

ВОЛОГОДСКИЙ ФИЛИАЛ
федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования
«Ярославский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Фонд оценочных средств

ОНКОЛОГИЯ

Специальность

31.08.57 Онкология

Направленность (профиль) программы

Онкология

Уровень высшего образования
подготовка кадров высшей квалификации

Фонд оценочных средств по специальности 31.08.57 Онкология разработан в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.57 Онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённым приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 25.08.2014 № 1100

Реализация образовательной программы осуществляется в **Вологодском филиале ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России**

Программа разработана на кафедре онкологии с гематологией
Заведующий кафедрой – Малашенко В.Н., доктор мед. наук, профессор

Разработчики:

Малашенко В.Н. - доктор медицинских наук, профессор

Бобров А.А. - кандидат медицинских наук, доцент

Согласовано:

Декан факультета
подготовки кадров высшей
квалификации



(подпись)

Л.А. Савельева

« 14 » июня 2024 года

Проректор по лечебной
работе и развитию
регионального
здравоохранения,
профессор



(подпись)

М.В. Ильин

« 15 » июня 2024 года

Утверждено Советом по управлению образовательной деятельностью
« 17 » июня 2024 года, протокол № 4

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме экзамена и (или) зачета с оценкой обучающиеся оцениваются по четырехранговой шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

Оценка «отлично» - выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» - выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» - выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» - выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

В ходе текущего контроля успеваемости (устный или письменный опрос, подготовка и защита реферата, доклад, презентация, тестирование и пр.) при ответах на учебных занятиях, а также промежуточной аттестации в форме зачета обучающиеся оцениваются по двухбалльной шкале:

Оценка «зачтено» - выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: подробно ответил на теоретические вопросы, справился с выполнением заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных программой ординатуры, ориентируется в основной и дополнительной литературе, рекомендованной рабочей программой дисциплины (модуля).

Оценка «не зачтено» - выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: не владеет теоретическим материалом и допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий и (или) ситуационных задач, предусмотренных рабочей программой дисциплины (модуля).

Шкала оценивания (четыребалльная или двухбалльная), используемая в рамках текущего контроля успеваемости определяется преподавателем, исходя из целесообразности применения той или иной шкалы.

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в четырехранговую шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» - 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» - 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» - 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Перевод результатов тестирования в двухбалльную шкалу:

Оценка «Зачтено» - 71-100% правильных ответов;

Оценка «Не зачтено» - 70% и менее правильных ответов.

Для промежуточной аттестации, состоящей из двух этапов (тестирование + устное собеседование) оценка складывается по итогам двух пройденных этапов. Обучающийся, получивший положительные оценки за тестовое задание и за собеседование считается аттестованным. Промежуточная аттестация, проходящая в два этапа, как правило, предусмотрена по дисциплинам (модулям), завершающихся экзаменом или зачетом с оценкой.

Обучающийся, получивший неудовлетворительную оценку за первый этап (тестовое задание) не допускается ко второму этапу (собеседованию).

Перечень компетенций, формируемых в процессе изучения дисциплины

Универсальные компетенции (УК):

УК-1. Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

УК-2. Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

УК-3. Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения

Профессиональные компетенции (ПК):

Профилактическая деятельность:

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;

ПК-2. Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

ПК-3. Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

ПК-4. Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

Диагностическая деятельность:

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;

Лечебная деятельность:

ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи;

ПК-7. Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе

участию в медицинской эвакуации;

Реабилитационная деятельность:

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

Психолого-педагогическая деятельность:

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

Организационно-управленческая деятельность:

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

ПК-11. Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

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

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Основы онкологии

- 1 Термография может быть информативна в диагностике опухолей лёгких
щитовидной железы
шейки матки
молочной железы
- 2 Степень гистологической дифференцировки опухоли бывает
высокая
умеренная
низкая
минимальная
- 3 Основным недостатком, ограничивающим применение видеохирургических вмешательств в торакальной онкохирургии является
«эффект качелей»
невозможность остановки массивного кровотечения
«эффект зеркала»
отсутствие глубины изображения
подкожная эмфизема
- 4 Что является главной целью профессиональной деятельности врача?
спасение и сохранение жизни человека
социальное доверие к профессии врача
уважение коллег
материальная выгода
- 5 В каком проценте случаев при ВИЧ-инфекции развиваются онкологические заболевания?
в 15-20 % случаев
в 20-30 % случаев

в 30-40 % случаев

в 40-50 % случаев

- 6 Когда следует начинать противоболевое лечение?
при появлении первых болевых ощущений
при боли, не дающей возможности спокойно спать
при очень сильных болях
при боли, усиливающейся при движении
по усмотрению врача
- 7 К симптоматической операции следует относить
гастрэктомию
резекцию прямой кишки
трахеостомию
нефрэктомию
резекцию мочевого пузыря
- 8 К комбинированной операции следует относить удаление опухоли вместе с
регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа,
вовлеченного в опухолевый процесс
регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами, и клетчаткой в
зоне операции
регионарным лимфатическим барьером
регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции при каком-
либо другом заболевании
резекцией другого органа
- 9 Миастения, как аутоиммунное заболевание, ассоциируется
с тимомой
с фибромой средостения
с ганглионевромой средостения
с феохромоцитомой средостения
с внегонадной семиномой средостения
- 10 Больным с диффузной злокачественной мезотелиомой плевры на I этапе лечения показана
плеврэктомия
плевро-пневмонэктомия
химиотерапия
лучевая терапия
иммунотерапия
- 11 Злокачественные новообразования в Международной классификации болезней МКБ-10
относятся к классу, обозначаемому буквой
8
С
н
А
- 12 Классификация новообразований по системе ТИМ применяется для
описания анатомического распространения опухолевого процесса
обозначения локализации первичной опухоли
определения зон регионарного метастазирования
подбора индивидуального плана реабилитации
- 13 Символ Т в классификации новообразований по системе ТИМ обозначает
строение первичной опухоли
наличие, отсутствие и распространенность метастатического поражения регионарных

- лимфатических узлов
распространенность первичной опухоли
сохранение/нарушение функции органа, пораженного опухолью
- 14 Символ N в классификации новообразований по системе ТИМ обозначает строение первичной опухоли
наличие, отсутствие и распространенность метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
распространенность первичной опухоли
сохранение/нарушение функции органа, пораженного опухолью
- 15 Символ M в классификации новообразований по системе ТИМ обозначает строение первичной опухоли
наличие, отсутствие и распространенность метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
распространенность первичной опухоли
наличие/отсутствие отдаленных метастазов
- 16 Применение различных методов лечения, имеющих как местное, так и системное воздействие называется
комбинированное лечение
комплексное лечение
радикальное лечение
полихимиотерапия
- 17 Окончательный диагноз «злокачественное новообразование» может быть установлен на основании
морфологического исследования
ультразвукового исследования области локализации первичной опухоли и зон регионарного метастазирования
магнитно-резонансной томографии
прецизионного сбора анамнеза и данных физикального обследования
- 18 Онкомаркеры - это строго определенные показатели плотности тканей по шкале Хаунсфилда
симптомы, характерные для опухоли данной локализации
специфические вещества, продуцируемые опухолевыми клетками или нормальными тканями в ответ на опухолевую инвазию
совокупность данных о микро- и макроскопическом строении первичной опухоли
- 19 В какой срок после выявления первой опухоли вторая выявленная опухоль будет являться метастатической
более 5 лет
более 3 лет
более 1 месяца
более 6 месяцев
- 20 Злокачественная опухоль из эпителия - это
аденома
саркома
рак
лимфома
- 21 Заболевание, которое в обязательном порядке приведет к развитию злокачественной опухоли, называется
факультативный предрак
облигатный предрак

- дисплазия
преинвазивная карцинома
- 22 Карцинома ш 811 и согласно классификации ТИМ относится к
0 стадии
I стадии
1a стадии
1Ь стадии
- 23 К 1a Клинической группе в онкологии относятся
больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование
больные с предопухолевыми заболеваниями
лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат радикальному лечению
лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат паллиативному лечению
- 24 К 1б Клинической группе в онкологии относятся
больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование
больные с предопухолевыми заболеваниями
лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат радикальному лечению
лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат паллиативному лечению
- 25 К II Клинической группе в онкологии относятся
больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование
больные с предопухолевыми заболеваниями
лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат радикальному лечению
лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат паллиативному лечению
- 26 К III Клинической группе в онкологии относятся
больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование
лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат радикальному лечению
лица с доказанными злокачественными опухолями, которые окончили радикальное лечение и находятся в ремиссии
лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат паллиативному лечению
- 27 К IV Клинической группе в онкологии относятся
больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование
лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат радикальному лечению
лица с доказанными злокачественными опухолями, которые окончили радикальное лечение и находятся в ремиссии
лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат паллиативному лечению
- 28 Целью первичной профилактики является
выявление заболевания на ранних стадиях, предупреждение его прогрессирования и возможных осложнений
выявление и лечение предраковых заболеваний
предупреждение возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний
реабилитация больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности
- 29 Показатель безрецидивной выживаемости (или выживаемости без прогрессирования) рассчитывается как время от начала лечения до прогрессирования заболевания, развития второй опухоли или смерти от любой причины

- от выявления опухолевого заболевания до прогрессирования заболевания, развития второй опухоли или смерти от любой причины
от Хирургического вмешательства до прогрессирования заболевания, развития второй опухоли или смерти от любой причины
от выявления прогрессирования заболевания до начала повторного лечения
- 30 Курение является фактором риска
рака легкого, яичников, мочевого пузыря
рака легкого, гортани, мочевого пузыря
рака легкого, почки, щитовидной железы
рака легкого, желудка, толстой кишки
- 31 Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака
форма № 35
форма № 099/у
форма № 030
форма № 7
- 32 Наиболее объективные сведения о местной распространенности опухолевого процесса (стадии заболевания) могут быть получены
при клиническом осмотре больного
при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарным лимфатическим аппаратом
при использовании эндоскопических методов
при рентгенологическом исследовании
- 33 В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток
не нарушена
нарушена умеренно
нарушена выраженно
возможны все варианты
- 34 Наибольшей канцерогенной активностью обладают
жиры
полициклические ароматические углеводороды
витамины группы А и В
углеводы
- 35 Ортоградным лимфогенным метастазированием считается
метастазирование против тока лимфы
метастазирование по току лимфы
и тот, и другой
ни то, ни другое
- 36 Определение гормональных рецепторов в опухоли важно
для типирования гистологической природы опухоли
для определения целесообразности гормонотерапии
для определения уровня гормонов в организме
для оценки ответа опухоли на лечения
- 37 Вторичная профилактика рака предусматривает
устранение химических канцерогенов
профилактику инфицирования онкогенных вирусов
отказ от курения
выявление и лечение предраковых заболеваний
- 38 К генам-супрессорам опухолей относятся гены, кодирующие

белки-регуляторы транскрипции определённых генов
эффektorные каспазы, непосредственно обеспечивающие апоптоз клетки
ферменты, участвующие в митозе
ферменты метаболических путей биосинтеза нуклеотидов

- 39 Резидуальная опухоль, определяемая макроскопически, обозначается символом
ИХ
И0
И1
К2
- 40 Микроскопически определяемая резидуальная опухоль обозначается символом
ИХ
К1
И2
И0
- 41 Миастения может иметь место у больных
тимомой
фибромой средостения
феохромцитомой средостения
ганглионевромой средостения
- 42 Существуют следующие варианты классификации ТИМ
патологоанатомическая
прогностическая
клиническая
классическая
- 43 Виды метастазирования злокачественных новообразований
лимфогенное
гематогенное
имплантационное
аэрогенное
- 44 Для злокачественных новообразований по сравнению с доброкачественными характерны
инвазивный характер роста
склонность к метастазированию
медленный характер роста
склонность к рецидивированию
- 45 Для доброкачественных новообразований по сравнению со злокачественными характерны
экспансивный характер роста
склонность к метастазированию
медленный характер роста
склонность к рецидивированию
- 46 Выберите наиболее часто встречаемую локализацию в структуре заболеваемости
злокачественными новообразованиями мужского населения
кожа
предстательная железа
дыхательная система
мочевой пузырь
- 47 Выберите наиболее часто встречаемую локализацию в структуре заболеваемости
злокачественными новообразованиями женского населения
кожа

- ободочная кишка
- яичники
- молочная железа

- 48 Первично-множественные злокачественные новообразования бывают
 - мезохронные
 - синхронные
 - плезиохронные
 - метахронные

- 49 К ВПЧ-ассоциированным новообразованиям относят
 - рак молочной железы
 - рак шейки матки
 - рак полового члена
 - рак тела матки

- 50 К облигатным предраковым заболеваниям относят
 - кожный рог
 - семейный полипоз толстой кишки
 - пигментную ксеродерму
 - болезнь Боуэна

- 51 К факультативным предраковым заболеваниям относят
 - болезнь Боуэна
 - неспецифический язвенный колит
 - кератоакантому
 - папиллому

- 52 К первичной профилактике относят
 - пропаганду здорового образа жизни
 - маммографический скрининг
 - вакцинацию против вируса папилломы человека
 - отказ от курения

- 53 Общее состояние онкологического больного может быть оценено в соответствии с
 - индексом Карновского
 - классификацией Чайлда-Пью
 - шкалой Глазго
 - шкалой ЕС'ОС

- 54 К основным путям отдаленного метастазирования злокачественных опухолей относятся
 - лёгкие
 - печень
 - кости
 - почки

- 55 Строма новообразования состоит из
 - опухолевые клетки
 - соединительная ткань
 - сосуды
 - нервные волокна

- 56 Канцерогенный эффект может оказывать воздействие
 - ионизирующего излучения
 - вируса ВПЧ
 - полипропилен
 - вируса Эпштейна-Барр

- 57 M1 по системе ТИМ может означать наличие метастазов в
легких
печени
регионарных лимфатических узлах
головном мозге
- 58 Особенности Негрех /O81ег у больных со злокачественными опухолями являются
склонность к ранней диссеминации
тенденция к слиянию первичных элементов с вторичным инфицированием
атипическая локализация (по ходу межреберных промежутков)
нечувствительность к противовирусным препаратам
- 59 При выявлении у мужчины до 50 лет увеличенных медиастинальных лимфатических узлов
показано определение уровня
СА 125
ХГЧ
АФП
ПСА
- 1 Онкогематология
- 60 При неходжкинских лимфомах поражение ЦНС (нейролейкемия) диагностируется на
основании исследования
миелограммы
спинномозговой жидкости
компьютерного исследования головного мозга
магнитно-резонансной томографии головного мозга
- 61 Дифференциальная диагностика лимфаденопатий опухолевого и реактивного генеза
основывается на
цитологическом исследовании пункционной биопсии увеличенного лимфатического узла
гистологическом исследовании биоптата увеличенного лимфатического узла
иммунофенотипировании исследуемого материала
онкомаркеров
- 62 В качестве первых проявлений лимфомы Ходжкина наиболее часто отмечается увеличение
шейно-надключичных лимфоузлов
медиастинальных лимфоузлов
забрюшинных лимфоузлов
паховых лимфоузлов
всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой
- 63 Во сколько раз чаще по сравнению с общей популяцией при ВИЧ-инфекции развиваются
неходжкинские лимфомы?
в 100-150 раз
в 200-250 раз
в 250-300 раз
в 300-400 раз
в 400-500 раз
- 64 При лимфоме Ходжкина клиническая стадия I A означает
поражение двух лимфатических зон с симптомами интоксикации
поражение одной лимфатической зоны без симптомов интоксикации
поражение одной лимфатической зоны с симптомами интоксикации
локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани
- 65 Неблагоприятными факторами прогноза при лимфоме Ходжкина являются

- увеличение медиастинальных лимфоузлов > 1/3 диаметра грудной клетки
 наличие экстранодальных очагов поражения
 поражение костного мозга
 наличие увеличения более трех групп лимфоузлов
- 66 Характерными симптомами интоксикации при лимфоме Ходжкина являются
 немотивированное повышение температуры тела выше 38°
 похудание более чем на 10% от исходного веса за последние 6 месяцев
 профузная ночная потливость
 прибавка массы тела более чем на 10% от исходного веса за последние 6 месяцев
- 67 Первичная медиастинальная В-лимфома является особой нозологической формой
 фолликулярной лимфомы
 лимфомы Ходжкина
 диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфомы (ДВКЛ)
- 68 Наиболее часто встречающимся вариантом агрессивных В-клеточных крупноклеточных
 неходжкинских лимфом является
 диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома (ДВКЛ)
 периферические Т-клеточные лимфомы
 лимфома Беркитта
 мантийно-клеточная лимфома
- 69 Морфологическим субстратом классической лимфомы Ходжкина являются
 клетки Березовского-Рид-Штернберга
 фолликулярные клетки с расщепленными ядрами
 бластные клетки
 БР-клетки «порсоп»-клетками «воздушной кукурузы»
- 70 Основным методом лечения пациентов с Лимфомой Ходжкина является
 химиотерапия
 лучевая терапия
 комбинированный химио-лучевой метод лечения
 хирургический метод
- 71 Основными признаками синдрома «СКАВ» при диагностике множественной миеломы
 являются
 повышение уровня кальция (> 11,0 мг/л или > ВГН)
 анемия (НЬ <на 20 г/л от нормы или <100 г/л)
 почечная недостаточность (клиренс креатинина, оцененный по формуле Кокрофта-Голта <40
 мл/мин, креатинин > 177 мкмоль/л)
 тромбоцитопения
- 72 Основными категориями острых лейкозов являются
 острые миелоидные лейкозы
 острые лимфобластные лейкозы
 В-клеточный пролимфоцитарный лейкоз
 хронический лимфолейкоз
- 73 К обязательным методам современной диагностики острых лейкозов относят
 морфоцитохимический метод
 иммунофенотипический метод
 цитогенетическое и молекулярно-генетическое исследование лейкоэмических клеток
 скинтиграфия лимфоузлов
- 74 Первой линией химиотерапии лимфомы Ходжкина ШВ стадии является
 схема АВУЭ
 схема СУРР

схема BEA COPP
схема MOPP/ABV
схема Эха-BEAM

- 1 Онкогинекология
- 75 Удельный вес больных с запущенными стадиями рака шейки матки за последнее десятилетие в России
увеличивается
уменьшается
остается на одном уровне
- 76 Какой маркер применяется для диагностики рака шейки матки
СА-125 (карбогидратный антиген - 125)
ХГ (хорионический гонадотропин)
8СС (антиген плоскоклеточных опухолей)
АФП (альфа-фетопротеин)
- 77 Для больных раком тела матки I патогенетического варианта характерны все перечисленные признаки, кроме
ожирения
сахарного диабета
гипертонической болезни
атрофии эндометрия
гиперплазии эндометрия
- 78 Мутации онкогенов ВКСА1 и ВКСА2 встречаются чаще при
семейном (наследственном) раке яичников
спорадическом раке яичников
одинаково при обеих формах
- 79 К факторам прогноза при раке яичников относятся
стадия заболевания
размер остаточной опухоли
наличие в анамнезе воспалительного процесса в придатках матки
степень дифференцировки опухоли
плоидность опухолевых клеток
- 80 У больной 18 лет, при обследовании выявлена опухоль правого яичника размером 12 см в диаметре, в анализе крови отмечено повышение АФП и ХГ. Наиболее целесообразно
выполнить
удаление правых придатков матки, резекцию большого сальника
экстирпацию матки с придатками и удаление большого сальника
удаление придатков матки с обеих сторон
надвлагалищную ампутацию матки с придатками
- 81 У больной эпителиальный рак яичников III стадии, состояние после операции и 2-х циклов химиотерапии. Показаны методы контрольного исследования, кроме
УЗИ органов малого таза
исследования желудочно-кишечного тракта
определения опухолевого маркера СА-125
УЗИ органов брюшной полости
- 82 Какой объем оперативного вмешательства при раке яичников следует считать адекватным?
экстирпацию матки с придатками, ментэктомия, удаление опухолевых диссеминатов
удаление придатков матки с обеих сторон
надвлагалищную ампутацию матки с придатками и оментэктомия
экстирпацию матки с придатками

- 83 При раке маточной трубы наиболее целесообразно выполнять операцию в объеме надвлагалищной ампутации матки с придатками + оментэктомия пангистерэктомии пангистерэктомии, оментэктомии, удаление опухолевых диссеминатов, забрюшинной лимфодиссекции расширенной экстирпации матки с придатками
- 84 Для лечения ранних форм рака шейки матки целесообразно использовать хирургический метод комбинированный метод сочетанный лучевой метод лекарственный метод
- 85 Имплантационный тип метастазирования наиболее характерен для рака яичников и маточной трубы рака анального канала рака анального канала меланомы вульвы
- 86 Методом скрининга для рака шейки матки является УЗИ органов малого таза цитологическое исследование мазков с шейки матки бимануальное влагалищное исследование ПЦР на определение вируса папилломы человека
- 87 Выполнение аппендэктомии при муцинозной пограничной опухоли яичников показано в любом случае при поражении обоих яичников при визуальном опухолевом поражении аппендикса пациенткам старше 35 лет
- 88 Часто, метастатическое изолированное поражение плевры у женщин отмечается при раке яичников вульвы матки шейки матки
- 89 При подозрении на серозный рак яичников необходимо исследование крови на 8СС ПСА СА-125 HE-4
- 90 Вакцинация против вируса папилломы человека проводится в возрасте 11-12 лет 30-35 лет после менопаузы после родов
- 91 К I рака тела матки при отсутствии регионарных и отдаленных метастазов относятся опухоли с инвазией серозной оболочки матки менее половины толщины миометрия стромы шейки матки более половины толщины миометрия

