Тестовые вопросы для ординаторов по онкологии

1. В формировании общественного здоровья определяющую роль играет

1. генетические факторы

2. природно-климатические факторы

3. уровень и образ жизни населения

4. уровень, качество и доступность медицинской помощи

5. условия труда

1. Основными показателями естественного движения населения являются

1. рождаемость, смертность

2. смертность, заболеваемость

3. инвалидность, смертность

4. только заболеваемость

5. только смертность

1. В структуре смертности населения экономически развитых стран ведущие места занимают

1. инфекционные и паразитарные заболевания; болезни системы пищеварения; психические заболевания

2. болезни системы кровообращения; новообразования; травмы и отравления

3. новообразования; травмы и отравления; болезни органов дыхания

4. инфекционные заболевания; болезни системы кровообращения

5. грипп и ОРВИ

1. Международная классификация болезней - это

1. перечень наименований болезней в определенном порядке

2. перечень диагнозов в определенном порядке

3. перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу

4. система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установленными критериями

5. перечень наименование болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке

1. Кто выдает разрешение на занятия частной медицинской практикой

1. орган управления здравоохранением области

2. Министерство здравоохранения РФ

3. профессиональная мед. ассоциация

4. местная администрация по согласованию с профессиональными мед. ассоциациями

5. Правительство Российской Федерации

1. Клеточные мембраны стромы опухоли могут быть представлены

1. лимфоцитами и нейтрофилами

2. эозинофилами

3. плазматическими клетками

4. макрофагами и гигантскими клетками инородных тел

5. всеми перечисленными типами клеток

1. К дизонтогенегическим новообразованиям относятся

1. рак желудка

2. рак легкого

3. бронхогенная киста средостения

4. папиллома пищевода

5. рак предстательной железы

1. Рак insitu по Международной классификации TNM относится

1. к раку

2. к предраку факультативному

3. к доброкачественным опухолям

4. отношение не определено

5. к предраку облигатному

1. Местнодеструирующим ростом в гинекологической патологии обладает

1. фиброма

2. лейомиома

3. эндометриоз

4. кистома

5. невринома

1. К опухолям с местнодеструирующим ростом относятся

1. десмоид

2. фиброаденома

3. миома

4. липома.

5. нейрофиброма

1. К опухолевым процессам яичников относится

1. фолликулярная киста

2. фибромаяичников

3. кистома яичника

4. дермоидная киста

5. хемодектома

1. К новообразованиям АПУД-системы относятся

1. рак большой слюнной железы

2. медуллярный рак щитовидной железы

3. бронхиогенный рак

4. менингиома

5. хордома

1. Для достижения критический массы, несовместимой с жизнью, опухолевая клетка должна пройти

1. 10 удвоений

2. 20 удвоений

3. 30 удвоений

4. 40 удвоений

5. более 50 удвоений

1. Рак почки наиболее часто метастазирует

1. в плевру и печень

2. в кости и легкие

3. в печень и головной мозг

4. в мягкие ткани и забрюшинные лимфоузлы

5. в забрюшинные лимфоузлы и яичники

1. Наиболее часто встречающаяся морфологическая форма рака эндометрия

1. плоскоклеточный рак

2. аденокарцинома

3. железисто-плоскоклеточный рак

4. недифференцированный рак

5. светлоклеточная аденокарцинома

1. Наиболее часто встречающаяся морфологическая форма рака шейки матки

1. плоскоклеточный рак

2. аденокарцинома

3. саркома

4. светлоклеточный рак

5. ангиосклерома

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

1. I стадию заболевания

2. II а стадию

3. IIb стадию

4. III а стадию

5. IIIb стадию

1. Для обозначения гистологической дифференцировки в классификации TNM применяется символ

1. С

2. G

3. R

4. V

5. Y

1. Наиболее часто злокачественные опухоли в полости рта являются

1. эпителиальными

2. лимфоидными

3. сосудистыми

4. соединитель-тканными

5. нейронными

1. Классификация pTNM равнозначна

1. С 1

2. С 2

3. С 3

4. С4

5. С 5

1. Носителем генетической информации клетки человека в основном является

1. РНК

2. АТФ

3. ДНК

4. митокондрии

5. все ответы правильные

1. Гормональная регуляция роста опухоли в организме чаще всего осуществляется

1. непосредственным воздействием на генетический аппарат

2. непосредственным воздействием на цитоплазму

3. воздействием на гормональные рецепторы в клеточной мембране

4. непосредственным воздействием на онкобелки

5. непосредственным воздействием на транскрипционный фактор

1. Наибольшей канцерогенной активностью обладают

1. жиры

2. углеводы

3. витамины группы А и В

4. полициклические ароматические углеводороды

5. белки

1. Ионизирующие излучения обладают канцерогенным действием при воздействии

1. в малых дозах

2. в больших дозах

3. не обладают канцерогенным действием

4. не доказано

Д5. только в сочетании с другими факторами

1. Наиболее часто связывают возникновение рака шейки матки с вирусом группы

1. герпес

2. вирус папилломы

3. аденовирус

4. вирус гепатита

5. Эпштейн-Барра

1. С воздействием вируса не связывают возникновение

1. рака шейки матки

2. рака печени

3. рака желудка

4. рака носоглотки

5. лейкозов

1. Основная сущность злокачественных опухолей заключается

1. в нарушении биохимических процессов в цитоплазме

2. в нарушении взаимодействия структур ядра и цитоплазмы

3. в повреждении генетического аппарата клеток

4. в ускорении цикла деления клеток

5. в удлинении клеточного цикла

1. Нарушение гормонального баланса не оказывает влияния на возникновение

1. рака яичников

2. рака матки

3. рака молочной железы

4. рака печени

5. рака предстательной железы

1. Определение гормональных рецепторов важно

1. для типирования гистологической природы опухоли

2. для определения уровня гормонов в организме

3. для определения целесообразности гормонотерапии

4. для определения целесообразности иммунотерапии

5. все ответы правильные

1. К факультативному предраку могут быть отнесены

1. болезнь Боуэна

2. хронический хейлит

3. пигментная ксеродерма

4. эритроплакияКейра

5. меланоз Дюбрея

1. К облигатному предраку могут быть отнесены

1. пигментная ксеродерма

2. старческая атрофия кожи

3. рубцовая атрофия кожи

4. болезнь Крона

5. кератома

1. К облигатному предраку можно отнести

1. неспецифический язвенный колит

2. болезнь Крона

3. гиперпластический полип

4. диффузный семейный полипоз толстой кишки

5. геморрой

1. Генетические маркеры не обнаружены

1. при раке желудка

2. приретинобластоме

3. при опухоли Вилмса

4. при хроническом миелолейкозе

5. при медулярном раке щитовидной железы

1. Определенное отношение к возникновению лимфомыБеркитта и рака носоглотки у человека имеет

1. аденовирус

2. вирус Эпштейн - Барра (возбудитель инфекционного мононуклеоз1.

3. Papova-вирус

4. вирус из группы вирусов оспы

5. вирус из группы вирусов herpes

1. К наследственно-детерминированным могут быть отнесены опухоли

1. рабдомиосаркома

2. ретинобластома

3. острый лимфобластный лейкоз

4. лимфосаркома

5. опухоль Юинга

1. Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено

1. на обеспечение антибластики

2. на обеспечение абластики

3. на снижение риска хирургических вмешательств

4. на максимальное сохранение функции органа

5. удаление регионарных лимфоузлов

1. Факторами, предрасполагающими к тромбоэмболии легочной артерии, являются

1. длительная катетеризация крупных вен

2. операции на органах малого таза и нижних конечностях

3. длительное неподвижное положение в постели, пожилой возраст

4. посттромботический синдром

5. все ответы правильные

1. Тромбоэмболия легочной артерии может проявляться следующими синдромами (синдромом)

1. легочно-плевральным

2. кардиальным

3. абдоминальным и почечным

4. церебральным

5. всеми перечисленными

1. К расширенной операции следует относить

1. удаление опухоли в пределах здоровых тканей

2. удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером

3. удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции

4. удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс

5. правильного ответа нет

1. К комбинированной операции следует относить

1. удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером

2. удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами, и клетчаткой в зоне операции

3. удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевыйпроцесс

4. удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого- либо другого заболевания

5. все ответы правильные

1. Термину «операбельность» больше всего соответствует

1. состояние больного, позволяющее выполнить операцию

2. состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию

3. выявленная во время хирургического вмешательства возможность выполнить радикальную операцию

4. правильного ответа нет

5. выполнение комбинированной операции

1. На отдаленные результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний оказывает наименьшее влияние

1. тип роста опухоли

2. гистологическая структура опухоли

3. наличие метастазов в регионарных лимфоузлах

4. наличие отдаленных метастазов

5. возраст больного

1. Предоперационная подготовка гепарином (по Коккару) целесообразна

1. при наличии гиперкоагуляции

2. больным с избыточным весом

3. при наличии тромбоэмболических осложнений в анамнезе

4. при наличии варикозно-расширенных подкожных вен нижних конечностей

5. все ответы правильные

1. Радикальная резекция молочной железы оправдана при локализации опухоли

1. в верхневнутреннем квадранте

2. в верхненаружном квадранте

3. в нижневнутреннем квадранте

4. в нижненаружном квадранте

5. в центральном квадранте

1. Показанием для паллиативной мастэктомии может быть

1. наличие изъязвленной опухоли

2. тяжелые сопутствующие заболевания

3. преклонный возраст больной

4. все ответы верные

5. правильного ответа нет

1. Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется

1. как самостоятельный метод

2. в комбинации с хирургическим методом до операции

3. в комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией)

4. в комбинации с хирургическим методом после операции

5. все ответы правильные

1. Основная цель радикальной лучевой терапии

1. подведение максимально возможной дозы излучения

2. снижение биологической активности опухолевых клеток

3. вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток

4. достижение частичной регрессии опухоли

5. достижение полной регрессии опухоли

1. Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются

1. повышение операбельности

2. повышение резектабельности

3. достижение значительного уменьшения опухоли О получение полной регрессии опухоли

4. понижение жизнеспособности опухолевых клеток

1. К радиочувствительным могут быть отнесены все перечисленные ниже опухоли, кроме

1. лимфогранулематоза

2. лимфосаркомы

3. семиномы

4. аденокарциномы желудка

5. мелкоклеточного рака легкого

1. Наиболее радиорезистентной опухолью из перечисленных является

1. плоскоклеточный неороговевающий рак

2. семинома

3. опухоль Юинга

4. остеогенная саркома

5. мелкоклеточный рак легкого

1. На радиочувствительность опухоли оказывают влияние

1. напряжение кислорода опухоли

2. дифференцировка опухолевых клеток

3. форма роста опухоли

4. возраст больного

5. величина опухоли

1. Следующие факторы модификации радиочувствительности опухоли и нормальных тканей используют в лучевой терапии

1. локальная гипертермия

2. искусственная гипергликемия

3. гипербарическуаяоксигенация

4. иммуномодуляторы

5. кратковременная гипоксия

1. Расщепленный курс лучевой терапии применяют

1. для повышения радиочувствительности опухоли

2. для защиты нормальных тканей

3. для снижения числа рецидивов

4. для повышения дозы облучения

5. для повышения эффекта

1. Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является

1. пожилой возраст

2. молодой возраст

3. активный туберкулез

4. субфебрильная температура

5. хронический гепатит

1. В практике лучевой терапии пока не применяется

1. дистанционное облучение

2. внутри полостное облучение

3. внутритканевое облучение

4. внутреннее облучение

5. нейтронзахватная терапия .

1. Сочетанная лучевая терапия означает

1. применение двух способов облучения или двух видов излучения

2. расщепление курса лучевой терапии

3. облучение с радиомодификаторами

4. облучение в сочетании с химиотерапией

5. облучение в сочетании с иммунотерапией

1. Единицей измерения экспозиционной дозы излучения является

1. Грей

2. Рад

3. Кюри

4. Рентген

5. Зиверт

1. Единицей измерения поглощенной дозы излучения является

1. Грей

2. Кюри

3. Рентген

4. Беккерель

5. все ответы правильные

1. К лучевым реакциям относится

1. фиброз

2. лучевая язва

3. эритема кожи

4. лучевой рак

5. пневмосклероз

1. На частоту местных лучевых реакций не влияет

1. пожилой возраст

2. аллергические заболевания

3. сахарный диабет

4. тиреотоксикоз

5. воспалительные изменения тканей

1. Для профилактики и лечения лучевых реакций слизистых оболочек применяют

1. антисептические растворы

2. витаминизированные растворы

3. электрофорез

4. низкоинтенсивное излучение лазера

5. метилурацил

1. Для профилактики и лечения общих лучевых реакций применяют

1. антигистаминные препараты

2. витамины

3. седативные средства

4. амифостин

5. антибиотики

1. Механизм действия алкилирующих препаратов состоит

1. в реакции алкилирования

2. в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты

3. в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК- матрицы

4. в денатурации тубулина - белка микротрубочек

5. в образовании сшивок молекул ДНК

1. Механизм действия противоопухолевых антибиотиков состоит

1. в реакции алкилирования молекул ДНК

2. в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты

3. в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК- матрицы

4. в денатурации тубулина - белка микротрубочек

5. в образовании сшивок молекул ДНК

1. Механизм действия антиметаболитов состоит

1. в реакции алкилирования молекул ДНК

2. в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты

3. в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК- матрицы

4. в денатурации тубулина - белка микротрубочек

5. в образовании сшивок молекул ДНК

1. Механизм действия таксанов состоит

1. в реакции алкилирования молекул ДНК

2. в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты

3. в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК- матрицы

4. в денатурации тубулина - белка микротрубочек

5. в образовании сшивок молекул ДНК

1. Механизм действия производных платины состоит

1. в реакции алкилирования молекул ДНК

2. в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты

3. в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК- матрицы

4. в денатурации тубулина - белка микротрубочек

5. в образовании сшивок молекул ДНК

1. Наиболее часто лекарственная терапия может считаться самостоятельным высокоэффективным методом при лечении

1. рака почки

2. мелкоклеточного рака легкого

3. рака мочевого пузыря

4. рака желудка

5. сарком мягких тканей

1. Наиболее уязвима для цитостатиков опухолевая клетка, находящаяся в фазе

1. М

2. G,

3. S

4. G2

5. G0

1. Противопоказанием для назначения антрациклинов является

1. диссеминация опухолевого процесса

2. сердечно-сосудистая недостаточность

3. диабет

4. отсутствие одной почки

5. гиперкоагуляция

1. Противопоказанием для применения ифосфамида является

1. геморрагический цистит

2. инфаркт в анамнезе

3. диабет

4. аллергия в анамнезе

5. гиперкоагуляция

1. Целью I фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является

1. определение допустимой для человека разовой и суммарной дозы цитостатика и спектра токсичности

2. изучение противоопухолевой активности цитостатика при разных видах опухоли

3. сравнительное изучение нового агента с другими цитостатикам

4. изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками

5. детальное изучение токсичности

1. Целью II фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является

1. определение максимально переносимой дозы цитостатика

2. изучение противоопухолевой активности цитостатика и ее спектра при «сигнальных опухолях» - десяти наиболее часто встречающихся опухолей человека

3. сравнительное изучение с другими «цитостатиками

4. изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками

5. детальное изучение токсичности

1. Целью III фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является

1. определение максимально переносимой дозы цитостатика

2. изучение противоопухолевой активности цитостатика и ее спектра при «сигнальных опухолях»

