

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

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по развитию
регионального
здравоохранения и
медицинской деятельности

О.Н. Барканова

«27» августа 2025 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.29**
Гематология

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

Кафедра: **онкологии, гематологии и трансплантологии Института
НМФО**

Форма обучения – **очная**

Для обучающихся 2024, 2025 годов поступления (актуализированная
редакция)

Волгоград, 2025

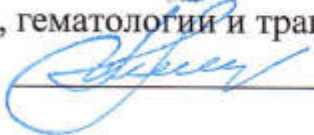
Разработчики программы:

Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
Коваленко Н.В.	Заведующий кафедрой,	д.м.н.	Онкологии, гематологии и трансплантологии института НМФО
Сперанский Д.Л	Профессор	д.м.н.	Онкологии, гематологии и трансплантологии института НМФО
Чухнин А.Г.	доцент	к.м.н.	Онкологии, гематологии и трансплантологии института НМФО

Фонд оценочных средств для итоговой государственной аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа ординатуры (уровень подготовки кадров высшей квалификации) по специальности 31.08.29 Гематология

Рецензент: заведующий научно-образовательным отделом МРНЦ им. А.Ф. Цыба-филиала ФГБУ НМИЦ радиологии Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор В.А. Петров.

Фонд оценочных средств рассмотрен на заседании кафедры онкологии, гематологии и трансплантологии Института НМФО, протокол № 10 от 06.06.2025 года

Заведующая кафедрой онкологии, гематологии и трансплантологии Института НМФО, д.м.н.,  Н.В. Коваленко

Фонд оценочных средств согласован с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолГМУ, протокол № 1 от 16.06.2025 года

Председатель УМК  Н.И. Свиридова

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

Тестовые задания для государственной итоговой аттестации в ординатуре по специальности 31.08.29 «Гематология».

Паренхиму злокачественного новообразования составляют

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

Строма опухоли

- а) является необходимой поддерживающей структурой**
- б) обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода**
- в) обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток**
- г) в ряде случаев не является обязательным компонентом новообразования

Клеточные мембраны стромы опухоли могут быть представлены

- а) лимфоцитами и нейтрофилами**
- б) эозинофилами**
- в) плазматическими клетками**
- г) макрофагами и гигантскими клетками инородных тел**

Некротическая энтеропатия характерна для:

1. иммунного агранулоцитоза;(+)

2. лимфогранулематоза;

3. эритремии.

Увеличение лимфатических узлов является характерным признаком:

1. лимфогранулематоза;(+)

2. хронического миелолейкоза;

3. эритремии.

Наилучшие результаты лечения при лимфогранулематозе наблюдаются при:

1. III-IV стадиях заболевания;

2. лимфогистиоцитарном морфологическом варианте;

3. лучевой монотерапии;(+)

4. полихимиотерапии с радикальной программой облучения.

При идиопатической тромбоцитопенической пурпуре:

1. число мегакариоцитов в костном мозге увеличено;

2. число мегакариоцитов в костном мозге снижено;(+)

3. не возникают кровоизлияния в мозг;

4. характерно увеличение печени.

Если у больного имеются телеангиэктазии, носовые кровотечения, а исследование системы гемостаза не выявляет существенных нарушений, следует думать о:

1. гемофилии;

2. болезни Рандю-Ослера;(+)

3. болезни Виллебранда;

4. болезни Верльгофа.

Повышение уровня ретикулоцитов в крови характерно для:

1. хронической кровопотери;

2. апластической анемии;

3. В12- и фолиеводефицитной анемии;(+)

4. сидероахрестической анемии.

Гипохромная анемия:

1. может быть только железодефицитной;

2. возникает при нарушении синтеза порфиринов.(+)

У больного имеется панцитопения, повышение уровня билирубина и увеличение селезенки. Вы можете предположить:

1. наследственный сфероцитоз;

2. талассемию;

3. В12-дефицитную анемию;

4. болезнь Маркиавы-Мейкелли;

5. аутоиммунную панцитопению.(+)

Если у больного появляется черная моча, то можно думать:

1. об анемии Маркиафавы-Микелли;(+)

2. о синдроме Имерслунд-Гресбека;

3. об апластической анемии;

4. о наследственном сфероцитозе.

Наиболее информативным исследованием для диагностики гемолитической анемии, связанной с механическим повреждением эритроцитов эндокардиальными протезами, является:

1. прямая проба Кумбса;

2. непрямая проба Кумбса;

3. определение продолжительности жизни меченых эритроцитов больного;

4. определение продолжительности жизни меченых эритроцитов донора.(+)

Внутриклеточный гемолиз характерен для:

1. наследственного сфероцитоза;(+)

2. болезни Маркиафавы-Микелли;

3. болезни Жильбера.

Если у больного имеются анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови, то следует думать:

1. об эритремии;

2. об апластической анемии;

3. об остром лейкозе;(+)

4. о В12-дефицитной анемии.

Какие из перечисленных видов иммунных тромбоцитопений наиболее часто встречаются в клинике?

1. изоиммунные, связанные с образованием антител при гемотрансфузиях или беременности;

2. иммунные, связанные с нарушением антигенной структуры тромбоцита или с появлением нового антигена;

3. аутоиммунные, при которых антитела вырабатываются против собственного неизменного антигена.(+)

Внутренний фактор Кастла:

1. образуется в фундальной части желудка;(+)

2. образуется в двенадцатиперстной кишке.

Под лимфаденопатией понимают:

1. лимфоцитоз в периферической крови;
2. высокий лимфобластоз в стернальном пунктате;
3. **увеличение лимфоузлов.(+)**

Началу лимфогранулематоза соответствует гистологический вариант:

1. лимфоидное истощение;
2. **лимфоидное преобладание;(+)**
3. нодулярный склероз;
4. смешанноклеточный.

Если у больного имеется гипохромная анемия, сывороточное железо - 2,3 г/л, железосвязывающая способность сыворотки -30 мкм/л, десфераловая проба - 2,5 мг, то у него:

1. железодефицитная анемия;
2. **сидероахрестическая анемия;(+)**
3. талассемия.

К местно деструирующим опухолям можно отнести

- а) **десмоид**
- б) эритроплакию Кейра
- в) меланоз Дюбрея
- г) мышьяковый дерматит
- д) болезнь Педжета

К новообразованиям АПУД-системы относятся

- а) **рак большой слюнной железы**
- б) медулярный рак щитовидной железы
- в) бронхиогенный рак
- г) менингиома
- д) хордома

К опухолям АПУД-системы не относятся

- а) **инсулома**
- б) гастринома
- в) хемодектома и карциноид
- г) мелкоклеточный рак легкого
- д) рак поджелудочной железы

Рак молочной железы может метастазировать

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

С увеличения каких групп лимфоузлов чаще начинается лимфогранулематоз?

1. **шейных;(+)**
2. надключичных;
3. подмышечных;
4. лимфоузлов средостения;
5. забрюшинных.

ДВС-синдром может возникнуть при:

- 1. генерализованных инфекциях;(+)**
2. эпилепсии;
3. внутриклеточном гемолизе.

Исход эритремии:

1. хронический лимфолейкоз;
- 2. хронический миелолейкоз;(+)**
3. агранулоцитоз;
4. ничего из перечисленного.

Заподозрить холодовую агглютининовую болезнь можно по наличию:

- 1. синдрома Рейно;(+)**
2. умеренной анемии;
3. сниженной СОЭ;
4. I группы крови.