- 92 Рецидивы рака яичников бывают
платиночувствительный
платинорезистентный
платинорефрактерный
платиностабильный
- 93 Циторедукция по размеру остаточной опухоли при раке яичников бывает
стабильная
полная
оптимальная
лабильная
- 94 К высокоонкогенным типам вируса папилломы человека относятся
7 тип
16 тип
18 тип
23 тип
- 95 Регионарными лимфатическими узлами при раке тела матки являются
параректальные
чревные
внутренние, общие и наружные подвздошные, запираательные
парааортальные, паракавальные, аортокавальные, преаортальные, прекавальные ниже уровня
отхождения почечных сосудов
- 96 Хирургическое стадирование при серозном раке яичников включает в себя
срединную или нижнесрединную лапаротомию
цитологическое исследование асцита или смывов с брюшины
оментэктомия
удаление аппендикса
- 97 Хирургическое стадирование при муцинозном раке яичников включает в себя
срединную или нижнесрединную лапаротомию
цитологическое исследование асцита или смывов с брюшины
оментэктомия
удаление желчного пузыря
- 98 Органосохраняющая операция при раке яичников возможная у пациенток, удовлетворяющих
следующим условиям
высокая дифференцировка опухоли
IA стадия опухолевого процесса
желание пациентки сохранить фертильность
доказанный наследственный характер заболевания
- 99 Малоинвазивное (лапароскопическое) хирургическое вмешательство при раке яичников
может быть использовано с целью
верификации диагноза
стадирования
прогнозирования объёма циторедуктивной операции
выполнения полной циторедуктивной операции при 111C стадии заболевания
- 100 Критерии, наличие которых при раке яичников позволяет назначить РАКР-ингибитор
олапариб в качестве поддерживающей терапии, это
серозная карцинома высокой степени злокачественности
наличие мутации (герминальной или соматической) ВКСА
муцинозная карцинома низкой степени злокачественности
отсутствие мутации (герминальной или соматической) ВКСА

- 101 При подозрении на герминогенные опухоли яичников необходимо определение уровня онкомаркеров
РЭА
АФП
ХГЧ
ЛДГ
- 102 При подозрении на опухоли стромы полового тяжа необходимо определение уровня онкомаркеров
ЛДГ
ингибин В
АФП
мюллеровская ингибирующая субстанция / антимюллеров гормон
- 103 Диспансерное наблюдение за больными раком шейки матки после радикального лечения заключается в физикальном обследовании, в том числе гинекологический осмотр цитологическом исследовании мазков со слизистой культи влагалища УЗИ брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства определение уровня 8СС рентгенография органов грудной клетки
- 104 Способы получения материала для морфологической верификации рака тела матки аспирационная биопсия эндометрия кульдоцентез раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала диагностическая лапароскопия
- 105 Группы риска при раке тела матки согласно консенсусу E8CO, E8MO, E8TKO
низкий
промежуточный
промежуточный-высокий
высокий
средний
- 106 Пациенткам с рецидивом в малом тазу рака шейки матки I стадии возможно проведение химиолучевая терапия экзентерации малого таза химиотерапия динамическое наблюдение
- 107 Пациенткам с рецидивом в малом тазу рака шейки матки, которым ранее проводилась лучевая терапия возможно проведение экзентерации малого таза ХТ симптоматическая терапия повторная лучевая терапия
- 108 К нейроэндокринным опухолям яичников относят мелкоклеточный рак крупноклеточный рак серо-муцинозный рак карциноиды яичников
- 109 К истинным опухолям яичников относится фолликулярная киста

- киста желтого тела
параоварияльная кистапилиоэпителиальная киста
- 110 Истинным предраком эндометрия следует считать
железистую гиперплазию эндометрия
фиброзный полип эндометрия
аденомиоз
атипическую гиперплазию эндометрия
- 111 Трофобластическая болезнь чаще встречается в
Японии
Северной Америке
Европе
- 112 Основная роль в лечении трофобластических опухолей принадлежит
хирургическому лечению
вакцинотерапии
лекарственному лечению
лучевому лечению
- 113 Обязательным предраком эндометрия следует считать
железистую гиперплазию эндометрия
фиброзный полип эндометрия
аденомиоз
атипическую гиперплазию эндометрия
- 114 Хориокарцинома - это первичная опухоль
децидуальной ткани
трофобласта
миометрия
недифференцированных клеток гонад
- 115 Основная роль в лечении трофобластических опухолей принадлежит
хирургическому лечению
вакцинотерапии
лекарственному лечению
лучевому лечению
- 116 Маркером трофобластических опухолей является
СА 125
ХГЧ
НЕ4
СА 19-9
- 117 К трофобластическим опухолям относят
полный пузырный занос
хориокарцинома
опухоли плацентарного ложе
тератомы
- 118 С чем может быть ассоциировано развитие трофобластических опухолей
беременность, завершившаяся своевременными родами
беременность, завершившаяся самопроизвольным абортом на раннем сроке
внематочная беременность
первичное бесплодие
- 119 Критериями менопаузы являются

- билатеральная овариэктомия
возраст > 50 лет
аменорея, вызванная применением адъювантной Химиотерапии
возраст > 60 лет
- 120 Методы достижения овариальной супрессии
хирургический (билатеральная овариэктомия)
лекарственный (аналоги ГРГ)
лучевой
начало адъювантной химиотерапии
- 1 Онкоурология
- 121 У больного 58 лет диагностирована поверхностная единичная опухоль мочевого пузыря, размером до 1,0 см в диаметре. Произведена трансуретральная резекция мочевого пузыря Гистологически определяется переходноклеточный рак высокой степени дифференцировки без инвазии мышечного слоя. Дальнейшая тактика лечения
системная химиотерапия
внутрипузырная БЦЖ-терапия
цистэктомия
динамическое наблюдение
повторная трансуретральная резекция мочевого пузыря через 1 месяц
- 122 Пациентке 37 лет выполнена трансуретральная резекция мочевого пузыря при единичном экзофитном образовании, размером до 1,5 см в диаметре. Гистологически определяется переходноклеточный рак умеренной степени дифференцировки без признаков инвазии в мышечную оболочку. Этой пациентке показано
внутрипузырная БЦЖ-терапия
лучевая терапия
динамическое наблюдение
внутрипузырная химиотерапия
- 123 Препараты, применяемые для внутрипузырного введения при мышечно -неинвазивном раке мочевого пузыря после выполненной ТУР
цисплатин
капецитабин
митомидин С
ВСО
- 124 Оптимальный объем хирургического вмешательства при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря T2-4ЫЮМ0 включает в себя
ТУР
радикальную цистэктомию
тазовую лимфодиссекцию
поясничную лимфодиссекцию
- 125 Пациент 56 лет обратился с жалобами на наличие макрогематурии. При обследовании выявлены три экзофитных образования мочевого пузыря, размером до 1,0 см в диаметре Выполнена трансуретральная резекция мочевого пузыря Гистологически определяется переходноклеточный рак умеренной степени дифференцировки без инвазии в мышечную оболочку стенки мочевого пузыря Тактика лечения
динамическое наблюдение
лучевая терапия
внутрипузырная иммунотерапия, (БЦЖ)
цистэктомия
- 126 У пациента 25 лет выявлена опухоль яичка. При Цитологическом исследовании пунктата яичка определяется герминогенная опухоль. По результатам обследования данных за

- отдаленные и регионарные метастазы не выявлено. На первом этапе лечения этому пациенту показано
- проведение лучевой терапии на область яичка
 - удаление яичка с семенным канатиком
 - проведение системной химиотерапии
 - брахитерапия яичка
- 127 Что входит в комплекс обязательных исследований для диагностики и стадирования рака почки?
- ультразвуковое исследование брюшной полости и забрюшинного пространства
 - компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства
 - пункционная биопсия опухоли почки
 - рентгенография грудной клетки
- 128 Что является основными методами диагностики рака предстательной железы?
- компьютерная томография малого таза
 - пальцевое ректальное исследование простаты
 - магнитно-резонансная томография малого таза
 - определение уровня простат-специфического антигена (ПСА) крови
 - трансректальное ультразвуковое исследование
- 129 При повышении каких онкомаркеров у мужчины показано выполнение УЗИ мошонки?
- СА 125
 - ХГЧ
 - АФП
 - ПСА
- 130 Выполнение МРТ головного мозга с в/в контрастированием мужчинам с герминогенными опухолями показано при
- высоком уровне ЛДГ (свыше $\times 10$ ВГН)
 - высоком уровне ХГЧ (свыше 50000 мМЕ/мл)
 - множественных метастазах в легких
 - локализации первичной опухоли в средостении
- 131 У больного 65 лет выявлен рак почки. По результатам обследования данных за отдаленные и регионарные метастазы не выявлено, опухоль ограничена почкой. Этому пациенту показано
- только хирургическое лечение
 - проведение неоадьювантной химиотерапии с последующим хирургическим лечением
 - проведение химиолучевой терапии
- 132 Какой гистологический тип опухоли встречается чаще всего при раке почки?
- светлоклеточный рак
 - хромофобный рак
 - переходноклеточный рак
 - плоскоклеточный рак
- 133 Радикальным методом лечения рака почки является
- иммунотерапия
 - лучевой
 - химиотерапия
 - хирургический
 - комбинированный (операция + лучевая терапия)
- 134 У больного 54 лет рак левой почки, через 5 лет после радикальной нефрэктомии выявлен солитарный метастаз 3 см в правый надпочечник. Оптимальным методом лечения будет
- удаление метастаза открытым доступом
 - лапароскопическая адреналэктомия справа

- адреналэктомия справа тораколумбальным доступом
эндоскопическая адреналэктомия справа поясничным доступом
адреналэктомия справа, парааортальная лимфаденэктомия лапаротомным доступом
- 135 Таргетным препаратом, применяемым при лечении диссеминированного рака почки, является
адриамицин
пазопаниб
ацикловир
золендроновая кислота
тамоксифен
- 136 Какой из препаратов, применяющихся для лечения диссеминированного рака почки, является ингибитором м-ТОР?
эверолимус
пазопаниб
сунитиниб
бевацизумаб
- 137 При какой локализации метастазов рака почки прогноз будет наиболее благоприятным?
в легких
в костях
в печени
в головном мозге
- 138 Первым симптомом рака почки является
слабость
гематурия
боль в поясничной области
лейкоцитоз
- 139 К триаде симптомов рака почки относятся
гематурия, боль, пальпируемая опухоль
гематурия, боль, слабость
гематурия, потеря веса, слабость
гематурия, боль, повышенная температура тела
- 140 Рак полового члена чаще всего метастазирует
в почки
в регионарные лимфоузлы
в надключичные лимфатические узлы
в печень
- 141 Каковы основные принципы радикальной нефрэктомии при раке почки?
чрезбрюшинный доступ
ранняя перевязка почечных сосудов
моноблочное экстрафасциальное удаление почки с паранефральной клетчаткой
люмботомический доступ
- 142 Что является характерным для рака почки?
местный рост опухоли
гематогенный путь метастазирования
метастазирование по ходу мочеточника
- 143 Переход опухоли на какие анатомические структуры соответствует Клинической стадии сТ3 рака почки?
ипсилатеральный надпочечник
почечная вена

- почечный синус
нижняя полая вена
- 144 Неблагоприятные прогностические факторы при раке почки согласно модели M8KCC
соматический статус <70% по шкале Карновского
повышение уровня ЛДГ > 1,5 ВГН
уровень фосфора > 1,3 ВГН
уровень гемоглобина ниже НГН
- 145 Морфологические варианты почечноклеточного рака
светлоклеточный
хромофобный
медуллярный
плоскоклеточный
- 146 В каком случае пациент с семиномой яичка относится к группе умеренного прогноза?
при наличии метастазов в печень, кости, головной мозг
при предоперационном титре АФП больше 15000 нг/мл
при предоперационном титре ХГ больше 15000 нг/мл
- 147 Определите тактику лечения больного, у которого выявлен локализованный
мышечноинвазивный уротелиальный рак, высокой степени злокачественности
динамическое наблюдение
внутрипузырная иммунотерапия
цистэктомия
- 148 В соответствии с Клиническими и патологоанатомическими характеристиками РМЖ у
мужчин, что из ниже следующего неверно
РМЖ у мужчин чаще РЭ(+), чем у женщин, и, чем старше мужчина, тем больше вероятность
РЭ(+) РМЖ
случаи карциномы 1п хПи и инвазивной дольковой карциномы были описаны у мужчин
наиболее частый симптом - безболезненное плотное образование под соском, выявляемое в
75% случаев
при физикальном обследовании в комплексе с пальпируемым образованием в молочной
железе часто обнаруживаются изменения ареолы, втяжение соска, экзематозные изменения
соска
- 149 К герминогенным опухолям яичка относятся
лейдигома
сертолиома
семинома
гранулезоклеточная опухоль
текома
- 150 При подозрении на рак предстательной железы необходимо исследование
крови на ПСА
мазка из уретры на ПСА
крови на 8СС
мазка из уретры на 8СС
- 151 Для лечения рака предстательной железы применяются
андрогены
эстрогены
антиэстрогены
прогестероны
- 152 Опухолевым маркером рака предстательной железы является

- АКТГ, кортизон
а-фетопротеин
ХГ, ТБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический Б-глобулин)
кислая, щелочная фосфатаза, Р8А
- 153 Какие опухоли яичка относятся к негерминогенным?
семинома
лейдигома
сертолиома
эмбриональный рак
- 154 Что является характерным для метастазирования рака яичка?
раннее метастазирование
преимущественно-лимфогенный путь
чаще возникают отдаленные метастазы, чем регионарные
- 155 Какую роль в лечении рака яичка играет определение опухолевых маркеров (АФП, ХГ, ЛДГ)?
диагностика опухолей яичка на ранней стадии
определение тактики и оценка эффективности лечения
определение прогноза заболевания
выявление рецидива заболевания
- 156 Для каких опухолей яичка характерны дисгормональные изменения в организме (гинекомастия, снижение либидо и др.)?
сертолиома
лейдигома
хорионкарцинома
эмбриональный рак
- 157 Какие схемы лечения входят в понятие «максимальная андрогенная блокада» при раке предстательной железы?
применение антиандрогенов и агонистов релизинг-фактора лютеинизирующего гормона (ЛГРГ)
применение антиандрогенов и хирургической кастрации
применение антиандрогенов и химиотерапии
применение такмоксифена и хирургической кастрации
применение агонистов релизинг-фактора лютеинизирующего гормона (ЛГРГ) и хирургической кастрации
- 158 Пациенту 58 лет установлен диагноз локализованный рак предстательной железы. Данных за метастазы не выявлено. Этому пациенту может быть предложено
лучевая терапия на область предстательной железы и регионарных лимфатических узлов
радикальная простатэктомия
системная химиотерапия
динамическое наблюдение
- 159 При подозрении на герминогенные опухоли у мужчин рекомендовано определение концентрации в крови
АФП
ПСА
ХГЧ
ЛДГ
- 160 Когда при герминогенной опухоли у мужчин рекомендуется биопсия здорового контралатерального яичка при атрофии этого яичка (объем 12 мл)

- у молодых пациентов (до 30 лет)
при крипторхизме этого яичка в анамнезе
у пожилых пациентов (после 70 лет)
- 161 Герминогенные опухоли у мужчин делятся на
семинозный вариант
ювенильный вариант
экстраорганный вариант
несеминозный вариант
- 162 Варианты прогноза принесеминозных герминогенных опухолях у мужчин
благоприятный
промежуточный
промежуточно -благоприятный
неблагоприятный
- 163 Варианты прогноза при семинозных герминогенных опухолях у мужчин
благоприятный
промежуточный
промежуточно -благоприятный
неблагоприятный
- 164 Формы рака предстательной железы
гормонолабильная
гормоночувствительная
кастрационно -резистентная
первичная
- 165 Особенности гистопатологической градации степени дифференцировки по шкале Глисона
используется только для аденокарциномы
является суммой степени дифференцировки преобладающего по распространенности
(основного) компонента опухоли и степени дифференцировки второго по
распространенности компонента опухоли
максимальный балл 20
максимальный балл 10
- 166 Способы андрогенной депривации при раке предстательной железы
двусторонняя орхидэктомия
двусторонняя энуклеация паренхимы яичек
применение аналогов ГРГ
- 1 Онкологическая патология молочной железы
- 167 Где располагается венозный круг в молочной железе (венозный анастоматический круг)?
области фасции большой грудной мышцы
области ареолы
внутренних квадрантах
верхненаружном квадранте
области переходной складки
- 168 Где начинается внутренняя артерия молочной железы (внутренняя грудная артерия)?
подключичной артерии
общей сонной артерии
верхней щитовидной артерии
позвоночной артерии
аорты
- 169 В этиологии рака молочной железы имеют значение 1) наследственное генетическое

- предрасположение, 2) гормональный дисбаланс, 3) недостаточность репродуктивной и лактационной функций, 4) органические заболевания половых и эндокринных органов.
Укажите правильную комбинацию ответов
- 1, 2, 4
2, 3, 4
1, 2, 5
1, 2, 3, 4
- 170 У женщин, больных раком молочной железы, в 80% случаев выявляется
инфильтрирующий дольковый рак
медуллярный рак
инфильтрирующий протоковый рак
тубулярный рак
- 171 Оптимальный алгоритм обследования при подозрении на рак молочной железы
1 УЗИ молочных желез 2 пункция опухоли 3 маммография
1 маммография 2 УЗИ молочных желез 3 пункция опухоли
1 пункция опухоли 2 маммография 3 УЗИ молочных желез
1 пункция опухоли 2 УЗИ молочных желез 3 маммография
- 172 Беременность, после радикального лечения рака молочной железы, допустима
через 2 года безрецидивного периода
через 3 года безрецидивного периода
через 5 лет безрецидивного периода
через 7 лет безрецидивного периода
- 173 При раке молочной железы с отёком кожи специальное лечение следует начинать
с операции
с лучевой терапии
с химиотерапии
с иммунотерапии
- 174 При местнораспространённых формах рака молочной железы после радикальной мастэктомии обязательным этапом является
антигистаминная терапия
противоязвенное лечение
лазерная терапия
лучевая терапия на область передней грудной стенки и зоны лимфоколлекторов
витамиотерапия
- 175 При тройном негативном раке молочной железы назначается
химиотерапия
гормонотерапия
химиотерапия + гормонотерапия
таргетная терапия
- 176 В каких дозах назначается тамоксифен при гормонопозитивном раке молочной железы
20 мг
10 мг
15 мг
2,5 мг
- 177 В каких дозах назначается летрозол при гормонопозитивном раке молочной железы
10 мг
2,5 мг
20 мг
1 мг

- 178 В каких дозах назначается анастрозол при гормоноположительном раке молочной железы
- 1 мг
 - 10 мг
 - 2,5 мг
 - 20 мг
- 179 Внутривидовый рак в структуре рака молочной железы составляет
- не более 2%
 - не более 10%
 - не более 15%
 - не более 20%
- 150 При пальпации молочной железы у больной раком молочной железы можно наблюдать следующие симптомы
- симптом Прибрама
 - симптом Кенига
 - симптом Мерфи
 - симптом Пайра
- 181 Абсолютным противопоказанием к выполнению дуктографии является
- секретирующая и кровоточащая молочная железа с не определяемой пальпаторно опухолью
 - множественные внутривидовые папилломы
 - цитологически подтвержденный рак молочной железы
 - аденоз молочной железы
 - фиброзно-кистозная мастопатия
- 182 Капецитабин в монотерапии диссеминированного рака молочной железы назначается в дозе
- 2,5 г/м² рег 08 1-14 дни каждые 3 недели
 - 2,0 г/м² рег 08 1-14 дни каждые 3 недели
 - 2,5 г/м² рег 08 1-14 дни каждые 4 недели
- 183 В каких случаях назначается трастузумаб
- при Her2/неи 1+
 - при Her2/неи 2+
 - при Her2/неи 3+
- 184 Какие алкилирующие агенты используются в лечении рака молочной железы
- карбоплатин
 - фторурацил
 - блеомицин
 - паклитаксел
- 185 Рак молочной железы и рак органов желудочно-кишечного тракта входят в состав
- синдром Линч I
 - синдром Линч II
 - синдром Ли-Фраумени
 - синдром Пейца-Егерса
- 186 У больной 45 лет рак правой молочной железы T2N3M0 Гистология (сог-биопсия опухоли) инфильтративный рак 2 степени злокачественности РЭ 70%, РП 70%, Her2=2+, по данным И8Н -реакции амплификации не выявлено, К|- 67=45%. На I этапе больной может быть рекомендовано
- радикальная мастэктомия справа с сохранением грудных мышц
 - лучевая терапия на молочную железу и регионарные лимфоузлы
 - полихимиотерапия по схеме AC 4 курса с оценкой эффекта
 - гормонотерапия тамоксифеном