3. сравнительное изучение с другими цитостатиками

4. изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками

5. детальное изучение токсичности

1. Согласно рекомендации ВОЗ под полным эффектом (полной ремиссией) понимают

1. полную резорбцию опухоли

2. полную резорбцию опухоли сроком не менее, чем на 1 месяц

3. полную резорбцию опухоли сроком не менее, чем на 2 месяца

4. уменьшение опухоли и улучшение состояния больного

5. уменьшение опухоли более чем на 50%

1. Согласно рекомендации ВОЗ под частичным эффектом (частичной ремиссией) понимают

1. уменьшение опухоли, улучшение состояния больного

2. уменьшение размеров опухоли >50%

3. уменьшение размеров опухоли >50% сроком не менее, чем на 2 месяца

4. уменьшение размеров опухоли >25%

5. полная резорбция опухоли

1. Под термином «неоадьювантная химиотерапия» понимают

1. послеоперационную химиотерапию

2. профилактическую химиотерапию

3. предоперационную химиотерапию с оценкой эффективности по степени лекарственного патомррфоза для определения дальнейшей тактики лечения

4. лечебную химиотерапию

5. консолидирующую химиотерапию

1. Основным видом токсичности препаратов платины I поколения является:

1. нефро- и нейротоксичность

2. кардиотоксичность

3. дерматологическая токсичность

4. легочная токсичность

5. миелосупрессия

1. Основным видом токсичности препаратов платины II поколения является:

1. нефро- и нейротоксичность

2. кардиотоксичность

3. дерматологическая токсичность

4. легочная токсичность

5. миелосупрессия

1. Применения витамина В12 является патогенетической терапией при:

1. агастральной анемии

2. анемии при раке желудка

3. токсическом полиневрите

4. В12-дефицитной (мегалобластной анемии)

5. всем перечисленным

1. Основным функциональным показателем кардиотоксичностиантраииклинов является:

1. изменение зубца Т на электрокардиограмме

2. увеличение интервала P-Q на электрокардиограмме

3. тахикардия

4. гипотония

5. уменьшение фракции выброса левого желудочка

1. Для терапии кандидомикозной инфекции (С. albicans) эффективны

1. амфотерицин В

2. флюканазол

3. итраканазол

4. диф/покан

5. все перечисленные агенты

1. Для лечения герпетической вирусной инфекции используются

1. цефалоспорины

2. бисептол

3. пенициллины

4. препараты альфа-интерферона

5. противовирусные препараты (зовиракс, ацикловир, валтрекс, фоскарнет)

1. Антиандрогены применяются

1. при раке предстательной железы

2. при раке почки

3. при злокачественных опухолях яичка

4. при меланоме кожи

5. при лимфосаркоме

1. К осложнениям химиотерапии относятся

1. диарея

2. анорексия

3. стоматит

4. цистит

5. правильные все ответы, если токсичность соответствует 3-4 степени

1. Криодеструкция первичной опухоли нижней губы может применяться

1. при I стадии

2. при Па стадии

3. при Иб стадии

4. при рецидиве опухоли

5. при всех перечисленных стадиях

1. Операцию Ванаха превентивно целесообразнее выполнять при раке нижней губы

1. II а стадии

2. II б стадии

3. III б стадии

4. IV a стадии

5. IV б стадии

1. У больного 70 лет рак нижней губы II а стадии. Наиболее целесообразный метод лечения

1. близкофокусная рентгенотерапия

2. внутритканевая g-терапия

3. облучение электронами 4-6 МЭВ

4. контактная аппликационная g-терапия на шланковом аппарате

5. операция

1. Неоадъювантная химиотерапия применяется

1. при раке щитовидной железы

2. при плоскоклеточных опухолях головы и шеи

3. при раке полости носа

4. показания для адъювантной химиотерапии не разработаны

5. при раке слюнных желез

1. При опухолях головы и шеи в настоящее время считается наиболее эффективной о

1. системная химиотерапия

2. регионарная внутриартериальная инфузия

3. эндолимфатическое введение

4. все методы одинаково эффективны

5. внутриартериальная

1. Одной из наиболее эффективной схем применения химиопрепаратов при опухолях головы и шеи является

1. платидиам + 5-фторурацил (инфузия)

2. оливомицин + циклофосфан

3. винбластин + блеомицин

4. циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил

5. таксаны

1. Эффективность наиболее активных цитостатиков при плоскоклеточном раке головы и шеи (метотрексат, платидиам, 5-фторурацил) в монохимиотерапии составляет

1. 4-5%

2. 15-30%

3. 50-60%

4. 80-90%

5. более 90%

1. Наиболее частой морфологической формой злокачественных опухолей слизистой полости рта является

1. плоскоклеточный рак

2. саркома

3. мукоэпидермоидная опухоль

4. цилиндрома

5. недифференцированный рак

1. Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является

1. язык

2. дно полости рта

3. слизистая щеки

4. слизистая мягкого неба

5. слизистая альвеолярного отростка челюсти

1. Наиболее часто рак слизистой оболочки полости рта метастазирует в регионарные лимфатические узлы при локализации

1. в подвижной части языка

2. в корне языка

3. в мягком и твердом небе

4. на слизистой щеки

5. на слизистой альвеолярных отростков

1. Превентивное фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи оправдано

1. при раке подвижной части языка I а стадии

2. при раке нижней губы I стадии

3. при раке корня языка II а стадии

4. при раке слизистой дна полости рта I а стадии

5. при раке слизистой щеки I стадии

1. При наличии у больного меланомы слизистой мягкого неба предпочтительнее проводить

1. хирургическое лечение

2. лучевое лечение

3. химиотерапию

4. химиолучевое лечение

5. комбинированное лечение (операция и лучевая терапия)

1. Превентивное облучение регионарных зон (лимфоузлов шеи) при раке языка требует подведения суммарных доз

1. 30 Гр

2. 45-50 Гр

3. 60 Гр

4. правильного ответа нет

5. более 60 Гр

1. Среди злокачественных опухолей слюнных желез наиболее часто встречается

1. аденокарцинома

2. плоскоклеточный рак

3. рак из смешанных опухолей

4. мукоэпидермоидная опухоль

5. цистаденокарцинома

1. Для установления диагноза злокачественной опухоли слюнной железы необходимо выполнить

1. сиалографию

2. биопсию с морфологическим исследованием

3. компьютерную томографию

4. ангиографию

5. термографию

1. У больного 60 лет рак околоушной слюнной железы III стадии. Наиболее целесообразным методом лечения является

1. комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией

2. комбинированное лечение с послеоперационной дистанционной лучевой терапией

3. сочетанная лучевая терапия

4. только хирургическое лечение

5. только лучевая терапия

1. При метастазах в легкие цилиндрами околоушной слюнной железы наиболее эффективна следующая схема химиотерапевтического лечения

1. САР (циклофосфан + адриамицин + платидиам

2. CMF (циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил)

3. блеомицин + винбластин

4. оливомицин + циклофосфан

5. эффективны в одинаковой мере все схемы

1. У больного 65 лет плоскоклеточный рак нижней носовой раковины I стадии. Из методов лучевой терапии ему наиболее целесообразна

1. дистанционная g-терапия

2. внутритканевая лучевая терапия

3. внутриполостная лучевая терапия

4. сочетанная лучевая терапия (дистанционная g-терапия + внутриполостная лучевая терапия)

5. хирургическое лечение

1. Облучение регионарных зон при лучевой терапии рака носоглотки

1. обязательно во всех случаях

2. проводится только при верификации метастазов в лимфатических узлах шеи

3. проводится только при подозрении на наличие метастазов г лимфатических узлах шеи

4. облучение регионарных зон нецелесообразно

5. при положительной реакции на наличие антител к вирусу Эпштейн-Барра

1. Наиболее радиочувствительной среди опухолей носоглотки является

1. плоскоклеточный ороговевающий рак

2. плоскоклеточный рак с высокой степенью лимфатическое инфильтрации

3. лимфосаркома

4. аденокарцинома

5. саркомы

1. Для лечения рака носоглотки наиболее целесообразен

1. хирургический метод

2. лучевой метод

3. химиотерапия

4. комбинированный (хирургический + лучевая терапия)

5. химио-лучевое лечение

1. У больного 65 лет плоскоклеточный низкодифференцированный рак корня языка T3N2M0. Наиболее целесообразным методом лечения является

1. резекция языка в сочетании с операцией Крайля

2. сочетанная лучевая терапия

3. дистанционное облучение языка и регионарных зон в сочетании с локальной гипертермией

4. внутритканевая лучевая терапия

5. химио-лучевое лечение с последующей операцией

1. У больного 43 лет плоскоклеточный ороговевающий рак гортани I а стадии с поражением левой голосовой складки. Ему следует

1. провести самостоятельную дистанционную лучевую терапию

2. предоперационной лучевой терапией

3. провести боковую резекцию гортани с послеоперационной лучевой терапией

4. выполнить ларингэктомию

5. хордэктомию с лучевой терапией

1. У больного 60 лет плоскоклеточный неороговевающий рак гортани Ша стадии, инфильтративная форма с явлениями перихонд- рита. Ему необходимо

1. ларингэктомия

2. комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией

3. комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией

4. самостоятельный полный курс лучевой терапии по радикальной программе

5. химиотерапия

1. Больному 45 лет по поводу плоскоклеточного рака гортани Ша стадии с преимущественно экзофитной формой роста проведено предоперационное облучение в дозе 40 Гр. Через 2 недели отмечено клинически практически полное исчезновение опухоли. Ему следует

1. выполнить резекцию гортани

2. выполнить лагинэктомию

3. продолжить лучевую терапию по радикальной программе

4. наблюдать

5. назначить химиотерапию

1. Медуллярный рак щитовидной железы развивается

1. из А-клеток

2. из В-клеток

3. из С-клеток

4. из любой вышеуказанной

5. из мезенхимальной ткани

1. Частота высокодифференцированных аденокарцином щитовидной железы составляет

1. 10%

2. 20%

3. 50%

4. 70%

5. нет данных

1. Частота медуллярного рака щитовидной железы составляет

1. 10%

2. 20%

3. 50%

4. 70%

5. нет данных

1. Частота регионарного метастазирования рака щитовидной железы составляет

1. от 10 до 20%

2. от 25 до 35%

3. от 40 до 50%

4. от 60 до 80%

5. нет данных

1. Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются

1. лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены

2. надключичные

3. паратрахеальные

4. претрахеальные

5. загрудинные

1. Минимальным объемом хирургического вмешательства при раке щитовидной железы следует считать

1. энуклиацию узла

2. резекцию доли

3. гемитиреоидэктомию

4. гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка

5. субтотальную резекцию щитовидной железы

1. У больного 55 лет медуллярный рак щитовидной железы. Ему наиболее целесообразно

1. выполнить тиреоидэктомию с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи

2. провести комбинированное лечение с преодоперационной дистанционной лучевой терапией на I этапе с последующей тиреоидэктомией и фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи

3. провести комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией с последующим лечением радиоактивным йодом

4. провести самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе

5. провести химио-лучевое лечение

1. У больной 50 лет папиллярный рак щитовидной железы T1N0M0 с локализацией в правой доли. Ей следует

1. выполнить субтотальную резекцию

2. провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией

3. провести комбинированное лечение с послеоперационной терапией

4. провести самостоятельную лучевую терапию

5. выполнить субтотальную резекцию железы с последующей химиотерапией

1. Больному 55 лет произведена гемитиреодэктомия с резекцией перешейка по поводу аденоматоза щитовидной железы. В двух узлах - фолликулярная аденома. В i-м (размером в 1 см) - папиллярный рак. Ему следует назначить

1. повторную операцию - в объеме тиреоидэктомии

2. профилактическую лучевую терапию

3. профилактическую химиотерапию

4. лечение радиоактивным йодом

5. наблюдение

1. Наиболее эффективным химиотерапевтическим препаратом при раке щитовидной железы является

1. адриамицин

2. циклофосфан

3. блеомицин

4. метотрексат

5. тио-ТЭФ

1. Эффективность адриомицина при раке щитовидной железы составляет

1. 5-10%

2. 25-30%

3. 55-60%

4. 70-75%

5. 90-95%

1. Химиотерапия наиболее эффективна

1. при папиллярном раке щитовидной железы

2. при фолликулярном раке щитовидной железы

3. при низкодифференцированном раке щитовидной железы

4. эффективность не зависит от морфологической структуры

5. химиотерапия не эффективна

1. У больного 47 лет неоперабельная хемодектома шеи. Ему следует

1. провести дистанционную лучевую терапию по радикальной программе

2. провести дистанционную лучевую терапию с паллиативной целью

3. провести сочетанную лучевую терапию

4. симптоматическое лечение

5. назначить химио-лучевое лечение

1. Частота внеорганных опухолей среди всех новообразований шеи составляет

1. от 3 до 5%

2. от 20 до 25%

3. от 30 до 40%

4. от 50 до 60%

5. более 60%

1. К внеорганным опухолям, представителям АРИД-системы, относятся

1. бронхиогенный рак

2. хемодектома

3. медуллярный рак щитовидной железы

4. хордома

5. менингиома

1. При локализации опухоли в передне-боковом парафарингеальном пространстве в первую очередь следует исключить новообразования

1. эпителиальной природы

2. нейрогенной природы

3. метастазы рака

4. все перечисленные

5. мезенхимальной природы

1. При локализации опухоли в задне-боковом парафарингеальном пространстве в первую очередь следует исключить новообразования

1. эпителиальной природы

2. нейрогенной природы

3. мезенхимальной природы

4. метастазы рака

5. опухоли околоушной слюнной железы

1. Ведущим методом лечения внеорганных опухолей шеи является

1. хирургический

2. лучевой

3. химиотерапия

4. комбинированный

5. зависит от морфологии опухоли

1. Типичным хирургическим доступом к парафарингеальным новообразованиям является

1. наружный шейный доступ

2. чрезротовой

3. комбинированный

4. разрез по Муру

5. поперечный надключичный

1. Ведущим методом в диагностике хемодектом шеи является

1. компьютерная томография

2. ультразвуковая томография

3. ангиография

4. МРТ

5. радиоизотопное исследование

1. Наиболее часто злокачественные опухоли слюнной железы представлены

1. аденокарциномой

2. плоскоклеточным раком

3. раком из смешанных опухолей

4. мелкоэпидермоидной опухолью

5. цистаденокарциномой

1. Для установления диагноза злокачественной опухоли слюнных желез необходимо выполнить

1. сиалографию

2. пункцию опухоли с последующим цитологическим исследованием

3. компьютерную томографию

4. ангиографию

5. МРТ

1. У больного 60 лет рак околоушной слюнной железы II а стадии. Какой вариант лечения предпочтителен?

1. комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией

2. комбинированное лечение с послеоперационной дистанционной лучевой терапией

3. сочетанная лучевая терапия

4. только хирургическое лечение

5. химио-лучевое лечение

1. При метастазах в легкие цилиндромами околоушной слюнной железы наиболее эффективна следующая схема

1. САР (циклофосфан, адриамицин, платидиам)

2. CMF (циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил)

3. блеомицин + винбластин

4. оливомицин + циклофосфан

5. схемы с таксанами

1. Уточняющим методом распространенности опухоли уха является

1. рентгенотомография

2. компьютерная томография и/или МРТ

3. ангиография

4. УЗИ

5. морфологическое исследование

1. Среди новообразований средостения отмечено следующее соотношение доброкачественных и злокачественных форм

1. 3:1

2. 10:1

3. 1:1

4. 1:3

5. 1:10

1. Неврогенные опухоли в абсолютном большинстве наблюдений локализуются

1. в реберно-позвоночном углу

2. в центральном средостении

3. в верхних отделах переднего средостения

4. в переднем средостении на уровне основания сердца

5. в верхней апертуре

1. Неврогенные опухоли в процессе своего развития могут

1. малигнизировать

2. «вызревать» - превращаться из незрелой (злокачественной) в доброкачественную

3. распространяться из средостения на шею

4. проникать в спинномозговой канал и вызывать сдавление спинного мозга

5. все ответы правильные

1. Наиболее часто встречающейся в средостении опухолью мезенхимального происхождения является

1. фиброма

2. липома

3. гемангиома

4. лимфангиома

5. рабдомиома

1. Наиболее часто изолированное поражение лимфатических узлов средостения наблюдается

1. при лимфогранулематозе

2. при лимфосаркоме

3. при ретикулосаркоме

4. при плазмацитоме

5. все вышеуказанные с одинаковой частотой

1. Общим для строения зрелых тератом средостения является обязательное наличие в них элементов

1. нервной ткани

2. кожи

3. эндодермы

4. мезодермы

5. всех перечисленных

1. Для энтерогенных кист (энтерокистом) средостения характерна локализация

1. в переднем средостении

2. в центральном средостении

3. в заднем средостении

4. в кардио-диафрагмальном углу

5. везде с одинаковой частотой

1. Бронхиальные кисты локализуются преимущественно

1. в реберно-позвоночном углу

2. в реберно-диафрагмальном углу

3. в кардио-диафрагмальном углу

4. в нижних отделах заднего средостения

5. в верхних отделах средостения, вблизи трахеи и крупных бронхов

1. Внегонаднаясеминома средостения характеризуется

1. быстрым ростом

2. медленным ростом

3. закономерностей роста не выявляется

4. скачкообразным темпом роста

5. прогрессирующим темпом

1. Миастения может иметь место у больных

1. тимомой

2. фибромой средостения

3. ганглионевромой средостения

4. феохромоцитомой средостения

5. внегонаднойсеминомой средостения

1. Наиболее яркой клинической картиной сопровождается развитие следующих групп бронхиальных кист средостения

1. паратрахеобронхиальных

2. параперикардиальных

3. парапишеводных

4. при локализации в задне-нижних отделах средостения

5. при локализации в верхний аппортуре

1. Свойством изменять свою конфигурацию в фазе максимального вдоха и максимального выдоха, выявляемым при рентгеноскопии, обладают следующие новообразования средостения

1. тератомы

2. тимомы

3. большие однокамерные перикардиальные кисты

4. липомы

5. менингоцеле

1. Выявление костных включений в виде зубов или фаланг пальцев в опухоли средостения при рентгенологическом исследовании является патогномоничным симптомом

1. для тимомы

2. для зрелой тератомы

3. для злокачественной лимфомы

4. для энтерокистомы

5. для бронхиальной кисты

1. Рентгенологическим признаком распространения неврогенной опухоли средостения в спинномозговой канал является

1. интимное прилежание тела опухоли к телам позвонков

2. истончение ребра в области его шейки и угла

3. узурация заднего отдела ребра

4. увеличение диаметра межпозвонкового отверстия

5. нет рентгенологических признаков

1. Выраженное смещение и сдавление трахеи, пищевода и магистральных сосудов в области верхней апертуры грудной клетки, выявляемое при рентгенологическом исследовании, наиболее характерно

1. для тимомы

2. для злокачественных лимфом средостения

3. для загрудинного зоба

4. для тератомы средостения

5. для хемодектомы

1. Диагностический пневмоперитонеум может применяться при локализациях опухоли

1. в передних отделах верхнего средостения

2. в задних отделах верхнего средостения

3. в средних отделах средостения (на уровне основания сердц1.

4. в нижних отделах средостения

5. не принимается вовсе

1. Прескаленная (открытая) биопсия лимфатических узлов при новообразованиях средостения должна производиться

1. при подозрении на изолированное поражение лимфатических узлов средостения злокачественной лимфомой

2. при подозрении на злокачественную опухоль средостения

при наличии прощупываемых увеличенных лимфоузлов (прескаленных)

3. при наличии прощупываемых увеличенных прескаленных лимфатических узлов при отрицательных результатах пункционнои аспирационной или трепанобиопсии

4. не производится вовсе

1. Реакция на а-фетопротеин (реакция Абелева-Татаринов1. может быть положительной

1. при тимоме

2. при хемодектоме

3. при зрелой тератоме

4. при незрелой тератоме (тератобластоме) с элементами эмбрионального рака

5. при сосудистых опухолях

1. После выявления новообразования средостения при рентгенологическом обследовании оптимальным является

1. динамическое наблюдение

2. проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения

3. госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода лечения

4. назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

5. диагностическая торакотомия

1. Для лечения доброкачественных тератом, тимом, фибром, липом и нейрогенных опухолей средостения применяется

1. хирургический метод

2. лучевое лечение

3. противоопухолевая лекарственная терапия

4. комбинированное лечение

5. химио-иммунотерапия

1. Наилучшие отдаленные результаты лечения злокачественное тимом получены

1. при хирургическом лечении

2. при лучевом лечении

3. при химиотерапии

4. при комбинированном лечении (операция + лучевая терапия)

5. иммунотерапия

1. Наиболее часто неврологические осложнения возникают после операций по поводу

1. тератом средостения

2. неврином средостения

3. липом средостения

4. тимом средостения

5. кист перикарда

1. Плоскоклеточный рак среди заболевших раком пищевода встречается примерно

1. у 20% больных

2. у 40% больных

3. у 60% больных

4. у 90% больных

5. более 90% больных

1. Опухоль (рак пищевод1. протяженностью 3-5 см с инфильтрацией слизисто-подслизистого слоя и отсутствием регионарных метастазов относится

1. к I стадии

2. к II а стадии

3. II б стадии

4. к III а стадии

5. к III б стадии

1. Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является

1. повышенное слюноотделение

2. тошнота

3. дисфагия

4. рвота

5. кашель

1. Симптомы глоточной недостаточности вследствие поражения нервного аппарата глотки развиваются, как правило, при раке

1. шейного и верхнегрудного отделов пищевода

2. среднегруднрго отдела пищевода

3. нижнегрудного отдела пищевода

4. абдоминального сегмента пищевода

5. с переходом на кардию

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

1. при полиповидной форме роста

2. при язвенно-инфильтративной форме роста

3. при скиррозной форме роста

4. при эндофитном типе роста

5. при смешанном типе

1. С целью определения возможного выхода рака пищевода за пределы органа на фоне введенного в средостение воздуха или газа применяются

1. париетография и паркетомография

2. респираторная полиграфия

3. пневмоэзофаготомография

4. рентгеновская компьютерная томография

5. ангиография

1. В соответствии с официальным указанием по организации онкологической помощи (Ленинград, 1984 г.) лучевое лечение в качестве самостоятельного метода рекомендуется при раке пищевода

1. шейного отдела

2. верхнегрудного отдела

3. нижнегрудного отдела

4. абдоминального отдела

5. шейного и верхнегрудного отдела

1. К хирургическим вмешательствам по поводу рака пищевода с одномоментной пластикой перемещенным желудком относятся все перечисленные методы, кроме

1. операции Жиано - Гальперна – Гаврилиу

2. операции Осавы - Герлока

3. операции типа Льюиса

4. операции Киршнера – Накаямы

5. операция Добромысова - Торека

1. При резекции или экстирпации пищевода по поводу рака нижнегрудного отдела пищевода с ним должны быть удалены все перечисленные лимфатические узлы, кроме

1. бифуркационных

2. околопищеводных

3. паракардиальных

4. левых желудочных

5. передних средостенных

1. Методика классического фракционирования дозы лучевой терапии при комбинированном лечении рака пищевода наиболее целесообразна

1. при I стадии

2. при II стадии

3. при III стадии

4. при всех перечисленных стадиях

5. при IV стадии

1. Реканализация опухоли при раке пищевода может быть осуществлена

1. с помощью трубки во время лапаротомии и гастротомии

2. во время торакотомии и эзофаготомии

3. путем лазерной деструкции (испарения) опухоли во время эзофагоскопии

4. с помощью интубационной трубки во время эндоскопии

5. всеми вышеперечисленными методами

1. Одним из наиболее частых послеоперационных осложнений, сопровождающих одномоментные операции при раке пищевода и приводящих больных к смерти, является

1. послеоперационная пневмония

2. тромбоэмболия легочной артерии

3. недостаточность швов пищеводного соустья и гнойные осложнения (эмпиема и медиастинит без свищ1.

4. надпочечниковая недостаточность

5. инфаркт миокарда

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

1. в шейном отделе пищевода

2. в верхнегрудном отделе пищевода

3. в среднегрудном отделе пищевода

4. в нижнегрудном отделе пищевода

5. в верхнегрудном и шейном отделах пищевода

1. У больного 80 лет рак среднегрудного отдела пищевода Иб стадии. Наиболее предпочтительным методом лечения является

1. оперативное лечение

2. комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией

3. комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией

4. самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе

5. химио-лучевое лечение

1. У больного 50 лет рак пищевода на уровне нижнегрудного и метастазами в параэзофагеальные лимфатические узлы отдела, протяженностью 4 см с начальными проявлениями дисфагии. Адекватными методами лечения можно считать все перечисленные, кроме

1. самостоятельного курса лучевой терапии по радикальной программе

2. оперативного лечения

3. комбинированного лечения с предоперационной лучевой терапией

4. комбинированного лечения с послеоперационной лучевой терапией

5. химио-лучевое лечение

1. Наиболее эффективны при раке пищевода все препараты, за исключением

1. митомицинаС

2. адриамицина

3. цисплатина

4. винбластина

5. таксаны

1. Эффективность химиотерапии при раке пищевода составляет

1. 5-10%

2. 20-28%

3. 50-60%

4. 90-100%

5. химиотерапия неэффективна

1. От всех опухолей легких доброкачественные составляют

1. менее 1-2%

2. 7-10%

3. 25-30%

4. до 40%

5. более 40%

1. К эпителиальным доброкачественным опухолям легких относятся все перечисленные, кроме

1. папилломы бронха

2. аденомы бронха

3. сосудистой эндотелиомы

4. железистого полипа

5. невринома

1. Центральные доброкачественные опухоли легких чаще всего развиваются

1. в главных и долевых бронхах

2. в сегментарных бронхах

3. в бронхах V-VI порядка

4. в бронхиолах

5. в альвеолах

1. Большинство доброкачественных центральных опухолей легких составляют

1. аденомы бронха

2. папилломы бронха

3. сосудистые опухоли

4. тератомы

5. гладкомышечные опухоли

1. Большинство периферических доброкачественных опухолей легких составляют

1. фибромы

2. тератомы

3. гамартомы

4. аденомы

5. лейомиомы

1. Доброкачественные опухоли легких встречаются у мужчин и женщин в соотношении приблизительно

1. 10:1

2.

3.

4. 1:5

5. 1:10

1. Доброкачественные опухоли встречаются преимущественно в возрасте

1. до 50 лет

2. 51-60 лет

3. 61-70 лет

4. 71-80 лет

5. старше 80 лет

1. Решающим методом диагностики центральных доброкачественных опухолей легкого является

1. рентгеноскопия

2. рентгенография

3. томография

4. бронхография

5. фибробронхоскопия с биопсией

1. Катетеризационный (при бронхоскопии) и пункционный (трансбронхиальный, трансторакальный) методы биопсии целесообразны, когда дифференциальный диагноз проводится между периферической доброкачественной опухолью легких

1. и бронхогенной кистой

2. и энтерогенной кистой

3. и паразитарной кистой '

4. и периферическим раком легких

5. и туберкулезом

1. При хирургическом лечении периферических доброкачественных опухолей легких наиболее часто выполняемыми операция ми являются все перечисленные, кроме

1. энуклеации опухоли

2. клиновидной или краевой резекции

3. сегментарной резекции легких

4. билобэктомии и пульмонэктомии

5. пульмонэктомии

1. Помимо хирургических методов при лечении доброкачественных опухолей легких могут применяться

1. лучевая терапия

2. противоопухолевая химиотерапия

3. комбинированное лечение (операция + лучевая

4. все перечисленные методы

5. ни один из перечисленных методов

1. Примесь крови в мокроте (кровохарканье) наблюдается преимущественно при метастазировании в органы грудной полости (легкие)

1. рака желудка

2. рака легкого

3. рака почки

4. рака предстательной железы

5. меланомы кожи

1. Солитарные метастазы в паренхиме легких наиболее часто встречаются у больных

1. остеогенной саркомой

2. опухолями яичка

3. раком молочной железы

4. раком толстой кишки

5. раком щитовидной железы

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

1. при раке молочной железы

2. при раке желудка

3. при раке почки

4. при раке легкого

5. при раке предстательной железы

1. Наиболее часто метастатическое изолированное поражение плевры у женщин отмечается при раке

1. желудка

2. толстой кишки

3. яичников

4. хорионэпителиоме матки

5. щитовидной железы

1. Наиболее информативным методом выявления метастазов в паренхиме легкого является

1. рентгеноскопия

2. рентгенография + томография

3. рентгеновская компьютерная томография

4. ультразвуковая компьютерная томография

5. сканирование органов грудной клетки с цитратом галлия (67G

1. Наиболее информативным методом выявления увеличения лимфатических узлов средостения и корней легких является

1. рентгеноскопия

2. рентгенография + томография

3. рентгеновская компьютерная томография

4. сканирование органов грудной клетки с цитратом галлия (67G

5. ультразвуковая компьютерная томография

1. Положительная реакция Абелева - Татаринова может наблюдаться при метастазах в легкие и лимфатические узлы средостения

1. семиномы яичка

2. эмбрионального рака яичка

3. рака яичников

4. рака тела матки

5. рака шейки матки

1. Общее количество удаленных сегментов легких при неоднократных операциях по поводу солитарных метастазов, как правило, не должно превышать

1. два

2. четыре

3. шесть

4. десять

5. четырнадцать

1. При выборе метода лечения метастазов саркомы Юинга в легкие предпочтение следует отдать

1. хирургическому методу

2. иммунотерапии

3. симптоматическому лечению

4. лучевому лечению и химиотерапии

5. хирургическому лечению в комбинации с лучевым

1. Пятилетняя выживаемость после хирургических вмешательств по поводу солитарных метастазов в легкие (при соблюдении показаний) примерно составляет

1. 5%

2. 10-15%

3. 20-30%

4. 50-60%

5. более 60%.

1. Рак легкого в структуре заболеваемости (смертности) населения СНГ злокачественными новообразованиями с 1985 года занимает

1. I место

2. II место

3. III место

4. IV место

5. V место

1. Определяющая роль в увеличении заболеваемости населения раком легких принадлежит

1. генетическому фактору

2. профессиональным вредностям

3. курению

4. загрязнению атмосферы

5. ионизирующему излучению

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

1. мелкоклеточного рака

2. железистого рака

3. плоскоклеточного рака

4. крупноклеточного рака легких

5. светлоклеточного рака

1. Из стенки бронха в его просвет в виде папиллом, полипов или дольчатых узлов растут опухоли из группы

1. эндобронхиального экзофитного рака легкого

2. перибронхиального узлового рака

3. разветвленного рака

4. пневмониеподобного рака

5. рака верхушки легкого (Пэнкост1.

1. По мере роста опухоли скорость нарастания степени нарушения бронхиальной проходимости наиболее выражена

1. при эндобронхиальном экзофитном раке

2. при перибронхиальном узловатом раке

3. при разветвленном раке

4. при пневмониеподобном раке

5. при раке верхушки легкого (Пэнкост1.