Если у ребенка имеется гиперхромная мегалобластная анемия в сочетании с протеинурией, то:

1. имеется В12-дефицитная анемия с присоединившимся нефритом;
2. протеинурия не имеет значения для установления диагноза;
3. имеется синдром Лош-Найана;
- 4. имеется синдром Имерслунд-Гресбека.(+)**

Если у больного суточная протеинурия более 3,5 г, определяется белок Бенс-Джонса, гиперпротеинемия, то следует думать о:

1. нефротическом синдроме;
- 2. миеломной болезни;(+)**
3. макроглобулинемии Вальденстрема.

Для какой формы хронического лимфолейкоза характерно значительное увеличение лимфатических узлов при невысоком лейкоцитозе?

1. спленомегалической;
2. классической;
3. доброкачественной;
4. костномозговой;

5. опухолевой.(+)

Какие из перечисленных специальных методов исследования имеют наибольшее значение для диагностики миелофиброза?

1. биопсия лимфатического узла;
2. пункционная биопсия селезенки;
3. стерильная пункция;

4. трепанобиопсия.(+)

Анурия и почечная недостаточность при гемолитической анемии:

1. не возникают никогда;
2. возникают только при гемолитико-уремическом синдроме;
3. возникают всегда;
4. характерны для внутриклеточного гемолиза;

5. характерны для внутрисосудистого гемолиза.(+)

Сфероцитоз эритроцитов:

- 1. встречается при болезни Минковского-Шоффара;(+)**
2. характерен для В12-дефицитной анемии;
3. является признаком внутрисосудистого гемолиза.

Для лечения ДВС-синдрома используют:

- 1. свежезамороженную плазму;(+)**
2. сухую плазму.

Саркома Юинга может метастазировать

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

Высокодифференцированный рак щитовидной железы может метастазировать

- а) лимфогенным путем**
- б) гематогенным путем**
- в) внутриорганно**

Целям частной клинической онкологии в наибольшей степени соответствует и применяется

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

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

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

Международная классификация новообразований по системе TNM применяется для характеристики

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

При определении анатомической распространенности заболевания классификация TNM основывается на данных следующих видов обследования

- а) клинического**
- б) инструментального**
- в) патогистологического**
- г) хирургического вмешательства**

Классификация TNM отвечает следующим требованиям

- а) основные принципы ее применимы к абсолютному большинству опухолей**
- б) она может быть дополнена сведениями, полученными при патогистологическом исследовании**
- в) классификация может быть дополнена данными хирургического вмешательства**

Носитель генетической информации находится

- а) в ядре**
- б) в цитоплазме

- в) в клеточной мембране
- г) во всех структурах клетки

Гормональная регуляция роста опухоли в организме чаще всего осуществляется

- а) воздействием на гормональные рецепторы в клеточной мембране**
- б) непосредственным воздействием на цитоплазму
- в) непосредственным воздействием на генетический аппарат

К достоинствам метода ультразвуковой томографии относятся:

- А) неинвазивный характер исследования**
- Б) безвредность**
- В) практически отсутствие противопоказаний**
- Г) возможность выявления мелких (до 1 см в диаметре) новообразований в легких
- Д высокая информативность при исследовании желудка и толстой кишки

К эндоскопическим исследованиям с применением фиброволоконной оптики, используемым в настоящее время в клинике, относятся

- а) лапароскопия**
- б) торакоскопия**
- в) цистоскопия**
- г) артроскопия**

При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается

- а) гиперкоагуляция**
- б) нормокоагуляция
- в) Гипокоагуляция

Наиболее информативным из перечисленных методов диагностики метастатического поражения паренхимы печени является

- а) ангиография**
- б) лапароскопия
- в) биохимическое исследование крови
- г) сканирование печени

Рентгенологическое томографическое исследование органов грудной полости позволяет

- а) определить точную локализацию и распространенность процесса в легочной паренхиме**
- б) изучить состояние трахеи и главных бронхов**
- в) изучить состояние сегментарных бронхов**
- г) уточнить состояние лимфатических узлов средостения и корней легких**

Радиоизотопные исследования в клинической онкологии используются

- а) для выявления первичной опухоли**
- б) для определения распространенности злокачественного процесса**
- в) для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов**

Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей

- а) щитовидной железы**
- б) желудка

в) поджелудочной железы

Аспирационный (пункционный) метод исследования
наиболее информативен в цитологической диагностике

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

Какой тип кровотоочивости характерен для гемофилии А и В?

- а) гематомный**
- б) петехиально-пятнистый
- в) смешанный синячково-гематомный
- г) локуло-вакулитный
- д) ангиоматозный

Какой тип кровотоочивости характерен для тромбоцитопении?

- а) петехиально-экхиматозный**
- б) гематомный
- в) смешанный синячково-гематомный
- г) локуло-вакулитный
- д) ангиоматозный

Какой тип кровотоочивости характерен для ДВС-синдрома?

- а) смешанный синячково-гематомный**
- б) петехиально-экхиматозный
- в) гематомный
- г) локуло-вакулитный
- д) ангиоматозный

Какой тип кровотоочивости характерен для геморрагического васкулита?

- а) локуло-вакулитный**
- б) петехиально-пятнистый
- в) смешанный синячково-гематомный
- г) гематомный
- д) ангиоматозный

Средняя продолжительность жизни эритроцитов составляет:

- а) 120 дней**
- б) 20 дней
- в) 60 дней
- г) 10 дней
- д) 180 дней

Как меняется уровень сывороточного железа при железодефицитной анемии:

- а) снижен**
- б) резко повышен
- в) никогда не меняется
- г) повышен незначительно

Какой признак является основным для диагностики гипохромной анемии?

- а) низкий цветовой показатель**
- б) снижение эритроцитов
- в) повышение ретикулоцитов
- г) снижение тромбоцитов

Для заменного переливания крови при конфликте по АВО-системе используются:

- а) эритроциты O(1) группы и плазма АВ(4) группы крови**
- б) одногруппная кровь
- в) кровь универсального донора

У ребенка на 2-й день жизни кровотечение из сосудов пупочного остатка, мелена, микрогематурия. Наиболее вероятный диагноз?

- а) геморрагическая болезнь новорожденных**
- б) врожденный лейкоз
- в) гемофилия А
- г) геморрагический васкулит

Какие исследования более целесообразны при тромбоцитопатии?

- а) исследование адгезии и агрегации тромбоцитов**
- б) определение ретракции кровяного сгустка**
- в) определение длительности кровотечения по Дюке**
- г) исследование коагулограммы
- д) определение протромбина и фибриногена

Какая геморрагическая сыпь характерна для тромбоцитопении?

- а) петехиально-экхиматозная**
- б) несимметрично расположенная**
- в) васкулитно-пурпурная
- г) локализованная вокруг суставов

Назовите методы лечения при идиопатической тромбопенической пурпуре:

- а) спленэктомия**
- б) преднизолон**
- в) инфузия иммуноглобулина G**
- г) пульс-терапия метилпреднизолоном**
- д) криопреципитат

Укажите эффективные методы остановки кровотечения при гемофилии А:

- а) трансфузия криопреципитата**
- б) переливание очищенного VIII фактора**
- в) преднизолон
- г) спленэктомия

Какие функции выполняют тромбоциты в гемостазе?