гормонотерапия ингибиторами ароматазы + выключение функции яичников

- 187 У больной 47 лет рак левой молочной железы T2N0M0. состояние после комбинированного лечения (4 курса АС, затем 4 курса доцетаксела + радикальная резекция левой молочной железы). Гистология инфильтративный рак 2 степени злокачественности со слабовыраженным лечебным патоморфозом (1 степень). В 4 из 11 регионарных лимфоузлов - метастазы рака без признаков лечебного патоморфоза. В трех краях резекции без элементов опухоли РЭ более 80%, РП более 80%, Her2=1+, K1 67=60%. Что может быть рекомендовано больной после операции
- 4 курса АС
 - 4 курса доцетаксел 75-100мг/м2 1 раз в 3 недели
 - Адьювантная гормонотерапия: ингибитор ароматазы 5 лет
 - повторная операция в объеме радикальной мастэктомии слева с сохранением грудных мышц
 - адьювантная гормонотерапия: тамоксифен 5 лет
 - адьювантная гормонотерапия: овариальная супрессия + ингибитор ароматазы 5 лет
- 188 У больной 50 лет рак правой молочной железы T3N1M0, состояние после радикальной резекции правой молочной железы. Гистология инфильтративный рак неспецифического типа 3 степени злокачественности с признаками сосудистой инвазии. В краях резекции - без признаков опухолевого роста В 2 из 8 регионарных лимфоузлов - метастазы рака аналогичного строения ИГХ РЭ 0, РП 0, Her2/неи = 1+, K1 67=98%. Что можно рекомендовать больной в адьювантном режиме сразу после заживления раны?
- химиотерапия 4 цикла АС 1 раз в 2 недели (+КСФ) или 1 раз в 3 недели, затем паклитаксел 80 мг/м2 - 1 раз в неделю - 12 циклов или доцетаксел 75-100 мг/м2 1 раз в 3 недели 4 цикла.
 - Далее лучевая терапия на оставшуюся часть правой молочной железы и регионарные зоны лимфооттока + «буст»
 - лучевая терапия на оставшуюся часть правой молочной железы и регионарные зоны лимфооттока СОД 50 Гр + «буст» на ложе удаленной опухоли 16 Гр химиотерапия не показана
 - герцептин нагрузочная доза 8мг/кг массы тела в/в кап, далее по 6 мг/кг 1 раз в 3 недели в течение 1 года (+ химиотерапия таксанами)
 - гормонотерапия тамоксифеном в течение 5-10 лет
 - гормонотерапия ингибитором ароматазы 5-7 лет
- 189 Винорельбин в монотерапии диссеминированного рака молочной железы назначается
- 25 мг/м2 в 1 и 8 дни каждые 3 недели
 - 25 мг/м2 в 1 и 15 дни каждые 3 недели
 - 25 мг/м2 в 1 и 8 дни каждые 4 недели
 - 25 мг/м2 в 1 и 15 дни каждые 4 недели
- 190 При диссеминированном раке молочной железы доза еженедельного введения паклитаксела составляет
- 70 мг/м2
 - 80 мг/м2
 - 90 мг/м2
 - 175 мг/м2
- 191 Лапатиниб в комбинации с капецитабином при Her2-положительном диссеминированном раке молочной железы назначается в дозе
- 1250 мг/сут ежедневно
 - 1500 мг/сут ежедневно
 - 2000 мг/сут ежедневно
- 192 Рак ш 8Пи отличается от микроинвазивного рака молочной железы тем, что инфильтрирует и разрушает базальную мембрану инфильтрирует ткань в пределах слизистой оболочки инфильтрирует и слизистую, и подслизистую оболочку органа

не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее

- 193 При маммографии выявлено подозрение на рак молочной железы, риск рака 2-95%, требуется верификация опухоли, это соответствует
В1НА1« 2
В1НА1« 3
В!ВА1« 4
- 194 Какое побочное действие вызывает применение доцетаксела у больных раком молочной железы со стороны кроветворения
нейтропения
тромбоцитоз
эритроцитоз
- 195 На какие сутки происходит максимальное снижение количества форменных элементов крови при применении циклофосфида у больных раком молочной железы
1-2 сутки
7-14 сутки
21 сутки
- 196 При диссеминированном раке молочной железы паклитаксел назначается в дозе
80 мг/м² внутривенно каждые 3 недели
175 мг/м² внутривенно каждые 3 недели
90 мг/м² внутривенно 1, 8, 15-й дни каждые 4 недели
- 197 В какой дозировке применяется капецитабин в схеме капецитабин + доцетаксел у больных диссеминированным раком молочной железы?
950 мг/м², 1-14 дни каждые 3 недели
2000 мг/м², 1-14 дни каждые 3 недели
2500 мг/м², 1-14 дни каждые 3 недели
- 198 Доксорубин в монотерапии диссеминированного рака молочной железы назначается в дозе
40 мг/м² внутривенно еженедельно
20 мг/м² внутривенно еженедельно
30 мг/м² внутривенно еженедельно
- 199 К абсолютным противопоказаниям к органосохраняющему лечению рака молочной железы относится все кроме
Т3-Т4 без предварительного лечения
мультицентрический рост опухоли (два и более опухолевых узлов в более чем одном квадранте молочной железы)
неблагоприятное соотношение размера опухоли и молочной железы
- 200 Какой стадии соответствует рак молочной железы Т4НОМ0
ША стадии
ШВ стадии
ШС стадии
- 201 Умеренную радиочувствительность имеют следующие опухоли
хондрома
лимфома Ходжкина
рак молочной железы
гигантоклеточная фолликулярная лимфома
- 202 Какой стадии соответствует рак молочной железы Т2Н3М0?
НВ стадии
ША стадии

- ШВ стадии
ШС стадии
- 203 Какой стадии соответствует рак молочной железы T4N0M0?
ША стадии
111В стадии
111С стадии
- 204 Инвазивный рак молочной железы 0,7см в диаметре соответствует категории
T1a
T1b
T1c
- 205 Метастазы рака молочной железы в ипсилатеральные подключичные лимфоузлы соответствует категории N
N0a
N0b
N0c
- 206 Экземестан при раке молочной железы используется в следующей дозе
25 мг
50 мг
10 мг
5 мг
- 207 Особенностью применения экземестана является следующее
с осторожностью применяют у больных любой формой порфирии
не следует сочетать с препаратами платины
применяют в постменопаузе
- 208 Метастазы рака молочной железы в ипсилатеральные надключичные лимфоузлы соответствует категории
N0a
N0b
N0c
M1
- 209 В структуре онкологической смертности женского населения рак молочной железы занимает
1 место
2 место
3 место
5 место
- 210 В качестве скрининга рака молочной железы у женщин в менопаузе наиболее эффективно применение
маммография
УЗИ молочных желез и зон регионарного лимфооттока
пальпаторное обследование молочных желез
МРТ молочных желез
- 211 У больной 25 лет на фоне беременности появилось уплотнение и гиперемия правой молочной железы, кровянистые выделения из соска, пальпируется увеличенный до 2 см в диаметре безболезненный лимфоузел в правой подмышечной области. Наиболее целесообразным в данном случае является
назначение физиотерапевтических процедур
назначение физиотерапевтических процедур
пункция уплотнения правой молочной железы и увеличенного лимфоузла с последующим

- цитологическим исследованием
назначение антибиотиков
- 212 При выполнении радикальной мастэктомии по Мадден удаляется
молочная железа и малая грудная мышца с клетчаткой подмышечной области
только молочная железа
молочная железа с клетчаткой подмышечной области
опухоль в пределах здоровых тканей с клетчаткой подмышечной области
- 213 Секторальная резекция молочной железы может быть выполнена при
при узловой мастопатии
при раке Педжета
при диффузной мастопатии
при раке ТЗЮМ0
- 214 Наиболее информативным методом ранней диагностики рака молочной железы является
пальпация
крупнокадровая флюорография
маммография
термография
- 215 При радикальной мастэктомии по Холстеду большая грудная мышца
удаляется полностью
удаляется частично
сохраняется
- 216 У первородящей молодой женщины в молочной железе пальпируется болезненное
уплотнение с гиперемией кожи. Положительный симптом флюктуации, температура 39 С.
Наиболее вероятный диагноз
рак Педжета
фиброзная мастопатия
острый гнойный мастит
- 217 Прогноз течения рака молочной железы хуже при
узловой форме II стадии
отечно-инфильтративной форме
болезни Педжета
узловой форме I стадии
- 218 Преимущества реконструктивной аутопластики заключаются в
возможность достижения симметричности размеров и формы молочных желез
натуральный внешний вид и естественность ощущений
физиологическая «теплота» тканей сформированной молочной железы
натуральные возрастные изменения тканей сформированной молочной железы в процессе
старения
- 219 Варианты лекарственной терапии при люминальном раке молочной железы
гормонотерапия + химиотерапия
гормонотерапия + химиотерапия + анти-HER2 терапия
химиотерапия
лучевая терапия
- 220 Внутрипротоковый рак характеризуется следующим типом роста
солидный
угревидный
папиллярный
криброзный

грибовидный

- 221 К первичным рентгенологическим признакам рака молочной железы относят
опухолевидная тень
микрокальцинаты
изменения со стороны кожи
- 222 К вторичным признакам рака молочной железы относят
изменения со стороны кожи
усиленная васкуляризация
микрокальцинаты
- 223 Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы
узловую
диффузную
рассеянная
рак Педжета
- 224 При определении распространения злокачественной опухоли молочной железы на грудную стенку оценивается вовлеченность таких структур как
ребра
межреберные мышцы
передняя зубчатая мышца
грудные мышцы
- 225 Характеристики воспалительной формы рака молочной железы
наличие макрокальцинатов в структуре опухоли
эритема и отек кожи молочной железы
опухоль более 50мм в наибольшем измерении
отсутствие четко пальпируемого опухолевого узла
- 226 Обязательным является определение в опухоли молочной железы иммуногистохимическим методом следующих характеристик
уровень экспрессии рецепторов эстрогенов
уровень экспрессии рецепторов прогестерона
НЕК2
К|67
- 227 При диагностике рака молочной железы выполнение МРТ показано при
ВКСА-ассоциированном раке молочной железы
наличии имплантов в молочной железе
дольковом варианте
подозрении на мультицентричность/мультифокальность роста
- 228 Люминальному А молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
РЭ положительные
НЕК2 отрицательный
низкий К|67 (<20%)
РП высокие (>20%)
- 229 Люминальному В (НЕК2 отрицательному) молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
РЭ положительные
НЕК2 отрицательный
высокий К|67 (>30%) или РП низкие (<20%)
РЭ отрицательные

- 230 Люминальному В НЕВ2 положительному молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
РЭ отрицательные
РЭ положительные
НЕК2 положительный
К!67 и РП любые
- 231 НЕВ2 положительному нелюминальному молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
НЕК2 положительный
РЭ отрицательные, РП отрицательные
РЭ положительные, РП высокие (>20%)
РЭ положительные, РП низкие (<20%)
- 232 Базальноподобному молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
РЭ отрицательные
РП отрицательные
НЕК2 положительный
НЕК2 отрицательный
- 233 Режим химиотерапии по схеме АС при раке молочной железы включает в себя препараты
доксорубицин
адриамицин
цисплатин
циклофосфамид
- 234 Неoadьювантная лекарственная терапия при первично операбельном раке молочной железы позволяет
избежать хирургического вмешательства
выполнить органосохранную операцию
оценить эффект лекарственной терапии
улучшить прогноз в случае достижения полного патоморфологического ответа
- 235 Какие противоопухолевые антибиотики используются в лечении рака молочной железы?
доксорубицин
винорельбин
метотрексат
гемцитабин
- 236 Больной 48 лет с пременопаузальным статусом, с гормонопозитивным раком молочных желез с противопоказаниями к приему тамоксифена следует назначить
ингибиторы ароматазы
ингибиторы ароматазы + выключение функции яичников
кастрация
андрогены
- 237 Лапатиниб в комбинации с ингибиторами ароматазы в лечении ГР(+) Her2(+) диссеминированного рака молочной железы назначается
2000 мг/сут ежедневно
1250 мг/сут ежедневно
1500 мг/сут ежедневно
- 238 Схема РАС, используемая при раке молочной железы, включает следующие препараты
5-Фторурацил, Экземестан, Циклофосфан
5-Фторурацил, Доксорубицин, Цисплатин

5-Фторурацил, Доксорубин, Циклофосфан

- 239 Признаки висцерального криза при раке молочной железы
множественное метастатическое поражение внутренних органов
множественное метастатическое поражение костей
клинические признаки нарушения функции внутренних органов, создающие угрозу жизни пациента и требующие быстрого достижения противоопухолевого эффекта
лабораторные признаки нарушения функции внутренних органов, создающие угрозу жизни пациента и требующие быстрого достижения противоопухолевого эффекта
- 240 Больным раком молочной железы пременопаузального возраста в качестве гормонотерапии показано применение
аналогов ГРГ (гозерелин, бусерелин, лейпрорелин)
антагонистов рецепторов эстрогенов (фулвестрант)
селективных модуляторов рецепторов эстрогенов (тамоксифен)
ингибиторов ароматазы третьего поколения (нестероидных) (анастрозол, летрозол)
прогестагенов (медроксипрогестерона ацетат, мегестрола ацетат)
- 241 Генетическое обследование с определением мутаций каких генов проводится у всех беременных пациенток больных раком молочной железы
ВКСА1/2
ВКЛР
СНЕК2
ККА5
- 242 Консультация медицинского генетика и определение мутаций ВКСЛ1/2 показано больным раком молочной железы при
пациенткам моложе 50 лет с люминальным А фенотипом рака молочной железы
отягощенном наследственном анамнезе
пациенткам моложе 40 лет
пациенткам моложе 50 лет с тройным негативным фенотипом рака молочной железы
- 3 Факторы неблагоприятного прогноза при раке молочной железы
возраст < 35 лет
Т 3-4
поражение >4 лимфатических узлов
аменорея после адъювантной химиотерапии
- 244 При радикальной мастэктомии по Пейти большая и малая грудные мышцы сохраняются
большая грудная мышца сохраняется, малая грудная мышца удаляется
удаляются обе мышцы
сухожилие малой грудной мышцы отсекается, и после лимфодиссекции подшивается
- 245 Мутации какого гена этиологичны для синдрома Ли-Фраумени
ВЕСА 1
ВЕСА 2
р 53
СНЕК 2
- 246 Какой степени постмастэктомического отека соответствует разница на 5см показателей длины окружности средней трети плеча и средней трети предплечья?
I степени
II степени
III степени
IV степени

- 247 Когда чаще всего развивается скаленус-синдром после радикальной мастэктомии по Маддену?
 в первые 24 часа после операции
 в первые 48 часов после операции
 через 9-12 месяцев
- 248 Какой степени постмастэктомического отека соответствует разница на 1,5 см показателей длины окружности средней трети плеча и средней трети предплечья?
 I степени
 II степени
 III степени
 IV степени
- 249 Для какой стадии постмастэктомического синдрома характерно наличие постмастэктомического отека 0 - I степени верхней конечности без проявлений синдрома напряжения передней лестничной мышцы?
 На стадии
 Пб стадии
 III стадии
 Б стадии
 Гб стадии
- 250 Для какой стадии постмастэктомического синдрома характерно наличие постмастэктомического отека II - IV степени верхней конечности и клинических проявлений синдрома напряжения передней лестничной мышцы?
 Па стадии
 Пб стадии
 III стадии
 Б стадии
 Ю стадии
- 251 Согласно правилам стадирования и лечения РМЖ у мужчин, какое из утверждений неверно используется та же классификация ТИМ, что и у женщин
 стадия и статус подмышечных лимфоузлов важны для прогноза у мужчин
 в случае внутрипротокового рака т 811и у мужчин, операция выбора - радикальная резекция молочной железы
- 252 Факторами риска развития диффузной фиброзно-кистозной мастопатии является
 хронический аднексит
 заболевания щитовидной железы
 хронический гепатит
 хронический тонзилит
- 253 Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения
 лучевой терапии
 гормонотерапии
 химиотерапии
 хирургического лечения молочной железы
- 254 Определение НЕК2 статуса показано при
 раке желудка
 раке молочной железы
 раке тела матки
 раке прямой кишки
- 1 Лекарственная терапия
- 255 Химиотерапия в предоперационном периоде называется?

- неoadъювантная химиотерапия
адъювантная химиотерапия
индукционная химиотерапия
консолидирующая химиотерапия
- 256 Лучевое лечение и химиотерапия наиболее эффективны при
хондросаркоме
фибросаркоме
саркоме Юинга
- 257 Целью II фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является
определение максимально переносимой дозы цитостатика
сравнительное изучение с другими цитостатиками
доказать клиническую эффективность лекарственного средства у определенной группы
пациентов, оценить краткосрочную безопасность активного ингредиента, определение уровня
терапевтической дозы препарата и схемы дозирования
изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками
анализ экономических показателей лечения и уровня качества жизни
- 258 Целью III фазы клинического изучения противоопухолевого препарата
определить краткосрочное и долгосрочное отношение /безопасность/эффективность для
лекарственных форм активного компонента
определение максимально переносимой дозы цитостатика
изучение противоопухолевой активности цитостатика и ее спектра при "сигнальных
опухолях"
изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками
анализ экономических показателей лечения и уровня качества жизни
- 259 Пациенту 35 лет с опухолью яичка выполнена орхфуникулэктомия. Данных за наличие
метастазов не выявлено. Уровень АФП - 19 нг/мл; ХГЧ - 24 нг/мл. Гистологически
определяется семинома с признаками лимфатической инвазии. Этому пациенту показано
химиотерапия по схеме ВЕР
динамическое наблюдение
химиотерапия по схеме VeIP
лучевая терапия
- 260 Многоэтапный процесс накопления мутаций и других генетических изменений, приводящих
к нарушениям регуляции клеточного цикла, апоптоза, дифференцировки, морфогенетических
реакций клетки, противоопухолевого иммунитета называется
канцерогенез
дисплазия
метастазирование
гиперплазия
- 261 Химиотерапия, назначаемая после хирургического вмешательства
неoadъювантная
индукционная
консолидирующая
адъювантная
- 262 Условия создания режимов для комбинированной химиотерапии
каждый из применяемых цитостатиков должен быть по отдельности активен при опухоли
данной локализации (вызывая хотя бы частичную регрессию)
механизмы противоопухолевого действия препаратов должны быть различны
цитостатики должны быть из одной и той же группы
каждый из цитостатиков должен иметь различные спектры токсичности

- 263 Видами противоопухолевого лечения являются
хирургическое вмешательство
лучевая терапия
гормонотерапия
химиотерапия
- 264 Химиотерапия по отношению к хирургическому вмешательству бывает
адьювантная
радикальная
неoadьювантная
вспомогательная
- 265 Способы введения химиопрепаратов
внутриплевральное
внутривенное
внутрибрюшное
внутриартериальное
- 266 Лекарственную противоопухолевую терапию применяют в качестве
самостоятельного метода лечения
компонента комплексного лечения
радиомодификатора
профилактики послеоперационных осложнений
- 267 Основными токсическими проявлениями химиотерапии являются
миелосупрессия
иммуносупрессия
кардиотоксичность
нефротоксичность
- 268 Рекомендуемые режимы адьювантной химиотерапии при опухолях стромы полового тяжа и
стероидноклеточных опухолях
ВЕР
Т1Р
СР
ЕР
- 269 В схему химиотерапии ВЕР входят препараты
блеомицин
этопозид
паклитаксел
цисплатин
- 270 Какие химиопрепараты могут являться компонентом лечения плоскоклеточного рака
анального канала
иринотекан
5-фторурацил
цисплатин
карбоплатин
- 271 Рекомендуемые режимы химиотерапии, используемые в химиолучевой терапии при лечении
плоскоклеточного рака анального канала
цисплатин + иринотекан
митомидин С + 5-ФУ
митомидин С + капецитабин
цисплатин + 5-ФУ

- 272 Как рассчитывается доза карбоплатина
на килограмм массы тела
на площадь поверхности тела
по формуле Калверта
- 273 Комбинация ГОИО.Х включает следующие препараты
5-фторурацил, иринотекан, оксалиплатин
5-фторурацил, лейковорин, оксалиплатин
5-фторурацил, капецитабин, лейковорин
5-фторурацил, лейковорин, цисплатин
- 274 Предпочтительный режим введения трастузумаба
1 раз в 3 недели в дозе 6 мг/кг в течение 1 года
1 раз в 3 недели в дозе 6 мг/кг (первая доза — 8 мг/кг) в течение 1 года
1 раз в 4 недели в дозе 6 мг/кг в течение 1 года
1 раз в 4 недели в дозе 6 мг/кг (первая доза — 8 мг/кг) в течение 1 года
- 275 Наиболее уязвима для цитостатиков опухолевая клетка, находящаяся в фазе
М
61
8
62
6
- 276 К цитостатикам с преимущественно фазово-неспецифическим действием относятся
адриамицин
платидиам
метотрексат
алкилирующие агенты
таксаны
- 277 Противопоказанием для назначения антрациклинов является
диссеминация опухолевого процесса
сердечно-сосудистая недостаточность
повышение температуры тела до 37,5°C
отсутствие одной почки
легочная недостаточность
- 278 Противопоказанием для применения ифосфамида является
геморрагический цистит
инфаркт в анамнезе
повышение трансаминаз в 2 раза
аллергия в анамнезе
холецистит
- 279 К ингибиторам РЭ-1 носятся
ниволумаб
пембролизумаб
атезолизумаб
ипилимумаб
иммуноглобулины
- 280 Для терапии кандидомикозной инфекции (C a1Bcap8) эффективны
амфотерицин В
флюканазол
итраканазол
дифлюкан

- Д бисептол
- 281 Для лечения герпетической вирусной инфекции используются
цефалоспорины
бисептол
пенициллины
препараты альфа-интерферона
противовирусные препараты (зовиракс, ацикловир, валтрекс, фоскарнет)
- 282 Основным функциональным показателем кардиотоксичности антрациклинов является
изменение зубца Т на электрокардиограмме
увеличение интервала на электрокардиограмме
тахикардия
гипотония
уменьшение фракции выброса левого желудочка
- 283 Фазлодекс относится к
антагонист рецепторов эстрогена
прогестины
ингибиторы ароматазы
суперагонисты релизинг гормона лютеинизирующего гормона гипофиза (ЕН-КН)
- 284 Золадекс относится к
антагонист рецепторов эстрогена
прогестины
ингибиторы ароматазы
суперагонисты релизинг гормона лютеинизирующего гормона гипофиза (ЕН-КН)
- 285 Эксеместан относится к
антиэстрогены
прогестины
ингибиторы ароматазы
эстрогены и их производные
- 286 Трастузумаб относится к
алкилирующие агенты
антиметаболиты
моноклональные антитела к рецепторам ЕСЕ
малые молекулы - ингибиторы тирозинкиназ
- 287 При лечении бевацизумабом необходимо в первую очередь контролировать
уровень лейкоцитов
фракция выброса левого желудочка
уровень тромбоцитов
артериальное давление
- 288 Растворять оксалиплатин категорически нельзя в
раствор Рингера
раствор Иа С1 0,9%
раствор декстрозы 5%
- 289 Нежелательными гематологическими явлениями при назначении Золедроновой кислоты
являются
гиперфосфатемия
гипо кальциемия
гипермагниемия