1. У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает

1. плоскоклеточный рак

2. железистый рак

3. мелкоклеточный рак

4. крупноклеточный рак

5. светлоклеточный рак

1. Периферический рак у женщин чаще бывает

1. плоскоклеточным

2. железистым

3. мелкоклеточным

4. крупноклеточным

5. светлоклеточный рак

1. Периферический рак легкого диаметром 4 см, не прорастающий висцеральной плевры, с одиночными метастазами в бронхопульмональных лимфатических узлах соответствует

1. I стадии заболевания

2. II а стадии

3. II б стадии

4. III а стадии

5. III б стадии

1. Рак сегментарного бронха менее 3 см в диаметре без метастазов в регионарные лимфатические узлы относится

1. к I стадии

2. к II а стадии

3. II б стадии

4. к III а стадии

5. к III б стадии

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

1. кашля

1. кровохарканья

2. болей в груди

3. повышения температуры тела

4. похудание

1. Рентгенологическое томографическое исследование у больных периферическим раком легкого позволяет

1. оценить структуру тени новообразования

2. выявить и оценить полости распада

3. определить степень распространения опухоли по легочной ткани

4. определить состояние лимфатических узлов корня и средостения

5. все ответы верны

1. Одностороннее увеличение лимфатических узлов средостения и увеличение лимфатических узлов одноименного корня легкого у больного старше 50 лет при отсутствии клинико-рентгенологических признаков опухоли легких в наибольшей степени характерно

1. для центрального рака легкого

2. для периферического рака легкого

3. для медиастинальной формы рака легкого

4. для лимфопролиферативного заболевания

5. для изолированного метастатического поражения лимфатических узлов опухолью другой локализации

1. При рентгенологической картине милиарного карциноза легких дифференциальный диагноз следует проводить

1. с туберкулезом

2. с пневмокониозом и гемосидерозом

3. с метастазами в легкое опухоли другой локализации

4. с метастазами рака легкого

5. со всем перечисленным

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

1. и опухолью грудной стенки

2. и опухолью средостения

3. и опухолью диафрагмы

4. и ограниченной релаксацией диафрагмы

5. всем перечисленным и новообразованиями

1. Риск возникновения бронхиального свища вследствие несостоятельности швов в наибольшей степени выражен при выполнении

1. типичной пневмонэктомии

2. расширенной пневмонэктомии

3. пневмонэктомии с резекцией перикарда или грудной стенки

4. пневмонэктомии с резекцией бифуркации трахеи

5. билотэктомия

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

1. сегментэктомии

2. лобэктомии

3. типичной пневмонэктомии

4. комбинированной или расширенной пневмонэктомии

5. пробной торокотомии

1. Одной из наиболее частых причин смерти больных после пневмонэктомии по поводу рака является

1. бронхиальный свищ и эмпиема плевры

2. пневмония

3. сердечно-сосудистая недостаточность

4. тромбоэмболия легочной артерии

5. инфаркт миокарда

1. Хирургический метод в лечении мелкоклеточного рака

1. не применяется

2. применяется у абсолютного большинства больных в качестве самостоятельного метода

3. применяется, как правило, в комбинации с химиотерапией

4. применяется только в сочетании с лучевой терапией

5. применяется в сочетании с иммунотерапией

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

1. с I стадией заболевания

2. со II а стадией заболевания

3. с III б стадией заболевания

4. с III стадией заболевания

5. с IV стадией заболевания

1. Оптимальным сроком между завершением предоперационной лучевой терапии и операцией (с методикой облучения укрупненными фракциями по 4-6 Гр) является интервал

1. 1-3 дня

2. 7-10 дней

3. 14-21 день

4. больше 3 недель

5. не имеет значения

1. Наиболее частая локализация метастазов при мелкоклеточном раке легкого

1. внутригрудные лимфатические узлы

2. лимфатические узлы брюшной полости

3. печень

4. кости

5. головной мозг

1. Наиболее частые гематогенные метастазы мелкоклеточного рака легкого локализуются

1. в костях

2. в печени

3. в надпочечниках

4. в головном мозге

5. в мягкие ткани

1. Наиболее частым клиническим симптомом мелкоклеточного центрального рака легкого является

1. кашель

2. одышка

3. повышение температуры тела

4. осиплость голоса

5. похудание

1. Наиболее чувствительным опухолевым маркером мелкоклеточного рака легкого является

1. РЭА раково-эмбриональный антиген

2. ХГ, \*ГБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический Ь- глобулин)

3. нейроспецифическаяенолаза

4. ЛДГ (лактатдегидрогеназ1.

5. щелочная фосфатаза

1. Адъювантная химиотерапия наиболее целесообразна

1. при плоскоклеточном раке легкого

2. при аденокарциноме легкого

3. при мелкоклеточном раке легкого

4. показана при всех формах

5. не доказана

1. Наибольшей эффективностью в монорежиме при лечении мелкоклеточного рака легкого обладает

1. тио-ТЭФ

2. циклофосфан

3. метотрексат

4. винкристин

5. таксаны

1. Влечении мелкоклеточного рака легкого наибольшей эффективностью обладает следующая схема химиотерапии

1. FMC (5-фторурацил + метотрексат + циклофосфан)

2. FAM (5-фторурацил + адриамициН + митомицин С)

3. CAV (циклофосфан + адриамицин + винкристин)

4. PVB (платидиам + винбластин + блеомицин)

5. все схемы в равной мере

1. При лечении мезотелиомы плевры наиболее эффективно

1. внутриплевральное введение препаратов

2. внутривенное введение химиопрепаратов

3. внутрилимфатическое введение

4. верные ответы 1 и 2

5. все способы введения одинаково эффективны

1. Ограниченно растущие мезотелиомы (доброкачественные мезотелиомы) чаще всего имеют строение

1. фибромы

2. липомы

3. шванномы

4. ангиомы

5. хондромы

1. Наиболее часто применяемыми методами лечения злокачественных мезотелиом плевры являются

1. хирургический

2. лучевой

3. химиотерапия

4. иммунотерапия

5. комбинированный

1. Рак желудка наиболее часто развивается в возрасте

1. до 20 лет

2. от 21 года до 50 лет

3. от 51 года до 70 лет

4. старше 70 лет

5. одинаково во всех возрастных группах

1. На уровень заболеваемости раком желудка влияют

1. пищевой фактор и режим питания

2. почвенно-климатическая обусловленность

3. местные изменений слизистой оболочки желудка

4. фоновые заболевания, наследственный фактор

5. все перечисленные

1. Предраковые состояния слизистой оболочки желудка при гистологическом исследовании характеризуются

1. наличием атипичных клеток

2. степенью дисплазии клеток

3. наличием хронического атрофического гастрита

4. наличием кишечной метаплазии очагового характера

5. наличием эрозии

1. Наиболее часто перерождаются в рак

1. гиперпластические полипы

2. аденоматозные полипы

3. адено-папилломатозные полипы

4. папиллярные аденомы

5. все полипы, независимо от их гистологического строения, обладают одинаковым индексом малигнизации

1. По гистологическому строению рак желудка чаще всего является

1. железистым раком

2. плоскоклеточным раком

3. смешанным железисто-плоскоклеточным раком

4. слизистым раком

5. переходноклеточным раком

1. При раннем раке желудка

1. специфические симптомы отсутствуют

2. имеются специфические симптомы заболевания

3. симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка

4. синдром «малых признаков» является ранним клиническим проявлением рака желудка

5. характерно появление анемии

1. С наименьшей долей вероятности рак желудка возникает у больных

1. перенесших в прошлом резекцию желудка

2. анацидным гастритом

3. с хроническим смешанным гастритом

4. с антральным ригидным гастритом

5. с язвенной болезнью желудка

1. Чаще малигнизируются язвы

1. выходного отдела желудка

2. малой кривизны желудка

3. большой кривизны желудка

4. тела желудка

5. кардиального отдела желудка

1. Диагностика хронических гастритов должна базироваться на основании

1. рентгенологических данных

2. результатов гастроскопии

3. исследования желудочной секреции

4. морфологического исследования биопсионного материала

5. сочетания всех перечисленных методов

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

1. в соединительнотканном дне язвы

2. в крае язвы

3. в дне и краях язвы

4. правильного ответа нет

5. все ответы правильные

1. Наиболее труден для диагностики рак

1. кардиального отдела желудка

2. дна желудка

3. тела желудка

4. выходного отдела желудка

5. диагностика рака желудка трудна при всех перечисленных локализациях

1. При определении распространенности рака проксимального отдела желудка наибольшую диагностическую ценность имеет

1. гастроскопия

2. эзофагоскопия

3. лапароскопия

4. медиастиноскопия

5. рентгенография желудка

1. Больной выполнена овариоэктомия по поводу опухоли яичника. При гистологическом исследовании дано заключение о метастатическом характере опухоли. Наиболее часто метастазируют в яичники

1. рак желудка

2. рак поджелудочной железы

3. рак молочной железы

4. рак легкого

5. рак толстой кишки

1. По термином «метастаз Вирхова» подразумевается метастаз

1. в клетчатку малого таза

2. в яичники

3. в пупок

4. в надключичный лимфоузел

5. в легкие

1. Вирховский метастаз при раке желудка следует расценивать

1. как отдаленный гематогенный метастаз

1. как отдаленный ретроградный лимфогенный метастаз

2. как отдаленный ортоградныйлимфогенный метастаз

3. как регионарный лимфогенный метастаз

4. как им плантационный метастаз

1. Наибольшей информативностью в диагностике метастазов рака желудка в печень обладает

1. лапароскопия

2. ультразвуковая томография

3. рентгеновская компьютерная томография

4. сканирование печени

5. ангиографическое исследование

1. К лапароскопии, как методу диагностики распространенности опухолевого процесса при раке желудка, наиболее целесообразно прибегать

1. при всех локализациях опухоли в желудке

2. при всех типах роста опухоли

3. при локализации опухоли в антральном отделе желудка, осложненной стенозом

4. при локализации опухоли в теле желудка

5. при локализации опухоли в кардиальном отделе, осложненной дисфагией

1. На выбор объема при раке желудка наименьшее влияние из перечисленных факторов оказывает

1. локализация опухоли

2. тип роста опухоли

3. гистологическая структура опухоли

4. возраст больного

5. все перечисленные факторы оказывают одинаковое влияние на выбор объема операции

1. Эндоскопическая полипэктомия допустима, если при гистологическом исследовании биопсийного материала из верхушки полипа обнаружены признаки малигнизации, в случае

1. старческого возраста больного и тяжелой сопутствующей патологии в стадии декомпенсации

2. полипа «на ножке» и при гистологическом исследовании ножки полипа признаков малигнизации в ней не обнаружено

3. возможности динамического контроля (эндоскопического) за больным

4. только сочетания всех перечисленных выше ситуаций

5. эндоскопическая полипэктомия недопустима

1. При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана

1. эндоскопическая полипэктомия

2. хирургическое иссечение полипа

3. клиновидная резекция желудка

4. экономная резекция желудка

5. субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов

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

1. во всех случаях

2. при одиночном полипе на ножке независимо от его размеров

3. при одиночном полипе на широком основании независимо от его размеров

4. при одиночном мелком полипе на ножке

5. при множественных мелких полипах

1. При эндоскопической полипэктомии могут возникать

1. кровотечение из ножки полипа или внутрибрюшное кровотечение

2. перфорация органа вследствие некроза всех слоев его стенки

3. перфорация стенки органа эндоскопом

4. разрыв органа вследствие перераздувания его воздухом

5. все перечисленное

1. При дистальной субтотальной резекции желудка по поводу рака следует отдавать предпочтение

1. формированию желудочно-кишечного анастомоза по Бильрот-1

2. формированию впередиободочногогастроэнтероанастомоза на

длинной петле с межкишечным анастомозом

3. формированию позадиободочногогастроэнтероанастомоза на короткой петле

4. ни один из перечисленных анастомозов не имеет преимущества перед остальными

5. формированию впередиободочного ГЭА на короткой петле

1. При субтотальной резекции желудка по поводу рака желудочно-поджелудочная связка

1. должна удаляться обязательно

2. должна удаляться частично

3. никогда не удаляется

4. может быть удалена, но не обязательно

5. правильного ответа нет

1. Наибольшей информативностью в диагностике метастазов рака желудка в печень обладает

1. лапароскопия

2. ультразвуковая томография

3. рентгеновская компьютерная томография

4. сканирование печени

5. ангиографическое исследование

1. К лапароскопии, как методу диагностики распространенности опухолевого процесса при раке желудка, наиболее целесообразно прибегать

1. при всех локализациях опухоли в желудке

2. при всех типах роста опухоли

3. при локализации опухоли в антральном отделе желудка, осложненной стенозом

4. при локализации опухоли в теле желудка

5. при локализации опухоли в кардиальном отделе, осложненной дисфагией

1. На выбор объема при раке желудка наименьшее влияние из перечисленных факторов оказывает

1. локализация опухоли

2. тип роста опухоли

3. гистологическая структура опухоли

4. возраст больного

5. все перечисленные факторы оказывают одинаковое влияние на выбор объема операции

1. Эндоскопическая полипэктомия допустима, если при гистологическом исследовании биопсийного материала из верхушки полипа обнаружены признаки малигнизации, в случае

1. старческого возраста больного и тяжелой сопутствующей патологии в стадии декомпенсации

2. полипа «на ножке» и при гистологическом исследовании ножки полипа признаков малигнизации в ней не обнаружено

3. возможности динамического контроля (эндоскопического) за больным

4. только сочетания всех перечисленных выше ситуаций

5. эндоскопическая полипэктомия недопустима

1. При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана

1. эндоскопическая полипэктомия

2. хирургическое иссечение полипа

3. клиновидная резекция желудка

4. экономная резекция желудка

5. субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов

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

1. во всех случаях

2. при одиночном полипе на ножке независимо от его размеров

3. при одиночном полипе на широком основании независимо от его размеров

4. при одиночном мелком полипе на ножке

5. при множественных мелких полипах

1. При эндоскопической полипэктомии могут возникать

1. кровотечение из ножки полипа или внутрибрюшное кровотечение

2. перфорация органа вследствие некроза всех слоев его стенки

3. перфорация стенки органа эндоскопом

4. разрыв органа вследствие перераздувания его воздухом

5. все перечисленное

1. При дистальной субтотальной резекции желудка по поводу рака следует отдавать предпочтение

1. формированию желудочно-кишечного анастомоза по Бильрот-1

2. формированию впередиободочногогастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом

3. формированию позадиободочногогастроэнтероанастомоза на короткой петле

4. ни один из перечисленных анастомозов не имеет преимущества перед остальными

5. формированию впередиободочного ГЭА на короткой петле

1. При субтотальной резекции желудка по поводу рака желудочно-поджелудочная связка

1. должна удаляться обязательно

2. должна удаляться частично

3. никогда не удаляется

4. может быть удалена, но не обязательно

5. правильного ответа нет

1. Гастроэктомию из комбинированного доступа (абдомино- торакального) целесообразно выполнять

1. при тотальном поражении желудка

2. при экзофитной опухоли проксимального отдела желудка

3. при инфильтративной опухоли любой локализации

4. при распространении опухоли на пищевод независимо от типа ее роста

5. при любом типе роста опухоли, располагающейся в дистальной трети желудка, с метастазами в кардиальные, правые и левые желудочно-сальниковые, селезеночные, левые желудочные и поджелудочные лимфоузлы

1. При проксимальной субтотальной резекции желудка с резекцией пищевода наиболее целесообразно использовать

1. абдоминальный доступ

2. торакальный доступ

3. комбинированный абдомино-торакальный доступ

4. абдоминальный доступ, дополненный сагиттальной диафрагмотомией

5. вид доступа значения не имеет

1. Паллиативная дистальная резекция желудка при злокачественных опухолях желудка может быть выполнена

1. при декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка

2. при желудочном кровотечении

3. при относительно удовлетворительном состоянии больного

4. при отсутствии технических осложнений операции

5. при всем перечисленном

1. Наиболее чувствительны к лучевой терапии аденокарциномы желудка при локализации

1. в кардиальном отделе

2. в теле желудка

3. на большой кривизне

4. в антральном отделе

5. различий чувствительности опухоли в связи с локализацией нет

1. При лучевой терапии рака желудка наиболее целесообразно использовать

1. рентгеновское излучение 200 КЭВ

2. электроны 30 МЭВ

3. g-излучение (1.25)

4. фотоны 4-20 МЭВ

5. брахитерапия

1. Больному 65 лет по поводу рака выполнена субтотальная резекция желудка. Метастазов в лимфоузлы не выявлено. При плановом гистологическом исследовании обнаружены опухолевые клетки по линии разреза. При наличии противопоказаний к повторной операции ему следует

1. провести дистанционную лучевую терапию

2. ввести в брюшную полость радиоактивное коллоидное золото

3. ввести внутривенно радиоактивное коллоидное золото

4. провести сочетанную лучевую терапию (дистанционное облучение + введение в 5. юшную полость l9sAu)

5. дополнительное лечение не показано

1. Для уменьшения лучевых реакций при облучении желудка целесообразно проводить облучение

1. в сочетании с локальной гипертермией

2. в сочетании с электронакцепторными соединениями

3. в сочетании с кратковременной газовой гипоксии

4. в сочетании с кратковременной искусственной гипергликемией

5. в обычном режиме

1. Больному 60 лет выполнена резекция желудка по поводу рака антрального отдела, но при этом обнаружены мелкие опухолевые узелки по брюшине. Опухолевых элементов по линии разреза не обнаружено. Из предложенных методов лучевой терапии ему следует

1. провести послеоперационное дистанционное облучение

2. ввести в брюшную полость радиоактивное коллоидное золото

3. провести сочетанную лучевую терапию (дистанционное облучение + введение в брюшную полость 198Аи)

4. дополнительного лучевого лечения не проводить

5. брахитерапия

1. У больного 65 лет инфильтративный рак антрального отдела желудка со стенозом. При ультразвуковом исследовании выявлено 2 метастаза в печени. Ему следует

1. применить дистанционную лучевую терапию

2. применить введение в брюшную полость радиоактивного коллоидного золота

3. применить сочетанную лучевую терапию (дистанционное облучение + введение коллоидного радиоактивного золот1.

