:

- а) метастазах в прикорневые лимфатические узлы
- б) ателектазе целой доли
- в) ателектазе всего легкого
- г) одиночном метастазе в надключичный лимфатический

79. Факторами риска заболевания раком легкого считаются все, кроме:

- а) задымленность воздуха крупных городов
- б) увеличивающееся количество автотранспорта
- в) дымовые выбросы заводов и фабрик
- г) хроническое переутомление

80. Обтурационный пневмонит при раке легкого характеризуется:

- а) быстротечностью пневмонита
- б) легко поддается противовоспалительной терапии
- в) развивается на фоне сегментарного или долевого ателектаза
- г) верно все

81. Рак Пенкоста

- а) относится к периферическим ракам
- б) протекает с симптомами поражения плечевого сплетения, симпатического ствола, межреберных нервов
- в) с разрушением 1 ребра
- г) все верно

82. Неотложные состояния при раке легкого:

- а) канцероматозный плеврит
- б) пневмоторакс
- в) профузное легочное кровотечение
- г) верно все

Тема: Опухоли опорно-двигательного аппарата

001. Для доброкачественных опухолей костей характерны следующие рентгенологические признаки:

- а) выраженный мягкотканый компонент;
- б) мелкоочаговая деструкция;
- в) периостальная реакция в виде "спикул";
- г) наличие "козырька Кодмэна";
- д) вздутие надкостницы;
- е) четкие контуры участка деструкции;
- ж) истончение коркового слоя.

1. Все ответы правильны;
2. правильны три последних признака;

3. правильны четыре первых признака;
4. правильны признаки б, г, е, ж;
5. нет правильного ответа.

002. Остеогенная саркома наиболее часто встречается в возрасте:

1. до 2 лет;
2. от 2 до 10 лет;
3. старше 10 лет;
4. старше 12 лет;
5. старше 15.

003. Наиболее характерный возрастной период для остеогенной саркомы:

1. от 0 до 5 лет;
2. от 6 до 11 лет;
3. от 12 до 20 лет;
4. нет правильного ответа;
5. у детей не встречается.

004. Наиболее характерными клиническими проявлениями остеогенной саркомы являются:

1. боль при ходьбе;
2. "ночные боли";
3. повышение температуры тела;
4. парестезии в конечностях;
5. все ответы верны.

005. Основные клинические симптомы остеогенной саркомы проявляются в следующей последовательности:

- а) нарушение функции конечности;
 - б) припухлость;
 - в) боль;
 - г) повышение температуры тела;
 - д) расширенная венозная сеть над опухолью.
1. а, б, в, г, д;
 2. в, б, а, г, д;
 3. б, в, а, г, д;
 4. б, а, в, г, д;
 5. б, г, а, в, д.

006. Остеогенной саркомой поражаются чаще всего:

1. длинные трубчатые кости;
2. плоские кости;
3. кости черепа;
4. кости таза;
5. тела позвонков.

007. Преимущественная локализация остеогенной саркомы:

1. дистальный отдел бедренной кости;
2. проксимальный отдел бедренной кости;
3. дистальный отдел плечевой кости;
4. тело позвонка;
5. ость лопатки.

008. Типичной локализацией остеогенной саркомы является:

1. диафиз трубчатой кости;
2. метаэпифизарная зона кости;
3. плоские кости;
4. эпифиз плечевой кости;
5. правильного ответа нет.

009. Остеогенная саркома метастазирует в:

1. паховые лимфатические узлы;
2. плоские кости;
3. легкие;
4. кости;
5. мозг.

010. Наиболее характерными рентгенологическими признаками при остеогенной саркоме являются:

1. слоистый периостит;
2. "козырек Кодмена";
3. спикулы;
4. правильны ответы 1 и 2;
5. все ответы правильны.

011. Для метастатического поражения костей у детей характерны следующие рентгенологические признаки:

- а) поражение одной кости;
- б) литические очаги, окруженные склеротическим ободком;
- в) множественное поражение скелета;
- г) мелкоочаговая деструкция;
- д) участки деструкции без четких контуров.

1. Все ответы правильны;
2. правильны только 3 последних признака;
3. правильны только 3 первых признака;
4. правильны ответы б, г, д;
5. нет правильного ответа.

012. Метод, позволяющий достоверно установить диагноз остеогенной саркомы:

1. Рентгенография.
2. Ангиография.
3. Компьютерная томография.
4. Морфологическое исследование.
5. правильно 1 и 3.

013. Остеогенную саркому следует дифференцировать с:

1. саркомой Юинга;
2. острым гематогенным остеомиелитом;
3. артритом;
4. посттравматическими изменениями;
5. со всеми перечисленными.

014. Основным методом лечения остеогенной саркомы является:

1. хирургический;
2. лучевой;
3. химиотерапия;

4. химиотерапия + операция;
5. верно 3 и 4.

015. У больного 6 лет диагностирована остеогенная саркома дистального метадиафиза бедренной кости. Объем оперативного вмешательства:

1. Подвертельная ампутация бедра.
2. Экзартикуляция бедра.
3. Обратная пластика.
4. Резекция с эндопротезированием.
5. Правильны ответы 1 и 3.

016. Больная 14 лет, рост 175 см; диагноз: остеогенная саркома проксимального метафиза бедренной кости. Мягкотканый компонент слабо выражен. Рентгенологическая протяженность 7 см. возможный объем оперативного вмешательства:

1. Экзартикуляция бедра.
2. Резекция бедренной кости с эндопротезированием.
3. Экскохлеация опухоли.
4. Правильного ответа нет.
5. Требуются дополнительные методы диагностики.

017. Больной 12 лет; диагноз: остеогенная саркома дистального метадиафиза большеберцовой кости. Уровень ампутации:

1. На границе верхней и средней трети большеберцовой кости.
2. На границе средней и нижней трети бедра.
3. Экзартикуляцию в коленном суставе.
4. Требуется уточнить состояние пациента.
5. Нет правильного ответа.

018. Ребенок 10 лет; диагноз: остеогенная саркома дистального метадиафиза бедра. До начала специального лечения произошел патологический перелом. Ваша тактика:

1. иммобилизация + химиотерапия;
2. иммобилизация + лучевая терапия;
3. подвертельная ампутация бедра + химиотерапия;
4. операция остеосинтеза + химиотерапия;
5. нет правильного ответа.

019. Больная 13 лет; диагноз: остеогенная саркома дистального метадиафиза бедренной кости. Мягкотканый компонент слабо выражен. Рентгенологическая протяженность 10 см. Метастазы в легкие. Ваша лечебная тактика:

1. химиотерапия + подвертельная ампутация бедра;
2. химиотерапия + резекция бедра с эндопротезированием;
3. симптоматическая терапия;
4. иммобилизация + лучевая терапия;
5. нет правильного ответа.

020. Среди сарком мягких тканей чаще встречается:

1. ангиосаркома;
2. синовиальная саркома;
3. рабдомиосаркома;
4. лейосаркома;
5. встречаются одинаково часто.

021. Среди морфологических вариантов рабдомиосаркомы преобладает:

1. эмбриональный;
2. альвеолярный;
3. плеоморфный;
4. юингоподобный;
5. недифференцированный.

022. Прогностически благоприятной локализацией рабдомиосаркомы из перечисленных являются:

- а) орбита;
 - б) паратестикулярная зона;
 - в) влагалище;
 - г) конечности;
 - д) мочевого пузыря.
1. все перечисленные;
 2. только а, б, в;
 3. только а и б;
 4. только а;
 5. в, г, д.

023. Прогностически неблагоприятной локализацией рабдомиосаркомы из перечисленных являются:

- а) конечности;
 - б) туловище;
 - в) брюшная и грудная полости;
 - г) поверхностные области головы и шеи.
1. Только два первых;
 2. только а;
 3. только а, б, в;
 4. только б, в, г;
 5. все перечисленные.

024. Причинами ошибочной диагностики при саркомах мягких тканей являются:

1. отсутствие у врачей онкологической настороженности;
2. незнание клинических проявлений сарком мягких тканей;
3. неумение определения необходимого набора диагностических средств;
4. объективные трудности диагностики;
5. все перечисленные.

025. К группе параменингеальных относят опухоли, локализующиеся в следующих областях:

1. полость носа и околоносовые пазухи, крылонебная ямка;
2. среднее ухо и височная область;
3. носоглотка;
4. орбита;
5. все перечисленные.

026. К группе непараменингеальных относят опухоли, локализующиеся в следующих областях:

1. околоушно-жевательная;
2. ротоглотка;
3. мягкие ткани лица, шеи, волосистой части головы;
4. гортань и язык;

5. все перечисленные.

027. При рабдомиосаркоме влагалища ранними симптомами являются:

1. выделения из половых путей;
2. затрудненное мочеиспускание;
3. дизурические явления;
4. все перечисленные;
5. боль и зуд во влагалище.

028. Начальными проявлениями рабдомиосаркомы среднего уха являются:

1. боли в ухе;
2. obturation слухового прохода со снижением слуха;
3. припухлость в заушной области;
4. зуд в слуховом проходе;
4. все перечисленное.

029. Для рабдомиосаркомы носоглотки ранними симптомами являются:

- а) "гнусавость" голоса;
 - б) боли;
 - в) нарушение носового дыхания;
 - г) отделяемое из носа.
1. все перечисленное;
 2. только а;
 3. только в и г;
 4. только в;
 5. только г.