- а) ангиотрофическую**
- б) адгезивно-агрегационную**
- в) вазоконстрикторную**
- г) способствуют ретракции кровяного сгустка**
- д) активируют фибринолиз

Для гемофилии характерные изменения гемостазиограммы:

- а) резкое удлинение времени свертывания крови по Ли-Уайту**
- б) гипокоагуляционный тип изменения активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)**
- в) низкий уровень VIII и IX факторов**
- г) длительность кровотечения по Дюке 10 мин
- д) снижение ретракции кровяного сгустка

Для идиопатической тромбоцитопенической пурпуры характерны следующие гематологические изменения:

- а) длительность кровотечения по Дюке 10 мин**
- б) кол-во тромбоцитов менее $30,0 \times 10^9/\text{л}$**
- в) снижение ретракции кровяного сгустка**
- г) время свертывания крови 15 мин по Ли-Уайту

Укажите клинические проявления тромбоцитопенической пурпуры:

- а) синяки и мелкоточечные кровоизлияния по всему телу**
- б) носовые кровотечения**
- в) симметричная сыпь красного цвета в виде пятен и папул на разгибательных поверхностях
- г) кровоизлияния в суставы
- д) схваткообразные боли в животе

Укажите клинические проявления гемофилии:

- а) подкожные и внутримышечные гематомы**
- б) непрекращающиеся кровотечения при травмах, экстракции зубов**
- в) кровоизлияния в суставы**
- г) симметричная сыпь красного цвета в виде папул и пятен на разгибательных поверхностях
- д) синяки и мелкоточечные кровоизлияния по всему телу

Укажите клинические проявления геморрагического васкулита:

- а) симметричная геморрагическая сыпь в виде папул и пятен на разгибательных поверхностях суставов**
- б) схваткообразные боли в животе**
- в) подкожные и внутримышечные гематомы
- г) непрекращающиеся кровотечения при мелких травмах

Какие из перечисленных препаратов применяются при гемолитическом кризе?

- а) преднизолон**
- б) десферал**
- в) ферроплекс
- г) витамин B12

Какие гематологические показатели характерны для наследственной микросфероцитарной анемии?

- а) ретикулоцитоз**
- б) микросфероцитоз эритроцитов**
- в) снижение осмотической резистентности эритроцитов**
- г) снижение цветового показателя

Какие из перечисленных препаратов нежелательно назначать ребенку с тромбоцитопенической пурпурой?

- а) аспирин**
- б) карбенициллин**
- г) ампициллин
- д) глюконат кальция

К регенераторным формам эритроцитов относятся:

- а) ретикулоциты**
- б) полихроматофилы
- в) пойкилоциты
- г) анизоциты
- д) нормобласты

Какие из перечисленных лабораторных показателей характерны для железодефицитной анемии?

- а) сидеропения**
- б) гипохромия**
- в) анизоцитоз, пойкилоцитоз**
- г) тромбоцитопения
- д) появление бластов в периферической крови

Какие симптомы характерны для апластической анемии?

- а) лейкопения**
- б) тромбоцитопения**
- в) анемия**
- г) высокий ретикулоцитоз
- д) лейкоцитоз

Для каких заболеваний характерна панцитопения?

- а) острый лейкоз**
- б) апластическая анемия**
- в) геморрагический васкулит
- г) идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура

Какие изменения характерны для фолиеводефицитной анемии?

- а) снижение числа эритроцитов**
- б) увеличение размеров эритроцитов**
- в) гиперхромия**
- г) гипохромия

Какой диагноз можно поставить при значении сывороточного железа 3-7 мкмоль/л?

- а) апластическая анемия**
- б) хронический гемолиз
- в) железодефицитная анемия
- г) болезнь Минковского-Шоффара

Какие нарушения характерны для III стадии ДВС-синдрома?

- а) геморрагические высыпания на коже**
- б) нарушения ретракции кровяного сгустка**
- в) гипофибриногенемия**

г) гемартрозы

Какие агглютинины содержатся в сыворотке 4 группы крови?

- а) сыворотка содержит агглютинин "b"**
- б) сыворотка содержит агглютинин "a"
- в) сыворотка содержит оба агглютинина
- г) сыворотка не содержит агглютининов

В структуре гемобластозов миеломная болезнь занимает

- а) одно из последних мест**
- б) ведущее место
- в) промежуточное место
- г) миеломная болезнь не относится к гемобластозам

Течение миеломной болезни имеет неблагоприятный прогноз в возрасте

- а) от 21 года до 40 лет**
- б) моложе 20 лет
- в) от 40 до 60 лет
- г) старше 60 лет
- д) течение болезни не зависит от возраста

Основу опухолевой клеточной популяции при миеломной болезни составляют

- а) плазматические клетки**
- б) лимфоциты
- в) моноциты
- г) ретикулоциты
- д) все перечисленные клетки

Для постановки диагноза миеломной болезни необходимо

- а) определение уровня СОЭ**
- б) определение уровня общего белка сыворотки**
- в) обнаружение патологического иммуноглобулина в сыворотке и/или моче**
- г) определение повышенного уровня плазматических клеток в миелограмме**

Для постановки диагноза миеломной болезни необходимо рентгенологическое исследование

- а) всех отделов скелета**
- б) тазовых костей
- в) позвоночника
- г) трубчатых костей
- д) костей черепа

В соответствии с международной классификацией заболеваний кроветворной и лимфоидной ткани (ВОЗ) к опухолям относятся

- а) лимфогранулематоз**
- б) миеломная болезнь
- в) лейкоз
- д) все перечисленное

В соответствии с международной классификацией заболеваний кроветворной и лимфоидной ткани (ВОЗ) к системным заболеваниям относятся

- а) миеломная болезнь**
- б) лейкоз**
- в) лимфосаркома
- г) лимфогранулематоз

Нарушение пролиферации и дифференцировки клеток костного мозга развивается

- а) при лейкозе**
- б) при миеломной болезни**
- в) при плазмцитоме
- г) при лимфогранулематозе

Для постановки диагноза плазмцитомы необходимо

- а) наличие опухолевого образования, состоящего из плазматических клеток**
- б) ускоренная СОЭ
- в) увеличение числа плазматических клеток в миелограмме
- г) обязательно наличие всех приведенных проявлений

Диагноз плазмцитомы ставится на основании

- а) морфологического исследования опухолевого узла**
- б) биохимического исследования белков крови
- в) исследования костного мозга
- г) всех видов исследования
- д) ни одного из перечисленного

Миеломную болезнь следует дифференцировать

- а) со всеми указанными процессами**
- б) с первичным амилоидозом
- в) с хроническими заболеваниями почек
- г) с метастазами неоплазий в кости

Миеломную болезнь отличает от метастазов злокачественных опухолей в кости все перечисленное, кроме

- а) всего перечисленного**
- б) увеличения плазматических клеток в миелограмме
- в) поражения преимущественно плоских костей
- г) наличия патологического белка в сыворотке или моче

Миеломную болезнь отличает от амилоидоза

- а) наличие опухолевого поражения скелета**
- б) отсутствие эритроцитоза**
- в) отсутствие массивного отложения амилоида в слизистой прямой кишки**

Хронические заболевания почек отличает от миеломной болезни наличие

- а) протеинурии**
- б) лейкоцитурии**
- в) увеличения общего уровня белка сыворотки
- г) патологического иммуноглобулина в моче

При лечении витамином В12:

1. обязательным является сочетание его с фолиевой кислотой;
2. ретикулоцитарный криз наступает через 12-24 часа после начала лечения;
- 3. ретикулоцитарный криз наступает на 5-8 день после начала лечения;(+)**
4. всем больным рекомендуется проводить гемотрансфузии.

Хронический миелолейкоз:

1. возникает у больных с острым миелобластным лейкозом;
- 2. относится к миелопролиферативным заболеваниям;(+)**
3. характеризуется панцитопенией.

Для какого варианта острого лейкоза характерно раннее возникновение ДВС-синдрома?

1. острый лимфобластный лейкоз;
- 2. острый промиелоцитарный лейкоз;(+)**
3. острый монобластный лейкоз;
4. эритромиелоз.

Какие осложнения характерны для хронического лимфолейкоза?

1. тромботические;
- 2. инфекционные;(+)**
3. кровотечения.

В каких органах могут появляться лейкозные инфильтраты при остром лейкозе?

- 1. лимфоузлы;(+)**
2. селезенка;
3. сердце;
4. кости;
5. почки.