4. лучевая терапия нецелесообразна

5. брахитерапия

1. Комбинация FAM-1 включает следующие препараты

1. 5-фторурацил, адриамицин, метотрексат

2. 5-фторурацил, адриамицин, митомицин С

3. фторафур, адриамицин, метотрексат

4. фторафур, адриамицин, митомицин С

5. 5-фторурацил, метотрексат, циклофосфан

1. Монохимиотерапия при раке желудка эффективна не более, чем

1. в 5-10% случаев

2. в 20-25% случаев

3. в 35-40% случаев

4. в 55-60% случаев

5. в 80% случаев

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

1. системная химиотерапия с использованием антрациклинов

2. иммунотерапия

3. лучевая терапия

4. симптоматическая терапия

5. паллиативная терапия

1. Больному 45 лет. Три года назад произведена гастрэктомия по поводу рака желудка. В настоящее время выявлены множествен - ные метастазы в печень. Состояние больного удовлетворительное. Ему показаны

1. симптоматическая терапия

2. лучевая терапия

3. системная химиотерапия

4. иммунотерапия

5. внутриартериальная химиотерапия

1. Из перечисленных факторов могут способствовать развитию рака поджелудочной железы

1. питание с избыточным потреблением мяса и жиров

2. интенсивное курение и постоянное употребление алкоголя

3. хронические воспалительные заболеваний поджелудочной железы

4. влияние профессиональных вредностей

5. все ответы правильные

1. Из органов билиопанкреатодуоденальной зоны наиболее часто поражается раком

1. большой дуоденальный сосочек

2. 12-перстная кишка

3. желчный пузырь

4. поджелудочная железа

5. внепеченочные желчные протоки

1. В понятие билиопанкреатодуоденальной области включаются

1. поджелудочная железа; печень, 12-перстная кишка, желудок, желчный пузырь

2. печень, внепеченочные желчные протоки, желчный пузырь, большой дуоденальный сосочек, 12-перстная кишка

3. большой дуоденальный сосочек, 12-перстная кишка, поджелудочная железа, желчный пузырь, внепеченочные желчные протоки

4. внутрипеченочные желчные протоки, желчный пузырь, 12- перстная кишка, поджелудочная железа, печень

5. поджелудочная железа, печень, 12-перстная кишка

1. Наиболее часто поражается раком

1. головка поджелудочной железы

2. тело поджелудочной железы

3. хвост поджелудочной железы

4. тотальное поражение

5. все отделы поражаются с одинаковой частотой

1. Наиболее характерными жалобами больных раком билио- панкреатодуоденальной зоны в первом периоде болезни являются

1. боли в эпигастрии и спине, жажда, повышенный аппетит

2. тошнота, рвота, появление желтухи

3. боли в эпигастрии и спине, потеря массы тела

4. частая рвота, анорексия, поносы

5. желтуха

1. Наиболее ранним специфическим синдромом у больных раком билиопанкреатодуоденальной области является

1. боль в эпигастрии и спине

2. потеря веса

3. механическая желтуха

4. асцит

5. частая рвота

1. Симптом Курвуазье проявляется

1. появлением резко болезненного, увеличенного желчного пузыря

2. появлением увеличенного желчного пузыря на фоне механической желтухи практически без болевого синдрома

3. увеличением печени на фоне механической желтухи

4. болезненной пальпацией области желчного пузыря на фоне желтухи

5. желтухой, повышением t°

1. При раке поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка из лабораторных тестов наиболее информативен

1. клинический анализ крови

2. раково-эмбриональный антиген

3. карбогидратный антиген СА19-9

4. биохимические показатели (АЛТ, ACT, холестерин и др.)

5. РЭА

1. Тест СА-19-9 (карбогидратный антиген) наиболее информативен при раке поджелудочной железы

1. размером менее 2 см

2. размером 2-3 см

3. размером более 3 см

4. размером до 5 см

5. размером более 3 см с метастазами в регионарные лимфатические узлы

1. С помощью лабораторных биохимических тестов на билирубин g-ГТ, трансаминазу, ЛДГ у больных с подозрением на рак билиопанкреатодуоденальной области возможно

1. провести топическую диагностику опухолей билиопанкреато- дуоденальной области

2. провести дифференциальную диагностику желтух

3. только охарактеризовать общее состояние больного

4. провести топическую диагностику опухоли и охарактеризовать общее состояние больного

5. выявить метастазы в печень

1. При раке билиопанкреатодуоденальной области наибольшей информативностью из методов инструментальной диагностики обладает

1. ультразвуковая томография

2. компьютерная томография

3. рентгеноконтрастные методы исследования выделительной системы поджелудочной железы и желчной системы

4. ангиография

5. термография

1. При подозрении на опухоль билиопанкреатодуоденальной области инструментальное обследование больного желательно начинать

1. с компьютерной томографии

2. с ангиографии

3. с дуоденоскопии и РХПГ

4. с ультразвуковой томографии

5. с ядерно-магнитной резонансной томографии

1. Наиболее информативный метод для диагностики рака большого дуоденального соска - это

1. ретроградная холецистопанкреатография

2. гастродуоденоскопия

3. чрезкожнаячрезпеченочнаяхолангиография

4. ангиография

5. УЗТ

1. Окончательно подтвердить диагноз рака поджелудочной железы возможно с помошью

1. чрезкожнойчрезпеченочнойхолангиографии

2. ангиографии

3. компьютерной томографии

4. пункционной биопсии и цитологического исследования

5. УЗТ

1. При раке поджелудочной железы практически любой орган может быть поражен метастазами, но обычно в первую очередь поражаются

1. легкие

2. кости

3. печень

4. надпочечники

5. головной мозг

1. Механическая желтуха разовьется быстрее и будет более яркая, если опухоль располагается

1. в головке поджелудочной железы

2. в обшем желчном протоке в районе бифуркации

3. в желчном пузыре

4. в дистальном отделе общего желчного протока

5. в большом дуоденальном соске

1. Для больных с механической желтухой важным не только диагностически, но и лечебным является метод

1. ретроградной холангиопанкреатографии

2. чрезкожнойчрезпеченочнойхолангиографии

3. лапароскопии

4. внутривенной холангиографии

5. ангиографии

1. Метод ангиографии при опухолях билиопанкреатодуоде- нальнойзоныиспользуется с целью

1. топической диагностики опухоли

2. уточнения размеров опухоли

3. дифференциальной диагностики механических желтух

4. выяснения взаимоотношения опухоли с окружающими органами и определения степени вовлечения в процесс магистральных сосудов

5. диагностика метастазов

1. Основным методом лечения рака билиопанкреатодуоденальной зоны является

1. химиотерапия

2. хирургический

3. лучевой

4. химиотерапия + лучевой

5. все методы одинаково эффективны

1. Степень операционного риска у больных раком органо! билиопанкреатодуоденальной зоны обусловлена в первую очередь

1. возрастом больного

2. наличием длительной механической желтухи

3. нарушением питания и потерей массы тела

4. наличием сопутствующих заболеваний

5. гистологическим строением опухоли

1. Наиболее широко распространенной радикальной операцией при раке органов билиопанкреатодуоденальной зоны является

1. экстирпация 12-перстной кишки

2. расширенная резекция большого дуоденального соска

3. гастропанкреатодуоденальная резекция

4. гастрэктомия

5. криодеструкция

1. Если диагноз рака желчного пузыря установлен заранее, т0 Должна быть выполнена

1. субсерознаяхолецистэктомия

2. удаление желчного пузыря с клиновидной резекций печени

3. удаление желчного пузыря с резекций общего желчного протока

4. холецистэктомия с дренированием общего желчного протока

5. холецистэкомия, резекция желудка

1. Наибольшая 5-летняя выживаемость после радикальных операций

1. при раке поджелудочной железы

2. при раке желчного пузыря

3. при раке внецеченочных желчных протоков

4. при раке большого дуоденального соска

5. при раке 12-перстной кишки

1. К препаратам, обладающим наибольшей эффективностью при раке поджелудочной железы, относятся:

1. циклофосфан

2. 5-фторурацил

3. гемзар

4. винкристин

5. метотрексат

1. Противопоказанием к лучевой терапии рака поджелудочной железы являются

1. остаточные явления желтухи после наложения холецистоеюноанастомоза

2. язвенная болезнь 12-перстной кишки вне обострения

3. язвенный энтероколит

4. хронический колит

5. хронический панкреатит

1. Лучевая терапия первичного рака печени

1. является одним из ведущих методов лечения

2. применяется с паллиативной целью

3. применяется с симптоматической целью

4. применение лучевой терапии весьма ограничено

5. лучевая терапия не используется

1. Наиболее часто при лечении рака ободочной кишки лучевая терапия применяется

1. как самостоятельный метод лечения

2. как этап комбинированного лечения в предоперационном периоде

2. как этап комбинированного лечения в послеоперационном периоде

3. в лечении рака ободочной кишки лучевая терапия не применяется

4. как паллиативный метод

1. Положительная реакция на а-фетопротеин чаще наблюдается

1. при гепатоцеллюлярном раке печени

2. при холангиоцеллюлярном раке печени

3. при смешанных формах первичного рака печени

4. при всех перечисленных формах первичного рака печени положительная реакция наблюдается с одинаковой частотой

5. положительная реакция на а-фетопротеин не характерна для первичного рака печени

1. Положительная реакция на а-фетопротеин чаще бывает

1. при первичном раке печени

2. при метастатическом раке печени

3. при доброкачественных опухолях печени

4. правильные ответы 1 и 2

5. положительная реакция на а-фетопротеин не характерна для опухолевых поражений печени

1. При первичном раке печени отдаленные метастазы чаше встречаются

1. в костях

2. в забрюшинных лимфоузлах

3. в легких

4. в головном мозге

5. в лимфоузлах средостения

1. Из перечисленных симптомов при первичном раке печени наиболее часто встречается

1. бледность кожных покровов

2. желтушность кожных покровов

3. симптомы портальной гипертензии

4. гепатомегалия

5. симптом Курвуазье

1. Наиболее достоверными методами, позволяющими диагностировать опухолевые поражения печени, являются

1. ультразвуковое исследование

2. рентгеновская компьютерная томография

3. ангиография

4. лапароскопия

5. все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью

1. Диагностика опухолевых поражений печени должна основываться на данных

1. рентгенологических исследований

2. ультразвукового исследования

3. радиоизотопного исследования

4. иммунологического исследования

5. комплекса перечисленных методов

1. Опухоли печени больших размеров чаще диагностируются по данным

1. ультразвукового исследования

2. рентгеновской компьютерной томографии

3. ангиографического исследования

4. радиоизотопного исследования

5. размеры опухоли не влияют на точность перечисленных методов

1. Наиболее эффективным методом лечения первичного рака печени является

1. хирургический метод

2. системная химиотерапия

3. регионарная химиотерапия

4. лучевое лечение

5. иммунотерапия

1. Низкие цифры резектабельности и операбельности при первичных злокачественных опухолях печени обусловливаются

1. сложностями своевременной диагностики заболевания

2. высоким процентом интра- и послеоперационных осложнений

3. высокой послеоперационной летальностью

4. минимальным опытом большинства хирургов и онкологов

5. всеми перечисленными факторами

1. При проведениихимиотерапевтического лечения попово- ду первичного рака печени целесообразно отдавать предпочтение

1. системной химиотерапии

2. регионарной химиотерапии

3. химио-эмболизации печеночной артерии

4. всем перечисленным методам

5. все методы одинаково эффективны

1. Метастатическое поражение печени наиболее часто наблюдается при локализации первичной опухоли

1. в органах желудочно-кишечного тракта

2. в легких

3. в молочной железе

4. в женских половых органах

5. при всех перечисленных локализациях

1. Наиболее ранней и частой жалобой больных с метастатическим поражением печени является

1. боль в правом подреберье и эпигастральной области

2. кожный зуд

3. желтуха

4. асцит

5. спленомегалия

1. После установления первичной опухоли метастазы в печени выявляются наиболее часто

1. в первые 1-3 года

2. через 3-5 лет

3. через 5-10 лет

4. свыше 10 лет

5. временной зависимости нет

1. Метастатическое поражение печени чаще всего происходит

1. лимфогенноортоградно

2. лимфогенно ретроградно

3. гематогенно по системе воротной вены

4. гематогенно по системе печеночной артерии

5. всеми перечисленными путями

1. Наиболее часто метастазы в печени выявляются

1. при плоскоклеточном ороговевающем раке легкого

2. при плоскоклеточном эпидермоидном раке легкого

3. при плоскоклеточном неэпидермоидном раке легкого

4. при мелкоклеточном раке легкого

5. морфологическая структура опухоли легкого не влияет на частоту метастазирования в печень

1. Меланома глаза наиболее часто метастазирует

1. в печень

2. в легкие

3. в лимфоузлы

4. в кожу

5. в кости

1. В настоящее время наилучшие результаты лечения метастатических опухолей печени достигнуты

1. при хирургическом лечении (атипичные резекции печени)

2. при лучевой терапии

3. при системной химиотерапии

4. при регионарной химиотерапии

5. при использовании всех перечисленных методов лечения

1. Наиболее информативным и часто используемым методом диагностики опухолей тонкой кишки в настоящее время считается

1. энтерография

2. энтероскопия

3. рентгеновская компьютерная томография

4. ультразвуковое исследование

5. ангиография

1. Для злокачественных опухолей тонкой кишки характерны

1. гипохромная анемия

2. схваткообразные боли в животе

3. запоры

4. поносы

5. все перечисленное

1. Клинические проявления злокачественных опухолей тонкой кишки в первую очередь зависят