030. Ранними симптомами для рабдомиосаркомы мочевого пузыря являются:

1. гематурия;
2. пиурия;
3. дизурические явления;
4. болезненность при мочеиспускании;
5. острая задержка мочи.

031. Ранними проявлениями рабдомиосаркомы яичка среди перечисленных являются:

- а) уплотнение в области яичка;
 - б) увеличение яичка;
 - в) инфильтрация тканей мошонки;
 - г) отечность мошонки, надлобковой области.
1. только а;
 2. только а и б;
 3. только а, б, в;
 4. все перечисленные;
 5. только в, г.

032. При рабдомиосаркоме малого таза могут наблюдаться симптомы:

1. отечность пахово-подвздошной области;
2. отечность мягких тканей бедра;
3. дизурические явления;
4. все перечисленные;
5. нет верного ответа.

033. Решающим методом при диагностике рабдомиосаркомы является:

1. рентгенологический;
2. термография;
3. радионуклидный;
4. УЗИ и компьютерная томография;
5. морфологический с иммунофенотипированием.

Частные вопросы онкологии

Тесты по теме «Общая часть»

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 insitu 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 аминокислоты
- 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 запущенности
- 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 «Tinsitu» 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. Ко 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

51. Определение гормональных рецепторов важно:

- а) для типирования гистологической природы опухоли
- б) для определения уровня гормонов в организме
- в) для определения целесообразности гормонотерапии
- г) все ответы правильные

52. Радиоизотопное исследования в клинической онкологии используется:

- а) для визуализации первичной опухоли
- б) для определения распространенности злокачественного процесса
- в) для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов
- г) правильные ответы а) и б)
- д) все ответы правильные

53. К III 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

54. Цифры в классификации TNM указывают:

- а) на локализацию первичной опухоли
- б) на распространенность опухолевого процесса
- в) оба ответа верные
- г) нет правильного ответа

55. Необходимым элементом вирусного канцерогенеза является:

- а) размножение вируса в клетке
- б) гибель клетки
- в) внедрение вируса в геном клетки
- г) изменение иммунологического статуса
- д) все ответы правильные

56. Рентгенологическое томографическое исследование органов грудной полости позволяет:

- а) определить точную локализацию и распространенность процесса в легочной паренхиме
- б) изучить состояние трахеи и главных бронхов
- в) изучить состояние сегментальных бронхов
- г) уточнить состояние лимфатических узлов средостения и корней легких
- д) все ответы правильные

57. Символ «Т» в классификации TNM принят для обозначения:

- а) первичной опухоли
- б) регионарных лимфатических узлов
- в) метастазов в отдаленные органы

58. Дифференцировка клеток в злокачественных опухолях:

- а) не нарушается
- б) нарушена часто
- в) нарушена редко
- г) нарушена всегда

59. Феномен обструкции при раке толстой кишки проявляется:

- а) кишечным кровотечением
- б) постоянными болями в животе
- в) повышением температуры
- г) кишечной непроходимостью

60. Канцерогенными для человека производственными процессами являются:

- а) работа с асбестом, сажей, производство резины
- б) работа с мышьяком, никелем, хромом и их соединениями
- в) деревообрабатывающая и мебельная промышленность
- г) правильно а) и б)
- д) все ответы правильные

61. Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить:

- а) морфологический диагноз
- б) топический диагноз
- в) клинический диагноз
- г) все ответы правильные
- д) правильного ответа нет

62. Феномен деструкции при раке толстой кишки проявляется:

- а) кишечным кровотечением
- б) постоянными болями в животе
- в) повышением температуры
- г) кишечной непроходимостью

63. Феномен интоксикации при раке толстой кишки проявляется:

- а) кишечным кровотечением
- б) постоянными болями в животе
- в) повышением температуры
- г) кишечной непроходимостью

64. Феномен обструкции при раке легкого проявляется:

- а) ателектазом доли легкого
- б) кровохарканьем
- в) кашлем с мокротой
- г) болями в грудной клетке
- д) повышением температуры

65. Феномен деструкции при раке легкого проявляется:

- а) ателектазом доли легкого
- б) кровохарканьем
- в) кашлем с мокротой
- г) болями в грудной клетке
- д) повышением температуры

66. Феномен интоксикации при раке легкого проявляется:

- а) ателектазом доли легкого
- б) кровохарканьем
- в) кашлем с мокротой
- г) болями в грудной клетке
- д) повышением температуры

67. Вторичная профилактика рака предусматривает:

- а) устранение химических канцерогенов
- б) профилактику инфицирования онкогенных вирусов
- в) отказ от курения
- г) выявление и лечение предраковых заболеваний

68. Наиболее распространенным канцерогеном в природе является:

- а) 2-нафталин
- б) тяжелые металлы, металлоиды
- в) радионуклиды
- г) бензопирен

69. Сигареты с ментолом:

- а) позволяют снизить риск рака полости рта
- б) позволяют снизить риск рака легких
- в) нейтрализуют канцерогены табачной смолы
- г) создают лишь холодок и уменьшают никотиновый запах

70. Компонентами табачной смолы, способствующими ее глубокому проникновению почти во все органы и ткани, являются:

- а) эфирные масла
- б) коканцерогены
- в) радионуклиды
- г) бензопирен
- д) формальдегиды

71. Онкогенный вирус, ассоциированный с раком шейки матки и полового члена:

- а) ретровирус HTLV -1
- б) гепатит В (HBV)
- в) папиллома-вирус (HPV)
- г) вирус Эпштейна-Барра

72. В общей структуре онкологической заболеваемости населения РФ первое место занимает рак:

- а) легкого
- б) желудка
- в) молочной железы
- г) щитовидной железы

73. Скрининговые исследования на выявление рака наиболее рационально следует начинать с возрастной группы:

- а) 15-24 лет
- б) 25-34 лет
- в) 35-44 лет
- г) 45-54 лет

74. К какой клинической группе относится больная с фиброаденомой молочной железы?

- а) Ia
- б) Ib
- в) II
- г) III

75. Контрольной картой диспансерного наблюдения больных является:

- а) Форма № 90-у
- б) Форма № 25-у
- в) Форма № 30-у
- г) Форма № 27-1у

76. Протокол запущенности заполняется в 2-х экземплярах на больных при выявлении:

- а) II-б стадии
- б) III-а стадии
- в) III-б стадии
- г) IV-стадии, III-б стадии наружных локализаций

77. При визуально-доступных локализациях рака протокол запущенности (форма № 27-2у) заполняется на больных со злокачественными новообразованиями:

- а) Внутриэпителиальная карцинома
- б) I стадия
- в) II -а стадия
- г) III стадия

78. Что относится к понятию “ранний рак”?

- а) Рак в I а стадии распространения
- б) Рак во II -а стадии
- в) Рак в III-а стадии
- г) Предраковые заболевания)

79. Какой из обозначенных символов соответствует раку II-б стадии? :

- а) T1 N0 M0
- б) T2 N0 M0
- в) T2 N1 M0
- г) T3 N0 M0

80. Основными структурными подразделениями онкологической службы являются следующие, за исключением:

- а) Смотровые кабинеты
- б) Районные онкологические кабинеты
- в) Центральные районные больницы
- г) Онкологические диспансеры

81. Основными задачами районного онколога являются следующие, за исключением:

- а) Диспансерное наблюдение за онкобольными
- б) Консультативный прием онкологических больных
- в) Оздоровление больных “группы риска”
- г) Разбор протоколов запущенности

82. Принципам онкологической настороженности врача противоречит:

- а) Тщательное обследование каждого больного
- б) Назначение лекарств в первый день обращения больного по принципу «эксювантибус»
- в) Привычка думать о раке со скрытым течением
- г) Знание симптомов злокачественной опухоли

83. Проводя противораковую пропаганду среди населения, не следует:

- а) Примером утверждать здоровый образ жизни
- б) Полностью раскрывать клинические признаки рака
- в) Убеждать в необходимости прохождения профосмотров
- г) Знакомить только с сигнальными признаками рака

84. Классификация по клиническим группам в отличие от классификации по стадиям отражает:

- а) Распространенность процесса
- б) Морфологическую классификацию опухоли
- в) Лечебно-диагностическую тактику
- г) Общее состояние больных

85. Первичная диагностика рака на уровне общей лечебной сети предусматривает:

- а) установление наличия злокачественной опухоли
- б) Морфологическую верификацию
- в) оценку стадии заболевания
- г) оценку распространенности процесса по системе TNM

86. К группе повышенного онкологического риска не относятся люди :

- а) имеющие контакт с онкобольными
- б) с предраковыми заболеваниями
- в) с нарушением углеводно-жирового обмена
- г) здоровые с наличием рака у ближайших родственников

87. При подозрении на рак врач обязан:

- а) обследовать больного в трехдневный срок
- б) поставить на очередь для обследования
- в) не затягивать обследование более 10 дней
- г) направлять в онкодиспансер всех больных

88. К какой клинической группе относится больной, излеченный от злокачественного новообразования?