Гиперкальциемия при миеломной болезни:

- 1. связана с миеломным остеолитом;(+)**
2. уменьшается при азотемии;
3. не оказывает повреждающего действия на тубулярный аппарат почки.

Для сублейкемического миелоза, в отличие от хронического миелолейкоза, характерно:

1. филадельфийская хромосома в опухолевых клетках;
- 2. раннее развитие миелофиброза;(+)**
3. тромбоцитоз в периферической крови;
4. гиперлейкоз.

В лечении идиопатической тромбоцитопенической пурпуры:

1. эффективны глюкокортикостероиды; (+)
2. спленэктомия не эффективна;
3. цитостатики не применяются;
4. применяется викасол.

Какие клеточные элементы костномозгового пунктата свойственны миеломной болезни?

1. миелобласты;
2. гигантские зрелые лейкоциты;
- 3. плазматические клетки;(+)**
4. лимфоциты;
5. плазмобласты.

Лечение сублейкемического миелоза:

1. начинается сразу после установления диагноза;
- 2. применяются цитостатики в комплексе с преднизолоном;(+)**
3. обязательно проведение лучевой терапии;
4. спленэктомия не показана.

Миеломную болезнь отличает от хронических заболеваний почек

а) увеличение плазматических клеток в миелограмме

- б) патологические очаги в скелете**
- в) протеинурия
- г) лейкоцитурия

Для подтверждения наличия миеломной болезни при проведении дифференциального диагноза между миеломной болезнью и хроническим заболеванием почек необходимо

- а) исследование костного мозга**
- б) рентгенологическое исследование скелета**
- в) определение уровня сывороточного белка**
- г) обнаружение патологического иммуноглобулина в сыворотке и моче**

Основным методом лечения миеломной болезни является

- а) лекарственный**
- б) лучевой
- в) комбинированный (химиолучевой)
- г) все ответы верные

Наиболее эффективны при миеломной болезни из перечисленных следующие противоопухолевые препараты

- а) из группы алкилирующих агентов**
- б) из группы алкалоидов растительного происхождения
- в) из группы нитрозопроизводных
- г) из всех перечисленных групп

Факторами риска для развития гипоплазии кроветворения являются

- а) длительное воздействие фенола и его производных**
- б) воздействие ионизирующего излучения**
- в) инсоляция

Острый лейкоз отличается от хронического лейкоза

- а) уровнем нарушения дифференцировки клеток костного мозга**
- б) количеством лейкоцитов в периферической крови
- в) количеством тромбоцитов в периферической крови
- г) всеми перечисленными параметрами

Острый лейкоз диагностируется по данным миелограммы на основании

- а) увеличения количества бластных клеток**
- б) увеличения клеточности костного мозга
- в) уменьшения эритроидного ростка
- г) наличия всех параметров

При развитии острого лейкоза может нарушаться дифференцировка следующих ростков нормального кроветворения

- а) любого ростка кроветворения**
- б) гранулоцитарного ростка
- в) эритроцитарного ростка
- г) лимфоидного ростка

При развитии хронического лейкоза может нарушаться дифференцировка следующих ростков нормального кроветворения

- а) любого ростка кроветворения**
- б) гранулоцитарного ростка
- в) эритроцитарного ростка
- г) лимфоидного ростка

Наиболее часто встречаются следующие варианты хронического лейкоза

- а) хронический лимфолейкоз**
- б) хронический миелолейкоз**
- в) хронический моноцитарный лейкоз
- г) все перечисленные варианты

Наиболее часто у взрослых встречаются следующие варианты острого лейкоза

- а) острый лимфобластный лейкоз**
- б) острый миелобластный лейкоз**
- в) острый эритроцитарный лейкоз

Хронический лейкоз диагностируется при наличии следующих изменений миелограммы

- а) увеличения промежуточных и зрелых клеток одного ряда костного мозга (в соответствии с вариантом лейкоза)**
- б) увеличения бластных клеток
- в) уменьшения эритроцитарного ростка
- г) наличия всех изменений

При лимфогранулематозе с поражением узлов средостения:

- 1. общие симптомы появляются рано;
- 2. поражение одностороннее;
- 3. может возникнуть симптом Горнера.(+)**

К препаратам, способным вызвать тромбоцитопатию, относится:

- 1. ацетилсалициловая кислота;(+)**
- 2. викасол;
- 3. кордарон;
- 4. верошпирон.

В какой стадии острого лейкоза применяется цитостатическая терапия в фазе консолидации?

- 1. рецидив;
- 2. ремиссия;
- 3. развернутая стадия;(+)**
- 4. терминальная стадия.

Признаками дефицита железа являются:

- 1. выпадение волос;(+)**
- 2. истеричность;
- 3. увеличение печени;
- 4. парестезии.

При лимфогранулематозе:

- 1. поражаются только лимфатические узлы;
- 2. рано возникает лимфоцитопения;
- 3. в биоптатах определяют клетки Березовского-Штернберга.(+)**

Врачебная тактика при иммунном агранулоцитозе включает в себя:

1. **профилактику и лечение инфекционных осложнений;(+)**
2. обязательное назначение глюкокортикоидов;
3. переливание одногруппной крови.

Эритремию отличает от эритроцитозов:

1. наличие тромбоцитопении;
2. **повышение содержания щелочной фосфатазы в нейтрофилах;(+)**
3. увеличение абсолютного числа базофилов.

Для диагностики миеломной болезни не применяется:

1. стерильная пункция;
2. **ренорадиография;(+)**
3. определение М-градиента и уровня иммуноглобулинов;
4. рентгенологическое исследование плоских костей;
5. определение количества плазматических клеток в периферической крови.

Хронический лимфолейкоз:

1. самый распространенный вид гемобластоза;
2. **характеризуется доброкачественным течением;(+)**
3. возникает в старшем и пожилом возрасте, во многих случаях не требует цитостатической терапии.

Для острого миелобластного лейкоза характерно:

1. более 5% лимфобластов в стерильном пунктате;
2. **наличие гингивитов и некротической ангины;(+)**
3. гиперлейкоцитоз, тромбоцитоз, значительное увеличение печени и селезенки.

Для какого состояния характерно наличие в костном мозге большого количества сидеробластов с гранулами железа, кольцом окружающими ядро?

1. железодефицитная анемия;
2. **сидероахрестическая анемия;(+)**
3. талассемия;
4. серповидноклеточная анемия;
5. наследственный сфероцитоз.

Какое из положений верно в отношении диагностики аутоиммунной гемолитической анемии?

1. **агрегат-гемагглютинационная проба более информативна для диагностики гемолитической аутоиммунной анемии;(+)**
2. агрегат-гемагглютинационная проба - обязательный признак аутоиммунной гемолитической анемии.