1. от морфологической структуры

2. от типа роста

3. от размеров

4. от наличия метастазов в регионарных лимфоузлах

5. от локализации опухоли

1. Наиболее часто метастазы при злокачественных опухолях тонкой кишки возникают

1. в первые 3 года после радикальной операции

2. спустя 3-5 лет

3. через 5-10 лет

4. свыше 10 лет

5. определенной закономерности сроков возникновения метастазов после перенесенных радикальных операций не выявлено

1. Наиболее рано после радикальных операций метастазируют

1. неэпителиальные злокачественные опухоли

2. рак тонкого кишечника

3. карциноидные опухоли

4. гематосаркомы тонкой кишки

5. определенной закономерности между морфологическим строением опухоли и сроками возникновения метастазов не выявлено

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

1. в восходящем отделе

2. в поперечно-ободочной кишке

3. в нисходящем отделе

4. в сигмовидной кишке

5. частота развития кишечной непроходимости не зависит от локализации опухоли в кишечнике

1. Наиболее частым осложнением рака толстой кишки является

1. кишечная непроходимость

2. перфорация опухоли

3. присоединение воспаления с развитием абсцессов, флегмон

4. массивное кишечное кровотечение

5. все перечисленные осложнения встречаются примерно с одинаковой частотой

1. Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке

1. слепой и восходящего отдела ободочной кишки

2. поперечно-ободочной кишки

3. нисходящего отдела

4. сигмовидной кишки

5. определенной зависимости типа роста опухоли от ее локализации не выявлено

1. Рак ободочной кишки наиболее часто локализуется

1. в слепой кишке

2. в восходящем отделе

3. в поперечно-ободочной кишке

4. в нисходящем отделе

5. в сигмовидной кишке

1. К облигатному предраку толстой кишки следует относить

1. неспецифический язвенный колит

2. болезнь Крона

3. семейный диффузный полипоз

4. одиночные полипы толстого кишечника

5. все перечисленное

1. Рак толстой кишки, развивающийся на фоне болезни Крона, чаще локализуется

1. в правых отделах ободочной кишки

2. в поперечно-ободочной кишке

3. в левых отделах ободочной кишки

4. в прямой кишке

5. с одинаковой частотой локализуется во всех перечисленных отделах толстого кишечника

1. Обследование больного, обратившегося к врачу с жалобами на нарушение функции кишечника, следует начинать

1. с рентгенологического исследования толстого кишечника (ирригоскопия)

2. с колонофиброскопии

3. с ректороманоскопии

4. с ректального пальцевого исследования

5. с ультразвукового исследования

1. По морфологическому строению преобладающей формой рака толстой кишки является

1. аденокарцинома различной степени зрелости и функциональной направленности

2. плоскоклеточный рак

3. недифференцированные раки

4. диморфный (смешанный железистый и плоскоклеточный) рак

5. все перечисленные формы встречаются примерно с одинаковой частотой

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

1. в слепой кишке

2. в восходящем отделе ободочной кишки

3. в нисходящем отделе ободочной кишки

4. в сигмовидной кишке

5. в прямой кишке

1. Лейомиосаркома толстой кишки чаще всего локализуется

1. в слепой кишке

2. в восходящем отделе ободочной кишки

3. в нисходящем отделе ободочной кишки

4. в сигмовидной кишке

5. в прямой кишке

1. Наиболее часто малигнизируются в толстой кишке полипы

1. железистые

2. железисто-ворсинчатые

3. ворсинчатые

4. ювенильные

5. гиперпластические

1. Из неэпйтелиальных опухолей толстой кишки наиболее часто малигнизируются

1. лейомиомы

2. липомы

3. фибромы

4. нейрофибромы

5. все перечисленные неэпителиальные опухоли толстой кишки малигнизируются примерно с одинаковой частотой

1. Излюбленной локализацией гематогенных метастазов рака толстой кишки являются

1. легкие

2. кости

3. печень

4. надпочечники

5. селезенка

1. При раке толстой кишки частота метастазирования зависит

1. от гистологической структуры опухоли

2. от глубины инвазии кишечной стенки

3. от локализации опухоли

4. от возраста больного

5. от всех перечисленных факторов

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

1. в правых отделах ободочной кишки

2. в поперечно-ободочной кишке

3. в нисходящей кишке

4. в сигмовидной кишке

5. во всех перечисленных отделах встречается с одинаковой частотой

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

1. в правых отделах ободочной кишки

2. в поперечно-ободочной кишке

3. в нисходящей кишке

4. в сигмовидной кишке

5. в прямой кишке

1. Диспептическая форма клинического течения рака ободочной кишки встречается при локализации опухоли

1. в правых отделах ободочной кишки

2. в поперечно-ободочной кишке

3. в нисходящей кишке

4. в сигмовидной кишке

5. во всех перечисленных отделах

1. Из перечисленных операций к сфинктеросохраняющим не относится

1. чресбрюшинная резекция прямой кишки

2. брюшно-анальная резекция прямой кишки

3. операция Гартмана

4. брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

5. все перечисленные операции следует относить к сфинктеросохраняющим

1. У больного 65 лет рецидив базальноклеточного рака около 1 см в области носогубной складки через год после близкофокусной рентгенотерапии в СОД-60 Гр. Ему наиболее целесообразно

1. повторный курс близкофокусной рентгенотерапии

2. курс дистанционной g-терапии

3. лазерная деструкция

4. хирургическое удаление

5. химиотерапия

1. У больной 65 лет рак кожи волосистой части головы 2 см, подвижный с кожей. Ей наиболее целесообразна

1. близкофокусная рентгенотерапия

2. дистанционная g-терапия

3. лазерная деструкция

4. хирургическое удаление

5. химиотерапия

1. К облигатным предракам кожи относят

1. болезнь Боуэна

2. лейкоплакию

3. кератоакантому

4. постлучевой дерматит

5. мышьяковистый дерматит

1. К факультативным предракам кожи относят

1. эритроплакиюКейра

2. лейкоплакию

3. болезнь Педжета

4. болезнь Боуэна

5. пигментная ксеродерма

1. Рак кожи в структуре заболеваемости злокачественными опухолями составляет

1. около 1 %

2. 2-3%

3. 4-8%

4. около 15%

5. более 20%

1. Базальноклеточный рак наиболее часто локализуется на коже

1. волосистой части головы

2. лица

3. верхних конечностей

4. нижних конечностей

5. туловища

1. Частота локализации базальноклеточного рака на коже лица составляет

1. 50-55%

2. 60-70%

3. 94-97%

4. на коже лица встречается редко

5. нет излюбленной лолкализации

1. У больного раком кожи волосистой части головы, без деструкции костей черепа, размерами 2.5 см, без регионарных метастазов, следует выставить стадию процесса

1. I стадия

2. II стадия

3. III стадия

4. IV стадия

5. 16 стадия

1. Рак кожи волосистой части головы без деструкции костей черепа, без регионарных метастазов, размерами более 5 мм соответствует

1. I стадии

2. II стадии

3. III стадии

4. IV стадии

5. б стадии

1. Частота регионарного метастазирования при плоскоклеточном раке кожи составляет

1. 2-2.5%

2. 4-5%

3. 6-10%

4. 11-15%

5. более 15%

1. Из нижеперечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому

1. папилломатозныйневус

2. «монгольское» пятно

3. невус Ито

4. меланоз Дюбрейя

5. невусОта

1. Ведущим методом диагностики меланомы кожи является

1. радиофосфорная проба

2. постлучевая меланурия (реакция Якш1.

3. термография

4. морфологический метод

5. компьютерная томография

1. Наличие дочерних пигментных включений на коже (сателлито3. вокруг меланомы указывает

1. на местную распространенность процесса

2. на наличие дополнительных невоидных образований

3. на рецидив меланомы

4. на диссеминацию процесса

5. типичное течение болезни

1. Поражение сосочкового слоя кожи при меланоме соответствует степени инвазии по Clark

1. I

2. II

3. III

4. IV

5. V

1. Ведущим методом лечения меланомы кожи является

1. хирургический

2. лучевая терапия

3. комбинированный

4. электрокоагуляция

5. химио-гормонотерапия

1. Развитие рака слизистой оболочки полости рта связано со всем перечисленными, кроме

1. курения табака

2. жевания табака

3. алкоголизма

4. периодонтита

5. атрофии слизистой оболочки

1. Рак в области рубца может возникнуть чаще всего на фоне

1. склеротического и атрофического лишая

2. анетодермииЯдассона

3. эритематоза

4. склеродермии

5. туберкулезной волчанки

1. Болезнь Боуэна характеризуется всем перечисленным, кроме

1. эритематозной овальной бляшки

2. чешуйко-корочками

3. плоских грануляций

4. несколько приподнятого коричневатого края

5. болезненности или зуда

1. Наиболее тяжелой формой базалиом является

1. пигментированная

2. железистая

3. «грызущая язва» Джакоба

4. «сверлящая язва»

5. саморубцующая

1. Рак кожи может иметь все перечисленные виды, кроме

1. быстро растущего плотного бугристого узла

2. язвы с плотным вывороченным краем

3. разрастаний типа цветной капусты с мягкой влажной поверхностью

4. разрастаний типа цветной капусты с гиперкератотическими наслоениями

5. ограниченного очага типа нумулярной экземы

1. У больной 27 лет лимфогранулематоз (нодулярный склероз) pla стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области; благоприятный прогноз. Спленэктомия произведена. Наиболее целесообразная лечебная тактика

1. лучевая терапия по радикальной программе с облучением всех зон лимфатических узлов выше диафрагмы

2. лучевая терапия по радикальной программе с объемом облучения всех зон выше диафрагмы + парааортальных лимфоузлов и ложа селезенки

3. 2 курса полихимиотерапии ЦВПП, облучение левой шейнонадключичной зоны + 2 курса ЦВПП

4. 6 курсов полихимиотерапии ЦВПП

5. облучение только левой шейно-надключичной области

1. У больного 35 лет лимфогранулематоз, смешанно-клеточный вариант Па стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области и средостения; промежуточный прогноз. Ему наиболее целесообразны

1. лучевая терапия по радикальной программе на все группы лимфоузлов выше диафрагмы

2. лучевая терапия по радикальной программе на все группы лимфоузлов выше диафрагмы + парааортальные лимфоузлы и ложе селезенки

3. 3 курса полихимиотерапии ABVD + ЛТ выше диафрагмы + 3 курса ABVD

4. 2-3 курса полихимиотерапии ЦВПП + ЛТ на левую шейнонадключичную зону и средостение + 2-3 курса ЦВПП

5. 6 курсов химиотерапии ABVD

1. У больного 25 лет лимфогранулематоз Шб стадии, смешанно-клеточный вариант с поражением лимфоузлов шейно-надклю. чичныхзон, средостения и пахово-подвздошных лимфоузлов справа' неблагоприятный прогноз. Ему наиболее целесообразно применение лучевой терапии

1. по радикальной программе на все группы лимфоузлов

2. после химиотерапии на остающиеся зоны поражения

3. после химиотерапии на все бывшие зоны поражения

4. лучевая терапия нецелесообразна

5. лучевая терапия целесообразна одновременно с химиотерапией

1. Суммарные дозы при лучевой терапии лимфогранулематоза на зоны поражения должны составлять

1. 20-25 Гр

2. 25-30 Гр

3. 30-36 Гр

4. 36-40 Гр

5. более 45 Гр

1. Неблагоприятными факторами прогноза при лимфогранулематозе являются:

1. увеличение медиастинальных лимфоузлов> 1/3 диаметра грудной клетки

2. наличие экстранодальных зон поражения

3. поражение костного мозга

4. наличие > трех групп лимфоузлов

5. все ответы правильны

1. Лечебные суммарные очаговые дозы при лучевой терапии неходжкинскойлимфомы составляют

1. 25-30 Гр

2. 30-36 Гр

3. 36-40 Гр

4. более 40 Гр

5. более 50 Гр

1. Вакцинация противопоказана больным, страдающим

1. хроническим лимфолейкозом

2. лимфогранулематозом

3. острым лейкозом

4. миеломной болезнью

5. неходжкинскойлимфомой

1. В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение

1. шейно-надключичных лимфоузлов •

2. медиастинальных лимфоузлов

3. забрюшинных лимфоузлов

4. паховых лимфоузлов

5. всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой

1. Для начальных проявлений лимфогранулематоза наиболее характерно поражение

1. лимфоузлов выше диафрагмы

2. лимфоузлов ниже диафрагмы

3. частота поражения лимфоузлов выше и ниже диафрагмы одинакова

4. начало болезни с появления экстранодальных очагов поражения

5. поражение костного мозга

1. Поражение паховых лимфоузлов как первое проявление лимфогранулематоза встречается

1. редко

2. преимущественно у всех больных

3. также часто, как поражение других групп лимфоузлов

4. в сочетании с поражением легочной ткани

5. в сочетании с поражением экстранодальных зон

1. Частота вовлечения лимфатического аппарата кольца Пирогова - Вальдейра при лимфогранулематозе встречается

1. редко (< 10%)

2. часто (>70%)

3. у половины больных

4. не встречается никогда

5. встречается у 1/3 больных

1. Из внелимфатических поражений при прогрессировании лимфогранулематоза наиболее часто встречается поражение

1. легочной ткани, печени, костного мозга

2. скелета, почек

3. печени

4. костного мозга

5. кожи, мягких тканей

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

1. I стадия

2. II стадия

3. III стадия

4. IV стадия

5. III б стадия

1. Поражение аксилярных лимфоузлов с двух сторон при лимфогранулематозе трактуется

1. как I стадия

2. как II стадия

3. как III стадия

4. как IV стадия

5. как IV6 стадия

1. Поражение шейных лимфоузлов справа, медиастинальных лимфоузлов и аксилярных лимфоузлов слева означает при лимфогранулематозе

1. I стадию

2. II стадию

3. III стадию

4. IV стадию

5. II б стадию

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

1. как I стадия

2. как II стадия

3. как III стадия

4. как IV стадия

5. как II б стадия

1. Поражение периферических лимфоузлов выше и ниже диафрагмы и селезенки при лимфогранулематозе означает

1. I стадию

2. II стадию

3. III стадию

4. IV стадию

5. ПА стадию

1. Вовлечение при лимфогранулематозе селезенки и пахово-подвздошных лимфоузлов трактуется

1. как I стадия

2. как II стадия

3. как III стадия

4. как IV стадия

5. как ШБ стадия

1. Поражение при лимфогранулематозе паховых лимфоузлов с одной стороны трактуется

1. как I стадия

2. как II стадия

3. как III стадия

4. как IV стадия

5. как НА стадия

1. Изолированное поражение селезенки при лимфогранулематозе означает

1. 1 стадию

2. II стадию

3. III стадию

4. IV стадию

5. ШБ стадию

1. Поражение при лимфогранулематозе легочной ткани и медиастинальных лимфоузлов означает наличие

1. I стадии

2. II стадии

3. III стадии

4. IV стадии

5. IVB стадии

1. Поражение легочной ткани и забрюшинных лимфоузлов при лимфогранулематозе трактуется

1. как I стадия

2. как II стадия

3. как III стадия

4. как IV стадия

5. как IVA стадия

1. Поражение печени и селезенки при лимфогранулематоз означает

1. I стадию

2. II стадию

3. III стадию

4. IV стадию

5. IVB стадию

1. К симптомам интоксикации при лимфогранулематозе относятся

1. потеря веса, гипертермия (более 38°С)

2. потеря веса, профузная потливость

3. потеря веса, гипертермия (более 38°С), профузная потливость

4. кожный зуд, потеря веса, профузная потливость

5. гипертермия (более 38°С)

1. Наиболее прогностически благоприятными морфологическими вариантами лимфогранулематоза являются