- 290 Какое утверждение в отношении бисфосфонатов верно
рекомендуется соблюдать осторожность при одновременном применении бисфосфонатов и
аминогликозидов
вводится в течении 1 часа
вводится в/м
- 291 Показания к назначению Зометы
метастазы в костях рака предстательной железы
последствие травматических переломов
гипо кальциемия
- 292 По формуле Калверта рассчитывают
кармустин
доксорубицин
фторурацил
карбоплатин
- 293 Какой препарат относится к группе антифолатов
пеметрексед
ифосфамид
5-фторурацил
доцетаксел
цисплатин
- 294 Основной принцип радикального лечения, сформулированный Морганом в 1896 году,
состоит в следующем
быстро растущие опухоли более чувствительны к химиотерапии, чем медленно растущие, в
связи с чем предпочтительнее оперировать только медленно растущие опухоли
органосохраняющие операции с негативными краями резекции позволяют радикально
удалить опухоль, не нанося при этом значительного ущерба эстетическому виду
целесообразно выполнять операции на путях регионарного лимфооттока, а не только на
органе, несущем опухоль
- 295 Какой препарат относится к группе таксанов
метотрексат
5-фторурацил
капецитабин
паклитаксел
- 296 Механизм действия паклитаксела заключается в
повышение активности ферментов эксцизионной репарации нуклеотидов
нарушает метаболизм стероидов в периферических тканях
нарушает работу митотического веретена, препятствуя делению клетки
- 297 Осимертиниб относится к группе
ингибитор тирозинкиназных рецепторов
моноклональные антитела
ингибитор контрольных точек иммунитета
ингибитор РОРК
- 298 Механизм действия ингибиторов тирозинкиназы заключается в следующем
блокирует сигнальный путь P131</Lk1/тТОК
нарушает работу митотического веретена
блокирует тирозинкиназы рецептора эпидермального фактора роста (ЕОРК)
встраивается в ДНК, ингибируя удлинение ее цепей
- 299 Особенностью летрозоло является следующее

- применяется во вторую половину дня
связывается с белками плазмы
назначается в постменопаузе
- 300 Частое побочное действие летрозола
снижение либидо
боль в мышцах, костях и суставах
алопеция
угнетение кроветворения
- 301 В схеме АСх4 доксорубин используется в следующей дозе
40 мг/м² внутривенно
50 мг/м² внутривенно
60 мг/м² внутривенно
- 302 В схеме паклитаксел + карбоплатин используется в следующей дозе
175 мг/м²
90 мг/м²
60 мг/м²
75 мг/м²
- 303 Рекомендуется соблюдать осторожность при одновременном применении бисфосфонатов и аминогликозидов, поскольку препараты являются антагонистами друг друга
увеличивают снижение концентрации кальция в плазме крови
увеличивают снижение концентрации калия в крови
- 304 Перед началом терапии бисфосфонатов следует контролировать следующий биохимический показатель крови
общий белок
щелочная фосфатаза
креатинин
АЛТ, АСТ
- 305 Для назначения пембролизумаба необходимо определение мутации ВКСА
мутации АБК
экспрессии РЭ-Ь1
экспрессии Нег2
- 306 Лекарственное воздействие на конкретные мишени в опухолевых клетках, называется
полихимиотерапия
таргетная терапия
лучевая терапия
иммунотерапия
- 307 На основании совокупного анализа категорий Т, N и М, характеризующих опухолевый процесс, определяется
длительность течения заболевания
трудовой и социальный прогноз
причина развития заболевания
стадия заболевания
- 308 Опухолью малочувствительной к химиотерапии является
хориокарцинома матки
рак яичников
лимфома Ходжкина

- рак шейки матки
- 309 Опухолью, при которой возможно излечение с помощью лекарственной терапии
рак желудка
хориокарцинома матки
меланома
рак печени
- 310 Специфическим осложнением проведения терапии золедроновой кислоты является
остеонекроз нижней челюсти
патологический перелом
развитие индуцированного сахарного диабета
- 311 Критериями эффективности по шкале КЕСЮТ являются
полный эффект
частичный эффект
прогрессирование
стабилизация
- 312 К колониестимулирующим факторам относятся
летрозол
филграстим
эритропоэтин
талидомид
- 313 К анти-НЕК2 препаратам относятся
трастузумаб
бевацизумаб
афлиберцепт
пертузумаб
- 314 К остеомодифицирующим препаратам относятся
бисфосфонаты
вемурафениб
деносумаб
ритуксимаб
- 315 К препаратам из группы ингибиторов ВКАР-киназ относятся
эверолимус
трастузумаб
вемурафениб
дабрафениб
- 316 В схему ХЕБОХ входят препараты
цисплатин
капецитабин
оксалиплатин
5-фторурацил
- 317 В схему РОБРОХ входят препараты
лейковорин кальция
капецитабин
оксалиплатин
5-фторурацил
- 318 Колониестимулирующие факторы (КСФ) назначаются при
рвоте или тошноте

- нейтропении
 - анемии
 - алопеции
- 319 Гормонотерапия используется в лечении следующих нозологий
- рак молочной железы
 - рак простаты
 - рак тела матки
 - рак легкого
- 320 Для расчета дозы карбоплатина по формуле Калверта необходимо знать
- показатель АиС
 - площадь поверхности тела
 - клиренс креатинина
 - уровень глюкозы крови натощак
- 321 К таргетным препаратам относятся
- бевацизумаб
 - цетуксимаб
 - панитумумаб
 - тамоксифен
- 322 Противопоказания к энтеральному питанию
- выраженная тошнота/рвота, некупирующиеся антиэметической терапией
 - наличие тонкокишечной стомы
 - механическая кишечная непроходимость
 - пищевод Баретта
- 323 Выбор способа энтерального питания зависит от
- функционирования ЖКТ
 - наличия/отсутствия риска аспирации
 - наличия толстокишечной стомы
 - предполагаемой длительности энтерального питания
- 324 Возникновение или дестабилизация ранее контролируемой артериальной гипертензии наиболее часто наблюдается при применении следующих лекарственных препаратов
- бевацизумаб
 - сорафениб
 - 5-ФУ
 - сунитиниб
- 325 Наиболее часто ладонно-подошвенный синдром развивается как осложнение при применении следующих препаратов
- капецитабин
 - липосомальный доксорубицин
 - регорафениб
 - карбоплатин
- 326 Препараты выбора для антибиотикотерапии при фебрильной нейтропении
- Пиперациллин + тазобактам
 - цефепим
 - тетрациклин
 - меропенем
- 327 Показания для назначения колониестимулирующих факторов с целью первичной профилактики фебрильной нейтропении
- использование режимов ХТ с высоким риском развития фебрильной нейтропении

- ВИЧ-инфекция
во время проведения ХЛТ на область грудной клетки
небольшой резерв костного мозга
- 328 Показания для назначения колониестимулирующих факторов с целью вторичной профилактики фебрильной нейтропении
нейтропения 4 степени
невозможность изменить протокол лечения
на фоне ЛТ РОД 3 - 10 Гр
после проведения редукции доз цитостатиков
- 1 Опухоли головы и шеи
- 329 Наиболее частым симптомом раннего рака гортани является
охриплость
дисфагия
боли в горле
стеноз гортани
- 330 Показанием для применения лечения радиоактивным йодом больного раком щитовидной железы является?
местнораспространенный медуллярный рак
отдаленные метастазы папиллярного рака
отдаленные метастазы недифференцированного рака
регионарные метастазы папиллярного рака
- 331 Раньше и чаще метастазирует рак
боковой стенки глотки
передней трети языка
гвердого неба
губы
- 332 Рак слизистой оболочки полости рта метастазирует в лимфатические узлы
околоушные
щечные
шейные
подключичные
- 333 При доказанных метастазах в шейные л/узлы фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи выполняют
одномоментно с первичным очагом
через 4 недели после удаления первичного очага
через 1 год после удаления первичного очага
- 334 Превентивное облучение зон регионарного метастазирования (л/узлов шеи) при раке языка требует подведения суммарных очаговых доз
40 Гр
45-50 Гр
55-60 Гр
более 60 Гр
- 335 Наиболее часто встречающийся гистологический тип злокачественных опухолей щитовидной железы
папиллярный рак
фолликулярный рак
медуллярный рак
недифференцированный рак

- 336 Морфологическая форма рака щитовидной железы, сохраняющая йодонакопительную функцию
папиллярный рак
медуллярный рак
плоскоклеточный рак
недифференцированный рак
- 337 Медуллярный рак щитовидной железы развивается
из фолликулярных клеток
из метаплазированного эпителия
из парафолликулярных клеток
- 338 Рак щитовидной железы чаще встречается
у мужчин
у женщин
заболеваемость не коррелирует с полом
- 339 Повышение какого маркера возможно при рецидиве или метастазировании папиллярного рака щитовидной железы после тиреоидэктомии и радиойодаблации
кальцитонина
тиреотропного гормона (ТТГ)
тиреоглобулина (ТГ)
раково-эмбрионального антигена
- 340 Диагностическим маркером медуллярного рака щитовидной железы является
кальцитонин
тиреотропный гормон (ТТГ)
тиреоглобулин (ТГ)
антитела к тиреоглобулину (АтТГ)
- 341 Основной метод диагностики, который необходимо применить для выявления или исключения рака при узловом образовании в щитовидной железе
радиоизотопное сканирование щитовидной железы с ^{131}I или ^{125}I
анализ крови на Ат-ТГ, Ат-ТПО
тонкоигольную пункционную биопсию под контролем УЗИ
срочное гистологическое исследование во время операции
- 342 Дополнительный метод обследования больного высокодифференцированным раком щитовидной железы стадии Т2И0М0 (папиллярная аденокарцинома)
рентгенография органов грудной клетки
сцинтиграфия костей скелета
компьютерная томография шеи
бронхоскопия
- 343 УЗИ признак, позволяющий заподозрить злокачественную природу узлов в щитовидной железе
изоэхогенная структура
нечеткие границы узла
ровные контуры узла
гиперэхогенная структура
- 344 У пациента по данным пальпации выявлен узел до 2 см в диаметре в правой доле щитовидной железы. Какие методы исследования необходимы
ультразвуковое исследование щитовидной железы и л/узлов шеи
компьютерная томография шеи
гонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ
радиоизотопное сканирование щитовидной железы с $^{99\text{Tc}}$ -пертехнитатом

- 345 Признак, позволяющий заподозрить наличие злокачественного процесса в узловом образовании щитовидной железы, при радиоизотопном скенировании с I-123 или Tc-99m-пертехнитатом
наличие «горячего» узла
наличие «холодного» узла
большие размеры узла
множественный характер узлового поражения щитовидной железы
- 346 Метод исследования, позволяющий определить наличие функционирующей ткани щитовидной железы после предшествующего хирургического вмешательства
ультразвуковое исследование шеи
тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ
радиоизотопная скintiграфия с T-131, I-123 или Tc-99m-пертехнитатом
компьютерная томография с контрастным усилением
- 347 Наиболее часто выявляемый симптом у больных с высокодифференцированным раком щитовидной железы
изменение голоса
наличие пальпируемого узла на шее
нарушение глотания
боли в шее с иррадиацией в плечо
- 348 Какая морфологическая форма опухолей щитовидной железы является наиболее неблагоприятной в прогностическом плане?
папиллярная аденокарцинома
фолликулярная аденокарцинома
анapластический (недифференцированный) рак
медуллярный рак
- 349 Какая морфологическая форма опухолей щитовидной железы является наиболее благоприятной в прогностическом плане?
папиллярная аденокарцинома
фолликулярная аденокарцинома
анapластический (недифференцированный) рак
медуллярный рак
- 350 Метод, позволяющий оценить состояние регионарных л/узлов, у пациентов с цитологически доказанным раком щитовидной железы
компьютерная томография шеи
ультразвуковое исследование шеи
магнитно-резонансная томография шеи
радиоизотопная скintiграфия с I-131
- 351 Благоприятным прогностическим признаком при высокодифференцированном раке щитовидной железы является
мужской пол
женский пол
возраст старше 45 лет
выход опухоли за пределы капсулы щитовидной железы
- 352 Неблагоприятным прогностическим признаком при раке щитовидной железы является
мужской пол
высокодифференцированный рак
женский пол
возраст до 45 лет

- 353 Основной принцип хирургического лечения рака щитовидной железы операция выполняется интрафасциально
операция выполняется экстрафасциально с выделением возвратного нерва и паращитовидных желез
- 354 Оптимальным вариантом хирургического вмешательства при высококодифференцированном раке щитовидной железы, при опухоли не более 2 см в диаметре в группе благоприятного прогноза является гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка
тиреоидэктомия
субтотальная резекция щитовидной железы
резекция щитовидной железы по Николаеву
- 355 Оптимальным вариантом хирургического вмешательства при высококодифференцированном раке щитовидной железы, при опухоли более 2 см в диаметре является гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка
тиреоидэктомия
энуклеация опухолевого узла
резекция щитовидной железы по Николаеву
- 356 Метод лечения папиллярного и фолликулярного рака щитовидной железы стадий ТШОМ0, больных в возрасте до 45 лет
лучевой
хирургический
комбинированный (операция + лучевая терапия)
хирургический и лечение радиоактивным йодом
- 357 Показанием для применения лечения радиоактивным йодом больного раком щитовидной железы являются
отдаленные метастазы медуллярного рака
отдаленные метастазы папиллярного рака
отдаленные метастазы недифференцированного рака
регионарные метастазы медуллярного рака
- 358 Минимальным объемом хирургического вмешательства при раке щитовидной железы следует считать
резекцию доли щитовидной железы
тиреоидэктомию
гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка
субтотальную резекцию щитовидной железы
- 359 У больного 55 лет медуллярный рак щитовидной железы ТЗ№бМ0 Ему наиболее целесообразно выполнить
тиреоидэктомию с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи
провести комбинированное лечение с тиреоидэктомией и фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи на I этапе и послеоперационную лучевую терапию
провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией, последующей тиреоидэктомией и фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи с последующим лечением радиоактивным йодом
провести самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе
- 360 У больной 26 лет папиллярный рак щитовидной железы ТШОМ0 с локализацией в правой доле, целесообразно
выполнить тиреоидэктомию
провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией на I этапе с последующей тиреоидэктомией

- провести комбинированное лечение с тиреоидэктомией на I этапе с последующим лечением радиоактивным йодом
выполнить гемитиреоидэктомию справа с резекцией перешейка
- 361 Наиболее частая локализация рака слизистой оболочки полости рта
дно полости рта
твердое небо
щека
язык
- 361 Окончательный диагноз рака полости рта и ротоглотки устанавливают путем
осмотра очага поражения
пальпации очага поражения
гистологического исследования
компьютерно-томографического исследования головы и шеи
- 363 Рак слизистой оболочки полости рта чаще встречается
у мужчин
у женщин
заболеваемость не коррелирует с полом
- 364 Зонами регионарного метастазирования рака слизистой оболочки полости рта являются
околоушные лимфатические узлы
лимфатические узлы верхнего средостения
лимфатические узлы вдоль внутренней яремной вены
подключичные лимфатические узлы
- 365 Для возникновения рака слизистой оболочки полости рта наибольшее значение имеет
следующий фактор
курение
употребление крепких спиртных напитков
комбинация курения и злоупотребления алкоголем
хроническая механическая травма слизистой оболочки
- 366 Рак ротоглотки вызывается следующим фактором
вирус герпеса
вирус папилломы человека (подтип 16)
вирус Эпштейна-Барра
вирус папилломы человека (подтип 35)
- 367 Для уточнения распространенности рака ротоглотки используют методы диагностики
ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи
сцинтиграфию костей скелета
пункционную биопсию лимфатических узлов шеи
компьютерную томографию области головы и шеи
- 368 Наиболее благоприятный прогноз при раке ротоглотки связан со следующим фактором
молодым возрастом
курением в анамнезе
инфицирование ВПЧ (подтип 16)
отсутствие инфицирования ВПЧ (подтип 16)
- 369 Наиболее частой морфологической формой злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является
плоскоклеточный рак
аденокарцинома
мукоэпидермоидная опухоль

аденокистозный рак

- 370 Болевой синдром при раке слизистой оболочки дна полости рта всегда беспокоит больного
отсутствует
отсутствует на ранней стадии
появляется только при распространении опухоли на альвеолярный отросток нижней челюсти
- 371 Наиболее частый симптом, беспокоящий больного раком ротоглотки, локализующимся в области корня языка и небных миндалин, на ранней стадии
боли при глотании со стороны поражения
трудности при открывании рта (тризм)
неприятный запах изо рта
неудобство при глотании со стороны поражения
- 372 Трудности при открывании рта (тризм) у больного с раком ротоглотки и слизистой оболочки полости рта свидетельствуют о
распространении опухоли на жевательные мышцы
распространении опухоли на тело нижней челюсти
поражении опухолью звездчатого узла симпатического ствола
присоединении вторичной инфекции
- 373 Обязательными при обследовании больного с гистологически доказанным плоскоклеточным раком слизистой оболочки дна полости рта является
сцинтиграфия костей скелета
ультразвуковое исследование л/узлов шеи
магнитно-резонансная томография органов брюшной полости
компьютерная томография головы и шеи с контрастным усилением
- 374 Для уточнения распространенности рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки предпочтительнее использовать
сканирование костей скелета
рентгенографию костей черепа
компьютерную томографию
компьютерную томографию с контрастным усилением
- 375 Методом лечения плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта III-IV стадий является
лучевой
хирургический
комбинированный (операция + лучевая терапия/химиолучевая терапия)
лекарственный
- 376 Методом лечения плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта III-IV стадий при множественном поражении регионарных лимфатических узлов является
лучевой
комплексный (химиолучевой)
комбинированный (операция + лучевая терапия)
комплексное (операция + химиолучевая терапия)
- 377 Методом лечения плоскоклеточного рака языка III стадии является
лучевой
хирургический
комбинированный (операция + лучевая терапия)
комбинированный (лучевая терапия + операция)

- 378 Методами лечения плоскоклеточного рака ротоглотки I стадии являются
лучевой или хирургический
комбинированный (операция + лучевая терапия)
комбинированный (лучевая терапия + операция)
- 379 Методом лечения плоскоклеточного рака ротоглотки III-IV стадии является
лучевая терапия
химиолучевая терапия
комбинированный (операция + лучевая терапия)
комбинированный (лучевая терапия + операция)
- 380 Методом лечения плоскоклеточного рака ротоглотки II-IV стадии является
лучевая терапия
хирургический
химиолучевой
комбинированный (операция + лучевая терапия)
- 381 После радикального лечения больные раком слизистой оболочки полости рта
динамически наблюдаются
1 год
5 лет
2,5 года
всю жизнь
- 382 При доказанных метастазах плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта в
шейные лимфатические узлы фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи выполняют
одномоментно с операцией на первичном очаге
через 4 недели после удаления первичного очага
не проводится, достаточно проведения лучевого лечения шейно-надключичной области
- 383 Индукционная полихимиотерапия применяется
при раке щитовидной железы
при плоскоклеточном раке гортани и гортаноглотки
показания для применения индукционной химиотерапии не разработаны
при раке слюнных желез
- 384 Наиболее эффективной схемой индукционной полихимиотерапии при плоскоклеточном
раке головы и шеи является
цисплатин + 5-фторурацил
винбластин + блеомицин
циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил
доцетаксел + цисплатин + 5-фторурацил
- 385 Наиболее эффективной схемой полихимиотерапии 1-й линии при
рецидивном/метастатическом плоскоклеточном раке головы и шеи является
цисплатин + 5-фторурацил
доцетаксел + цисплатин + 5-фторурацил
цетуксимаб + 5-фторурацил + цисплатин
цисплатин + 5-фторурацил + блеомицин+метотрексат
- 386 Наиболее эффективным режимом одновременного химиолучевого лечения при
плоскоклеточном раке головы и шеи является
лучевая терапия с введением карбоплатина 1,5АиС еженедельно
лучевая терапия с введением цисплатина 100 мг/м² каждые три недели
лучевая терапия с введением цисплатина 40 мг/м² еженедельно
лучевая терапия с введением цисплатина 20 мг/м² еженедельно