Хронический лейкоз диагностируется при наличии следующих изменений гемограммы

- а) **увеличения количества лейкоцитов**
- б) **увеличения промежуточных и зрелых клеток (в соответствии с вариантом лейкоза)**
- в) наличия бластных клеток
- г) снижения уровня тромбоцитов

Острый лейкоз встречается в возрасте

- а) **в любом возрасте**
- б) от 16 до 25 лет
- в) от 26 до 40 лет
- г) старше 40 лет
- д) до 15 лет

Хронический миелолейкоз встречается в возрасте

- а) в любом возрасте**
- б) от 16 до 25 лет
- в) от 26 до 40 лет
- г) старше 40 лет
- д) до 15 лет

Хронический лимфолейкоз чаще встречается в возрасте

- а) в любом возрасте**
- б) от 16 до 25 лет
- в) от 26 до 40 лет
- г) старше 40 лет
- д) до 15 лет

Четкий цитогенетический маркер (филадельфийская хромосома) наблюдается

- а) при хроническом миелолейкозе**
- б) при остром миелобластном лейкозе
- в) при хроническом лимфолейкозе
- г) при остром лимфобластном лейкозе
- д) при хроническом моноцитарном лейкозе

Течение хронического лимфолейкоза осложняется развитием

- а) аутоиммунных процессов (гемолитическая анемия и т.д.)**
- б) инфекционных осложнений**
- в) опоясывающего лишая**

Для клинической картины хронической фазы хронического миелолейкоза наиболее характерно

- а) увеличение размеров селезенки**
- б) увеличение периферических лимфатических узлов
- в) повышение температуры тела
- г) наличие всех проявлений

Наиболее частой причиной летального исхода при остром лейкозе является

- а) прогрессирование лейкоза**
- б) инфекционные осложнения
- в) гемолитические осложнения
- г) все приведенные причины

Наиболее частой причиной летального исхода при хроническом лимфолейкозе являются

- а) прогрессирование лейкоза**
- б) инфекционные осложнения**
- в) сопутствующие заболевания
- г) все приведенные причины

Наиболее частой причиной летального исхода при хроническом миелолейкозе являются

- а) прогрессирование лейкоза - развитие бластного криза**
- б) инфекционные осложнения
- в) аутоиммунные нарушения
- г) все приведенные причины

Клиническая картина острого лимфобластного лейкоза у детей отличается от таковой у взрослых

- а) более частым вовлечением в процесс лимфоидных органов (лимфатических узлов, селезенки)**
- б) более выраженной гипертермией
- в) более выраженным угнетением красного и тромбоцитарного ростка
- г) всеми приведенными данными

Специфическое поражение оболочек мозга (нейролейкемия) наиболее часто наблюдается

- а) при остром лимфобластном лейкозе**
- б) при остром миелобластном лейкозе
- в) при хроническом миелолейкозе
- г) при хроническом лимфолейкозе

Диагноз нейролейкемии может быть поставлен на основании исследования данных

- а) люмбальной пункции**
- б) миелограммы
- в) компьютерного исследования головного мозга
- г) всех приведенных видах исследования
- д) только а) и б)

При нейролейкемии диагноз основывается на обнаружении следующих изменений в ликворе, полученных при люмбальной пункции

- а) увеличения цитоза ликвора**
- б) определения опухолевых клеток в ликворе в повышенном количестве**
- в) определения повышенного количества лимфоцитов
- г) повышения уровня белка

В полученной спинно-мозговой жидкости должно быть исследовано

- а) уровень белка и клеточность**
- б) должны быть идентифицированы клеточные элементы**
- в) уровень сахара, мочевой кислоты**

Клинически нейролейкемия проявляется

- а) головной болью**
- б) неврологическими симптомами поражения оболочек мозга (симптом Кернига и т.д.)**
- в) гипертермией
- г) всеми клиническими симптомами

Основными методами лечения нейролейкемии являются

- а) внутривентрикулярное введение химиопрепаратов**
- б) кранио-спинальное облучение**
- в) системная химиотерапия
- г) все приведенные методы лечения

Нейролейкемия наиболее часто развивается при остром лимфобластном лейкозе

- а) позже, чем поражение костного мозга**
- б) раньше, чем поражение костного мозга

- в) одновременно с поражением костного мозга
- г) в любой ситуации

045. У больного 38 лет диагностирована солитарная плазмоцитома левой подвздошной кости. Наиболее целесообразна на первом этапе лечения

- а) дистанционная g-терапия**
- б) химиотерапия алкилирующими препаратами**
- в) лучевая терапия быстрыми электронами
- г) лечение радиоактивным фосфором

Через 0.5 года после экстракции зуба у больной 45 лет выявлено опухолевидное разрастание в области десны. Произведено радикальное удаление, гистологически - плазмоцитома. Других проявлений болезни нет. Ей необходимы

- а) локальная дистанционная g-терапия**
- б) химиотерапия
- в) наблюдение
- г) близкофокусная рентгенотерапия

У больной 65 лет выявлена миеломная болезнь с множественными поражениями преимущественно плоских костей. Лечение целесообразно начать

- а) с химиотерапии**
- б) с облучения зон костного поражения быстрыми электронами
- в) с введения радиоактивного фосфора
- г) с дистанционной g-терапии зон костного поражения

У больного 60 лет миеломная болезнь с преимущественным множественным поражением плоских костей. К ранее эффективным химиопрепаратам развилась резистентность. С обезболивающей целью из методов лучевой терапии применить наиболее целесообразно

- а) дистанционную g-терапию на отдельные зоны поражения**
- б) локальное облучение электронами отдельных зон поражения
- в) введение радиоактивного фосфора
- г) лучевая терапия нецелесообразна

У больного 68 лет миеломная болезнь с множественным поражением костей и частичной компрессией а-1, сопровождающейся болевым синдромом без неврологических расстройств. На фоне химиотерапии ему целесообразно

- а) дистанционная g-терапия на поясничный отдел позвоночника**
- б) облучение поясничного отдела позвоночника электронами
- в) введение радиоактивного фосфора
- г) лучевая терапия нецелесообразна

При дистанционной g-терапии на отдельные зоны костного поражения при миеломной болезни наиболее целесообразны суммарные дозы

- а) 35-45 Гр**
- б) 20-30 Гр
- в) 50-60 Гр
- г) больше 60 Гр

Профилактическое облучение головного мозга при остром лимфобластном лейкозе проводится в СОД

- а) 22-26 Гр**

- б) 10-15 Гр
- в) 30-40 Гр
- г) более 40 Гр

При облучении головного мозга в связи с нейролейкемией наиболее целесообразны СОД

- а) 25-35 Гр**
- б) 20-25 Гр
- в) 10-15 Гр
- г) 40-50 Гр
- д) более 50 Гр

В лечении хронического лимфолейкоза лучевая терапия, как дополнительный метод, может быть использована

- а) для облучения селезенки**
- б) для массивных конгломератов лимфатических узлов**
- в) для головного мозга для профилактики нейролейкемии
- г) лучевая терапия не применяется

При хроническом миелолейкозе с выраженной спленомегалией облучение селезенки

- а) может быть проведено мелкими фракциями, РОД (разовая очаговая доза) 0.5-2 Гр**
- б) средними фракциями (РОД 3-4 Гр)
- в) крупными фракциями (РОД 5-6 Гр)
- г) облучение селезенки не применяют

У больной 27 лет лимфогранулематоз (нодулярный склероз) рIa стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области. Спленэктомия произведена. Наиболее целесообразная лечебная тактика

- а) лучевая терапия по радикальной программе с объемом облучения всех зон лимфатических узлов выше диафрагмы**
- б) лучевая терапия по радикальной программе с объемом облучения всех зон выше диафрагмы + парааортальных лимфоузлов и ложа селезенки
- в) 2 курса полихимиотерапии ЦВПП, облучение левой шейно-надключичной зоны + 2 курса ЦВПП
- г) 6 курсов полихимиотерапии ЦВПП

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

- а) 2-3 курса полихимиотерапии ЦВПП + ЛТ на левую шейно-надключичную зону и средостение + 2-3 курса ЦВПП**
- б) лучевая терапия по радикальной программе на все группы лимфоузлов выше диафрагмы + парааортальные лимфоузлы и ложе селезенки
- в) 3 курса полихимиотерапии ЦВПП + ЛТ выше диафрагмы + 3 курса ЦВПП
- г) лучевая терапия по радикальной программе на все группы лимфоузлов выше диафрагмы

У больного 25 лет лимфогранулематоз IIIб стадии, смешанно-клеточный вариант с поражением лимфоузлов шейно-надключичных зон, средостения и пахово-подвздошных лимфоузлов справа. Ему наиболее целесообразно применение лучевой терапии