1. лимфоидное преобладание, лимфоидное истощение

2. лимфоидное преобладание, нодулярный склероз

3. нодулярный склероз, смешанно-клеточный вариант

4. смешанно-клеточный вариант, лимфоидное истощение

5. нодулярный склероз

1. Наименее благоприятными прогностическими вариантами лимфогранулематоза являются

1. лимфоидное преобладание, смешанно-клеточный вариант

2. нодулярный склероз, лимфоидное истощение

3. смешанно-клеточный вариант, лимфоидное истощение

4. лимфоидное преобладание, нодулярный склероз

5. лимфоидное истощение

1. У больного лимфогранулематозом увеличение шейных лимфоузлов с обеих сторон и профузная потливость. Это соответствует

1. I а стадии

2. II а стадии

3. II б стадии

4. III a стадии

5. III б стадии

1. При наличии у больного лимфогранулематозом поражения шейных лимфоузлов с одной стороны и медиастинальных лимфоузлов без симптомов интоксикации, следует говорить о распространенности, соответствующей

1. I а стадии

2. II а стадии

3. III а стадии

4. III б стадии

5. II б стадии

1. Поражение аксилярных лимфоузлов с одной стороны, медиастинальных, парааортальных лимфоузлов, селезенки и наличие лихорадки (более 38°С) при лимфогранулематозе расценивается

1. как II а стадия

2. как II б стадия

3. как III а стадия

4. как III б стадия

5. как IV стадия

1. При одностороннем поражении аксилярных лимфоузлов и наличии температуры до 38°С у больного лимфогранулематозом следует говорить о распространенности, соответствующей

1. I а стадии

2. II а стадии

3. III а стадии

4. III б стадии

5. IV стадии

1. У больного лимфогранулематозом выявлено поражение всех групп лимфоузлов выше диафрагмы, печени и лихорадка (более 38°С). Это соответствует

1. I а стадии

2. II а стадии

3. III а стадии

4. III б стадии

5. IV стадии

1. Лучевое лечение в виде самостоятельного метода терапии используется при лимфогранулематозе с благоприятным прогнозом

1. в I а стадии

2. в II а стадии

3. в III а стадии

4. в II б стадии

5. в III б стадии

1. Под термином «неходжкинскаялимфома» понимается наличие у больного

1. лимфогранулематоза

2. лимфосаркомы

3. гистиоцитарной саркомы

4. множественной миеломы

5. хронического лимфолейкоза

1. Злокачественные неходжкинскиелимфомы имеют склонность к метастазированию

1. лимфогенному

2. гематогенному

3. смешанному

4. преимущественно гематогенному

5. преимущественно лимфогенному

1. В соответствии с классификацией ВОЗ (2001) прогностически благоприятными являются следующие морфологические варианты В-клеточной лимфосаркомы

1. лимфоплазмоцитарная

2. диффузная крупноклеточная

3. фолликулярная

4. мантийноклеточная

5. фолликулярная, лимфоплазмоцитарная

1. Прогностически неблагоприятными (агрессивными) морфологическими вариантами В-клеточной лимфосаркомы являются

1. диффузная крупноклеточная

2. мантийно-клеточная

3. фолликулярная

4. маргинальная

5. диффузная крупноклеточная, мантийно-клеточная

1. На первом месте по частоте поражения среди наиболее частых проявлений лимфосаркомы следует считать поражение

1. лимфоидного аппарата кольца Пирогова – Вальдейера

2. лимфатических узлов

3. желудочно-кишечного тракта

4. легочной ткани

5. печени

1. Из перечисленных классификаций для определения клинической стадии (распространенности) лимфосаркомы используется

1. международная классификация по системе TNM

2. отечественная классификация по стадиям

3. классификация Ann-Arbor (1971 г.)

4. TNM и отечественная классификация

5. Ann-Arbor и отечественная классификация

1. Лимфогранулематоз наиболее часто диагностируется

1. в I стадии

2. во II стадии

3. в I и II стадиях

4. в III - IV стадиях

5. в IV стадии

1. Лимфосаркомы с первичным поражением кожи наиболее часто диагностируются

1. в I стадии

2. во II стадии

3. в III стадии

4. в IV стадии

5. в III, IV стадии

1. При первичной лимфосаркоме желудочно-кишечного тракта наиболее часто поражается

1. желудок

2. пищевод

3. подвздошная кишка

4. ободочная кишка

5. прямая кишка

1. Грибовидный микоз - специфическое опухолевое поражение кожи является

1. В-клеточной лимфомой

2. Т-клеточной лимфомой

3. разновидностью лимфогранулематоза

4. поражением кожи при хронических лейкозах

5. поражением кожи при миеломной болезни

1. В основе современной классификации ВОЗ (2001г.) опухолей кроветворной и лимфоидной ткани лежат следующие характеристики опухолевой ткани:

1. В- и Т-клеточное происхождение

2. степень дифференцировки: из клеток- предшественников или периферических клеток

3. иммунологическое соответствие анатомической структуре лимфатического узла (зона мантии, маргинальная зона, фолликулярный центр и т.д.)

4. клинические варианты - медиастинальная, тонко-кишечная и т.д.

5. все вышеперечисленное

1. Основным методом лечения лимфосаркомыla-Па стадии является (кроме лимфосаркомы пищеварительной трубки)

1. химиотерапия

2. лучевая терапия

3. хирургический метод

4. комбинированный (химиолучевой) метод

5. хирургический и лучевой метод

1. Основным методом лечения лимфосаркомыII б, III а, III б стадии является

1. химиотерапия

2. лучевая терапия

3. хирургический метод

4. комбинированный (химиолучевой) метод

5. химиотерапия и хирургический метод

1. Основным методом лечения первичной лимфосаркомы (высокой степени злокачественности) пищеварительной трубки le-IIe стадии является

1. химиотерапия

2. лучевая терапия

3. хирургический метод

4. хирургическое лечение с последующей профилактической химиотерапией

5. неоадьювантная химиотерапия с последующей оценкой эффекта и выбором лечебной тактики

1. При решении вопроса о целесообразности использования лекарственной терапии лимфосаркомы выбор комбинаций химиопрепаратов основывается на следующих данных

1. морфологическом варианте опухоли

2. распространенности процесса

3. локализации опухолевого поражения

4. морфологическом варианте и локализации опухоли

5. морфологическом варианте и стадии болезни

1. Наиболее целесообразным является использование для лечения генерализованнойцентрофолликулярнойлимфосаркомы (IV стадия) следующих схем химиотерапии и противоопухолевых препаратов

1. схема Л ВПП

2. схема «3+7»

3. лейкеран, циклофосфан, гл'йкокортикоиды, схема ЛВПП

4. сарколизин '

5. лейкеран

1. В качестве I линии терапии для лечения генерализованныхлимфосарком высокой степени злокачественности целесообразно использовать следующие схемы химиотерапии

1. СОР

2. CHOP

3. CHOP + вепезид

4. «3+7»

5. Dexa-BEAM

1. Первой линией терапии III б - IV стадии лимфогранулематоза является

1. схема ABVD

2. схемы CVPP, СОРР

3. ВЕАСОРР

4. схемы MOPP/ABV

5. Dexa-BEAM

1. Второй линией терапии III б - IV стадии лимфогранулематоза следует считать

1. схема ABVD

2. схемы CVPP, СОРР

3. Dexa-BEAM

4. CVP, Stanford V

5. Dexa-BEAM, CVP, Stenford V

1. В качестве поддерживающей терапии лимфосаркомы низкой степени злокачественности может использоваться

1. химиотерапия

2. лучевая терапия

3. комбинированная (химио-лучевая) терапия

4. препараты а-интерферона

5. лейкеран

1. При достижении полной ремиссии у больных лимфосаркомой высокой степени злокачественности III-IV стадии следует

1. прекратить лечение

2. провести два цикла аналогичной химиотерапии с целью консолидации

3. использовать лучевую терапию по радикальной программе

4. использовать лучевую терапию на зоны бывшего поражения

5. использовать лучевую терапию на зоны опухолевых очагов наибольших размеров

1. К доброкачественным опухолям молочной железы относятся

1. узловая фиброзно-кистозная мастопатия

2. диффузная мастопатия

3. фиброаденома

4. болезнь Педжета

5. эктозия протоков

1. У больного 30 лет после перенесенной болезни Боткина развилась двусторонняя диффузная гинекомастия. Ему следует назначить

1. гормонотерапию эстрогенами

2. гормонотерапию андрогенами

3. гормонотерапию кортикостероидами

4. препараты, улучшающие функцию печени

5. йодосодержащие препараты

1. Плазмоклеточный мастит является результатом

1. воспалительного процесса

2. возрастной инволюции молочных желез

3. эктазии протоков

4. кисты молочных желез

5. хирургического вмешательства

1. Основным методом лечения доброкачественных опухолей является

1. хирургический

2. лучевой

3. гормональный

4. лекарственный

5. физиотерапевтический

1. Основным видом лечения внутрипротоковых папиллом является

1. хирургическое

2. лучевое

3. гормональное

4. лекарственное

5. физиотерапевтическое

1. При метастазах рака молочной железы в печень показана х/ терапия препаратами

1. винкристином

2. таксотером

3. тиофосфамидом

4. випезидом

5. блеомицином

1. Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения

1. лучевой терапии

2. гормонотерапии

3. химиотерапии

4. мастэктомии

5. иммунотерапии

1. Симптом «лимонной корки» и отек ареолы

1. увеличивает стадию заболевания и влияет на выработку плана лечения

2. не увеличивает стадию заболевания

3. не влияет на выработку плана лечения

4. влияет на общее состояние больной

5. влияет на уровень гормональных рецепторов

1. Операция радикальной резекции молочной железы может быть произведена, если до операции установлен рак молочной железы, внутренней локализации

1. I стадии

2. II б стадии

3. III а стадии

4. III б стадии

5. IV стадии

1. Наружное облучение гипофиза наибольший эффект дает при метастазах рака молочной железы

1. в кости скелета

2. в печень

3. в лимфоузлы

4. в легкие

5. в кожу

1. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом исследования является

1. маммография

2. пункция опухоли с последующим цитологическим исследованием пунктата

3. термография

4. ультразвуковое исследование

5. компьютерная томография

1. При отечно-инфильтративной форме рака молочной железы наиболее целесообразно проводить

1. только хирургическое лечение

2. только лучевую терапию

3. только химиотерапию

4. комбинированное лечение

5. комплексное лечение

1. При проведении послеоперационной химиотерапии по схеме CMF наиболее целесообразно проводить

1. 2 курса

2. 3 курса

3. 4 курса

4. 5 курсов

5. 6 курсов

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

1. назначение физиотерапевтических процедур

2. пункция уплотнения правой молочной железы и увеличенного лимфоузла с последующим цитологическим исследованием пунктата

3. назначение антибиотиков

4. маммография

5. компьютерная томография

1. У мальчика 13 лет выявлено диффузное увеличение обеих молочных желез. Узловых образований нет. Наиболее целесообразным в данном случае является

1. обследование уролога, эндокринолога, терапевта

2. маммография

3. пункция молочных желез с последующим цитологическим исследованием пунктата

4. назначение гормонотерапии

5. физиотерапевтическое лечение

1. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным является

1. анализ крови

2. анализ мочи

3. осмотр и пальпация

4. цитологическое исследование пунктата из опухоли

5. определение маркеров

1. У больной через 10 лет после радикального лечения рака молочной железы выявлен солитарный метастаз в верхней доле правого легкого. При обследовании других метастазов не обнаружено. Наиболее целесообразным методом лечения является

1. химиотерапия

2. лучевая терапия

3. хирургическое лечение

4. гормонотерапия

5. иммунотерапия

1. При генерализованном раке молочной железы у больных в менопаузе целесообразно проводить эндокринное лечение в первой линии

1. андрогенами

2. кортикостероидами

3. антиэстрогенами

4. селективными ингибиторами ароматазы

5. иноктиваторамиароматазы

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

1. при рентгеноскопии легких

2. по анализу крови

3. при пункции плевральной полости

4. при цитологическом исследовании эвакуированной плевральной жидкости

5. при компьютерной томографии

1. Больной 36 лет выполнена радикальная резекция правой молочной железы по поводу рака в верхне-наружном квадранте T,N0Mn. Дальнейшее лечение предусматривает

1. наблюдение

2. лучевую терапию на молочную железу

3. лучевую терапию на молочную железу, подмышечную и над- подключичную зоны

4. профилактическую химиотерапию

5. эндокринное лечение

1. Больной 40 лет выполнена радикальная резекция правой молочной железы по поводу рака. Опухоль в верхне-наружном квадранте (3.5 см) T2N0M0. Дальнейшее лечение предусматривает

1. наблюдение

2. лучевую терапию на правую молочную железу

3. лучевую терапию на молочную железу, подмышечную и над- подключичную зоны

4. профилактическую химиотерапию

5. эндокринное лечение

1. Больной 45 лет выполнена радикальная операция по Пейти по поводу рака левой молочной железы II а стадии T2N0M0 наружной локализации. В дальнейшем ей необходимо

1. послеоперационное облучение грудной стенки

2. послеоперационное облучение регионарных зон

3. послеоперационное облучение регионарных зон и грудной стенки

4. послеоперационная лучевая терапия не показана

5. облучение второй молочной железы

1. Больной 45 лет выполнена радикальная операция по Пейти по поводу рака левой молочной железы наружной локализации. Клинически На стадия. Гистологически обнаружены метастазы рака в трех подмышечных лимфоузлах. В дальнейшем ей необходимы

1. послеоперационное облучение грудной стенки (зоны рубц1.

2. послеоперационное облучение подмышечных и над-подключичных зон

3. послеоперационное. облучение подмышечных, над-подключичных и парастернальной зон

4. послеоперационное облучение грудной стенки и всех регионарных зон

5. послеоперационная химиотерапия

1. У больной 45 лет T2N2M0 стадия рака (правой) молочной железы, наружная локализация. Наиболее целесообразна лучевая терапия

1. предоперационная, интенсивно-концентрированная

2. предоперационная пролонгированная

3. предоперационная пролонгированная в сочетании с химиотерапией

4. послеоперационная

5. не показана

1. Больной 42 лет выполнена радикальная резекция правил  
   молочной железы по поводу рака pT,N0M0 наружной локализации  
   Опухолевый узел 1,2 см разрез в 2 см от края опухоли. Ей наиболее целесообразно

1. облучение только молочной железы в СОД - 50 Гр

2. облучение молочной железы в СОД - 50 Гр и дополнительно 10 Гр на область рубца

3. облучение молочной железы с подмышечной областью в СОД -50Гр

4. облучение молочной железы в СОД - 50 Гр и правой парастернальной зоны СОД - 45 Гр

5. облучение молочной железы в СОД - 50 Гр и всех регионарных зон в СОД - 45 Гр

1. При интенсивно-концентрированном курсе предоперационной лучевой терапии при раке молочной железы интервал до операции должен составлять

1. 1-2 дня

2. 3-5 дней

10-14 дней

4. 3 недели

5. свыше 3-х недель

1. Из радиомодификаторов при лучевой терапии рака молочной железы наиболее эффективно

1. электронакцепторные соединения

2. гипербарическая оксигенация

3. лекарственные препараты

4. локальная гипертермия

5. иммунотерапия

1. Больной 60 лет по поводу рака левой молочной железы стадии pT2N0M0 наружной локализацией выполнена радикальная операция с сохранением грудных мышц после интенсивно-концентрированной предоперационной лучевой терапии на молочную железу с подмышечно-подключичной зоной СОД 20 Гр. Гистологически: инфильтративно-протоковый рак, 3 см, РЭ+, РГГ. В дальнейшем ей целесообразно

1. послеоперационное облучение грудной стенки (зоны рубц1.