- 387 Наиболее частой морфологической формой злокачественных опухолей слизистой полости рта является
 светлоклеточный рак
 нейроэндокринный рак
 плоскоклеточный рак
 аденокарцинома
- 388 Привентивное фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи оправдано
 при раке корня языка ГГa стадии
 при раке языка и дна полости рта при толщине опухоли (по данным УЗИ/КТ) >4 мм
 при раке подвижной части языка Га стадии
 при раке языка и дна полости рта при толщине опухоли (по данным УЗИ/КТ) <4 мм
- 389 Среди злокачественных опухолей слюнных желез наиболее часто встречается
 аденокарцинома
 плоскоклеточный рак
 рак из смешанных опухолей
 мелкоэпидермоидная опухоль
- 390 Методы исследования, применяемые для обследования больных с местно-распространенными опухолями щитовидной железы
 компьютерная томография шеи
 магнитно-резонансная томография шеи
 фиброскопия гортани и трахеи
- 391 Методы диагностики, применяемые при обследовании пациента с узловым образованием в щитовидной железе
 ультразвуковое исследование шеи
 анализ крови на ТТГ
 гонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ
 МРТ головного мозга
- 392 Зонами регионарного метастазирования при раке гортани являются
 преларингеальные л/узлы
 л/узлы, расположенные вдоль внутренней яремной вены
 паратрахеальные л/узлы
 подбородочные лимфоузлы
- 393 Регионарными метастазами рака щитовидной железы поражаются
 л/узлы вдоль внутренней яремной вены
 надключичные л/узлы
 паратрахеальные л/узлы
 забрюшинные лимфоузлы
- 394 Прогностически неблагоприятными факторами при высокодифференцированных формах рака щитовидной железы являются
 мужской пол
 возраст старше 55 лет
 выход опухоли за пределы капсулы щитовидной железы
 женский пол
- 395 Прогностически неблагоприятными факторами при высокодифференцированных формах рака щитовидной железы являются
 женский пол
 возраст старше 55 лет
 мужской пол
 возраст младше 55 лет

- 396 Методы первичной диагностики рака слизистой оболочки полости рта
визуальный осмотр
пальпация
биопсия с гистологическим исследованием
УЗИ брюшной полости
- 397 Методом лечения плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта стадий
является
лучевой
хирургический
комбинированный (операция + лучевая терапия)
активное наблюдение
- 398 Критериями патоморфологического исследования послеоперационного материала, на
основании которых рекомендуется проведение послеоперационного химиолучевого
лечения
инвазия опухоли слизистой оболочки полости рта в мышцы
экстракапсулярная инвазия метастаза в одном лимфатическом узле на шее
близость опухоли к краю резекции менее 1 мм
толщина опухоли 4 мм
- 399 Выполнение профилактической шейной лимфодиссекции оправдано
при раке языка
при раке слизистой оболочки дна полости рта
при раке слизистой оболочки щеки
- 400 Какие методы необходимо использовать для диагностики раннего рака гортани
непрямая ларингоскопия
фибрларингоскопия с биопсией
боковая рентгенография
компьютерная томография
- 401 Какие гистологические формы рака щитовидной железы сохраняют йодонакопительную
функцию
папиллярная аденокарцинома
фолликулярная аденокарцинома
медуллярный рак
плоскоклеточный рак
недифференцированный рак
- 402 Рак щитовидной железы характеризуется
повышенным накоплением РФП в опухоли
пониженным накоплением РФП в опухоли
нарушением распространения РФП по сосудам
отсутствием характерных изменений в накоплении РФП
- 403 Радиоактивный йод может быть применён для выявления
первичной опухоли щитовидной железы
метастазов рака щитовидной железы в печени
метастазов рака щитовидной железы в костях
метастазов рака щитовидной железы в лёгких
- 404 Показаниями для химиотерапии рака щитовидной железы могут быть
неоперабельный анапластический рак
рецидив папиллярного рака
метастазы в печени фолликулярного рака

- метастазы в лёгких папиллярного рака
- 405 При выявлении увеличенных лимфатических узлов в верхней трети шеи можно заподозрить
лимфогранулематоз
метастазы рака щитовидной железы
метастазы рака гортани
лимфаденит
- 406 К этиологическим факторам возникновения рака щитовидной железы следует относить
ионизирующее излучение
наследственные синдромы (Гарднера, Каудена, МЭН 2А и 2В типа)
диффузный нетоксический зоб
повышенная инсоляция
- 407 Факторами риска развития диффузно фиброзно-кистозной мастопатии является
хронического аднексита
хронического гепатита
колит
заболевания щитовидной железы
- 1 Опухоли желудочно-кишечного тракта
- 408 Рак пищевода чаще всего поражает
верхнюю треть
среднюю треть
нижнюю треть
одинаково часто развивается в любом отделе пищевода
- 409 При субтотальной резекции желудка желудочно-поджелудочная связка
должна удаляться обязательно
должна удаляться частично
никогда не удаляется
может быть удалена, но не обязательно
- 410 При проксимальной субтотальной резекции желудка с резекцией нижне-грудного отдела
пищевода наиболее целесообразен
абдоминальный доступ
торакальный доступ
комбинированный абдомино-торакальный доступ
абдоминальный доступ, дополненный сагиттальной диафрагмотомией
вид доступа значения не имеет
- 411 Больному 65 лет раком желудка выполнена субтотальная резекция. При плановом
гистологическом исследовании обнаружены опухолевые клетки по линии разреза, метастазы
в лимфоузлах. Следует
повторно оперировать
при наличии противопоказаний к повторной операции назначить химиотерапию
при наличии противопоказаний к повторной операции назначить химиолучевое лечение
назначить динамическое наблюдение
- 412 Какая из операций требует повторного вмешательства с разрывом во времени для
восстановления естественного пассажа содержимого толстой кишки
передняя резекция прямой кишки
ампутация прямой кишки с низведением
брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
операция Гартмана

- 413 Адьювантная химиотерапия при I стадии рака ободочной кишки проводится через 2 недели после хирургического лечения не показана проводится с таргентной терапией проводится в сочетании с лучевой терапией
- 414 При первичной неходжкинской лимфоме желудочно -кишечного тракта наиболее часто поражается
пищевод
желудок
подвздошная кишка
ободочная кишка
прямая кишка
СНОР + вепезид
"3+7"
Оеха-ВЕЛМ
- 415 При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана эндоскопическая полипэктомия
клиновидная резекция желудка
экономная резекция желудка
субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов
- 416 При раке желудка выполнена дистальная субтотальная резекция желудка. Реконструктивный этап осуществляется путем ...
формирования желудочно-кишечного анастомоза по Бильрот-1
формирования впередиободочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом
формирования позадиободочного гастроэнтероанастомоза на короткой петле
формирования впередиободочного ГЭА на короткой петле
- 417 Метастаз Крукенберга - это
метастаз в пупок
метастаз в яичник
метастаз в лимфоузел
метастаз в параректальную клетчатку
- 418 При дистальной субтотальной резекции желудка при раке следует отдавать предпочтение формированию желудочно-кишечного анастомоза по Бильрот-1
формированию впередиободочного гастроэнтероанастомоза (ГЭА) на длинной петле с межкишечным анастомозом
формированию позадиободочного ГЭА на короткой петле
формированию впередиободочного ГЭА на короткой петле
- 419 У больного 65 лет рак желудка ТШХМ0, состояние после гастрэктомии с лимфодиссекцией ^2. Гистологическое исследование послеоперационного препарата аденокарцинома в пределах слизистого и подслизистого слоя, обнаружены единичные опухолевые клетки по линии пересечения пищевода; в 17 исследованных лимфоузлах метастазов не обнаружено. При послеоперационной эзофагоскопии признаков опухолевого роста не обнаружено. Данная операция является
паллиативной
условно радикальной
радикальной
неклассифицируемой
- 420 При проксимальной субтотальной резекции желудка с резекцией нижне -грудного отдела пищевода наиболее целесообразен

- абдоминальный доступ
 торакальный доступ
 комбинированный торокоабдоминальный доступ слева
 абдоминальный доступ, дополненный сагитальной диафрагмотомией
- 421 Укажите объем удаляемого органа при радикальной дистальной субтотальной резекции желудка при раке антрального отдела
- 2/3 желудка с удалением малой кривизны
 - 4/5 желудка с малой кривизной
 - 1/2 желудка с удалением 4/5 малой кривизны
- 422 У больного 58 лет рак проксимального отдела желудка с метастазом в лимфатический узел надключичной области справа. Оптимальным лечением является
- паллиативная проксимальная резекция желудка с последующей современной химиотерапией
 - лучевая терапия на правую надключичную область с последующей химиотерапией
 - паллиативная проксимальная резекцией желудка
 - современная химиотерапия с последующим динамическим наблюдением
- 423 У больного 55 лет инфильтративный рак антрального отдела желудка с декомпенсированным стенозом. При УЗИ выявлено 2 метастаза в печени. На Г этапе лечения следует применить
- стентирование, химиотерапию
 - дистальную субтотальную резекцию желудка
 - химиолучевое лечение
 - специальное лечение не показано
- 424 При раке пищевода к хирургическим вмешательствам с одномоментной пластикой перемещенным желудком относятся все перечисленные операции, кроме
- операция Жиано - Гальперна - Гаврилиу
 - операция Осавы - Герлока
 - операция типа Льюиса
 - операция Киршнера - Накаямы
 - операция Добромысова - Торека
- 425 Наиболее часто лучевая терапия рака пищевода в качестве самостоятельного метода лечения используется при локализации опухоли
- в шейном отделе пищевода
 - в верхнегрудном отделе пищевода
 - в среднегрудном отделе пищевода
 - в нижнегрудном отделе пищевода
- 426 Эффективность современной химиотерапии при раке пищевода составляет
- 5-10%
 - 20-30%
 - 40-50%
 - 60-70%
- 427 При хирургическом лечении неэпителиальных злокачественных (стромальных и гладкомышечных) опухолей тонкой кишки удаление большого сальника является обязательным этапом хирургического вмешательства
- не показано; выполняется лишь при расширенных хирургических вмешательствах
 - выполняется с учетом факторов прогноза
 - выполняется по усмотрению хирурга
- 428 Улучшает ли неоадьювантная лучевая терапия результаты хирургического лечения рака ободочной кишки?
- не улучшает

- достоверно улучшает
нет данных
- 429 Рак пищевода чаще всего поражает
шейный отдел
верхнегрудной отдел
среднегрудной отдел
нижнегрудной отдел
рак пищевода поражает указанные отделы с одинаковой
- 430 Наиболее часто железистый рак пищевода развивается на фоне
рубцовой стриктуры
инфекции *Helicobacter pylori*
пищевода Барретта
тяжелой дисплазии многослойного плоского эпителия
- 431 К доброкачественным эпителиальным опухолям пищевода относятся все перечисленные,
кроме
аденом
плоскоклеточных папиллом
лейомиом
- 432 Какой фактор более всего влияет на частоту метастазирования при раке толстого кишечника?
гистологическая структура опухоли
глубина инвазии кишечной стенки
сравнительное изучение нового агента с другими цитостатиками
локализация опухоли
возраст больного
- 433 Больная 67 лет, в течение 6 месяцев отмечает слабость, периодическую боль в правой
подвздошной области, похудание, чередование частого стула и запоров Анализ крови Эр -
3500000/мкл, Нв-80 г/л, СОЭ-28 мм/час. В кале скрытая кровь. При ирригоскопии в слепой
кишке дефект наполнения 2х3 см с неровными бугристыми контурами. Клинический
диагноз?
дивертикул
актиномикоз
рак слепой кишки
неспецифический язвенный колит
анализ экономических показателей лечения и уровня качества жизни
- 434 Какие типы полипов наиболее часто малигнизируются в толстой кишке
железистые
железисто-ворсинчатые
ворсинчатые
ювенильные
гиперпластические
- 435 По гистологическому строению рак желудка чаще всего является
железистым раком
плоскоклеточным раком
смешанным железисто-плоскоклеточным раком
переходно-клеточным раком
- 436 Современным стандартом лимфодиссекции при радикальных операциях у больных раком
желудка является
1-лимфодиссекция
2-лимфодиссекция

3-лимфодиссекция

При какой из операций возможно восстановление естественного пассажа содержимого по толстой кишке?

эвисцирация малого таза

брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

операция Гартмана

- 437 В настоящее время стандартом лечения протокового рака поджелудочной железы (T1-3M)-1M0) является
хирургическое и лекарственное лечение
лекарственное лечение
химиолучевое лечение
хирургическое лечение
- 438 Метастаз Вирхова при раке желудка локализуется
в параректальных лимфоузлах
между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
в яичнике
в пупке
- 439 Метастаз Крукенберга при раке желудка локализуется
в параректальных лимфоузлах
между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной
в яичнике
в яичке
- 440 Метастаз Шницлера при раке желудка локализуется
в параректальных лимфоузлах
между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
в яичнике
в пупке
- 441 Метастаз сестры Марии Джозеф при раке желудка локализуется
в параректальных лимфоузлах
между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
в яичнике
в пупке
- 442 Метастаз Айриша при раке желудка локализуется
в параректальных лимфоузлах
между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
в яичнике
в подмышечных лимфоузлах
- 443 В дифференциальной диагностике рака и язвы желудка наиболее надежным методом диагностики для исключения малигнизации считается
рентгенологический метод (Кд-скопия, Кд-графия)
эндоскопия желудка с биопсией
исследование кала на скрытую кровь
исследование желудочного сока с гистамином
- 444 При пальцевом исследовании в нижеампулярной части прямой кишки обнаружено
изъязвление с плотным дном и валикообразными краями. Предположительный диагноз
язва прямой кишки
рак прямой кишки
трещина прямой кишки

- геморрой
- 445 При раке ободочной кишки наиболее часто поражается анатомический отдел
сигмовидная кишка
нисходящая ободочная кишка
слепая кишка
поперечная ободочная кишка
- 446 Наиболее характерным клиническим симптомом рака пищевода является
дисфагия
рвота
боль в грудной клетке при глотании
повышенное слюноотделение
- 447 По гистологическому строению рак желудка чаще всего является
железистым
плоскоклеточным
смешанным железисто-плоскоклеточным
крупноклеточным
- 448 Наиболее часто малигнизуются полипы толстой кишки
ворсинчатые
железистые
ювенильные
гиперпластические
- 449 Гематогенные метастазы рака толстой кишки чаще всего локализованы в
печени
легких
почках
в головном мозге
- 450 Токсико-анемическая форма рака ободочной кишки характерна для
левых отделов ободочной кишки
ректосигмоидного отдела толстой кишки
прямой кишки
правых отделов ободочной кишки
- 451 Рак желудка чаще всего метастазирует в
легкие
печень
параректальную клетчатку
яичники
- 452 Атипичные клинические проявления рака пищевода могут быть представлены следующими
синдромами
ларинго-трахеальным
плевро-пульмональным
стенокардитическим
- 453 Какими морфологическими признаками характеризуется предраковое состояние слизистой
оболочки желудка?
наличием атипичных клеток
тяжелой степенью дисплазии эпителиальных клеток
наличием кишечной метаплазии очагового характера
наличием морфологических признаков хронического воспаления

- 454 Локализация опухоли желудочно-кишечного тракта в пределах слизистого и подслизистого слоев органа при отсутствии метастазов соответствует стадии
Г стадия
ГГ стадия
III стадия
IV стадия
- 455 С помощью какого метода можно определить протяженность опухоли по длиннику кишечника при раке прямой кишки
пальцевое исследование
фиброколоноскопия
ирригоскопия
лапароскопия
- 456 При стенозирующем, неоперабельном раке прямой кишки оптимальной тактикой лечения является
операция Гартмана + лучевая терапия
разгрузочная сигмостома
химиотерапия + лучевая терапия
разгрузочная сигмостома + химиолучевая терапия
- 457 При раке нисходящего отдела ободочной кишки методами выбора радикального хирургического лечения является
передняя резекция прямой кишки
резекция сигмовидной кишки
левосторонняя гемиколэктомия
трансверзостомия
- 458 При раке правой половины ободочной кишки методом выбора радикального хирургического лечения является
левосторонняя гемиколэктомия
илеостомия
цектомия
правосторонняя гемиколэктомия
- 459 Основным методом лечения первичной лимфосаркомы (высокой степени злокачественности) пищеварительной трубки 1e-IIe стадии является
химиотерапия
лучевая терапия
хирургическое лечение
хирургическое лечение + химиотерапия
- 460 При первичной лимфосаркоме желудочно-кишечного тракта наиболее часто поражается
желудок
пищевод
подвздошная кишка
ободочная кишка
- 461 Железистый рак пищевода развивается на фоне
рубцовой стриктуры
синдрома Пенкоста
пищевода Барретта
лейкоплакии
- 462 В настоящее время стандартом лечения протокового рака поджелудочной железы (T1-3M)-1M0) является
лекарственное лечение

химиолучевое лечение
хирургическое лечение
хирургическое, лучевое и лекарственное лечение

- 463 Гематогенные метастазы при раке пищевода могут наблюдаться
в печени
в легких
в почках
в костях
в головном мозге
- 464 При раке пищевода возможен следующий анатомический тип роста опухоли
язвенный
узловой (бородавчато -папилломатозный)
инфильтрирующий (скиррозный)
поверхностный
- 465 Резекцию пораженной части кишки в качестве радикальной операции производят при раке
слепой кишки
восходящей ободочной кишки и печёночного угла
поперечной ободочной кишки
селезёночного угла и нисходящей ободочной кишки
сигмовидной кишки
- 466 Паллиативная дистальная резекция желудка или гастрэктомия при раке обоснована
при декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка
при желудочном кровотечении
при перфорации желудочной стенки
при метастазах в печень и головной мозг
- 467 Какие из типовых операций при раке прямой кишки завершаются формированием колостомы
или противоестественного заднего прохода
передняя резекция прямой кишки
ампутация прямой кишки с низведением
брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
операция Гартмана
- 468 Что из перечисленного ниже, является абсолютным противопоказанием к хирургическому
лечению протокового рака головки поджелудочной железы
распространение опухоли на двенадцатиперстную кишку и холедох
распространение опухоли на ветви, формирующие верхнюю брыжеечную артерию
ретроперитонеальная инвазия опухоли
отдаленные метастазы опухоли
- 469 Этиологическими факторами плоскоклеточного рака пищевода являются
хронический атрофический гастрит
гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
послеожоговая рубцовая стриктура
повышенная инсоляция
- 470 Для пищевода Баррета характерно
поражение нижней трети пищевода
картина «языков пламени» при ЭГДС
этиологическим фактором является ГЭРБ
увеличение риска развития железистого рака пищевода
- 471 При резекции или экстирпации пищевода при раке нижнегрудного отдела также должны быть

- удалены лимфоузлы
 бифуркационные
 околопищеводные
 левые желудочные
 паракардиальные
- 472 Наиболее типичными симптомами доброкачественных опухолей пищевода являются
 дисфагия
 боль за грудиной
 боль в эпигастрии
 нарушение дыхания
- 473 К предраковым заболеваниям толстой кишки относятся
 диффузный семейный полипоз
 неспецифический язвенный колит
 ворсинчатая аденома
 геморой
- 474 Атипичные клинические проявления рака пищевода могут быть представлены следующими синдромами
 ларинго-трахеальным
 плевро-пульмональным
 стенокардитическим
 невралгическим
- 475 К предраковым заболеваниям пищевода относятся
 атрофический эзофагит
 эрозивный и эрозивно-язвенный эзофагит
 пищевод Баретта
 лейкоплакия
- 476 Возможности эндо-УЗИ в диагностике рака желудка
 определить глубину инвазии опухоли в стенку желудка («Т»)
 выполнить пункционную биопсию
 оценить состояние регионарных лимфатических коллекторов («№»)
 определить прорастание опухоли в соседние структуры
- 477 Для динамического контроля рака желудка показано определение уровня
 СА 72-4
 АФП
 РЭА
 СА 19-9
- 478 При подозрении на метастатическое поражение костного мозга при раке желудка показано выполнение
 контроль коагулограммы
 МРТ
 стеральной пункции
 трепанобиопсии подвздошной кости
- 479 К доброкачественным опухолям толстой кишки относятся
 тубулярная аденома
 ворсинчатая аденома
 аденоматозный полип
 тубулярно-ворсинчатая аденома
- 480 При хирургическом лечении больных с опухолями ободочной кишки следует соблюдать

- следующие принципы
 выполнение тотальной мезоколоноэктомии
 выполнение лимфодиссекции в объеме 03
 сегментарная резекция кишки
 абластики и антибластики
- 481 Использование лучевой терапии при раке поджелудочной железы возможно в случаях локорегионарного рецидива после хирургического вмешательства продолженного роста первичной нерезектабельной опухоли после ХТ при отсутствие отдаленных метастазов в качестве адьювантного компонента лечения продолженного роста первичной нерезектабельной опухоли после ХТ при наличие отдаленных метастазов
- 482 При оценке локализации верхнего полюса опухоли используется деление пищевода на отделы шейный
верхне-грудной
средне-грудной
под-грудной
- 483 Основным фактором, способствующим возникновению рака ободочной кишки, является ионизирующая радиация
курение
избыточное потребление жирной пищи и малого количества клетчатки
злоупотребление алкоголем
- 484 Скрининговым исследованием для диагностики рака ободочной кишки является колоноскопия
КТ брюшной полости с в/в контрастированием
пальцевое ректальное исследование
исследование кала на скрытую кровь
- 485 При диагностике плоскоклеточного рака анального канала показано определение уровня 8СС
выявление факта носительства ВПЧ
выполнение МРТ малого таза с в/в контрастированием
выполнение МРТ малого таза без в/в контрастирования
- 486 Критериями рецидива/продолженного роста рака анального канала является рост уровня РЭА
морфологически верифицированная опухоль
наличие рецидива/рост остаточной опухоли по данным МРТ / ТРУЗИ
наличие пальпируемых паховых лимфоузлов
- 487 При первичном раке печени отдаленные метастазы чаще встречаются в костях
в забрюшинных лимфоузлах
в легких
в головном мозге
в лимфоузлах средостения
- 488 Какие методы лечения первичного рака печени применяются в современной онкологической практике
фотодинамическая терапия
криодеструкция опухоли
радиочастотная абляция опухоли
иммунотерапия