- а) после химиотерапии на остающиеся зоны поражения**
- б) по радикальной программе на все группы лимфоузлов

- в) после химиотерапии на все бывшие зоны поражения
- г) лучевая терапия нецелесообразна

Суммарные дозы при лучевой терапии лимфогранулематоза на зоны поражения должны составлять

- а) 25-35 Гр**
- б) 20-25 Гр
- в) 35-45 Гр
- г) более 45 Гр

При маргинальном рецидиве лимфогранулематоза после радикальной лучевой терапии повторное облучение

- а) целесообразно как дополнительный метод после химиотерапии в СОД 30-35**

Гр

- б) невозможно
- в) целесообразно как самостоятельный метод, но при суммарной дозе не больше 30

Гр

- г) целесообразно в полной лечебной дозе как самостоятельный метод

При лечении любого варианта лимфосаркомы I-IIa стадии лучевая терапия целесообразна

- а) как этап комбинированного лечения**
- б) как самостоятельный метод по радикальной программе
- в) нецелесообразна

Лечебные суммарные очаговые дозы при лучевой терапии лимфосаркомы составляют

- а) 30-35 Гр**
- б) 25-30 Гр
- в) 35-45 Гр
- г) более 50 Гр

Аутоиммунные осложнения встречаются наиболее часто

- а) при хроническом лимфолейкозе**
- б) при хроническом миелолейкозе
- в) при лимфосаркоме
- г) при миеломной болезни

Развитие инфекционных осложнений наиболее характерно

- а) для хронического лимфолейкоза**
- б) для гематосаркомы
- в) для лимфогранулематоза
- г) для всех видов лейкоза

Для диагностики гемолитической анемии необходимо выполнение следующих лабораторных исследований

- а) прямой пробы Кумбса**
- б) определения уровня ретикулоцитов в периферической крови**
- в) определения уровня билирубина**
- г) определения антиэритроцитарных антител**

Вакцинация противопоказана больным, страдающим

- а) хроническим лимфолейкозом**
- б) лимфогранулематозом

- в) острым лейкозом
- г) миеломной болезнью

При проведении индукционной лекарственной терапии острого лейкоза основным критерием оценки эффективности лечения являются

- а) данные миелограммы**
- б) данные гемограммы
- в) динамика клинических проявлений
- г) все приведенное

Задачей индукционного лекарственного лечения острого лейкоза является достижение

- а) полной ремиссии (костно-мозговой, гематологической, клинической)**
- б) клинического благополучия
- в) нормализации гемограммы
- г) санации спинномозговой жидкости

Угнетение клеточного иммунитета при лимфогранулематозе подтверждается

- а) увеличением количества вторых опухолей**
- б) увеличением частоты развития герпетических инфекционных заболеваний (herpes zoster и др.)**
- в) увеличением частоты развития туберкулеза**

Заболеваемость лимфогранулематозом

- а) увеличивается**
- б) уменьшается
- в) не изменяется

Лимфогранулематозом чаще болеют

- а) мужчины**
- б) женщины
- в) заболеваемость не коррелирует с полом

При лимфогранулематозе отмечается

- а) лимфогенное метастазирование**
- б) гематогенное метастазирование**

В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение

- а) шейно-надключичных лимфоузлов**
- б) медиастинальных лимфоузлов
- в) забрюшинных лимфоузлов
- г) паховых лимфоузлов
- д) всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой

Для начальных проявлений лимфогранулематоза наиболее характерно поражение

- а) лимфоузлов выше диафрагмы**
- б) лимфоузлов ниже диафрагмы
- в) частота поражения лимфоузлов выше и ниже диафрагмы одинакова

Поражение паховых лимфоузлов как первое проявление лимфогранулематоза встречается с частотой

- а) до 10%**

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

Частота вовлечения лимфатического аппарата кольца Пирогова - Вальдейра при лимфогранулематозе составляет

- а) ниже 10%**
- б) 20-30%
- в) 30-50%
- г) более 50%

Из внелимфатических поражений при прогрессировании лимфогранулематоза наиболее часто встречается поражение

- а) легочной ткани**
- б) скелета, почек
- в) печени
- г) костного мозга

Костный мозг при лимфогранулематозе вовлекается в процесс в виде

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

Частота развития острого лейкоза при лимфогранулематозе составляет

- а) менее 10%**
- б) 10-20%
- в) 20-50%
- г) более 50%

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

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

Поражение аксиллярных лимфоузлов с двух сторон при лимфогранулематозе трактуется

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

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

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

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

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

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

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

Вовлечение при лимфогранулематозе селезенки и пахово-подвздошных лимфоузлов трактуется

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

Поражение при лимфогранулематозе паховых лимфоузлов с одной стороны трактуется

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

Изолированное поражение селезенки при лимфогранулематозе означает

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

Поражение при лимфогранулематозе легочной ткани и медиастинальных лимфоузлов означает наличие

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

Поражение легочной ткани и забрюшинных лимфоузлов при лимфогранулематозе трактуется

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

Поражение печени и селезенки при лимфогранулематозе означает

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

К симптомам интоксикации при лимфогранулематозе относятся

- а) потеря веса, гипертермия (более 38°C), профузная потливость**

- б) потеря веса, профузная потливость
- в) потеря веса, гипертермия (более 38°C)
- г) кожный зуд, потеря веса, профузная потливость, гипертермия (более 38°C)

Наиболее прогностически благоприятными морфологическими вариантами лимфогранулематоза являются

- а) лимфоидное преобладание, нодулярный склероз**
- б) лимфоидное преобладание, лимфоидное истощение
- в) нодулярный склероз, смешанно-клеточный вариант
- г) смешанно-клеточный вариант, лимфоидное истощение

Наименее благоприятными прогностическими вариантами лимфогранулематоза являются

- а) смешанно-клеточный вариант, лимфоидное истощение
- б) нодулярный склероз, лимфоидное истощение
- в) лимфоидное преобладание, смешанно-клеточный вариант
- г) лимфоидное преобладание, нодулярный склероз

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

- а) IIб стадии**
- б) IIа стадии
- в) Iа стадии
- г) IIIа стадии
- д) IIIб стадии

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

- а) IIа стадии**
- б) Iа стадии
- в) IIIа стадии
- г) IIIб стадии
- д) IIб стадии

Поражение аксиллярных лимфоузлов с одной стороны, медиастинальных, парааортальных лимфоузлов, селезенки и наличие лихорадки (более 38°C) при лимфогранулематозе расценивается

- а) как IIIб стадия**
- б) как IIб стадия
- в) как IIIа стадия
- г) как IIа стадия
- д) как IV стадия

При одностороннем поражении аксиллярных лимфоузлов и наличии температуры до 38°C у больного лимфогранулематозом следует говорить о распространенности, соответствующей

- а) Iа стадии**
- б) IIа стадии
- в) IIIа стадии
- г) IIIб стадии
- д) IV стадии

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

- а) IVб стадии**
- б) Ia стадии
- в) IIIa стадии
- г) IIIб стадии
- д) Ia стадии

У больного лимфогранулематозом выявлено поражение пахово-подвздошных лимфоузлов с обеих сторон без симптомов интоксикации. Это соответствует

- а) IIa стадии**
- б) Ia стадии
- в) IIIa стадии
- г) IIIб стадии
- д) IV стадии

При лимфогранулематозе поражение селезенки и паховых лимфоузлов с одной стороны без симптомов интоксикации соответствует

- а) IIa стадии**
- б) Ia стадии
- в) IIб стадии
- г) IIIa стадии
- д) IVa стадии

Поражение при лимфогранулематозе костного мозга, всех групп лимфоузлов ниже диафрагмы в сочетании с симптомами интоксикации означает наличие