2. послеоперационное облучение подмышечной зоны

3. послеоперационное облучение грудной стенки и подмышечной зоны

4. послеоперационное облучение всех регионарных зон

5. ЛТ не показана

1. Необходимыми дозами профилактического облучения регионарных зон при клинически неопределяемых метастазах рака молочной железы при лучевой терапии РОД 2 Гр являются

1. 30-35 Гр

2. 35-40 Гр

3. 44-50 Гр

4. более 50 Гр

5. 60 Гр и выше

1. У больной 48 лет рак правой молочной железы ТЛМ,,. Наиболее целесообразной лучевой терапией для нее является

1. предоперационная интенсивно-концентрированная на молочную железу с подмышечно-подключичной зоной

2. предоперационная пролонгированная на молочную железу и все регионарные зоны

3. предоперационная пролонгированная в сочетании с химиотерапией

4. послеоперационная

5. лучевая терапия не показана

1. У больной 44 лет рак правой молочной железы. Опухоль 6 см, центральная локализация с вторичным отеком кожи центрального отдела, в подмышечной области 2 лимфоузла. Лучевая терапия наиболее целесообразна в виде

1. предоперационной интенсивно-концентрированной на молочную железу с подмышечно-подключичной зоной

2. предоперационной пролонгированной на молочную и все регионарные зоны в СОД 44-50 Гр

3. предоперационной пролонгированной на молочную железу и все регионарные зоны в СОД 44-50 Гр в сочетании с химиотерапией

4. полного курса лучевой терапии на молочную железу 66-70 Гр, подмышечную область 50-55 Гр, остальные регионарные зоны - 44-50 Гр с последующей операцией

5. лучевая терапия не показана

1. У больной 60 лет через 4 года после комбинированного лечения рака молочной железы Пб стадии и приема тамоксифена выявлен рентгенологический метастаз в тело подвздошной кости слева. Сканографически выявлены очаги повышенного накопления препарата в теле подвздошной кости слева, левом крестцово-подвздошном сочленении, L, и L4. Наиболее целесообразное лечение

1. локальная лучевая терапия на область метастаза в теле левой подвздошной кости

2. локальная лучевая терапия на область тела левой подвздошной кости, крестцово-подвздошного сочленения и L, и L4

3. лучевая терапия на левое полукольцо таза и поясничный отдел позвоночника

4. лучевая терапия на левое и правое полукольцо таза и локально на позвонки L, и L4

5. лучевая терапия не показана

1. При облучении зон множественного костного метастатического поражения рака молочной железы и удовлетворительного состояния больной наиболее целесообразно применение разовых очаговых доз

1. 2Гр

2. 4Гр

3. 6 Гр

4. 8 Гр

5. 10 Гр

1. Наиболее выгодное дозовое распределение при облучении парастернальных лимфатических узлов можно получить при использовании

1. дистанционной гамма-терапии

2. электронов 15-20 МЭВ

3. фотонов 18 МЭВ

4. введения закрытых источников 60Со во внутреннюю грудную артерию

5. сочетания электронов 15-20 МЭВ и фотонов 18 МЭВ

1. У больной 65 лет, страдающей раком молочной железы T3N,M0, положительные рецепторы эстрогенов. На фоне применения антиэстрогенов выявлены mts в легкие. Целесообразно применение

1. андрогенов

2. ингибиторов ароматазы

3. антиэстрогенов

4. кортикостероидов

5. прогестинов

1. Какой из перечисленных препаратов относится к группе инактиваторовароматазы

1. мамомид

2. ориметен

3. аримидекс

4. летрозол

5. аромазин

1. Оптимальный интервал между курсами химиотерапии по схеме FFC (фторурацил, фарморубицин, циклофосфан)

1. 2 недели

2. 3 недели

3. 4 недели

4. 5 недель

5. 6 недель

1. Лечение при раке молочной железы I стадии (наружная локализация опухоли) включает

1. только лучевую терапию

2. радикальную резекцию + лучевую терапию

3. лучевую терапию + радикальную мастэктомию

4. химиотерапию

5. только гормонотерапию

1. У больной рак молочной железы, отечно-инфильтративная форма. На первом этапе ей целесообразна

1. расширенная радикальная мастэктомия

2. радикальная мастэктомия + лучевая терапия

3. лучевая терапия + химиотерапия + гормонотерапия

4. лучевая терапия + радикальная мастэктомия + химиотерапия

5. лучевая терапия + радикальная мастэктомия + химиотерапия + гормонотерапия

1. Для ранней диагностики рака молочной железы наиболее применима

1. маммография

2. флюорография

3. пункционная биопсия

4. секторальная резекция

5. пальпация

1. Для массовой диагностики патологии молочной железы целесообразно применение

1. термографии

2. маммографии

3. флюорографии

4. пункционной биопсии

5. пальпации

1. Для маститоподобного рака клинически характерно

1. наличие опухолевидного узла с четкими границами

2. наличие симптома «площадки»

3. наличие симптома «лимонной корки» и гиперемии кожи

4. отсутствие увеличенных лимфоузлов

5. наличие выделений из сосков

1. У больной 20 лет в верхне-наружном квадранте молочной железы пальпируется опухоль размером 2гЗ см, подвижная, плотная, с четкими контурами, безболезненная. Кожные симптомы отрицательные. Выделений из соска нет. Подмышечные лимфоузлы не увеличены. Наиболее вероятный диагноз

1. диффузная мастопатия

2. рак молочной железы

3. болезнь Минца

4. фиброаденома

5. узловая мастопатия

1. Больная жалуется на кровянистые выделения из соска правой молочной железы. При надавливании на ареолу появляются капельки крови. Подмышечные лимфатические узлы не увеличены. При маммографии патологии не обнаружено. При контрастной маммографии обнаружено кистозное изменение молочных ходов в области соска. Наиболее вероятный диагноз

1. рак молочной железы

2. диффузная мастопатия

3. внутрипротоковая папиллома

4. узловая мастопатия

5. фиброаденома

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

1. фиброаденома

2. узловая мастопатия

3. липома

4. рак молочной железы

5. болезнь Минца

1. При раке молочной железы в стадии T3N,M0 показана

1. радикальная мастэктомия

2. мастэктомия + химиотерапия

3. лучевая терапия -I- мастэктомия + химиотерапия + гормонотерапия

4. только химиотерапия

5. только эндокринная терапия

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

1. рак Педжета

2. галактоцеле

3. острый гнойный мастит

4. фиброзная мастопатия

5. фиброаденома

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

1. термографии

2. маммографии

3. ультразвуковому исследованию

4. цитологическому исследованию выделений из соска

5. компьютерной томографии

1. Рак молочной железы развивается

1. из лимфатических узлов

2. из кровеносных сосудов

3. из гладкой или поперечно-полосатой мускулатуры

4. из железистого эпителия протоков

5. из незрелой соединительной ткани

1. К осложнениям лучевой терапии относятся все перечисленные, кроме

1. слабости

2. тошноты, рвоты

3. нарушения сна

4. лейкопении

5. образования метастазов

1. Точно диагностировать рак молочной железы можно на основании

1. клинической картины

2. термографии

3. маммографии

4. морфологического исследования

5. ультразвукового исследования

1. Рак молочной железы может метастазировать только

1. гематогенно

2. лимфогенно

3. имплантационно

4. гематогенно и лимфогенно

5. всеми перечисленными путями

1. Для выбора гормонотерапии при раке молочной железы оптимальным является следующее сочетание рецепторов стероидных гормонов

1. РЭ+ и РП+

2. РА+ИРГ+

3. РГ+ и РП+

4. РА- и РЭ-

5. РЭ-и РП-

1. Наиболее часто применяемыми схемами адъювантной химиотерапии при раке молочной железы T,N,M0 являются

1. CMF

2. FAK

3. CMFAV

4. CAF

5. таксотер + доксорубицин

1. Склерозирующийаденоз относится

1. к доброкачественным дисплазиям

2. к воспалительным процессам

3. к злокачественным новообразованиям

4. возрастной инвазии молочных желез

5. доброкачественным опухолям

1. На фоне листовидной фиброаденомы может развиваться

1. рак молочной железы

2. фибросаркома

3. внутрипротоковые папилломы

4. мастии

5. лимфогранулематоз

1. В молочной железе «рак Педжета» относится

1. к доброкачественным дисплазиям

2. к раку кожи

3. к внутрипротоковому раку

4. к доброкачественным опухолям

5. K....incitu

1. Золадекс вводится

1. регos

2. внутривенно

3. внутримышечно

4. в подкожную клетчатку передней брюшной стенки

5. в плевральную полость

1. К препаратам из группы антиэстрогенов относятся

1. нольваденс

2. преднизолон

3. мамомид

4. пролотестон

5. депо-Провера

1. Секторальная резекция молочной железы показана

1. при мастодинии

2. при диффузной мастопатии

3. при узловой мастопатии

4. при мастите

5. при раке Педжета

1. К группе повышенного риска развития рака кожи не относят лиц:

1. С темной кожей и карими глазами.

2. С белой кожей и голубыми глазами.

3. С болезнью Педжета.

4. С болезнью Боуэна.

5. Все ответы правильные

1. Наиболее частой локализацией рака кожи является:

1. Лицо

2. Стопы.

3. Туловище

4. Верхние конечности

5. Нижние конечности

1. Для рака кожи характерны все перечисленные признаки, кроме:

1. Появление углубления в центре бляшковидного образования.

2. Отсутствие эффекта от лечения язвы более 3-х недель

3. Возвышающегося валика вокруг язвы

4. Сферической папулы, появившейся неделю назад.

5. Изменение цвета образования

1. К облигатным предракам кожи относят:

1. Кератоакантома

2. Длительно незаживающая язва.

3. Поражение кожи при системной красной волчанке.

4. Хронический дерматит

5. Болезнь Боуэна

1. К факультативным предракам кожи относят:

1. Старческий кератоз

2. Пигментная ксеродерма

3. Болезнь Педжета

4. ЭритроплазияКейра

5. Хронический дерматит

1. Укажите наиболее характерный клинический признак перерождения пигментного невуса в меланому:

1. Гиперемия кожи вокруг невуса

2. Изъязвление поверхности невуса

3. Боль в области образования

4. Похудание, общая слабость

5. Кожный зуд

1. Какой из ниже перечисленных симптомов не характерен для меланомы кожи:

1. Усиление пигментации

2. Кровоточивость

3. Увеличение размеров опухоли

4. Омозолелость краев опухоли

5. Изменение формы опухоли

1. Меланома кожи относится к опухолям:

1. Нейроэктодермальной природы

2. Эктодермальной природы

3. Мезенхимальной природы

4. Дисэмбриональной природы

5. Эндодермальной природы

1. Ведущим методом диагностики меланомы кожи является:

1. Радиофосфорная проба

2. Лучевая меланурия (реакция Якш1.

3. Термография

4. Морфологический метод

5. Дерматоскопия

1. Профилактика меланомы включает:

1. Ограничение потребления жира и поваренной соли

2. Удаление невусов, расположенных на участках, подвергающихся травматизации

3. Ограничение избыточной инсоляции области расположения пигментных невусов

4. Правильные ответы Б и В.

5. Нет правильных ответов

1. 40-летняя женщина обратилась к врачу по поводу появившегося без видимой причины темноватого пятна по типу «сухого панариция» в области ногтевого ложа I пальца стопы. Наиболее оправданной начальной тактикой является:

1. Удаление ногтевой пластинки с биопсией

2. Физиолечение

3. Лучевая терапия

4. Химиотерапия

5. Пункционная биопсия

1. У больной врожденное пигментное образование, возвышающееся над кожей. За последние 6 месяцев это образование увеличилось в размерах, нельзя исключить меланому. Ваша тактика:

1. Биопсия из образования

2. Пункционная биопсия из образования.

3. Широкое иссечение опухоли

4. Взятие мазка – отпечатка

5. Лучевая терапия

1. Наиболее информативным методом диагностики заболеваний молочной железы является:

1. Термография

2. Маммография

3. Флюорография

4. Пункционная биопсия

5. Пальпация

1. Для ранней диагностики рака молочной железы наиболее приемлемый вид обследования:

1. Маммография

2. Флюорография

3. Пункционная биопсия

4. Пальпация

5. Трепан-биопсия

1. Основным методом диагностики рака молочной железы является:

1. Маммография

2. Пальпация молочной железы

3. УЗИ молочной железы

4. Морфологический

5. Термография

1. Какой из нижеперечисленных предраковых состояний молочной железы имеет высокий риск малигнизации:

1. Геморрагические выделения из соска (болезнь Минц1.

2. Узловая форма мастопатии

3. Филлоидная опухоль

4. Все перечисленное

5. . Ничего из перечисленного

1. Рак молочной железы развивается из:

1. Лимфатических узлов

2. Кровеносных сосудов

3. Гладкой или поперечно-полосатой мускулатуры

4. Железистого эпителия протоков

5. Незрелой соединительной ткани

1. Рак молочной железы может метастазировать только:

1. Гематогенным путем

2. Лимфогенным путем

3. Имплантационным путем

4. Всеми перечисленными путями

5. Гематогенно и лимфогенно

1. Какая клиническая форма рака молочной железы наиболее часто встречается:

1. Маститоподобная

2. Панцирная

3. Инфильтративно-отечная

4. Узловая

5. Рак Педжета

1. В каком квадранте молочной железы наиболее часто развивается злокачественная опухоль:

1. Верхний наружный квадрант

2. Нижний наружный квадрант

3. Верхний внутренний квадрант

4. Нижний внутренний квадрант

5. Субареолярно

1. Ранними симптомами рака молочной железы является:

1. Наличие опухолевого узла

2. Неопределяемая опухоль при пальпации

3. Симптом «лимонной корки»

4. Симптом «площадки»

5. Язва на коже молочной железы

1. Какой из нижеперечисленных симптомов характерен для клинически узловой формы рака молочной железы:

1. Наличие опухолевого узла

2. Гиперемия кожи молочной железы

3. Симптом «лимонной корки»

4. Диффузное увеличение размеров молочной железы

5. Нет правильного ответа

1. Какой из нижеперечисленных симптомов характерен для клинически диффузной формы рака молочной железы:

1. Наличие опухолевого узла

2. Непальпируемая опухоль

3. Симптом «лимонной корки»

4. Симптом «площадки»

5. Нет правильного ответа

1. Какой размер опухоли характерен для II стадии рака молочной железы:

1. До 2 см

2. От 2 см до 3 см

3. От 2 см до 5 см

4. Более 5 см

5. До 4 см

1. Какой стадии рака молочной железы соответствует наличие симптома «лимонной корки»:

1. I и II

2. II и III

3. III и IV

4. Нет правильного ответа

5. Все ответы правильные

1. Какая комбинация по классификации TNM соответствует IV стадии рака молочной железы:

1. Т1N2M0

2. Т2N3M0

3. Т3N3M0

4. Т4N3M0

5. Т1N2M1

1. Какие группы лимфоузлов поражаются при отдаленном метастазировании (М1) рака молочной железы:

1. Подмышечные

2. Подключичные

3. Подлопаточные

4. Надключичные

5. Контрлатеральные

1. К гистологическим формам рака молочной железы относятся:

1. Аденокарцинома

2. Медуллярный рак

3. Папиллярный рак

4. Все ответы верные

5. Протоковый инфильтрирующий рак

1. Отдаленными метастазами (М1) при раке молочной железы являются метастазы в:

1. Легкие, печень, кости

2. Печень, надключичные лимфоузлы, кости

3. Легкие, подмышечные лимфоузлы, кости

4. Кости, печень, подлопаточные лимфоузлы

5. Подмышечные, подключичные, подлопаточные лимофузлы