- 489 Капецитабин под действием карбоксилэстеразы в печени превращается в
фторурацил
5'-дезоксидезокси-5-фторуридин
фтордезоксидезокси-УМФ
5'-дезоксидезокси-5-фторцитидин
- 490 При первичном раке печени наиболее частая локализация метастазов
легкие
кости
головной мозг
печень (внутриорганные)
- 491 Самой частой гистологической формой рака анального канала является
аденокарцинома
плоскоклеточный рак
недифференцированный рак
- 492 Чему соответствует ГГ стадия рака анального канала по системе ТИМ?
Т3М)М0
Т1-3ЮМ0
ТШЮМ0
- 493 Наиболее частым этиологическим фактором развития рака анального канала является
курение
вирус Эпштейна-бар
ВПЧ
- 494 Диагноз рака анального канала ставится на основании
пальцевого исследования
ректоскопии с биопсией
ирригоскопии
- 495 Какие из вариантов желчеотведения должны быть приоритетными у больных с механической желтухой
холедоходуоденостомия
эндоскопическое транспапиллярное стентирование холедоха
чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков
гепатикоэнтеростомия
- 496 При метастазах колоректального рака рекомендовано выполнение анализа биоптата опухоли на мутации
ККА8
ЖЛ8
СНЕК2
ВКАР
- 497 Комплексное лечение плоскоклеточного рака анального канала включает в себя
ЛТ
ХТ
хирургическое вмешательство
иммунотерапию
- 498 После завершения химиолучевой терапии плоскоклеточного рака анального канала в план обследования необходимо включить
пальцевое ректальное исследование
определение уровня 8СС

- аноскопию
определение уровня РЭА
- 499 В группе риска развития гепатоцеллюлярного рака находятся больные с
циррозом печени алкогольной этиологии
циррозом печени аутоиммунной этиологии
носительство вируса гепатита В/С
отягощенный семейный анамнез
- 500 Для билиарного рака характерно повышение уровня
8СС
СА 19-9
РЭА
АФП
- 501 Лекарственные препараты, используемые в лечении билиарного рака
гемцитабин
паклитаксел
капецитабин
оксалиплатин
- 1 Опухоли кожи
- 502 Основным этиологическим фактором возникновения рака кожи является
интенсивное и продолжительное воздействие солнечного излучения
воздействие продуктов переработки нефти
воздействие веществ бытовой химии
курение
- 503 Медленным ростом и редкостью метастазирования характеризуется
базальноклеточный рак кожи
плоскоклеточный ороговевающий рак кожи
плоскоклеточный неороговевающий рак кожи
любой вид рака кожи из перечисленных
- 504 У больного рак кожи лица I стадии. Какие методы лечения могут быть использованы
близкофокусная рентгенотерапия, электронный пучок
криотерапия
дистанционная гамма-терапия
лазерная деструкция
- 505 Рекомендуемый режим введения золадекса
3,6 мг 1 раз в 28 дней подкожно
3,6 мг еженедельно подкожно
3,6 мг 1 раз в 28 дней внутривенно
3,6 мг 1 раз в 3 месяца подкожно
- 506 Меланома кожи относится к опухолям
нейроэктодермальной природы
эктодермальной природы
мезенхимальной природы
дисэмбриональной природы
эпителиальной природы
- 507 Рак кожи в структуре заболеваемости злокачественными опухолями составляет
около 1%
2-3%
4-8%

около 12%
более 20%

- 508 У больного рак кожи лица Г стадии. Какой метод лечения противопоказан
близкофокусная рентгенотерапия, электронный пучок
криотерапия
дистанционная гамма-терапия
лазерная деструкция
- 509 Длительная интенсивная инсоляция является наиболее значимым фактором риска в развитии злокачественных новообразований
кожи
желудка
шейки матки
билиопанкреатодуоденальной зоны
- 510 Морфологическая верификация меланомы кожи осуществляется на основании
инцизионной биопсии
эксцизионной биопсии
соскоба
дерматоскопии
- 511 Базальноклеточный рак наиболее часто локализуется на коже
волосистой части головы
лица
верхних конечностей
нижних конечностей
- 512 К меланомонеопасным невусам относятся
синий (голубой) невус
невус Ота
пограничный пигментный невус
гигантский пигментный невус
веррукозный невус
- 513 При какой толщине меланомы показано выполнение биопсии сторожевого лимфатического узла
0,5 мм
1 мм
2 мм
2 см
- 514 При клиническом диагнозе меланомы без морфологической верификации может быть начато
хирургическое лечение
химиотерапевтическое лечение
лучевое лечение
иммунологическое лечение
- 515 При меланоме профилактическую послеоперационную ЛТ с воздействием на зону удаленных регионарных лимфоузлов при
толщине опухоли по Бреслоу 2мм
вовлечении в опухолевый процесс >4 лимфатических узлов
прорастанием метастаза за пределы капсулы лимфатического узла
при локализации меланомы на нижних конечностях
- 516 При меланоме показано выполнение молекулярно-генетического обследования с определением мутаций

ВКСА
ВКАР
\\ИА^
К1Т

- 1 Опухоли легких
- 517 Сколько сегментов образуют верхнюю долю правого легкого
2 сегмента
3 сегмента
4 сегмента
5 сегментов
- 518 В России в структуре онкологической заболеваемости мужского населения рак легкого занимает
первое место
второе место
третье место
девятое место
- 519 Рак легкого встречается у мужчин чаще, чем у женщин
в 2-4 раза
в 7-10 раз
в 40-50 раз
в 3-5 раз
- 520 Согласно клинко-анатомической классификации рака легкого выделяют следующие формы
центральный, периферический, атипические формы
центральный, периферический, медиастинальный
центральный, периферический, метастатический
центральный, периферический, рак Панкоста
- 521 Центральным раком легкого называют опухоли, возникающие из
главных, долеых, сегментарных бронхов
главных, долеых, сегментарных и субсегментарных бронхов
любых бронхов, расположенных в центре легкого
любых бронхов, расположенных вблизи корня легкого
- 522 Названием рак Панкоста обозначают
центральный рак верхней доли легкого
полостную форму периферического рака легкого независимо от локализации
периферический рак верхней доли легкого
периферический рак нижней доли легкого
- 523 Периферический рак лёгкого у женщин чаще бывает
плоскоклеточным
железистым
мелкоклеточным
крупноклеточным
- 524 Периферический рак легкого размером менее 2 см, не прорастающий в плевру, без метастазов в лимфатические узлы и отдаленных метастазов относится (по 8 редакции МКБ)
к 1А стадии
к 11А стадии
к 3А стадии
к 1УА стадии
- 525 У больных локализованным мелкоклеточным раком легкого, с достигнутым объективным

- эффектом после химиолучевой терапии на область первичной опухоли и средостения необходимо
 провести профилактическое облучение головного мозга
 назначить антибиотикотерапию
 провести консолидирующий курс химиотерапии
 назначить антигистаминные препараты
- 526 При выборе метода лечения метастазов саркомы Юинга в легкие предпочтение следует отдать
 хирургическому методу
 иммунотерапии
 симптоматическому лечению
 химиотерапии и лучевому лечению
 химиотерапии в комбинации хирургическим лечением
- 527 Какой объем хирургического вмешательства при раке легкого сопряжен с высоким риском развития бронхиального свища
 типичная пневмонэктомия
 расширенная пневмонэктомия
 пневмонэктомия с резекцией перикарда или грудной стенки
 пневмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи
- 528 К онкомаркерам, определяемым при раке легкого относятся
 \АЕ. СуГа 21-1
 СА 27-7, СА 125
 СА15-3, СА 125
 СА 125, СуГа 21-1
- 529 При выявлении активирующих мутаций гена ЕОЕК. (18-21 экзоны) оптимальным является назначение
 таргетной терапии
 гормональной терапии
 химиотерапии
 иммунотерапия
- 530 Для назначения пембролизумаба необходимо определение
 мутации ВКСА
 мутации АКК
 экспрессии РЭ-Ы
 экспрессии Нег2
- 530 В лечении мелкоклеточного рака легкого II стадии методом выбора является
 операция
 лучевая терапия
 химиолучевая терапия
 иммунотерапия
- 531 Какой известен эктопический эндокринный синдром при раке легкого
 синдром Иценко-Кушинга
 синдром Пламмера-Винсона
 синдром Горнера
 синдром Лезера-Трела
- 532 При каком морфологическом варианте рака легкого наиболее эффективна химиотерапия
 при плоскоклеточном раке
 при аденокарциноме
 при мелкоклеточном раке

- при всех формах рака
- 533 При неплоскоклеточном раке легкого IV стадии рекомендовано провести исследование на наличие мутаций в гене
ЕСРК (19-21 экзоны)
ВКСА-2
ККА8
ВКСА-1
- 534 Для лечения доброкачественных тератом, тимом, фибром, липом и нейрогенных опухолей средостения рекомендуется
хирургический метод
лучевое лечение
противоопухолевая лекарственная терапия
комбинированное лечение
химио -иммунотерапия
- 535 Зрелые тератомы средостения располагаются преимущественно в переднем верхнем средостении
преимущественно в переднем нижнем средостении
преимущественно в заднем верхнем средостении
одинаково часто, как в переднем, так и в заднем средостении
- 536 Нейрогенные опухоли средостения располагаются преимущественно в переднем средостении
преимущественно в заднем средостении
одинаково часто и в переднем, и в заднем средостении
- 537 Герминогенные опухоли средостения (незрелые тератомы) преимущественно метастазируют лимфогенно - в средостенные, надключичные и забрюшинные лимфатические узлы
гематогенно - в органы и ткани (легкие, печень, кости, костный мозг...)
Метастазирование незрелых тератом происходит лимфогенным и/или гематогенным путем
- 538 К прогностически неблагоприятной морфологической форме рака легкого относится
мелкоклеточный рак
крупноклеточный рак
аденокарцинома
плоскоклеточный рак
- 539 К прогностически благоприятной морфологической форме немелкоклеточного рака легкого относится
крупноклеточный рак
плоскоклеточный ороговевающий рак
плоскоклеточный рак без ороговения
плоскоклеточный веретенноклеточный рак
аденокарцинома
- 540 Определение экспрессии РЭ-Ы на опухолевых клетках при немелкоклеточном раке легкого требуется для назначения
пембролизумаба
ниволумаба
атезолизумаба
бевацизумаба
- 541 Наиболее частой локализацией метастазов мелкоклеточного рака легкого являются
внутригрудные лимфатические узлы
печень, почки

- почки, надпочечники
кости, головной мозг
- 542 Для диагностики рака легкого используют следующие методики
трансторакальная биопсия
биопсия сторожевого лимфатического узла
щипцовая биопсия
- 543 Наиболее часто изолированное поражение лимфатических узлов средостения наблюдается
при лимфогранулематозе
при лимфосаркоме
при ретикулосаркоме
при плазмацитоме
- 544 Внегонадная семинома средостения характеризуется
быстрым ростом
медленным ростом
прогрессирующим темпом роста
скачкообразным темпом роста
- 545 Дифференциальный диагноз доброкачественной периферической опухоли легкого проводится
с периферическим раком
с туберкулезом
с кистой
с паразитарным поражением
с пневмонией
- 546 Для метастатического плеврита при раке легкого характерны следующие клиничко-рентгенологические признаки
затемнение на стороне поражения
смещение средостения в противоположную сторону
часто рецидивирует
может разрешиться самостоятельно
- 547 При выявлении в головном мозге одиночных солитарных метастазов немелкоклеточного рака легкого размером менее 30 мм возможно локальное лечение
оперативное удаление
лучевая терапия на весь головной мозг в РОД 2,5-3,0 Гр, СОД 30 Гр
стереотаксическая лучевая терапия
радиохирургическое лечение с последующей крупнопольной лучевой терапией
- 548 Рекомендуемые режимы лекарственной терапии при локальных стадиях мелкоклеточного рака легкого
цисплатин + этопозид
карбоплатин + этопозид
карбоплатин + паклитаксел
цисплатин + паклитаксел
- 549 К локальным стадиям мелкоклеточного рака легкого относятся
0 стадия
I стадия
II стадия
III стадия
- 550 К распространенным стадиям мелкоклеточного рака легкого относятся
I стадия

- II стадия
- III стадия
- IV стадия

- 551 Диспансерное наблюдение при раке легкого включает в себя
 - физикальный осмотр
 - КТ органов грудной клетки
 - УЗИ брюшной полости, малого таза, органов забрюшинного пространства
 - ПЭТ-КТ всего тела

- 552 Развитие опухолевого плеврита описано у больных
 - раком легкого
 - раке языка
 - раке молочной железы
 - раке яичников

- 553 Осложнением трансторакальной биопсии могут быть
 - тромбоэмболия
 - пневмоторакс
 - кровотечение
 - сепсис

- 554 Характерные симптомы мезотелиомы плевры
 - гидроторакс
 - одышка
 - боли в грудной клетке
 - увеличение массы тела за счет жировой ткани

- 1 Лучевая терапия
- 555 Сочетанная лучевая терапия означает
 - лучевая терапия в сочетании с химиотерапией
 - расщепление курса лучевой терапии
 - лучевая терапия в сочетании с радиомодификатором
 - применение двух методов лучевой терапии
 - сочетание лучевой терапии с гормонотерапией

- 556 Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению являются
 - пожилой возраст
 - молодой возраст
 - активный туберкулез
 - ожирение
 - психические заболевания с потерей ориентации во времени и пространстве
 - беременность
 - тяжелые сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации

- 557 Основным компонентом лечения лучевых пульмонитов, пневмофиброзов является
 - витамины
 - антибиотики широкого спектра действия
 - фолиевая кислота
 - преднизолон/дексаметазон
 - антикоагулянты

- 558 Поздние лучевые повреждения возникают после лучевой терапии через
 - 7 дней
 - 12 дней
 - 3 месяца
 - 6 месяцев

- во время лучевой терапии
- 559 Радиотерапевтический интервал - это
время между фракциями лучевой терапии
интервал между курсами лучевой терапии
интервал между операцией и лучевой терапии
интервал в радиочувствительности клеток злокачественных опухолей и здоровых клеток
интервал между лучевой терапией и химиотерапией
- 560 Классическим стандартным режимом фракционированием в лучевой терапии является
4 Гр 3 раза в неделю
3 Гр 5 раз в неделю
1,8-2 Гр 5 раз в неделю
5 Гр 1 раз
7 Гр 1 раз
- 561 Основная цель радикальной лучевой терапии
достижение полной эрадикации опухоли
вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
достижение частичной регрессии опухоли
снижение биологической активности опухолевых клеток
подведение максимальной очаговой дозы
- 562 Задачей короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии является
повышение операбельности
понижение жизнеспособности опухолевых клеток
получение полной регрессии опухоли
достижение значительного уменьшения опухоли
сокращение сроков пребывания больного в стационаре
- 563 Что относится к корпускулярному излучению
рентгеновское излучение
альфа-частицы, пучки быстрых электронов, протоны, нейтроны, отрицательные пи-мезоны
ультразвуковое излучение
гамма-излучение
- 564 1 Гр это
доза излучения, под действием которой в 1 см³ воздуха при нормальной температуре и давлении образуется ионы, несущие заряд в 1 электростатическую единицу электричества каждого знака
доза ионизирующего излучения, при которой веществу массой 1 кг передается энергия, равная 1 Дж
доза ионизирующего излучения, при которой энергия в 10 Дж передается облучаемому веществу массой в 1 кг
- 565 К ранним лучевым повреждениям относятся осложнения, возникшие
не позднее 2 недель после лучевой терапии
не позднее 1 месяца после лучевой терапии
не позднее 3 месяцев после лучевой терапии
не позднее 6 месяцев после лучевой терапии
- 566 К поздним лучевым повреждениям относятся повреждения, возникшие
спустя 2 недели после лучевой терапии
спустя 1 месяц после лучевой терапии
спустя 3 месяца после лучевой терапии
спустя 6 месяцев после лучевой терапии

- 567 Радиомодификаторы - это физические и химические факторы, которые способствуют росту опухоли
физические и химические факторы, способствующие регрессу опухоли
физические и химические факторы, способные изменять (ослаблять или усиливать) радиочувствительность клеток, тканей организма
- 568 Основной причиной репродуктивной гибели как результат воздействия ионизирующего излучения считают повреждение митохондрий
рибосом
ДНК
клеточной мембраны
- 569 Единицей измерения поглощенной дозы ионизирующего излучения являются
грей
кюри
рентген
бэр
- 570 При лучевой терапии базальноклеточного рака наиболее целесообразно использовать
близкофокусную рентгенотерапию
аппликационную лучевую терапию
дистанционную лучевую терапию
- 571 Виды лучевой терапии, относящиеся к контактной лучевой терапии (брахитерапии)
протонная терапия
внутриполостное
внутриканальное
аппликационное
- 572 Существуют следующие методы лучевой терапии
комбинированные
дистанционные
контактные
сочетанные
- 573 Этапами предлучевой подготовки больных являются
получение анатомо-топографических данных об опухоли и прилежащих структурах
разметка на поверхности тела полей облучения
введение анатомо-топографического изображения в планирующую систему
моделирование процесса радиотерапии и расчет условий плана лечения
- 574 Радиоактивный йод применяют с целью диагностики и лечения опухолей щитовидной железы
прямой кишки
предстательной железы
молочной железы
- 575 Низкую радиочувствительность имеют следующие опухоли, кроме инфильтративный рак молочной железы
хондросаркома
меланома
солитарная плазмоцитома
- 576 Высокую радиочувствительность имеют следующие опухоли, кроме аденокарцинома пищеварительного тракта
лимфома Ходжкина

- рак почки
медуллобластома мозжечка
семинома яичка
- 577 К радиочувствительным опухолям относятся
нейрогенные опухоли
ретикулярная саркома
остео- и фибросаркомы
семинома яичка
опухоли из лимфоидной ткани
- 578 Пик Брегга характерен для
протонной терапии
гамма-терапии
контактной лучевой терапии
Рентген-терапии
- 579 К конформным методам дистанционной лучевой терапии относятся
апликационная лучевая терапия
трехмерная радиотерапия
лучевая терапия с интенсивностью модуляции пучка
лучевая терапия с синхронизацией дыхания
- 580 К генерирующим источникам ионизирующего излучения относятся
радиоактивный материал
рентгеновские аппараты
ускорители заряженных частиц
лазерные системы
- 581 Поглощенная доза ионизирующего излучения - это
энергия ионизирующего излучения, поглощённая облучаемым объектом и рассчитанная на единицу массы этого объекта
физическая величина, связанная с эффектом ионизации воздуха фотонным излучением
это поглощённая доза в органе или ткани, умноженная на соответствующий взвешивающий коэффициент для данного вида излучения или коэффициент качества
энергия излучения, поглощённая во всей массе облучаемого вещества
- 582 Канцерицидная доза - это
доза, при подведении которой происходит тотальное разрушение опухоли
доза, при подведении которой происходит частичный регресс опухоли
доза, при подведении которой происходит стабилизация процесса
доза, при подведении которой не происходит повреждение здоровых тканей
- 583 К химическим радиосенсибилизаторам относятся
витамины
химиопрепараты
таргетные препараты
электроноакцепторные соединения
антибиотики
- 584 К физическим радиосенсибилизаторам относятся
лазерная терапия
местная и общая оксигинация
магнитотерапия
гипертермия
- 585 Фракционированная лучевая терапия основано на радиологических эффектах

- репопуляции
 - редестрибьюции
 - реоксигенации
 - репарации
 - регрануляции
- 586 Оптимальные дозы при проведении интраоперационной лучевой терапии
25-40 Гр
3 Гр
2 Гр
5 Гр
- 587 Аппараты для дистанционной лучевой терапии
микроселектрон
гамма- терапевтические установки
ускорители электронов
ускорители тяжелых заряженных частиц
рентгеновские аппараты
- 1 Саркомы костей и мягких тканей
- 588 Степень гистологической дифференцировки опухоли бывает
высокая
умеренная
низкая
минимальная
- 589 Показано только хирургическое лечение саркомы мягких тканей в случае рецидива после хирургического лечения I стадии заболевания
локализации опухоли на кисти
новообразования высокой степени злокачественности (63)
- 590 Самостоятельное хирургическое лечение показано
при остеосаркоме
при опухоли Юинга
при хондросаркоме
- 591 По биологическим и клиническим особенностям опухоли мягких тканей разделены на доброкачественные, злокачественные
доброкачественные, промежуточные, злокачественные
доброкачественные, промежуточные местно-агрессивные, промежуточные редко метастазирующие, злокачественные
- 592 Решающим методом обследования для распознавания саркомы мягких тканей является рентгенологическое исследование
УЗИ
термография
ангиография
биопсия образования
- 593 Саркома мягких тканей диаметром 7 см, 63. Правильная тактика лечения
хирургическое, удаление опухоли
лучевая терапия
хирургическое удаление опухоли + лучевая терапия
хирургическое удаление опухоли + полихимиотерапия + лучевая терапия
лучевая терапия + химиотерапия