- а) IVб стадии**
- б) IIб стадии
- в) IIIa стадии
- г) IIIб стадии
- д) IIa стадии

Поражение при лимфогранулематозе всех групп периферических лимфоузлов в сочетании с профузной потливостью означает наличие

- а) IIIб стадии**
- б) IIб стадии
- в) IIIa стадии
- г) IIa стадии
- д) IV стадии

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

- а) IVб стадии**
- б) IIIa стадии
- в) IIIб стадии
- г) IVa стадии
- д) IIб стадии

Лучевое лечение в виде самостоятельного метода терапии используется при лимфогранулематозе

- а) в Ia стадии**
- б) в IIa стадии**

- в) в IIIa стадии
- г) во всех перечисленных стадиях

Основанием к использованию комбинированной (химиолучевой) терапии при лимфогранулематозе IIa стадии является

- а) СОЭ 50 мм/час**
- б) наличие смешанно-клеточного варианта и лимфоидного истощения**
- в) возраст старше 40 лет**

Для определения распространенности при лимфогранулематозе обязательными диагностическими исследованиями являются

- а) трепанобиопсия костного мозга**
- б) эпифарингоскопия**
- в) рентгенологическое исследование органов грудной клетки**
- г) ультразвуковая томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства**

Под термином "гематосаркома" понимается наличие у больного

- а) лимфосаркомы**
- б) ретикулосаркомы**
- в) лимфогранулематоза
- г) любого из перечисленных заболеваний

Гематосаркомы имеют склонность к метастазированию

- а) смешанному**
- б) гематогенному
- в) лимфогенному

Прогностически благоприятными являются следующие морфологические варианты лимфосаркомы

- а) лимфоплазмочитарный и пролимфоцитарный**
- б) лимфобластный
- в) иммунобластный

Прогностически неблагоприятными морфологическими вариантами лимфосаркомы являются

- а) лимфобластный**
- б) иммунобластный**
- в) лимфоплазмочитарный
- г) пролимфоцитарный

На характер и темпы метастазирования при лимфосаркоме оказывают наибольшее влияние

- а) морфологический вариант опухоли**
- б) локализация первичного опухолевого очага**
- в) возраст больного
- г) все перечисленное

Наиболее часто начальными клиническими проявлениями лимфосаркомы являются поражение

- а) лимфатических узлов**
- б) желудочно-кишечного тракта

- в) лимфоидного аппарата кольца Пирогова - Вальдейера
- г) всего перечисленного

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

- а) лимфатических узлов**
- б) лимфоидного аппарата кольца Пирогова - Вальдейера
- в) желудочно-кишечного тракта

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

- а) классификация Ann-Arbor (1971 г.)**
- б) отечественная классификация по стадиям
- в) международная классификация по системе TNM
- г) любая из перечисленных

Лимфогранулематоз диагностируется в начальных (I-II) стадиях с частотой

- а) 50-60 %**
- б) 20-40%
- в) менее 20%
- г) более 80%

Лимфосаркомы диагностируются в начальных (I-II) стадиях с частотой

- а) 20-30 %**
- б) менее 20%
- в) 30-50%
- г) 50-70%
- д) более 80%

При развитии лимфосаркомы опухолевый процесс включает следующие этапы

- а) наличие солитарной опухоли**
- б) генерализованный процесс**
- в) поражение костного мозга - развитие лейкемизации**

Частота лейкемизации при лимфосаркоме составляет

- а) 15-20 %**
- б) 5-10%
- в) менее 5%
- г) 20-40%
- д) более 40%

Частота лейкемизации при ретикулосаркоме составляет

- а) менее 5%**
- б) 5-10%
- в) 15-20%
- г) 20-40%
- д) более 40%

При лимфобластной лимфосаркоме наиболее часто происходит лейкемизация по типу

- а) острого лимфобластного лейкоза**
- б) острого миелобластного лейкоза
- в) хронического лимфолейкоза
- г) хронического миелолейкоза

При пролимфоцитарной лимфосаркоме наиболее часто происходит лейкемизация по типу

- а) хронического лимфолейкоза**
- б) острого миелобластного лейкоза
- в) острого лимфобластного лейкоза
- г) хронического миелолейкоза

При ретикулосаркоме наиболее часто происходит лейкемизация по типу

- а) острого миелоидного лейкоза**
- б) острого лимфобластного лейкоза
- в) хронического лимфолейкоза
- г) хронического миелолейкоза

Выбор метода лечения лимфосаркомы основывается на данных, уточняющих

- а) морфологический вариант опухоли**
- б) распространенность процесса**
- в) локализацию первичного очага**

Основным методом лечения лимфосаркомы Ia-IIa стадии является (кроме лимфосаркомы пищеварительной трубки)

- а) комбинированный (химиолучевой) метод**
- б) лучевая терапия
- в) хирургический метод
- г) химиотерапия

Основным методом лечения лимфосаркомы IIб, IIIa, IIIб стадии является

- а) химиотерапия**
- б) лучевая терапия
- в) хирургический метод
- г) комбинированный (химиолучевой) метод

Основным методом лечения первичной лимфосаркомы пищеварительной трубки Ie-IIe стадии является

- а) хирургический метод**
- б) хирургическое лечение с последующей профилактической химиотерапией**
- в) химиотерапия
- г) лучевая терапия

Основным методом лечения лимфосаркомы IV стадии является

- а) химиотерапия**
- б) лучевая терапия**
- в) комбинированный (химиолучевой) метод**

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

- а) морфологическом варианте опухоли**
- б) распространенности процесса**
- в) локализации опухолевого поражения**

Для лечения генерализованных бластных лимфосарком целесообразно использовать следующие схемы химиотерапии

- а) ЦОП
- б) АЦОП
- в) АЦОП + вепезид
- г) "3+7"

К особенностям детской онкологии относятся

- а) врожденный характер большинства опухолей
- б) связь многих опухолей с пороками развития
- в) подавляющее преобладание саркоматозных опухолей
- г) зависимость возникновения опухолей от трансплацентарных воздействий

Первое место в структуре онкогематологии у детей занимает

- а) лейкоз
- б) лимфогранулематоз
- в) лимфосаркома

Из солидных злокачественных опухолей наиболее часто встречаются в детском возрасте

- а) опухоли ЦНС
- б) опухоли почек
- в) опухоли мягких тканей
- г) опухоли костей
- д) нейrogenные опухоли

У детей в возрасте до 5 лет преобладает

- а) **нейробластома**
- б) остеогенная саркома, саркома Юинга
- в) опухоли мягких тканей
- г) опухоли головы и шеи

У детей в возрасте от 5 до 10 лет преобладают

- а) **опухоли головы и шеи**
- б) тератоидные опухоли
- в) ретинобластомы
- г) остеогенная саркома и саркома Юинга
- д) нейробластомы и нефробластомы

Наиболее частой локализацией нейrogenных опухолей у детей является

- а) **забрюшинная область**
- б) заднее средостение
- в) область шеи

Наименее зрелой нейrogenной опухолью у детей является

- а) **симпатогониома**
- б) ганглионейробластома
- в) ганглионеврома
- г) симпатобластома

Наиболее зрелой нейрогенной опухолью у детей является

- а) ганглионеврома**
- б) ганглионейробластома
- в) симпатогониома
- г) симпатобластома

Артериальная гипертония у детей при опухолях симпатической нервной системы наблюдается

- а) в 30% наблюдений**
- б) у всех больных
- в) в 50% наблюдений
- г) в 70% наблюдений
- д) не наблюдается

Преимущественная локализация нейрогенных опухолей в средостении

- а) заднее средостение**
- б) переднее средостение
- в) корень легкого
- г) реберно-диафрагмальный синус
- д) вилочковая железа