- а) Ia
- б) Ib
- в) II
- г) III

89. В структуре онкологической заболеваемости среди женщин 1-е место в РФ занимает рак:

- а) шейки матки
- б) тела матки
- в) яичников
- г) молочной железы

90. Вторичная (клиническая) профилактика рака предусматривает:

- а) устранение химических канцерогенов
- б) профилактику инфицирования онкогенных вирусов
- в) отказ от курения
- г) выявление и лечение предраковых заболеваний

91. Рак возникает из ткани:

- а) мышечной
- б) сосудистой
- в) эпителиальной
- г) лимфатической

92. Ионизирующие излучения обладают канцерогенным действием

- а) в малых дозах
- б) в больших дозах
- в) не обладают канцерогенным действием
- г) не доказано

93. Основная сущность канцерогенеза злокачественных опухолей заключается

- а) в нарушении биохимических процессов в цитоплазме
- б) в нарушении взаимодействия структур ядра и цитоплазмы
- в) в повреждении генетического аппарата клетки
- г) правильно А) и Б)

94. Экзофитный тип роста опухоли характеризуется всем, кроме

- а) ростом опухоли в виде узла
- б) ограниченной инфильтрацией стенки органа
- в) ростом опухоли преимущественно в просвет органа
- г) все верно

95. Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта преимущественно обладают

- а) инфильтративным ростом
- б) экзофитным ростом
- в) смешанным ростом
- г) ростом опухоли в виде узла

99. Экзофитный рак отличается от эндофитного

- а) лучшим прогнозом
- б) более доброкачественным течением
- в) поздним и редким метастазированием
- г) верно все

100. Хронический болевой синдром у онкологических больных наиболее часто развивается при

- а) метастазах в кости
- б) метастазах в легкие
- в) раке желудка
- г) лимфогранулематозе

Новые концепции в онкологии и здравоохранении

001. К достоинствам метода УЗТ относятся:

- 1. неинвазивный характер исследования;
- 2. безвредность;
- 3. отсутствие противопоказаний;
- 4. высокая информативность;
- 5. все ответы правильны.

002. К эндоскопическим методам исследования относятся:

- 1. лапароскопия;
- 2. торакоскопия;
- 3. рентгеноскопия;
- 4. капилляроскопия;
- 5. правильны ответы 1 и 2.

003. Компьютерная томография может помочь поставить:

- 1. морфологический диагноз;
- 2. топический диагноз;
- 3. клинический диагноз;
- 4. все ответы правильны.

004. Наиболее информативное исследование при опухолях щитовидной железы:

- 1. ангиография;
- 2. цитологическое исследование;
- 3. термография;
- 4. радиоизотопное сканирование;
- 5. все ответы правильны.

005. Наиболее информативное исследование при опухолях печени:

- 1. компьютерная томография;

2. ангиография;
3. венография;
4. ультразвуковая томография;
5. все ответы правильны.

006. Наиболее информативный метод исследования при опухолях средостения:

1. полипозиционная рентгенография;
2. ангиография;
3. компьютерная томография;
4. торакоскопия;
5. все ответы правильны.

007. Наиболее информативный метод исследования при нефробластоме:

1. ангиография;
2. компьютерная томография;
3. ультразвуковая томография;
4. выделительная урография;
5. правильны ответы 1 и 2.

008. На поперечных срезах грудной клетки при рентгеновской компьютерной томографии нельзя:

1. точно локализовать опухоль;
2. рассчитать ее размер;
3. оценить плотность;
4. определить доброкачественный или злокачественный характер;
5. нельзя точно сказать что-либо.

009. Рентгенологическое томографическое исследование органов грудной полости позволяет:

1. определить точную локализацию и распространенность процесса;
2. изучить состояние трахеи и бронхов;
3. изучить состояние сегментарных бронхов;
4. уточнить состояние лимфатических узлов средостения и корней легких;
5. все ответы правильны.

010. Реакция Абелева — Татарина имеет важное диагностическое значение при:

1. нефробластоме;
2. нейробластоме;
3. тератобластоме;
4. ганглионевроме;
5. симпатобластоме.

011. У детей в возрасте до 1 года наличие эмбриоспецифического гамма-глобулина в сыворотке крови является:

1. нормой;
2. подозрением на наличие опухоли;
3. симптомом нарушения белкового обмена;
4. симптом не достоверный;
5. правильного ответа нет.

012. Появление альфа-фетопротеина в сыворотке крови указывает на:

1. наличие рака печени;
2. тератобластомы;

3. гепатита;
4. правильны ответы 1 и 2;
5. все ответы правильны.

013. Повышение уровня катехоламинов в моче возможно:

1. при наличии нейрогенной опухоли;
2. при наличии опухоли ЦНС;
3. после употребления большого количества цитрусовых и шоколада;
4. правильны ответы 1 и 3;
5. все ответы правильны.

014. Показаниями для проведения сиалографии являются:

1. аденома слюнной железы;
2. рак слюнной железы;
3. хронический сиалоаденит;
4. все ответы правильны;
5. правильного ответа нет.

015. Ангиография является наиболее информативным методом в диагностике:

1. хемодектом шеи;
2. метастазов в лимфатические узлы шеи;
3. рака слюнных желез;
4. рака щитовидной железы;
5. правильного ответа нет.

016. К инвазивным методам рентгенологического исследования относятся:

1. компьютерная томография;
2. ирригоскопия;
3. ангиография;
4. МРТ;
5. правильный ответ 2, 3.

017. К неинвазивным методам рентгенологического исследования относятся:

1. аортография;
2. лимфография;
3. компьютерная томография;
4. илеокавография;
5. венозигография.

018. К специальным методам рентгенологического исследования относятся:

1. рентгенография грудной клетки;
2. гистерография;
3. рентгенография костей скелета;
4. обзорная рентгенография брюшной полости;
5. правильный ответ 1, 4.

019. К рентгенологическим методам исследования мочевых путей относятся:

1. гистерография;
2. экскреторная урография;
3. холецистография;
4. бронхография;
5. правильного ответа нет.

020. К непрямым методам диагностики лимфатических узлов относятся:

1. лимфография;
2. илеокаваграфия;
3. рентгеновская компьютерная томография;
4. ультразвуковая томография;
5. все, кроме 1.

021. Ангиография наиболее информативна при диагностике:

1. опухолей матки;
2. опухолей почки;
3. опухолей желудка;
4. опухолей легких;
5. опухолей кишечника.

022. Радиоизотопные исследования в клинической онкологии используются для:

1. выявления первичной опухоли;
2. определения распространенности новообразования;
3. оценки функционального состояния некоторых органов;
4. все ответы правильны;
5. правильный ответ 1 и 2.

023. Опухоль характеризуется:

1. повышенным накоплением изотопа в опухоли;
2. пониженным накоплением изотопа в опухоли;
3. нарушением распространения изотопа по сосудам;
4. правильны ответы 1 и 2;
5. все ответы правильны.

024. Радиоактивный йод применяют для диагностики:

1. опухолей поджелудочной железы;
2. желудка;
3. щитовидной железы;
4. правильны ответы 1 и 3;
5. все ответы правильны.

025. Для диагностики метастатического поражения костей чаще всего используется:

1. радиоактивный фосфор;
2. радиоактивный стронций;
3. радиоактивный кобальт;
4. радиоактивный йод;
5. радиоактивный селен.

026. Радиоиммунологическое исследование уровня АФП может быть использовано для:

1. установления диагноза;
2. динамического наблюдения;
3. уточнения степени распространенности опухоли;
4. правильны ответы 1 и 2;
5. все ответы правильны.

027. Аспирационный (пункционный) метод исследования наиболее информативен в цитологической диагностике опухолей:

1. эпителиальных;
2. мезенхимальных;
3. нейрогенных;
4. дизэмбриональных;
5. правильного ответа нет.

028. Наиболее чувствительна реакция определения альфа-фетопротеина у больных в возрасте:

1. до 1 года;
2. от 2 до 5 лет;
3. от 6 до 10 лет;
4. старше 10 лет;
5. старше 15 лет.

029. У больных с нейробластомой повышение суточной экскреции с мочой катехоламинов наблюдается у:

1. 85 % пациентов;
2. 50 % пациентов;
3. 25 % пациентов;
4. 15 % пациентов;
5. 5 % пациентов.

030. При злокачественных нейрогенных опухолях преимущественно увеличиваются следующие из фракций катехоламинов?

1. Адреналин.
2. Норадреналин.
3. Дофамин.
4. Метилпреднизон.
5. Правильные ответы все, кроме 2.