- 594 В какой зоне костной саркомы следует брать биопсию при планировании органосохранного лечения?
 в центре новообразования
 в зоне сильного истончения кортикального слоя
 в зоне прилегания опухолевой и неповрежденной ткани
- 595 Лечебная «тактика выбора» при остеогенной саркоме высокой степени злокачественности
 предоперационная лучевая терапия с отсроченной ампутацией
 предоперационная лучевая терапия с ампутацией и адъювантной химиотерапией
 предоперационная химиолучевая терапия с последующей операцией и послеоперационной Химиотерапией
 2-4 цикла неoadъювантной химиотерапии с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией
- 596 Наиболее частое осложнение эндопротезирования металлическими эндопротезами коленного сустава
 гнойно-воспалительные процессы
 переломы костей, образующих коленный сустав
 поломка эндопротеза
 нестабильность эндопротеза
- 597 При хирургическом лечении забрюшинных неорганных опухолей чаще всего используется
 чрезбрюшинный доступ
 внебрюшинный доступ
 торако-абдоминальный доступ
 брюшно-промежностный доступ
- 598 В лечении больных неорганными забрюшинными саркомами основным методом является
 хирургический
 химиотерапевтическое лечение
 лучевая терапия
 комбинированные методы лечения
 с одинаковой частотой
- 599 При возникновении рецидива забрюшинной неорганной опухоли целесообразна
 хирургическое удаление
 химиотерапевтическое лечение
 лучевое лечение
 проведение симптоматической терапии
 оперативное лечение с целью ликвидации осложнений заболевания (формирование межкишечных обходных анастомозов, нефростомия, цистостомия и т.д.)
- 600 После какого метода лечения возможно появление экстраабдоминальных десмоидных фибром
 после радикальной операции
 после лучевой терапии
 после операции + гормонотерапия
 после лучевой терапии с локальной гипертермией
 после операции + лучевая терапия
- 601 Адекватное удаление саркомы мягких тканей подразумевает
 удаление опухоли с ее псевдокапсулой, без иссечения окружающих тканей
 удаление опухоли с окружающими ее тканями, отступив на 1 см от краев новообразования
 удаление опухоли с мышечно-фасциальным футляром, в котором она расположена (ep Блос)
 удаление опухоли с окружающими её тканями, отступив на 3 см от краев новообразования
- 602 Стандартной лечебной тактикой при остеосаркоме нижних конечностей является

- лучевая терапия с отсроченной ампутацией
лучевая терапия с ампутацией и послеоперационной химиотерапией
химиолучевая терапия с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией
2-4 цикла неoadьювантной химиотерапии с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией
- 603 У больных костными саркомами конечностей внутриартериальное введение химиотерапии приводит
к увеличению показателей общей выживаемости
к снижению показателей общей выживаемости
к увеличению частоты выполнения органосохранных операций
к уменьшению вероятности рецидива
- 604 Какое время после радикального лечения неорганных забрюшинных опухолей наиболее типично для развития рецидива?
от 3 до 6 месяцев
от 6 до 12 месяцев
от 18 до 24 месяцев
более 36 месяцев
- 605 При возникновении рецидива забрюшинной неорганной опухоли показано хирургическое удаление рецидивной опухоли
лечение цитостатиками
лучевое лечение
симптоматическое лечение
- 606 Какое время после радикального лечения неорганных забрюшинных опухолей наиболее типично для развития рецидива?
от 3 до 6 месяцев
от 6 до 12 месяцев
от 18 до 24 месяцев
более 36 месяцев
- 607 Чаще всего остеогенная саркома поражает
длинные трубчатые кости
плоские кости
позвонки
кости таза
- 608 Локализация саркомы мягких тканей чаще всего наблюдается в области
нижних конечностей
головы и шеи
верхних конечностей
позвоночника
- 609 Миастения может иметь место у больных
тимомой
фибромой средостения
феохромоцитомой средостения
ганглионевромой средостения
- 610 Оптимальным методом лечения первичных неорганных забрюшинных опухолей
хирургический метод
химиотерапия
лучевая терапия
гормональная терапия

- 611 Дренирование забрюшинного пространства после удаления забрюшинной опухоли способствует свободному оттоку крови, скопившейся в забрюшинном пространстве служит контролем за продолжающимся кровотечением из ложа удаленной опухоли способствует профилактике развития гнойно-воспалительных процессов в забрюшинном пространстве
снижает частоту рецидивов
- 612 Для сарком семейства Юинга характерно
встречаются преимущественно у лиц молодого возраста
встречаются преимущественно у лиц пожилого возраста
мало чувствительны к лучевой терапии и химиотерапии
высоко чувствительны к лучевой терапии и химиотерапии

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача 1

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен объемным образованием. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. Цитологическое исследование плевральной жидкости - выявлены опухолевые клетки. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. МРТ головного мозга - без патологии.

Вопросы:

1. Предположите предварительный диагноз
2. Предложите тактику дообследования пациента
3. Тактика лечения?

Ситуационная задача 2

Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа - без патологии, слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии.

Вопросы:

1. Предположите предварительный диагноз
2. Предложите тактику дообследования пациента
3. С какими заболеваниями можно провести дифференциальную диагностику?

Ситуационная задача 3

Больной В. 60 лет, шофер 40 лет. Курит 45 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на

затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по правозадней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 29 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите предварительный диагноз
2. Какое дообследование необходимо провести для определения стадии заболевания?
3. При отсутствии отдаленных и регионарных метастазов какой вариант лечения является оптимальным?

Ситуационная задача 4

Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, доходящая до кардиального жома. Произведена биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Вопросы:

1. Предположите диагноз
2. Дообследование для определения стадии заболевания?
3. Лечебная тактика?

Ситуационная задача 5

Больная Е. 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течении 15 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной на кануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе- патологии не выявлено. В нижней трети желудка имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидноклеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника. Диагноз? Лечебная тактика?

Вопросы:

1. Предположите диагноз
2. Дообследование для определения стадии заболевания?
3. Лечебная тактика?

Ситуационная задача 6

Больная Ж. 41 год, секретарь. Жалобы на уплотнение в левой молочной железе. Мать умерла от рака молочной железы. В анамнезе 10 аборт, детей нет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте левой молочной железы пальпируется уплотнение до 3х см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте левой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 3х см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: в обоих препаратах обнаружены атипические клетки.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Предположите тактику дообследования
3. Какие лечебные опции можно предложить данной пациентке?

Ситуационная задача 7

Больная 47 лет поступила в онкологический диспансер с диагнозом: новообразование кожи. Около 4 лет назад заметила пигментное пятно на коже правой голени, которое постепенно увеличивалось. Обратилась в Центральную районную больницу к районному онкологу, который после простого осмотра рекомендовал наблюдение. Больная больше к врачам не обращалась, занялась самолечением - прикладывала к опухоли «мумие». После неоднократной травматизации пигментная опухоль стала быстро увеличиваться, кровоточить. При поступлении у больной на коже наружной поверхности средней трети правой голени имелась экзофитная опухоль грибовидной формы до 3 см в диаметре, покрытая сухими корочками. Кожа вокруг опухоли гиперемирована, инфильтрирована. В правой паховой области пальпировался эластический лимфатический узел до 0,8 см в диаметре.

Вопросы:

1. Какой ваш предварительный диагноз?
2. Какие обследования надо провести?
3. Какова тактика лечения?

Ситуационная задача 8

Больной И. 65 лет, шофер, мать умерла от рака прямой кишки. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки (суживающий ее просвет). Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети. Выполнена биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Предположите тактику дообследования
3. Тактика лечения

Ситуационная задача 9

Больная К. 65 лет, страдает геморроем 20 лет. В прошлом работник химкомбината в

течении 45 лет. Жалобы на запоры, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудела на 8 кг. Объективно: невоспаленный геморрой. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологически: инфильтративный рак, низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Предположите тактику дообследования?
3. Тактика лечения?

Ситуационная задача 10

Больной Л. 55 лет, механик. Мать умерла от рака желудка. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли внизу живота. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в сигмовидной кишке сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в сигмовидной кишке просвет сужен за счет инфильтрации. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: обнаружено опухолевое поражение сигмовидной кишки, печень, почки без патологии.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Предположите тактику дообследования?
3. Тактика лечения?

Ситуационная задача 11

Больной К. 74 лет, хирург. Жалобы на похудание, снижение аппетита, затруднение глотания. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается незначительная болезненность в эпигастральной области. Рентгенологически: сужение просвета верхней трети желудка с переходом на розетку кардии. При эзофагогастродуоденоскопии: слизистая верхней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, отмечается сужение розетки кардии, инфильтрация распространяется на пищевод. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, забрюшинных лимфоузлов не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите диагноз?
2. Дообследование для определения стадии заболевания?
3. Лечебная тактика?

Ситуационная задача 12

Больной А. 56 лет, профессор истории. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы.

Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: в печени в области 7 сегмента имеется округлое образование, без четких границ, в головке поджелудочной железы определяется объемное образование 3х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Тактика лечения

Ситуационная задача 13

Больной Н. 70 лет. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище, за последние две недели отметил желтушность кожи, зуд. Похудел за 2 месяца на 9 кг. В анамнезе хронический панкреатит. Объективно: кожные покровы и склеры желтушны, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, отмечается сдавление общего желчного протока, поджелудочная железа неоднородной структуры, отечна, вирсунгов проток расширен, в области головки поджелудочной железы определяется объемное образование 3х4см; в брюшной полости свободная жидкость; забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: определяется объемное образование в области головки поджелудочной железы, размерами 3х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 700 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Предложите методы дообследования пациента
3. Тактика лечения

Ситуационная задача 14

Больной А. 69 лет, слесарь. Злоупотребляет алкоголем. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище. Похудел за 2 месяца на 8 кг. В анамнезе хронический панкреатит, страдает тромбофлебитом. Без эффекта лечился по поводу язвенной болезни желудка. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, в области тела поджелудочной железы определяется объемное образование 4х4см, структура поджелудочной железы неоднородная, отечна. забрюшинное пространство без особенностей. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование в головке поджелудочной железы, размерами 4х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 199 654 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Предложите методы дообследования пациента

3. Тактика лечения

Ситуационная задача 15

Больной А. 60 лет, рабочий в области резиновой промышленности. Жалобы на тошноту, боли в эпигастральной области, отвращение к пище. В анамнезе желчекаменная болезнь. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ: в области 4 и 5 сегментах печени отмечаются 3 очаговых образования размерами от 1 до 1,5 см с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, стенка желчного пузыря инфильтрирована, в просвете определяется объемное образование 2 см в диаметре. Положительны маркеры: СА 19-9, щелочная фосфатаза.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Предположите тактику дообследования?
3. Тактика лечения?

Ситуационная задача 16

Больной С. 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, отмечается гепатомегалия. КТ органов брюшной полости: печень увеличена в размере, в области 8 5-6 объемное образование размерами 4,0 x 5,0 см с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, асцит. Маркер: АФП 700 нг\мл. Гистологическое заключение: гепатоцеллюлярный рак.

Вопросы:

1. Предположите диагноз
2. Дообследование для определения стадии заболевания?
3. Лечебная тактика?

Ситуационная задача 17

Больная Ш. 50 лет. Жалобы на уплотнение в правой молочной железе. В анамнезе сахарный диабет, ожирение. Менструации с 11 лет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение до 2,0 см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 2,5 см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: папиллярная карцинома.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Предположите тактику дообследования?
3. Тактика лечения?

Ситуационная задача 18

Больная М. 43 лет. Жалобы на уплотнение в правой молочной железе. Менструации с 11 лет, регулярные. Имеет двое детей. Страдает гипотиреозом. Объективно: в верхненаружном

квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение более 5 см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируются увеличенные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами 5,0х6,0 см. Произведена пункция опухолевого образования правой молочной железы и лимфоузла в левой подмышечной области. Цитологическое исследование: протоковый рак. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены очаговые образования в печени.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Предположите тактику дообследования?
3. Тактика лечения?
4. Реконструктивные операции на молочной железе.

Ситуационная задача 19

Больная М. 55 лет. Жалоб не предъявляет. При профосмотре обнаружено увеличение в объеме правого яичника, выполнено ультразвуковое исследование, при котором установлено, что правый яичник увеличен в размерах до 7 см, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Менструации с 12 лет, регулярные. Имеет двое детей. Объективно: при бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенный до 6-7 см правый яичник, безболезненный. УЗИ органов брюшной полости и малого таза: асцит, объемное образование правого яичника. При лапароскопическом исследовании обнаружены метастатические очаги по брюшине. Цитологическое исследование опухолевой ткани яичников: аденокарцинома. Исследование асцитической жидкости: обнаружены опухолевые клетки. Маркер СА 125 450 ед\мл.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Предположите тактику дообследования?
3. Тактика лечения?

Ситуационная задача 20

Больная М. 61 года. Жалобы на мажущие выделения из половых путей Менструации с 13 лет, постменопауза. Имеет трое детей. Объективно: при бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенная в размерах матка до 6-7 беременности, безболезненная, из половых путей имеются сукровичные выделения. Выполнено УЗИ органов брюшной полости, малого таза, трансвагинальное УЗИ: объемное образование тела матки, толщина эндометрия более 15 мм. При рентгенологическом исследовании легких без очаговой патологии. Проведено раздельное диагностическое выскабливание, гистологическое заключение: эндометриоидная аденокарцинома.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Предположите тактику дообследования?
3. Тактика лечения

Ситуационная задача 21

Больная 27 лет жалуется на боли в левой молочной железе, усиливающиеся в

предменструальном периоде. В анамнезе - неоднократно лечилась по поводу аднексита. При пальпации в верхне-внутреннем квадрате левой молочной железы отмечается уплотнение ее ткани и опухолевидное образование в диаметре 3 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При надавливании на сосок выделений нет. Кожа над образованием берется в складку. Проведена биопсия опухоли. Гистология- инфильтративно- протоковый рак. Люминальный А тип.

Вопросы:

1. Определите стадию заболевания?
2. Какие лабораторные, инструментальные исследования необходимо выполнить?
3. Определите варианты лечения.

Ситуационная задача 22

Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?
2. Определите дополнительные методы обследования?
3. Лечебная тактика?

Ситуационная задача 23

Женщина 58 лет самостоятельно обнаружила у себя увеличенный лимфатический узел на шее. Обратилась к районному онкологу по месту жительства. При пальпации лимфатический узел уплотнен, спаян с окружающими тканями, щитовидная железа увеличена. При дообследовании - на УЗИ определяется гипоехогенное округлое образование в правой доле размерами 11x10x7 мм (E⁻-ТІКА[^]8-5). Выполнена тонкоигольная биопсия - подозрение на злокачественную опухоль.

Вопросы:

1. Рекомендовано ли генетическое консультирование пациентке?
2. Какой минимальный объем операции возможен при опухоли данного типа и локализации?
3. В каком случае назначается радиойодтерапия при опухолях данной локализации?

Ситуационная задача 24

К гинекологу обратилась женщина 48 лет, которая при самообследовании обнаружила в правой молочной железе опухолевый узел.

При осмотре молочные железы внешне не изменены. При пальпации в правой молочной железе определяется четкое опухолевидное округлое образование диаметром 3 см, неподвижное относительно ткани молочной железы. Сосок не изменен, выделения из него бурого цвета, кожные симптомы над опухолевым узлом не определяются. Периферические

лимфатические узлы не пальпируются.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте план диагностики для данной пациентки
3. Какой метод лечения вы ей предложите?

Ситуационная задача 25

Больной К. 65 лет. Курит 40 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 3 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9см. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования нужно провести?
3. Лечебная тактика?

Ситуационная задача 26

На прием к онкологу обратилась женщину 68 лет с жалобами на опухоль левой молочной железы, которая изъязвилась, появилось гноетечение. Около 7 лет с появления опухолевого узла в толще молочной железы, к врачам не обращалась, занималась самолечением. Год назад опухоль изъязвилась, больная постоянно делает перевязки.

При осмотре левая молочная железа увеличена в объеме, занята зловонной распадающейся опухолью диаметром 12 см, соска нет, обильное гноетечение. В левой подмышечной области пальпируется 2 подвижных неспаивающихся лимфатических плотных узла, безболезненных, кожа под ними не изменена.

В правой подмышечной области определяется плотный безболезненный подвижный лимфатический узел.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования.
3. Составьте алгоритм оказания помощи

Ситуационная задача 27

Пациент, 60 лет. В течение нескольких месяцев наблюдались периодические боли за грудиной, одышка при физической нагрузке. При обследовании выявлена опухоль правого легкого с метастазами в лимфоузлы средостения. Диагностирован местнораспространенный периферический рак нижней доли правого легкого. Выполнена трансторакальная биопсия опухоли правого легкого под КТ-навигацией. Цитологическое заключение: аденокарцинома легкого. Диагноз: Периферический рак нижней доли правого легкого, метастазы в лимфоузлы средостения и надключичные справа.

Вопросы:

1. Какая стадия опухолевого процесса?
2. Какие мутации могут быть выявлены при генетическом исследовании?
3. Какова тактика лечения?

Ситуационная задача 28

Пациент, 57 лет. Жалобы на боли за грудиной, одышку, сухой кашель. При обследовании выявлена опухоль правого легкого. КТ органов грудной клетки: Справа в 89 нижней доле правого легкого определяется мягкотканное образование с неровными контурами 34x32,8x33 мм. ПЭТ КТ: очаг патологической метаболической активности в лимфоузлах правой надключичной области 8и¹Утах 4,25 - 7 мм. Остальные группы лимфоузлов шеи, надключичной области не изменены. Гиперметаболическая опухоль в периферических отделах 89 правого легкого 8и¹Утах 11 - 33x38 мм., с obturацией просвета субсегментарных бронхов и развитием частичного ателектаза (без метаболической активности). «Лучистые» контуры по периферии опухоли визуально распространяются до диафрагмальной плевры, без достоверных признаков наличия патологической активности. Гиперметаболические метастатические внутригрудные лимфоузлы с двух сторон. 8и¹Утах 16,27 в корне правого легкого, размерами до 20 мм; 81Л¹та\ 10,56 - парааортально, на уровне дуги аорты, 12 мм. Немногочисленные субплевральные очаги в обоих лёгких, вероятнее всего очаги пневмофиброз.

Вопросы:

1. Определите стадию опухолевого процесса.
2. Дополнительная диагностика.
3. Какова тактика лечения?

Ситуационная задача 29

Больной Л. 55 лет, механик. Мать умерла от рака желудка. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли внизу живота. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в сигмовидной кишке сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в сигмовидной кишке просвет сужен за счет инфильтрации. УЗИ брюшной полости: обнаружено опухолевое поражение сигмовидной кишки, печень, почки без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования.
3. Составьте алгоритм оказания помощи.

Ситуационная задача 30

Больная 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление опухоли в левой молочной железе. Опухоль обнаружила самостоятельно. Больная имеет одного ребенка. Менструальная функция сохранена. Левая молочная железа обычных размеров. При осмотре определяется втяжение соска. В верхне-наружном квадрате железы пальпируется опухоль размером 3x2 см, плотная, мало болезненная, смещаемая. Подмышечные лимфоузлы не пальпируются.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? Какие клинические

симптомы надо проверить при этом и их результаты.

3. Какие лабораторные и специальные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?

Ситуационная задача 31

Пациентка 37 лет самостоятельно обнаружила язвенный дефект на боковой поверхности языка. Лечилась таблетками Ацикловир, полоскала рот раствором натрия тетрабората - без эффекта. Обратилась к врачу-онкологу для уточнения диагноза. Из анамнеза известно, что у пациентки имеется хронический тонзиллит. При визуальном осмотре определяется язвенный дефект на правой боковой поверхности языка размерами 2,3x1,2. При пальпации увеличенных лимфоузлов не выявлено. Взят соскоб, морфологическое заключение - плоскоклеточный рак. Выполнено УЗИ шеи, тканей полости рта: выявлена неоднородность структуры правого поднижнечелюстного лимфоузла.

Вопросы:

1. Какой прогноз у данной пациентки?
2. К какой группе диспансерного наблюдения относится больная?
3. Какова тактика лечения у пациентки?

Ситуационная задача 32

Больной 58 лет обратился к оториноларингологу с жалобами на осиплость голоса, затрудненное дыхание, кашель. Из анамнеза известно, что пациент курил пачку сигарет в день в течение 25 лет, бросил 3 года назад. При фиброларингоскопии обнаружена опухоль, занимающая заднюю треть правой голосовой складки. Подвижность этой половины гортани ограничена. При пальпации на боковой поверхности шеи справа определяется несколько подвижных лимфоузлов. Выполнена пункция образования: гистологическое заключение - неороговевающий рак. На КТ ОГК в правом легком на верхушке определяется патологический очаг 1,3x1,2 см.

Вопросы:

1. К какой клинической группе относится данный пациент?
2. Каков прогноз у пациента?
3. Какие лимфатические узлы являются регионарными при опухоли данной локализации?

Ситуационная задача 33

Пациент, 45 лет. Жалобы на боли за грудиной, одышку. При обследовании выявлена опухоль верхней доли левого легкого. КТ ОГК: слева верхняя доля уменьшена за счёт ателектаз 81 и 83, Вызванных опухолевым образованием в корне, обрывающим верхнедолевой бронх. Контуры образования бугристые, подтягивают плевру. Достоверно оценить размеры на фоне безвоздушной легочной ткани затруднительно. В 88 дополнительный очаг с нечёткими контурами 10 мм. Справа в 84 субплевральный очаг 5 мм. Заключение: КТ-картина Центрального рака левого лёгкого с метастазами в то же лёгкое. Субплевральный очаг в правом лёгком требует динамического наблюдения.

Вопросы:

1. Определите стадию опухолевого процесса.
2. Какова тактика лечения?
3. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача 34

Пациент 69 лет поступил в клинику с жалобами на затрудненное мочеиспускание, вялую струю мочи, боли в промежности и крестце. Считает себя больным около года. При ректальном обследовании: простата увеличена, с нечеткими контурами, бугристая, с очагами каменной плотности.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести?
3. Тактика лечения.

Ситуационная задача 35

К врачу обратилась больная 18 лет, у которой на стопе имелся пигментный невус до 1 см, в виде узелка черно-серого цвета, эластической консистенции, с гладкой сухой поверхностью, без волос, не увеличивался, не тревожил.

Вопросы:

1. Какие предрасполагающие факторы?
2. Какова тактика лечения?
3. Какие разновидности невусов есть?

Ситуационная задача 36

Больная 46 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей после коитуса. Наследственность не отягощена. Было три беременности, одни роды и два мед. аборта. Последний раз у гинеколога была 5 лет назад. Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей, шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» 2х3 см., кровоточащая при незначительном контакте. Матка и придатки без особенностей. При ректальном исследовании в малом тазу инфильтраты не определяются.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо произвести?
3. Тактика лечения.