Эталоны ответов

«Общая часть»

1.	б	2.	в
3.	в	4.	а
5.	е	6.	д
7.	д	8.	а
9.	г	10.	а
11.	д	12.	г
13.	в	14.	б
15.	в	16.	а
17.	в	18.	б
19.	г	20.	г
21.	д	22.	а
23.	а	24.	д
25.	а	26.	г
27.	д	28.	в
29.	а	30.	в
31.	а	32.	г
33.	г	34.	а
35.	г	36.	в
37.	а	38.	г
39.	а	40.	д
41.	в	42.	д
43.	а	44.	б
45.	г	46.	б
47.	а	48.	д
49.	в	50.	а

51.	в	52.	д
53.	г	54.	б
55.	д	56.	д
57.	а	58.	б
59.	г	60.	г
61.	б	62.	а
63.	а	64.	а
65.	б	66.	д
67.	г	68.	г
69.	г	70.	а
71.	в	72.	а
73.	в	74.	б
75.	в	76.	г
77.	г	78.	а
79.	в	80.	в
81.	в	82.	б
83.	б	84.	в
85.	а	86.	а
87.	в	88.	г
89.	г	90.	г
91.	в	92.	а
93.	в	94.	б
95.	а	96.	г
97.	а		

«Общие принципы лечения злокачественных новообразований»

1. а	2. г	3. в	4. г	5. а
6. а	7. д	8. д	9. в	10. а
11. г	12. а	13. а	14. в	15. г
16. в	17. а	18. Г	19. в	20. г
21. д	22. а	23. а	24. а	25. б
26. б	27. а	28. б	29. б	30. г
31. г	32. г	33. г	34. в	35. г
36. в	37. а	38. в	39. г	40. а
41. б	42. б	43. а	44. в	45. г
46. а	47. в	48. б	49. г	
50. д	51. б	52. г	53. г	
54. г	55. б	56. в	57. г	

«Рак легкого»

1. г
2. а
3. д
4. г
5. б
6. а
7. а
8. д
9. в
10. в
11. г
12. д
13. в
14. а
15. а
16. а
17. г
18. д
19. г
20. в
21. д
22. д

23. г
24. в
25. б
26. д
27. а
28. б
29. д
30. г
31. г
32. д
33. д
34. б
35. д
36. а
37. а
38. д
39. д
40. г
41. д
42. г
43. г
44. г
45. д
46. а
47. а
48. д
49. г
50. а
51. б
52. В
53. г
54. г
55. в
56. г
57. в
58. в
59. б
60. в
61. в
62. г
63. в
64. в
65. б
66. г
67. в
68. а
69. А
70. г
71. г
72. г
73. г
74. г
75. г
76. г
77. г

«Рак молочной железы»

1. в
2. б
3. а
4. а
5. б
6. г
7. в

8. б
9. г
10. д
11. д
12. в
13. в
14. в
15. б
16. в
17. б
18. г
19. а
20. а
21. г
22. д
23. в
24. г
25. г
26. б
27. г
28. а
29. д
30. в
31. г
32. г
33. в
34. б
35. б
36. г
37. д
38. д
39. г
40. б
41. б
42. г
43. в
44. а
45. г
46. г
47. г
48. б
49. в
50. б
51. д
52. в
53. а
54. а
55. а
56. д
57. г
58. а
59. г
60. г
61. в
62. в
63. г
64. в
65. г
66. б
67. г
68. г
69. а
70. б

71. г
72. г
73. б
74. в
75. а
76. в
77. в
78. в
79. а
80. б
81. в
82. а
83. б
84. б
85. г
86. в
87. г
88. г
89. в

«Рак желудка»

1. б
2. в
3. б
4. б
5. г
6. а
7. а
8. г
9. а
10. а
11. б
12. д
13. б
14. б
15. в
16. г
17. а
18. а
19. а
20. в
21. б
22. в
23. б
24. г
25. в
26. г
27. д
28. г
29. б
30. а
31. г
32. г
33. г
34. г
35. г
36. а
37. а
38. а
39. а
40. б
41. д
42. а

43. в
44. г
45. в
46. в
47. в
48. б
49. д
50. б
51. б
52. а
53. б
54. в
55. а
56. б
57. г
58. а
59. г
60. в
61. б
62. г
63. в
64. в
65. г
66. в
67. г
68. г
69. в
70. г
71. г
72. г
73. в
74. б
75. б
76. б
77. б
78. а
79. г
80. б
81. б
82. б
83. г
84. г
85. б
86. г
87. г
88. б
89. в
90. а
91. б
92. г
93. а
94. б
95. а

«Рак толстой кишки»

1. д
2. б
3. в
4. г
5. д
6. а
7. в
8. г

9. б
10. в
11. а
12. д
13. г
14. д
15. г
16. а
17. б
18. д
19. д
20. д
21. г
22. в
23. в
24. г
25. г
26. в
27. в
28. д
29. г
30. д
31. а
32. г
33. а
34. б
35. б
36. в
37. д
38. г
39. д
40. д
41. д
42. в
43. г
44. а
45. д
46. а
47. д
48. г
49. д
50. д
51. д
52. д
53. а
54. а
55. д
56. д
57. д
58. а
59. г
60. в
61. б
62. б
63. г
64. г
65. в
66. б
67. а
68. г
69. г
70. б
71. б

- 72. б
- 73. а
- 74. а
- 75. б
- 76. б
- 77. б
- 78. б
- 79. б
- 80. в
- 81. г
- 82. в
- 83. в
- 84. а
- 85. в
- 86. г
- 87. в
- 88. а
- 89. а
- 90. в
- 91. б
- 92. б
- 93. б
- 94. г
- 95. г
- 96. в
- 97. б
- 98. б
- 99. г
- 100. а
- 101. б
- 102. б
- 103. г
- 104. в
- 105. в

«Рак кожи. Меланома».

- 1. г
- 2. г
- 3. б
- 4. в
- 5. в
- 6. б
- 7. в
- 8. г
- 9. в
- 10. г
- 11. г
- 12. б
- 13. г
- 14. а
- 15. в
- 16. г
- 17. в
- 18. г
- 19. а
- 20. в
- 21. г
- 22. г
- 23. в
- 24. г
- 25. б

- 26. Г
- 27. Г
- 28. В
- 29. Б
- 30. В
- 31. г
- 32. В
- 33. г
- 34. а
- 35. г
- 36. г
- 37. а
- 38. г
- 39. а
- 40. г
- 41. а
- 42. б
- 43. а
- 44. в
- 45. а
- 46. а
- 47. а
- 48. в
- 49. в
- 50. б
- 51. г
- 52. а
- 53. г
- 54. б
- 55. д

«Опухоли опорно-двигательного аппарата»

- 001-2
- 002-3
- 003-3
- 004-2
- 005-2
- 006-1
- 007-1
- 008-2
- 009-3
- 010-5
- 011-2
- 012-4
- 013-5
- 014-4
- 015-1
- 016-2
- 017-2
- 018-3
- 019-2
- 020-3
- 021-1
- 022-2
- 023-3
- 024-5
- 025-5
- 026-5
- 027-1
- 028-1

029-3
030-3
031-2
032-4
033-5

«Лимфогрануломатоз»

1. а
2. в
3. г
4. г
5. г
6. в
7. г
8. Г
9. Г
10. б
11. г
12. г
13. б
14. б
15. б
16. г
17. г
18. б
19. в
20. г
21. а
22. а
23. в
24. б
25. б
26. в
27. в
28. б
29. б
30. б
31. г
32. б
33. б
34. в
35. г
36. г
37. г
38. в
39. г
40. б
41. в
42. в
43. г

«Новые концепции в онкологии и здравоохранении»

001-5
002-5
003-4
004-2
005-2
006-3
007-5
008-4

009-5
010-3
011-2
012-4
013-4
014-4
015-1
016-3
017-3
018-2
019-2
020-5
021-2
022-4
023-4
024-3
025-2
026-4
027-1
028-1
029-1
030-3

Вопросы для устного собеседования

Онкология (поликлиника)

Организация онкологической помощи населению

1. Статистика и эпидемиология злокачественных опухолей
2. Основные показатели заболеваемости и смертности по основным локализациям злокачественных новообразований
3. Причины запущенности пациентов со злокачественными новообразованиями
4. Организация специализированной онкологической помощи
5. Ведение отчетно-учетной документации в онкологии. Понятия о клинических группах.
6. Вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача онколога.
7. Организация поликлинической службы (задачи врача онколога, роль и задачи районного онколога, роль и задачи смотрового кабинета).
8. Организация и основные задачи специализированного онкологического отделения/стационара.

Лейкозы

9. Заболеваемость, смертность, запущенность.
10. Современные классификации.
11. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
12. Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
13. Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию.
14. Основные ошибки в диагностике и лечении.
15. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.

Лимфогранулематоз (ЛГМ)

16. Статистические данные (заболеваемость, смертность)
17. Биологические особенности и классификация ЛГМ (особенности метастазирования; классификация клиническая и морфологическая)
18. Клиника и диагностика ЛГМ. Основные клинические проявления
19. Особенности клинического течения в зависимости от морфологического варианта,

- стадии, наличия симптомов интоксикации;
20. Морфологические методы диагностики.
 21. Лабораторные методы диагностики
 22. Рентгенологические и радиоизотопные методы диагностики ЛГМ
 23. Возможности и значение хирургического метода в диагностике ЛГМ (диагностическая лапаротомия с биопсией, спленэктомия). Эволюция взглядов на спленэктомию.
 24. Дифференциальная диагностика с лимфаденитами (специфическими и неспецифическими), инфекционными заболеваниями, коллагенозами, гематосаркомами, метастазами злокачественных опухолей.
 25. Лечение ЛГМ. Выбор метода лечения в зависимости от стадии. Лечение начальных стадий (I-II). Факторы прогноза для выбора лечения.
 26. Показания к лучевой терапии, лекарственной терапии. Понятие лучевой терапии по радикальной программе.
 27. Принципы лечения III и IV стадии ЛГМ.
 28. Лекарственная терапия первичных больных; методики и схемы химиотерапии.
 29. Роль лучевой терапии в лечении распространенных стадий ЛГМ.
 30. Лечение рецидивов.
 31. Реакции и осложнения лучевой терапии.
 32. Реакции и осложнения лекарственной терапии.
 33. Современные взгляды на хирургическое лечение ЛГМ.
 34. Результаты лечения и прогноз.

Неходжкинские лимфомы

35. Заболеваемость, смертность, запущенность.
36. Современные классификации.
37. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
38. Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
39. Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
40. Основные ошибки в диагностике и лечении.
41. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.

Рак кожи

42. Заболеваемость, смертность, запущенность.
43. Современные классификации.
44. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
45. Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
46. Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
47. Основные ошибки в диагностике и лечении.
48. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения

Рак молочной железы

49. Заболеваемость, смертность, запущенность.
50. Современные классификации.
51. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
52. Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
53. Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
54. Основные ошибки в диагностике и лечении.
55. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения

Опухоли ЖКТ

56. Заболеваемость, смертность, запущенность.
57. Современные классификации.
58. Основные клинические проявления в зависимости от морфологической формы опухоли и особенности дифференциальной диагностики.
59. Оптимальные методы современной диагностики и порядок их использования.
60. Современные методы лечения, показания и противопоказания к их использованию. Закономерности метастазирования.
61. Основные ошибки в диагностике и лечении.
62. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения

Онкология (стационар)

Тема Опухоли ЦНС

63. Современные представления о причинах возникновения различных опухолей головы и шеи, первичная и вторичная профилактика.
64. Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли
65. Топографическая и клиническая анатомия области головы Анатомические области и части различных органов головы
66. Особенности и пути распространения злокачественных опухолей головного мозга
67. Современные методы обследования больных с опухолями головного мозга
68. Диагностические возможности и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики.
69. Диагностические возможности и показания к использованию ПЭТ головного мозга с ¹¹C-метионином
70. Методы морфологической верификации диагноза.
71. Современные методы лечения пациентов со злокачественными опухолями головного мозга
72. Хирургический: основные виды оперативных вмешательств, показания и противопоказания к их использованию.
73. Лучевая терапия: виды излучения, механизмы их действия и особенности применения при данных заболеваниях, показания и противопоказания к их использованию.
74. Химиотерапия: различные варианты применения, основные лекарственные препараты, показания и противопоказания к их применению.
75. Особенности комбинированного и комплексного лечения различных опухолей головного мозга.

Рабдомиосаркома

76. Заболеваемость, смертность, запущенность.
77. Современные классификации.
78. Особенности клинических проявлений в зависимости от локализации и распространения.
79. Оптимальные методы диагностики и дифференциальной диагностики и порядок их использования.
80. Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов.
81. Основные ошибки в диагностике и лечении.
82. Осложненные формы течения.
83. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.

Саркома Юинга

84. Заболеваемость, смертность, запущенность.
85. Современные классификации.
86. Частота и связь с доброкачественными изменениями данного органа и различными факторами риска.

87. Оптимальные методы диагностики и дифференциальной диагностики и порядок их использования.
88. Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов.
89. Основные ошибки в диагностике и лечении.
90. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.

Остеогенная саркома

91. Заболеваемость, смертность, запущенность.
92. Особенности локализации и частота поражения.
93. Современные классификации и факторы прогноза.
94. Особенности клинических проявлений на ранних стадиях развития и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями слюнных желез.
95. Оптимальные методы ранней и уточняющей диагностики и порядок их использования.
96. Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов.
97. Основные ошибки в диагностике и лечении.
98. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.

Онкогинекология

99. Заболеваемость, смертность, запущенность.
100. Особенности локализации и частота поражения.
101. Современные классификации и факторы прогноза.
102. Особенности клинических проявлений на ранних стадиях развития и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями слюнных желез.
103. Оптимальные методы ранней и уточняющей диагностики и порядок их использования.
104. Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов.
105. Основные ошибки в диагностике и лечении.
106. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.

Онкоурология

107. Заболеваемость, смертность, запущенность.
108. Особенности локализации и частота поражения.
109. Современные классификации и факторы прогноза.
110. Особенности клинических проявлений на ранних стадиях развития и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями слюнных желез.
111. Оптимальные методы ранней и уточняющей диагностики и порядок их использования.
112. Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов.
113. Основные ошибки в диагностике и лечении.
114. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.

Рак легкого

115. Заболеваемость, смертность, запущенность.
116. Особенности локализации и частота поражения.
117. Современные классификации и факторы прогноза.
118. Особенности клинических проявлений на ранних стадиях развития и дифференциальная диагностика с другими заболеваниями слюнных желез.
119. Оптимальные методы ранней и уточняющей диагностики и порядок их использования.
120. Современные принципы лечения, показания и противопоказания к использованию различных методов.
121. Основные ошибки в диагностике и лечении.

122. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.

Частные вопросы онкологии

Паллиативная помощь в онкологии

123. Современные возможности паллиативной помощи;
124. Лечение хронического болевого синдрома у пациентов со злокачественной опухолью.

Основы теоретической и экспериментальной онкологии

125. Современное состояние теорий канцерогенеза.

Общие принципы лечения злокачественных опухолей

126. Современные возможности хирургического лечения в онкологии
127. Современные возможности лучевой терапии. Виды ионизирующего излучения. Аппаратное оснащение. Радиобиологические основы лучевой терапии, способы и средства радиомодификации.
128. Подходы к лекарственному лечению злокачественных опухолей. Показания, противопоказания, борьба с осложнениями.
129. Органосохраняющее и функционально-щадящее направление в лечении в онкологии.

Лучевая терапия

130. Современные возможности лучевой терапии злокачественных опухолей.
131. Радиобиологические основы лучевой терапии, способы и средства радиомодификации.
132. Новые методы лучевого лечения в детской онкологии: лучевая терапия как компонент комбинированного и комплексного лечения злокачественных опухолей у детей.
133. Понятие о радикальной, паллиативной и симптоматической лучевой терапии.
134. Реакции и осложнения лучевой терапии. Методы профилактики и лечения.

Физические факторы лечения

1. Использование лазерной, электро- и криодеструкции в лечении опухолей.

Реабилитация в онкологии

135. Основы реабилитации в онкологии.
136. Использование низкоэнергетических лазеров на этапах лечения и восстановления функционального состояния больных.
137. реабилитационные программы для семей с ребенком, перенесшим злокачественное онкологическое заболевание.

Новые концепции в онкологии и здравоохранении

138. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики.
139. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию радиоизотопных методов.
140. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию ультразвуковых методов.
141. Диагностические возможности, эффективность и показания к использованию эндоскопических методов.
142. Диагностические возможности, показания и эффективность методов инструментальной диагностики в оценке функционального состояния больных перед началом и на этапах специального лечения (электрокардиография, в т.ч. с проведением функциональных нагрузочных проб, экскреторная функция почек).
143. Лабораторная диагностика: общий клинический анализ крови, общий

клинический анализ мочи, биохимический анализ крови, исследование уровня гормонов крови (половые гормоны, гормоны щитовидной железы, гипофиза).

Морфология опухолей

144. Морфологическая классификация опухолей.
145. Клиническая классификация опухолей.
146. Механизмы химиорезистентности опухолей.
147. Роль опухолевых маркеров в онкологии.
148. Лабораторные методы индивидуального прогнозирования в онкологии.
149. Роль модификаторов и протекторов в лучевой терапии злокачественных опухолей.

Алгоритмы практических навыков

1) опухоли головы и шеи

квалифицированно осмотреть различные отделы полости рта, глотки, гортани и шеи
произвести пальпаторное обследование шеи, щитовидной и слюнных желез, полости рта, глотки и носоглотки
получить материал для морфологической верификации диагноза (цитологической, гистологической) из опухолей полости рта, ротоглотки, щитовидной и слюнных желез, внеорганных опухолей шеи, увеличенных лимфатических узлов подчелюстной, затылочной и шейно-надключичных групп
оценить данные рентгенологического обследования ЛОР-органов
оценить результаты радиоизотопного исследования щитовидной железы
оценить данные ультразвукового исследования шеи
определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию заболевания по отечественной классификации и системе TNM
выбрать адекватный план лечения при опухолевом поражении различных органов головы и шеи с учетом распространенности и морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного
произвести тампонаду полости носа и носоглотки при кровотечении
оценить адекватность заместительной гормонотерапии при опухолях щитовидной железы и провести коррекцию дозы тиреоидных гормонов
оценить результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность операции
установить показания и произвести нижнюю трахеостомию с оформлением временной или постоянной трахеостомы
перевязать наружную сонную, а по показаниям и общую сонную артерии
выполнить прескаленную биопсию
удалить неосложненные внеорганные опухоли шеи
удалить ограниченные опухоли подчелюстной и малых слюнных желез
произвести резекцию околоушной слюнной железы в плоскости ветвей лицевого нерва
произвести стандартную гемитиреоидэктомию или экстракапсулярную субтотальную резекцию щитовидной железы с выделением возвратных нервов и околощитовидных желез