Ситуационная задача 37

Пациент, 47 лет. Проходил обследование по поводу заболевания сердца. Выявлена опухоль нижней доли правого лёгкого. Подтверждён диагноз: центральный плоскоклеточный рак нижней доли правого лёгкого T2M3M0-1b ст. Выполнена нижняя лобэктомия справа. Динамически наблюдался. Ремиссия восемь лет. Прогрессирование рака лёгкого, мтс в лёгких, внутригрудные лимфатические узлы. После дообследования, включая ПЭТ КТ и по данным цитологического исследования- плоскоклеточная метаплазия с участками дисплазии. Гистологическое заключение- плоскоклеточный неороговевающий рак. Картина расценена как прогрессирование плоскоклеточного рака лёгкого. Отдалённых внеторакальных метастазов нет.

Вопросы:

1. Тактика лечения.
2. Возможно ли проведение химиотерапии и по какой схеме?

3. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача 38

Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: В области лба поверхностное образование 1,5x2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

- 1 Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику
3. Назовите необходимые дополнительные исследования.
4. Расскажите о принципах лечения.
5. Определите Вашу тактику в отношении пациента?

Ситуационная задача 39

Больная 32 лет, на приеме у врача в поликлинике предъявляет жалобы на покраснение соска левой молочной железы и его уплотнение. Заболела месяц назад, когда заметила покраснение соска левой молочной железы, зуд, затем мокнути в области соска. При осмотре: сосок и часть ареолы левой молочной железы покрыты корочкой, имеется мокнути в области соска. Никаких опухолевидных образований в области ареолы не обнаружено. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Какой метод дополнительного исследования поможет уточнить предполагаемый диагноз?
4. Определите возможные варианты лечения.

Ситуационная задача 40

Больной С., 51 года, обратился к хирургу с жалобами на задержку прохождения твердой пищи по пищеводу в течение 2 месяцев, боли за грудиной, изжогу, тошноту. В последний месяц отмечает снижение веса на 8 кг, слабость, утомляемость. Объективно -кожные покровы бледные, тургор кожи снижен, определяются увеличенные надключичные лимфоузлы, плотноэластической консистенции. В лабораторных анализах - повышение СОЭ до 56.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Какой метод дополнительного исследования поможет уточнить предполагаемый диагноз?
4. Определите возможные варианты лечения.

Ситуационная задача 41

Больная в менопаузе 2 года. 10 лет назад обнаружено тугоэластической консистенции опухолевидное образование в области придатков матки размером 5x6 см. При осмотре в

настоящее время размеры опухоли прежние, консистенция стала плотной, поверхность неровная, подвижность ограничена.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Какой метод дополнительного исследования поможет уточнить предполагаемый диагноз?
4. Определите возможные варианты лечения

Ситуационная задача 42

У пациента 62 лет при диспансерном обследовании выявлено повышение уровня ПСА до 18 нг/мл. По данным пальцевого ректального исследования предстательная железа незначительно увеличена в размерах эластической консистенции, срединная бороздка сохранена. По данным трансректального ультразвукового сканирования предстательной железы определяются гипоэхогенный участок в левой доле. Границы железы четкие. Объем предстательной железы - 36 см³. Остаточной мочи нет. Пациенту выполнена пункционная мультифокальная биопсия предстательной железы из 12 точек. При гистологическом исследовании в 3-х столбиках из левой доли простаты выявлена аденокарцинома. Глисон 6.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы диагностики.
3. План лечения.

Ситуационная задача 43

Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере. При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотно эластическую консистенцию, безболезненны.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Назовите необходимые дополнительные исследования?
4. Какие принципы лечения.
5. Определите Вашу тактику в отношении пациента?

Ситуационная задача 44

Больная Б., 26 лет, считает себя больной в течение последних четырех месяцев. Последняя нормальная менструация в январе 2008 года. В октябре 2008 года кесарево сечение. В последующие 4 месяца ациклические кровянистые выделения из половых путей. Уровень

онкомаркера ХГЧ - 20 тыс. МЕ/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваш алгоритм обследования?
3. Какой метод лечения нужно применить в данном случае?
4. Каков вариант предохранения от несвоевременной беременности у женщин, перенесших трофобластическую болезнь?
5. Каков прогноз болезни?

Ситуационная задача 45

Пациент, 55 лет. Жалобы на периодические боли за грудиной, одышка при нагрузке, сухой кашель. По месту жительства выявлена опухоль левого лёгкого с метастазами в лимфоузлы корня левого лёгкого и средостения. Диагноз: периферический рак нижней доли левого лёгкого, метастазы в лимфоузлы средостения, надключичные слева T2N₀M0 - ШВ ст.

Вопросы:

1. Какие гистологические варианты опухоли возможны?
2. Тактика лечения.
3. Опухолевые маркёры рака легкого.

Ситуационная задача 46

Больная 80 лет, обратилась к врачу с жалобами на уменьшение и пигментацию левой молочной железы в течении 2 лет. 8Шиз 1осаНз: молочные железы ассиметричны. Левая железа уменьшена в размерах в 2 раза, пигментирована. Правая молочная железа пальпаторно без узлообразований. В левой подмышечной области пальпируется плотный конгломерат лимфоузлов.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз считаете наиболее вероятным?
2. Какие заболевания необходимо дифференцировать?
3. Назовите клинические симптомы, характерные для рака молочной железы?
4. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
5. Определите стадию заболевания.
6. Тактика лечения.

Ситуационная задача 47

У пациента 63 лет выявлено повышение уровня ПСА до 19 нг/мл. По данным пальцевого ректального исследования предстательная железа увеличена в размерах тугоэластической консистенции, срединная бороздка сглажена. По данным трансректального ультразвукового сканирования предстательной железы определяются гипозоногенные участки обеих долей предстательной железы. Границы железы четкие. Объем предстательной железы - 74 см³. Остаточная моча - 65 мл. При гистологическом исследовании после пункционной мультифокальной биопсии предстательной железы во всех столбиках из предстательной железы выявлена аденокарцинома. Глисон 6. При сцинтиграфии костей скелета очаги патологической гиперфиксации радиофармпрепарата (РФП) не определяются. Пациенту выполнена радикальная простатэктомия. По данным гистологического исследования после простатэктомии в обеих долях предстательной железы определяются разрастания аденокарциномы, Глисон 7 без выхода за пределы капсулы органа. Метастазы в регионарных

лимфоузлах не выявлены.

Вопросы:

1. Оцените стадию опухолевого процесса.
2. Оцените целесообразность выбранного метода лечения.
3. Тактика дальнейшего ведения пациента.

Ситуационная задача 48

Больная Т., 32 лет обратилась к районному онкологу с жалобами на наличие новообразования на коже правого плеча. Со слов больной, ранее в этой области длительно существовало коричневое пятно, которое ничем больную не беспокоило. За последние 3 месяца в области пятна появилась опухоль, которая легко кровоточит при нажатии.

Данные объективного обследования: на коже латеральной поверхности правого плеча имеется светло-коричневого цвета пятно размером до 2,5см. По краю пятна располагается узловое образование бордово-коричневого цвета, размером 2,5х3см, на широком основании, легко кровоточащее при контакте. В правой подмышечной области пальпируются, увеличенные до 2см, не спаянные между собой, лимфоузлы.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.
3. Составьте план диагностических мероприятий.
4. Составьте план лечения больной.
5. Прогноз трудоспособности больной?
6. Обозначьте режим диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 49

Больная 44 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление кровянистых выделений из левой молочной железы, которые появились 6 месяцев назад. За медицинской помощью не обращалась. Больная имеет одного ребенка. Менструальная функция сохранена. Левая молочная железа обычных размеров. При осмотре данных за опухоль не получено.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз считаете вероятным?
2. Какие клинические симптомы необходимо проверить.
3. Какие исследования необходимо выполнить для установления окончательного диагноза?
4. Тактика лечения данной больной.

Ситуационная задача 50

Больная М., 35 лет. Длительно лечилась от вируса папилломы. Половая жизнь с 16 лет. Жалоб не предъявляет. При очередном гинекологическом обследовании взят соскоб с шейки матки для цитологического исследования, по результатам которого обнаружена аденокарцинома шейки матки. Проведено обследование: глубина инвазии опухоли не более 3 мм протяженностью до 5мм, признаков диссеминации процесса нет.

Вопросы:

1. Предположите предварительный диагноз
2. Какое дообследование необходимо провести для определения стадии заболевания?
3. При отсутствии отдаленных и регионарных метастазов какой вариант лечения

является оптимальным?

Ситуационная задача 51

Больная К., 40 лет. Жалобы на межменструальные выделения, водянистые мутные бели. В анамнезе: лечение по поводу папилломавирусной инфекции. При гинекологическом осмотре: шейка матки уплотнена, повышенная кровоточивость слизистой, имеется небольшой пришеечный инфильтрат с переходом на своды влагалища. Кольпоскопия: картина соответствует высокоатипичному эпителию. Результаты биопсии: глубина инвазии опухоли до 6мм в диаметре до 7мм.

Вопросы:

1. Предположите предварительный диагноз
2. Какое дообследование необходимо провести для определения стадии заболевания?
3. При отсутствии отдаленных и регионарных метастазов какой вариант лечения является оптимальным?

Ситуационная задача 52

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

Вопросы:

1. Предположите предварительный диагноз
2. Какое дообследование необходимо провести для определения стадии заболевания?
3. При отсутствии отдаленных и регионарных метастазов какой вариант лечения является оптимальным?
4. Каковы основные принципы предлучевой подготовки больной?

Ситуационная задача 53

Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зуб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа роста зуба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина. При сцинтиграфии костей скелета выявлены очаги повышенного накопления радиофармпрепарата в бедренных костях, которые расценены как метастатические.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте план дополнительного обследования больной.
3. Составьте план лечения больной.
4. Обозначьте режим диспансерного наблюдения за больным.

Ситуационная задача 54

Больной Т., 45 лет. Предъявляет жалобы на снижение звучности голоса, затруднение акта глотания, боли в костях, за грудиной. Больной длительно лечился тиреостатиками. При

осмотре щитовидная железа увеличена в размерах, отмечается ограничение ее смещаемости, увеличение шейных лимфоузлов.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие современные методы диагностики позволяют подтвердить диагноз?

Ситуационная задача 55

К участковому терапевту на прием обратилась больная П., 52 лет, с жалобами на слабость, усилившуюся в последний месяц, жидкий стул, чередующийся с запорами, наличие слизи в кале, потеря массы тела на 8 кг (за 3 месяца). Считает себя больной в течение трех месяцев. Семейный анамнез: отец- рак прямой кишки, мать- рак шейки матки.

Из анамнеза известно, что три года назад больной с помощью электрокоагуляции удалили полип прямой кишки.

Данные объективного обследования. Пациентка правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки каких-либо новообразований на расстоянии до 7см не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
2. Составьте план обследования больной.
3. Составьте план лечения больной.
4. Составьте план мероприятий по профилактике рака.

Ситуационная задача 56

Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле. При осмотре выявлены увеличенные шейные лимфоузлы. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит. Установлен диагноз: рак гортаноглотки. Планируется комбинированное лечение: операция и лучевая терапия.

Вопросы:

1. Составьте план дополнительных методов обследования.
2. Составьте план лечения больного.
3. Обозначьте режим диспансерного наблюдения за больным.
4. Какие возможны побочные реакции при проведении лучевой терапии у данной больной?

Ситуационная задача 57

Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле. При осмотре шейные лимфоузлы не увеличены. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит. При дообследовании отдаленных метастазов не обнаружено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каков предполагаемый объем лечения?

3. Ваши действия при повреждении возвратного гортанного нерва.

Ситуационная задача 58

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

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли?
3. Какова схема лечения?
4. Предположите тактику дообследования

Ситуационная задача 59

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

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли?
3. Какова схема лечения?
4. Первая линия химиотерапии остеосарком

Ситуационная задача 60

Больная Р., 35 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38⁰ в течении нескольких дней подряд, ночную потливость, похудание, кожный зуд, наличие опухолевидного образования в области шеи. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный. В анализе крови: СОЭ 30 мм\ч, фибриноген 570 мг%, лимфоциты 27%.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Каков объем обследования данной больной?
3. Какие клетки обнаруживаются при гистологическом исследовании данного вида опухоли?

ВОПРОСЫ К ИТОГОВОМУ СОБЕСЕДОВАНИЮ

1. Определение понятий “опухоль” и “рак”. Классификация опухолей.
2. Основные свойства злокачественных опухолей.
3. Метастазирование. Основные этапы лимфогенного и гематогенного метастазирования.
4. Этиология опухолей. Определяющие факторы и внешние этиологические факторы.
5. Канцерогенез.
6. Статистика опухолевых заболеваний в РФ. Абсолютное количество онкологических больных. Показатели заболеваемости и структура смертности.
7. Показатели заболеваемости и структура смертности от онкологических заболеваний в РФ.
8. Организация онкологической службы. Структура онкологического диспансера.
9. Группы диспансерного учета. Учетные документы на онкологических пациентов.
10. Профилактика онкологических заболеваний (первичная, вторичная, третичная).
11. Понятие «ранний рак». Пути улучшения ранней диагностики злокачественных опухолей.
12. Понятие «предрак» Диагностика и лечение.
13. Деонтология в онкологии.
14. Общие принципы диагностики и лечения онкологических больных».
15. Диагностический алгоритм в онкологии: первичная, уточняющая и функциональная диагностика.
16. Классификация ТЫМ: основные и дополнительные элементы, принципы. Стадии заболевания. Структура диагноза онкологического заболевания.
17. Методы диагностики в онкологии. Виды биопсий.
18. Классификация методов лечения в онкологии. Понятие «комбинированное» и «комплексное» лечение.
19. Влияние физических химических факторов на частоту злокачественных образований.
20. Виды хирургических вмешательств в онкологии. Принципы радикальных хирургических операций, отличие от операций при неопухолевой патологии.
21. Понятие «регионарная лимфодесекция».
22. Лучевая терапия в онкологии. Источники излучения, классификация методов облучения по цели и методологии. Показания и противопоказания к лучевому противоопухолевому лечению.
23. Химиотерапия опухолей. Основные группы лекарственных противоопухолевых препаратов.
24. Показания и противопоказания к лекарственному противоопухолевому лечению.
25. Гормонотерапия в онкологии. Показания. Группы лекарственных препаратов.
26. Этиология рака щитовидной железы. Показатели заболеваемости и смертности. Морфологическая классификация опухолей щитовидной железы.
27. Папиллярный и фолликулярный рак щитовидной железы. Этиология. Происхождение, метастазирование, основные органы - мишени, особенности диагностики и лечения.
28. Медулярный рак щитовидной железы. Этиология. Происхождение, основные биологические свойства, метаболическая активность. Метастазирование.
29. Особенности диагностики и лечения медулярного рака щитовидной железы.
30. Недифференцированный и плоскоклеточный рак щитовидной железы. Происхождение, биологические свойства, метастазирование. Особенности

- диагностики и лечения.
31. Клинические проявления рака щитовидной железы. Первичные признаки новообразования. Симптомы местнораспространенного рака, отдаленных метастазов.
 32. Принципы лечения пациентов раком щитовидной железы. Радиойодтерапия и гормонотерапия.
 33. Рак легкого. Заболеваемость и смертность в РФ. Морфологические формы рака легкого.
 34. Этиология, патогенез, предраковые заболевания. Метастазирование рака легкого. Профилактика.
 35. Клинико-анатомические формы рака легкого - центральный, периферический, атипичные формы. Особенности их рентгенологического и клинического проявления.
 36. Рак легкого: клинические проявления - симптомы первичной опухоли, местнораспространенного процесса, признаки отдаленных метастазов.
 37. Диагностика рака легкого.
 38. Лечение рака легкого.
 39. Классификация опухолей средостения и их топография. Клинические проявления опухолей средостения. Принципы диагностики и лечения.
 40. Опухоли кожи. Заболеваемость. Этиология. Факторы риска. Факультативные кератопреканцерозы и облигатные предраки кожи.
 41. Рак кожи - гистологические формы. Формы опухолевого роста. Особенности разных форм рака, метастазирование.
 42. Диагностика, принципы лечения пациентов с базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи.
 43. Классификация невусов. Меланомоопасные невусы, меланоз Дюбрея. Признаки активизации пигментных невусов.
 44. Меланома: происхождение, клинические признаки, особенности роста и метастазирования. Диагностика, принципы лечения.
 45. Классификация предопухолевых и опухолевых заболеваний молочных желез. Заболеваемость раком молочной железы. Этиология. Группы риска по раку. Профилактика. Раннее выявление рака.
 46. Мастопатия диффузная и очаговая - этиология, клиника, диагностика, лечение.
 47. Доброкачественные опухоли молочных желез - фиброаденома, филоидные опухоли, протоковая папиллома. Клиника, диагностика и лечение.
 48. Рак молочной железы - клинические проявления, клинические формы, метастазирование.
 49. Методы диагностика опухолей молочной железы. Симптомы рака молочной железы.
 50. Рак молочной железы - принципы лечения. Виды оперативных вмешательств.
 51. Определение «злокачественные лимфомы». Общие признаки. Виды лимфом. Заболеваемость. Этиология.
 52. Лимфома Ходжкина, морфологическая классификация, принципы диагностики. Последовательность диагностических методов.
 53. Клиника лимфомы Ходжкина, группы симптомов, стадирование.
 54. Морфологические формы неходжкинских лимфом, клиника и диагностика.
 55. Принципы лечения пациентов с неходжкинскими лимфомами и лимфомой Ходжкина.
 56. Заболеваемость раком желудка, запущенность, причины поздней диагностики. Этиология. Предраковые заболевания. Группы риска. Пути улучшения ранней

- диагностики. Профилактика рака.
57. Пути метастазирования рака желудка. Отдаленные метастазы. Методы выявления.
 58. Клиника рака желудка. Зависимость от локализации, формы опухолевого роста, степени распространения опухоли. Синдром «малых признаков».
 59. Методы диагностики рака желудка.
 60. Рак желудка - принципы лечения. Радикальные и паллиативные операции. Показания к лучевой и лекарственной противоопухолевой терапии.
 61. Заболеваемость раком пищевода. Факторы риска, предопухолевые заболевания.
 62. Клиника и диагностика рака пищевода. Лечение.
 63. Заболеваемость и смертность от колоректального рака. Предраковые заболевания ободочной и прямой кишки. Методы диагностики колоректального рака. Пути улучшения ранней диагностики.
 64. Клиника рака ободочной и прямой кишки. Группы симптомов. Клинические формы рака ободочной кишки, связь с локализацией.
 65. Лечение пациентов с раком ободочной и прямой кишки. Радикальные и паллиативные операции. Лучевая терапия и химиотерапия в лечении колоректального рака.
 66. Рак поджелудочной железы. Этиология. Факторы риска. Основные клинические проявления в зависимости от локализации и степени распространения опухоли.
 67. Диагностика рака поджелудочной железы. Методы лечения.
 68. Классификация опухолей печени. Этиология, факторы риска и предраковые заболевания. Клинические проявления рака. Методы диагностики и лечение.
 69. Опухоли желчного пузыря и внепеченочных протоков. Этиология. Клиника рака желчного пузыря и внепеченочных протоков. Диагностика и лечение.
 70. Классификация опухолей мягких тканей. Метастазирование сарком. Клиника сарком в зависимости от локализации, гистологической формы и степени распространения.
 71. Методы диагностики и принципы лечения пациентов с саркомами мягких тканей.
 72. Классификация опухолей забрюшинного пространства. Основные клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.
 73. Заболеваемость раком почек. Клиника рака. Методы диагностики и лечение.
 74. Опухоли мочевого пузыря - факторы риска, предраковые заболевания. Клиника рака. Методы диагностики и лечения.
 75. Рак полового члена, клиника, диагностика, лечение.
 76. Классификация опухолей яичек. Факторы риска. Метастазирование опухолей яичка. Клиника. Диагностика и принципы лечения.
 77. Заболеваемость раком предстательной железы. Этиология. Диагностика рака простаты, методы скрининга.
 78. Клиника первичного и метастатического рака предстательной железы.
 79. Методы лечения рака предстательной железы.
 80. Классификация опухолей слюнных желез. Доброкачественные и злокачественные опухоли. Клиника рака слюнных желез. Методы диагностики и лечения.
 81. Этиология рака губы, предраковые заболевания. Клиника рака нижней губы. Метастазирование. Диагностика и методы лечения.
 82. Клиника рака языка и слизистой полости рта. Метастазирование. Диагностика. Методы лечения.
 83. Клиника, диагностика и методы лечения рака гортани.
 84. Заболеваемость раком шейки матки, смертность в РФ. Этиология. Фоновые и

- предраковые заболевания. Методы профилактики рака. Виды скрининга. Методика проведения популяционного скрининга.
85. Классификация рака шейки матки. Метастазирование.
 86. Клиника рака шейки матки (инвазивного и местнораспространенного).
 87. Диагностика рака шейки матки.
 88. Хирургический, комбинированный и сочетанный лучевые методы в лечении пациенток с раком шейки матки. Роль химиотерапии.
 89. Заболеваемость раком тела матки. Фоновые и предраковые заболевания эндометрия.
 90. Классификация рака тела матки. Метастазирование.
 91. Клиника рака тела матки.
 92. Методы диагностики рака тела матки.
 93. Методы лечения пациенток с раком тела матки.
 94. Заболеваемость раком яичников. Группы риска. Возможные причины развития рака.
 95. Классификация рака яичников. Метастазирование.
 96. Клиника рака яичников.
 97. Методы диагностики рака яичников.
 98. Методы лечения пациенток с раком яичников. Виды операций. Химиотерапия и лучевое лечение.
 99. Онкомаркеры, применение в клинической практике.