2) опухоли органов грудной клетки

выполнить пальпацию, аускультацию и перкуссию органов грудной клетки
оценить данные рентгенологического обследования органов грудной клетки и средостения
оценить результаты радиоизотопного исследования головного мозга и костей скелета
оценить данные ультразвукового исследования грудной стенки, органов грудной полости и средостения
оценить данные эндоскопического исследования органов грудной клетки и средостения
определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию заболевания по отечественной классификации и системе TNM
выбрать адекватный план лечения при опухолевом поражении различных органов грудной клетки и средостения с учетом распространенности и морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного
выполнить плевральную пункцию
произвести катетеризацию плевральной полости
осуществить дренирование плевральной полости
произвести трансторакальную пункцию легкого
произвести трансторакальную пункцию опухоли средостения
выполнить трансторакальную игловую биопсию опухоли грудной стенки и средостения
произвести пункцию и катетеризацию магистральных сосудов с измерением венозного давления
произвести пункцию периферических лимфатических узлов
выполнить бронхоскопию
выполнить эзофагоскопию
выполнить зондирование трахеи
произвести пункцию костного мозга (стерильную и из гребня подвздошной кости)
оценить результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность операции
произвести торакотомию
произвести краевую резекцию легкого
произвести пневмонэктомию
выполнить энуклеацию доброкачественных опухолей легкого
произвести субтотальную резекцию пищевода:
- эзофагопластика
- внеорганный эзофагогастроанастомоз

3) опухоли брюшной полости и забрюшинного пространства

выполнить пальпацию, аускультацию и перкуссию органов брюшной полости
оценить данные рентгенологического обследования органов брюшной полости и забрюшинного пространства
оценить данные ультразвукового исследования брюшной стенки, органов брюшной полости и забрюшинного пространства
оценить данные эндоскопического исследования брюшной стенки, органов

брюшной полости и забрюшинного пространства
определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию
заболевания по отечественной классификации и системе TNM
выбрать адекватный план лечения при опухолевом поражении различных органов
брюшной полости и забрюшинного пространства с учетом распространенности и
морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного
выполнить пальцевое обследование прямой кишки
произвести ректороманоскопию с биопсией опухоли
подготовить больного к ультразвуковому сканированию и компьютерной
томографии
ассистировать на операциях при онкопатологии органов брюшной полости
подготовить больного на операцию по поводу заболеваний органов брюшной
полости и забрюшинного пространства
выполнить лапароцентез
оценить результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность
операции
выполнить лапаротомию
произвести гастростомию
произвести дистальную субтотальную резекцию желудка
выполнить резекцию кишки:
- тонкой кишки с межкишечным анастомозом
- толстой кишки с межкишечным анастомозом
- обструктивную по Гартману
сформировать гастроэнтероанастомоз
сформировать энтероэнтероанастомоз
сформировать коло- или энтеростому
выполнить билиодигестивные анастомозы

4) онкоурология
провести физикальное обследование органов мочеполовой сферы
оценить данные рентгенологического обследования органов мочеполовой сферы
оценить данные ультразвукового исследования органов мочеполовой сферы
оценить данные эндоскопического исследования органов мочеполовой сферы
определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию
заболевания по отечественной классификации и системе TNM
выбрать адекватный план лечения при опухолевом поражении различных органов
мочеполовой сферы с учетом распространенности и морфологии опухоли, возраста и
соматического статуса больного
произвести пункционную биопсию почек под контролем УЗИ
выполнить надлобковую пункцию мочевого пузыря
выполнить цистоскопию
произвести пункцию яичка
произвести пункцию предстательной железы (чрезкожную и трансректальную)
выполнить катетеризацию мочевого пузыря
подготовить больного к рентгенологическому, компьютерному и ультразвуковому
исследованию

выполнить диафаноскопию

оценить результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность операции

выполнить цистостомию

произвести орхидфуникулэктомию

произвести нефрэктомию

выполнить трансуретральную резекцию мочевого пузыря

произвести резекцию мочевого пузыря

5) онкогинекология

произвести физикальное обследование органов репродуктивной сферы

оценить данные рентгенологического обследования органов репродуктивной сферы

оценить данные ультразвукового исследования органов репродуктивной сферы

оценить данные эндоскопического исследования органов репродуктивной сферы

определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию

заболевания по отечественной классификации и системе TNM

выбрать адекватный план лечения при опухолевом поражении различных органов

репродуктивной сферы с учетом распространенности и морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного

выполнить ректовагинальное исследование

владеть диагностическими манипуляциями:

- мазки из шейки матки

- из цервикального канала

- аспират из полости матки

- пункция заднего свода

- гистерография

- цервикогистероскопия с выскабливанием

- лапароцентез

- раздельное диагностическое выскабливание

оценить результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность операции

выполнить удаление придатков:

- с одной стороны

- с двух сторон

выполнить резекцию яичника

выполнить надвлагалищную ампутацию матки:

- без придатков

- с придатками

произвести экстирпацию матки:

- без придатков

- с придатками

выполнить вувэктомию:

- с паховой лимфаденоэктомией

- с подвздошно-паховой лимфаденоэктомией

- без лимфаденоэктомии

выполнить ампутацию шейки матки:

- ножевую
- ультразвуковую
- лазерную

б) онкогематология

провести пальпаторное исследование периферических лимфатических узлов, печени, селезенки

выполнить пункционную и ножевую биопсию периферических лимфатических узлов для цитологического исследования

выполнить пункцию костного мозга (стерильную и из гребня подвздошной кости)

определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию заболевания по отечественной классификации и системе TNM

выбрать адекватный план лечения с учетом распространенности и морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного

оценить результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность опухоли молочных желез, кожи, мягких тканей, опорно-двигательного аппарата

выполнить осмотр и пальпаторное исследование молочных желез, кожи, мягких тканей и опорно-двигательного аппарата

выполнить пункционную и ножевую биопсию периферических лимфатических узлов, опухолевых образований молочной железы, кожи, мягких тканей и опорнодвигательного аппарата

взять мазки для цитологического исследования, изготовить мазки-отпечатки

определить распространенность опухолевого процесса и установить стадию заболевания по отечественной классификации и системе TNM

выбрать адекватный план лечения с учетом распространенности и морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного

выполнить дренирование послеоперационных ран, ведение чистых и гнойных ран
оценить результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность операции

выполнить секторальную резекцию молочной железы

выполнить все виды радикальных операций на молочной железе

удаление доброкачественных опухолей молочной железы, кожи и мягких тканей

выполнить пластику раневого дефекта местными тканями

выполнить трепанобиопсию опухолей костей

выполнить операционную биопсию опухолей костей и мягких тканей

выполнить краевую резекцию кости при доброкачественных опухолях

выполнить радикальные операции при опухолях мягких тканей различных локализаций

выполнить все виды лимфаденоэктомий (подмышечная, операция Дюкена, подвздошно-пахово-бедренная)

- навыки по оказанию скорой и неотложной помощи

остановка наружного кровотечения

комплексная сердечно-легочная реанимация

принципы оказания срочной помощи при шоках различных этиологий

первая врачебная помощь при неотложных состояниях (обморок, гипертонический криз, стенокардия, инфаркт миокарда, отек легких, приступ бронхиальной астмы,

открытый и клапанный пневмоторакс, почечная колика, острая почечная, печеночная, надпочечниковая недостаточность, аллергические реакции, острая задержка мочи, острое нарушение мозгового кровообращения, острые заболевания брюшной полости, ожоги различной этиологии, синдром дегидратации, комы гипер- и гипогликемические)

- трактовка результатов лабораторных и инструментальных методов исследования

- навыки социальной деятельности

профилактика злокачественных заболеваний:

- первичная профилактика

- вторичная профилактика

активное выявление больных со злокачественными новообразованиями

- индивидуальный онкоосмотр

- комплексные осмотры

- целевые осмотры

- участие в реализации скрининговых программ

лечение больных со злокачественными новообразованиями

реабилитация

- медицинская

- социальная

- психологическая

патронаж и опека больных со злокачественными новообразованиями

- владение правовыми и законодательными основами деятельности врача-онколога

- владение алгоритмом постановки диагноза

диагностировать злокачественное новообразование

определить степень ее распространенности (клиническую стадию и клиническую группу)

на основе полученных данных выработать индивидуальный план лечения больного (радикального, паллиативного, симптоматического)

определить основные прогностические перспективы

владение современными методами лечения.

Задачи

Задача №1.

У больной М. 80 лет, прооперированной по поводу рака желудка, на 4 день послеоперационного периода появились пульсирующие боли, покраснение и припухлость в околоушной области справа, затрудненное глотание, сухость во рту. При обследовании состояние больной средней степени тяжести, температура тела 39,0 °С. Язык сухой, покрыт грязно-серым плотным налетом, слизистая полости рта отечна, в области отверстия околоушного протока отмечается гиперемия. Пальпация околоушной области резко болезненная, кожа напряжена, мягкие ткани лица отечны, симптом флюктуации не определяется. При легком массаже околоушной слюнной железы из слюнного протока выделяется мутная слюна. В общем анализе крови лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ.

Предварительный диагноз? Необходимые дополнительные исследования? Лечебная тактика.

Задача №2.

Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания.

Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет.

Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм. рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Предварительный диагноз. Обследование. Лечебная тактика.

Задача №3.

Мужчина 40 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. В анализах крови общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 17 мкмоль/л, непрямого - 13 мкмоль/л, лейкоциты 12х 10⁹/л. После проведенной инфузионной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром значительно уменьшился, но оставались тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, лабораторные показатели пришли к норме.

На 14 сутки у больного отмечена субфебрильная температура - 37,4°C. На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется петехиальная сыпь, температура тела 39,8°C, потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин., лейкоциты 30х10⁹/л, мочевого пузыря пуст, креатинин 343 мкмоль/л, моче-вина 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.

Предварительный диагноз. Дополнительные методы обследования. Врачебная тактика.

Задача №4.

Больной Д., 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.

Обследование. Тактика лечения.

Задача №5.

Больная Р., 37 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, плохой аппетит, похудание на 10 кг. Больна в течение 6 месяцев, когда впервые появились боли в животе, которые постепенно нарастали. При обследовании по месту жительства на УЗИ в правой доле печени выявлены образования, подозрительные на метастазы. Больная направлена в онкодиспансер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 37,40С. Пониженного питания. В надключичной области справа пальпируется плотный малоподвижный лимфатический узел 2 см. в диаметре. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где пальпируется плотный край печени, выступающий из-под реберных дуг на 5 см. В пунктате из лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – в правой доле печени множественные гетерогенные образования до 30 мм в диаметре. Выставлен диагноз: Метастазы в надключичный лимфоузел справа, печень без выявленного первичного очага.

Диагноз. Врачебная тактика.

Задача №6.

Больной А., 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита,

наличие желтухи, которая появилась 1,5 месяца назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал.

При осмотре: склеры и кожа больного желтушного цвета, тургор кожи резко понижен; на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется увеличенный, безболезненный желчный пузырь. Стул ахоличен.

Диагноз. Врачебная тактика.

Задача №7.

Больной Е., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивную боль в верхней половине живота, внезапно появившуюся 2 часа назад. Из анамнеза известно, что больной длительно страдает язвенной болезнью желудка, в последние месяцы сильно похудел. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Частота пульса 84 удара в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации резко напряжён, болезнен во всех отделах. Симптом Щёткина положительный. При обзорной рентгенографии выявлено наличие свободного газа в брюшной полости. При экстренной лапаротомии выявлена язва препилорического отдела желудка, по малой кривизне, с белесоватыми краями хрящевидной плотности, в центре - перфорационное отверстие диаметром 2 мм. В малом сальнике увеличенные до 1,5 см плотные лимфатические узлы.

Диагноз. Дополнительные методы исследования. Лечебная тактика.

Задача №8.

Больная П., 78 лет, предъявляет жалобы на слабость, похудание на 20 кг, повторную рвоту после приёма пищи застойным содержимым. Считает себя больной в течение года. Из перенесённых заболеваний - ИБС, инфаркт миокарда 4 года назад.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Масса тела 42 кг, рост - 162 см. Кожные покровы бледные, тургор резко понижен. В легких без патологии. ЧСС 90 ударов в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, при перкуссии определяется наличие свободной жидкости. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см., край плотен, бугристый. Стула не было в течение 10 дней.

Диагноз. Дополнительные исследования. Лечение.

Задача №9.

У больной И., 58 лет, 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре: больная резко истощена. 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. Тугого 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.

Предварительный диагноз. Дополнительное обследование. Лечение.

Задача №10.

Больной А., 55 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли в животе, в течение последних 6 месяцев отмечает запоры, пери-одически вздутие живота.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 96 ударов в минуту, АД - 150/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот неравномерно вздут, при пальпации болезненный в левом подреберье. Симптом Щёткина отрицательный. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании - пустая ампула прямой кишки. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - пневматоз кишечника, единичный уровень жидкости. Больного оперируют в экстренном порядке, обнаружена опухоль селезеночного угла толстой кишки, не прорастающая в соседние органы, подвижна, видимых метастазов нет. Приводящая кишка забита каловыми массами.

Предварительный диагноз. Дополнительные методы исследования. Врачебная тактика.

Задача № 11.

Больной Ц., 50 лет, 3 месяца назад обнаружил примесь крови в кале, до этого в течение года беспокоили запоры, боли в левой подвздошной области.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 76 ударов в минуту, АД - 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется плотная опухоль 5 см. в диаметре. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании патологии не выявлено.

Предварительный диагноз. Дополнительные методы исследования. Лечение.

Задача №12.

Больной Х., 62 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастрии и за грудиной, возникающие натощак, усиливающиеся по ночам. Боли сопровождаются тяжелой отрыжкой и изжогой, ночным кашлем. Подобные боли отмечает около трех недель, связывает с нерегулярным питанием. Прием соды кратковременно купирует боль.

При поступлении: состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, правильного телосложения, повышенного питания. При пальпации живота незначительная болезненность в эпигастрии.

Предварительный диагноз. Дополнительные методы исследования. Лечение.

Задача №13.

Больной К., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой паховой области, появившиеся после поднятия тяжести. С момента появления боли прошло 3 часа. При осмотре: состояние удовлетворительное, живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошно-паховой области, симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области имеется резко болезненное опухолевидное образование плотноэластической консистенции, размером 5х6х4 см, невправимое в брюшную полость. Кожа над ним не изменена. Из анамнеза: в течение двух лет отмечал периодическое появление в правом паху данного образования, но оно самостоятельно исчезало.

Предварительный диагноз. Лечение.

Задача №14.

Больная П., 66 лет, обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования, расположенного на передней поверхности брюшной стенки, периодические боли в области его.

Из анамнеза: три года назад оперирована по поводу гангренозно-перфоративного холецистита, желчного перитонита. Через 2 месяца после операции отметила появление опухолевидного образования в области послеоперационного рубца. Постепенно образование увеличилось в размерах, появились боли.

Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения, ФК II; Гипертоническая болезнь II стадии.

При осмотре: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Отмечается выраженная асимметрия живота за счет опухолевидного образования размером 20х25х18 см, мягко-эластической консистенции, невправимого в брюшную полость, расположенного в области старого послеоперационного рубца.

Диагноз. Неотложная помощь. Тактика лечения больного.

Задача №15.

Больной С., 51 года, поступил в хирургическое отделение с жалобами на голо-вокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастриальной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал, доставлен бригадой скорой по-мощи. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тя-желому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетвори-тельного

наполнения. АД 100/70 мм рт.ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Perirectum: Ам-пула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала.

Диагноз. Дополнительное обследование. Лечение.

Задача №16.

У больного 38 лет после приема алкоголя появились выраженные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота. Состояние тяжелое. Кожа лица гиперемирована, сухая. В легких жесткое дыхание, ослабленное слева. Пульс 120 в минуту, АД 150/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен. Живот увеличен в объеме, участвует в акте дыхания ограниченно в верхних отделах, болезненный в эпигастрии, где определяется ригидность и положительный симптом раздражения брюшины. Перистальтика отсутствует. Стула не было. При ультрасонографии установлено, что поджелудочная железа увеличена в размерах, контуры ее неровные, с очагами повышенного отражения. В сальниковой сумке скудное количество жидкости. Желчный пузырь не изменен. Холедох обычных размеров. В брюшной полости определяется свободная жидкость.

Диагноз. Дополнительные обследования. Тактика лечения.

Задача №17.

Больной 40 лет две недели назад был оперирован по поводу огнестрельного ранения брюшной полости с повреждением тонкой кишки. Было выполнено ушивание многочисленных ранений тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости. На 8-ые сутки послеоперационного периода по дренажу из правой подвздошной области стало выделяться кишечное содержимое. Количество отделяемого за последние 3 дня стало увеличиваться (до 600 – 800 мл в сутки). Самостоятельный стул. Объективно: язык суховат, живот не вздут, мягкий, болезненный в области ран. Повязка справа промокла кишечным содержимым. Появилась мацерация кожных покровов. Перитонеальных симптомов нет. За последние дни состояние больного ухудшилось. Усилилась слабость, нарастает жажда, теряет в весе, появилась сухость кожного покрова. Пульс – 94 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт.ст. Hb – 130 г/л. Суточный диурез до 1 литра.

Предварительный диагноз. Дополнительные методы обследования. Тактика лечения.

Задача №18.

Больная 49 лет фельдшер скорой помощи на селе, замужем, имеет 2-х детей. Год назад обнаружила в левой молочной железе плотное образование, к специалистам не обращалась до настоящего времени. Отмечает некоторое увеличение опухоли в размерах, неприятных ощущений в молочной железе нет. Общее состояние хорошее, Молочные железы правильной формы, видимой деформации нет. В правой железе картина диффузной мастопатии. В левой – на границе наружных квадрантов пальпируется опухоль округлой формы около 4-х см в диаметре, без четких границ, безболезненная, подвижность ее ограничена, кожа над опухолью не изменена. В левой подмышечной области пальпируется одиночный лимфатический узел, подвижный, эластической консистенции, размерами 1,5 x 1 см. На рентгенограммах молочных желез: двухстороннее, инволютивные изменения, на этом фоне в верхнем наружном квадранте левой молочной железы определяется уплотнение 2 x 2 см с нечеткими лучистыми контурами. При цитологическом исследовании пунктата левой молочной железы обнаружены единичные разрушенные клетки с некоторыми признаками атипии.

Предварительный диагноз, дополнительные методы исследования. Какие специалисты должны быть привлечены для обследования этого больного. Лечебная тактика.

Задача №19.

Мужчина 37 лет поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечноободочной кишки. В течение послеоперационного периода несколько раз наблюдались подобные приступы, которые эффективно купировались применением

спазмолитиков. На этот раз приступ протекает более тяжело, привычные консервативные мероприятия не эффективны.

Объективно : состояние средней степени тяжести, больной беспокоен, меняет положение. Пульс 90 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык несколько суховат, обложен. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный больше в верхних отделах, перистальтика выслушивается, перитонеальные симптомы не определяются. На передней брюшной стенке гипертрофический рубец после срединной лапаротомии. Сутки назад был нормальный стул. При ректальном исследовании — следы кала обычной окраски.

Предварительный диагноз. Необходимое обследование. Ожидаемые результаты аудиологического исследования. Лечебная тактика.

Задача №20.

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем t тела до 38°C .

Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.

Объективно: состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД — 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят.

В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная t° . При пальпации образование резко болезненное, плотно-эластической консистенции, с размягчением в центре

Диагноз. Тактика лечения.

Задача №21.

У больной 50 лет 6 месяцев назад появились жалобы на боли за грудиной в проекции нижней её трети, возникающие во время приема пищи и почти постоянное чувство жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии.

Объективно: шея правильной формы, безболезненная при пальпации. Грудина без особенностей. Эпигастральная область обычной формы, безболезненная. При эзофагоскопии было установлено выпячивание левой стенки пищевода на уровне 32 см от резцов размерами 3 x 4 см с неизменной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу.

Предварительный диагноз. Лечебная тактика.

Задача № 22.

У больной 25 лет среди полного здоровья появилась дисфагия, возникли боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Пища лучше проходит после запивания её теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок.

Объективно: полость рта, шея, грудина, эпигастральная область без особенностей.

Диагноз. Тактика ведения такого больного.

Задача №23.

Больной П., 58 лет оперирован в экстренном порядке через 36 часов от начала заболевания по поводу прободной язвы желудка, осложненной разлитым гнойно — фибринозным перитонитом. Выполнено ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Течение послеоперационного периода тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию на

четвертые сутки после операции у больного сохраняются боли в животе без четкой локализации, тошнота, температура 37,9 °С.

Объективно: язык сухой, живот вздут, пальпаторно определяется разлитая болезненность. Перитонеальные симптомы слабо положительны. Сохраняется парез желудка — кишечного тракта, за сутки из желудка эвакуируется 600 — 1000 мл застойного содержимого, не отходят газы и стул. По дренажам из брюшной полости умеренное количество серозно — гнойного отделяемого. Пульс 110 в минуту, лейкоцитоз 13,0 тысяч. Лейкоцитарный индекс интоксикации 6,9.

Диагноз. Дополнительные методы обследования. Лечение. Тактика ведения такого больного

Задача №24.

Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита. Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 10 x 15 см, плотноэластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет. В анализе крови: Лейкоциты 14,1 x 10⁹/л, диастаза мочи — 512 ЕД

Диагноз. Дополнительные методы обследования. Лечение. Тактика ведения такого больного

Задача №25.

Вызов фельдшера скорой помощи к больному 17 лет на 3 день болезни. Жалобы на постоянные боли по всему животу, которые в начале заболевания локализовались в правой подвздошной области. Объективно: состояние тяжелое, температура тела 38,7°. Многократная рвота застойным содержимым. Черты лица заострены. Кожа бледная. Слизистые сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 ударов в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.

Диагноз. Дополнительные методы обследования. Лечение.

Задача №26.

Больной, 55 лет, год назад оперирован по поводу аденокарциномы пилорического отдела желудка. В последнее время состояние его ухудшилось, появилась резкая слабость, раздражительность, желтушное окрашивание кожи, кожный зуд, запоры.

Объективно: больной нормостенического телосложения. Склеры и кожа интенсивно окрашены в желтый цвет, на коже следы расчесов, множественные кровоизлияния. Пульс - 50 в минуту. АД 100/60 мм рт.ст. Печень слегка увеличена, болезненна при пальпации. Живот вздут. Моча темная, пенистая. Каловые массы имеют серо-глинистый цвет. При микроскопии в кале обнаружены капли нейтрального жира и иглы жирных кислот. Концентрация свободного и связанного билирубина в крови - 28 мкмоль/л (в норме 8,6-20,5 мкмоль/л).

Диагноз. Дополнительные методы обследования. Лечение.

Задача №27

Больная К., 67. жалуется на тупые боли внизу живота, периодически сопровождающиеся вздутием, урчанием в животе, неустойчивый стул, чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы отмечаются в течение 6 месяцев. Последнее время стала ощущать слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудание. Температура — 37,2°С.

Предварительный диагноз. Методы диагностики. Лечение.

Задача №28.

Больная М., 58 лет, обратилась к врачу в связи с появлением внизу живота болей и неустойчивым стулом (более месяца отмечает чередование запоров и поноса). Общее состояние больной удовлетворительное. Аппетит сохранен. Язык влажный, чистый. Живот не

вздут, мягкий, болезненный при глубокой пальпации в левой подвздошной области. Температура тела 37,3°C. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. В связи с подозрением на заболевание ободочной кишки выполнена ирригоскопия и были обнаружены дивертикулы сигмовидной кишки.

Диагноз. Дополнительные методы обследования. Тактика лечения.

Задача №29.

В клинику поступила больная 62 лет с жалобами на слабость, головокружение, частый стул. Каловые массы неоформленные, дегтеобразного цвета, содержат примеси слизи. Болеет около 6 месяцев. Появились неинтенсивные боли в левой половине живота, изменился характер стула. В каловых массах появилась примесь слизи, прожилки изменённой крови. Периодически беспокоит вздутие живота, урчание. Начала терять вес, ухудшился аппетит. Состояние больной средней степени тяжести, кожа и видимые слизистые бледные. Пульс 110 уд. в мин АД 120/90 мм рт. ст. Над легочными полями дыхание везикулярное. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, по ходу нисходящего отдела ободочной кишки пальпируется опухолевидное образование. Диурез достаточный, моча обычного цвета. При пальцевом исследовании прямой кишки – на перчатке жидкий кал черного цвета.

Диагноз. Дополнительные методы обследования. Тактика лечения.

Задача №30.

К врачу обратился больной К., 65 лет с жалобами на ноющие боли в левом подреберье, ощущение тяжести. В последнее время отмечает снижение аппетита, потерял вес около 5 кг. появились запоры, задержка стула бывает на 2-3 дня. Периодически бывает вздутие живота. Больной хорошего питания, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 78 уд. в мин. АД 140/80 мм рт. ст. Над легочными полями дыхание везикулярное. Язык обложен белесоватым налетом. Живот мягкий, в левом подреберье умеренно болезнен, при глубокой пальпации нечетко определяется опухолевидное образование. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом исследовании прямой кишки сфинктер в тонусе, на перчатке кал обычного цвета, патологические образования не определяются. Диурез достаточный.

Диагноз. Дополнительные методы обследования. Тактика лечения.

5. МЕТОДИКИ И ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ОСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ПРАКТИКИ

5.1. Критерии оценивания тестовых заданий:

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

5.2. Критерии оценивания ответов на вопросы устного собеседования:

«Отлично» - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

«Хорошо» - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

«Удовлетворительно» - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

«Неудовлетворительно» - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

5.3.Критерии оценивания выполнения алгоритма практического навыка:

«Отлично» - правильно определена цель навыка, работу выполнена в полном объеме с соблюдением необходимой последовательности действий. Самостоятельно и рационально выбрано и подготовлено необходимое оборудование, все действия проведены в условиях и режимах, обеспечивающих получение наилучших результатов. Научно грамотно, логично описаны наблюдения и сформулированы выводы. В представленном фрагменте медицинского документа правильно и аккуратно выполнены все записи, интерпретированы результаты.

Продемонстрированы организационно-трудовые умения (поддержание чистоты рабочего места и порядок на столе, экономное использование расходных материалов).

Навык осуществляет по плану с учетом техники безопасности и правил работы с материалами и оборудованием.

«Хорошо» - ординатор выполнил требования к оценке «5», но:

алгоритм проводил в условиях, не обеспечивающих достаточной результативности, допустил два-три недочета или более одной грубой ошибки и одного недочета, алгоритм проведен не полностью или в описании допущены неточности, выводы сделаны неполные.

«Удовлетворительно» - ординатор правильно определил цель навыка; работу выполняет правильно не менее чем наполовину, однако объем выполненной части таков, что позволяет получить правильные результаты и выводы по основным, принципиально важным задачам работы, подбор оборудования, объектов, материалов, а также работы по началу алгоритма провел с помощью преподавателя; или в ходе проведения алгоритма были допущены ошибки в описании результатов, формулировании выводов.

Алгоритм проводился в нерациональных условиях, что привело к получению результатов с большей погрешностью; или при оформлении документации были допущены в общей сложности не более двух ошибок не принципиального для данной работы характера, но повлиявших на результат выполнения; не выполнен совсем или выполнен неверно анализ результатов; допущена грубая ошибку в ходе алгоритма (в объяснении, в оформлении документации, в соблюдении правил техники безопасности при работе с материалами и оборудованием), которая исправляется по требованию преподавателя.

«Неудовлетворительно» - не определена самостоятельно цель практического навыка: выполнена работа не полностью, не подготовлено нужное оборудование и объем выполненной части работы не позволяет сделать правильных выводов; в ходе алгоритма и при оформлении документации обнаружилось в совокупности все недостатки, отмеченные в требованиях к оценке «3»; допущены две (и более) грубые ошибки в ходе алгоритма, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил техники безопасности при работе с веществами и оборудованием, которые не может исправить даже по требованию преподавателя.

5.4.Критерии оценивания задачи:

«Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.

«Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.

«Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.

«Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее $\frac{1}{2}$ вопросов, выполнены менее $\frac{1}{2}$ заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».