Наиболее информативным методом диагностики нейрогенной опухоли заднего средостения является

- а) полипозиционная рентгенография**
- б) бронхоскопия
- в) пневмомедиастинография
- г) ангиография

Оптимальным доступом для удаления опухоли заднего средостения любых размеров является

- а) задне-боковой**
- б) боковой
- в) передне-боковой
- г) чрезгрудинный
- д) передне-боковой с разрезом на шее

В структуре солидных опухолей у детей первичные гепатомы

- а) составляют до 4% всех опухолей у детей**
- б) составляют до 40% всех опухолей у детей
- в) занимают второе место после нефробластомы

Наиболее часто гепатобластомы встречаются в возрасте

- а) до 2 лет**
- б) после 2 лет
- в) после 10 лет
- г) после 15 лет

Гепатоцеллюлярный рак наиболее часто встречается в возрасте

- а) после 5 лет**
- б) до 2 лет
- в) у детей не встречается

Среди доброкачественных опухолей печени у детей первое место занимает

- а) кавернозная гемангиома**
- б) тератома
- в) аденома
- г) гамартома

Ведущим симптомом при опухоли печени у детей является

- а) увеличение печени**
- б) желтуха
- в) кахексия
- г) боль в животе
- д) развитая подкожная венозная сеть

Реакция Абелева - Татаринова (определение а-фетопротеина) при гепатобластомах у детей обычно

- а) положительная у всех больных**
- б) положительная у детей до года
- в) ложноотрицательная в 25% случаев

При диагностике опухолей печени у детей противопоказаны

- а) аспирационная биопсия**
- б) пункционная биопсия**
- в) лапароскопия с биопсией

Реабилитация детей, больных злокачественными новообразованиями, включает

- а) психологическую реабилитацию**
- б) физическую реабилитацию**
- в) социальную реабилитацию)

Аномалии генетического аппарата у больных нефробластомой встречаются

- а) редко**
- б) часто
- в) закономерно
- г) не встречаются

Наиболее часто встречающимся морфологическим вариантом нефробластомы является

- а) типичный**
- б) тубулярный
- в) кистозный
- г) фетальный рабдомиоматозный
- д) саркоматозный

Морфологический вариант нефробластомы

- а) определяет выбор лечебной тактики**
- б) влияет на прогноз заболевания**

в) не определяет выбор лечебной тактики

Наиболее благоприятный прогноз у больных со следующим морфологическим вариантом нефробластомы

- а) **тубулярный**
- б) анапластический
- в) кистозный
- г) саркоматозный
- д) с преобладанием неэпителиального компонента

Основным методом лечения нефробластомы у детей является

- а) **комплексное лечение**
- б) лучевая терапия
- в) хирургическое лечение
- г) комбинированное лечение
- д) химиотерапия

При лечении нефробластомы у детей до года применяются

- а) **только нефрэктомия**
- б) химиотерапия + нефрэктомия
- в) лучевая терапия + нефрэктомия
- г) химиотерапия + нефрэктомия + химиотерапия

Современные методы химиолучевого лечения практически неэффективны при следующих морфологических вариантах нефробластомы

- а) **светлоклеточном**
- б) **рабдомиоматозном**
- в) тубулярном

Метастазирование при нефробластоме

- а) **встречается часто**
- б) встречается редко
- в) не встречается совсем

Метастазы при нефробластоме у детей практически не встречаются

- а) **мезобластической нефроме**
- б) при типичном морфологическом варианте
- в) при тубулярном морфологическом варианте
- г) при саркоматозном морфологическом варианте
- д) при кистозном морфологическом варианте

Для нефробластомы характерно метастазирование

- а) **в легкие**
- б) **в печень**
- в) **в кости**
- г) **в лимфатические узлы**

Расширение тени средостения у детей чаще всего связано

- а) **с увеличением внутригрудных лимфатических узлов при злокачественных лимфомах**
- б) с нейрогенной опухолью средостения

- в) с центральным раком легкого
- г) с опухолью пищевода
- д) с тератогенной опухолью

Для опухолей вилочковой железы характерны

- а) локализация в переднем средостении**
- б) локализация в заднем средостении
- в) изменение в костях грудной клетки
- г) наличие обызвествлений в опухоли
- д) все перечисленное

При злокачественных эпителиальных опухолях желудочно-кишечного тракта у детей используются следующие методы лечения

- а) оперативное лечение**
- б) лучевая терапия
- в) химиотерапия
- г) комбинированные методы

Объективные данные осмотра при меланоме кожи выявляют

- а) наличие образования черного цвета, плотного, с глянцевой поверхностью, или темно-коричневого цвета узлоподобного образования, возвышающегося над поверхностью кожи и участками изъязвления**
- б) наличие эластической опухоли ярко-красного цвета, бледнеющей при надавливании
- в) плоское пятно коричневого цвета с бородавчатыми элементами, оволосением
- г) наличие плотноватого опухолевидного образования под кожей, кожа не изменена

Дифференциальный диагноз меланомы у детей проводится

- а) с гемангиомой**
- б) с пигментной ксеродермой**
- в) с пигментным невусом**
- г) с плоскоклеточным раком кожи**

Хирургический метод лечения при меланоме кожи у детей включает

- а) глубокое иссечение кожи с опухолью с захватом подкожной клетчатки до фасции**
- б) частичное иссечение опухолевой ткани с гистологическим исследованием
- в) объем операции зависит от размеров опухоли

Система или орган, которому присущи наиболее частое поражение при остром лейкозе - это

- а) яичко**
- б) нервная система
- в) глаза
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

Характерными изменениями в анализах крови в начале заболевания острым лейкозом являются

- а) анемия**
- б) тромбоцитопения**
- в) ускорение СОЭ**

г) лейкоплакия или лейкоцитоз

Чаще болеют острым лейкозом

- а) мальчики**
- б) девочки
- в) и те, и другие одинаково часто

Из этиологических факторов более всего влияют на развитие острого лейкоза

- а) инфекции**
- б) облучение
- в) алкоголь

Хромосомные аномалии у больных острым лейкозом встречаются

- а) более чем в 50% наблюдений**
- б) менее чем в 50% наблюдений
- в) в 100% наблюдений

Чаще встречается у детей

- а) острый лимфобластный лейкоз**
- б) острый миелобластный лейкоз
- в) хронический миелобластный лейкоз

Более выражен геморрагический синдром у детей

- а) при остром миелобластном лейкозе**
- б) при остром лимфобластном лейкозе
- в) одинаково часто при обеих формах

Профилактика нейрорлейкоза должна начинаться

- а) с индукции ремиссии**
- б) с ремиссии
- в) с реиндукции

Для профилактики нейрорлейкоза проводится облучение головного мозга

- а) проводится обязательно**
- б) не является обязательным
- в) не проводится

При профилактике нейрорлейкоза у детей наиболее часто используются следующие схемы химиотерапии

- а) цитозар + метотрексат + преднизолон**
- б) винкристин + циклофосфан
- в) метотрексат + винкристин + преднизолон
- г) преднизолон

Исследование костного мозга при поддерживающей терапии острого лейкоза проводится

- а) перед каждой реиндукцией**
- б) раз в месяц
- в) раз в полгода

Пересадка костного мозга при остром лейкозе применяется

- а) при второй ремиссии**
- б) при рецидиве
- в) при первой ремиссии

По типу роста опухоли различают следующие формы лимфосаркомы

- а) нодулярная и диффузная**
- б) небластные и бластные
- в) инфильтративная

У детей встречается следующий тип роста лимфосаркомы

- а) диффузный**
- б) нодулярный
- в) и тот, и другой
- г) ни тот, ни другой

По характеру опухолевых клеток у детей наиболее часто встречается

- а) лимфобластная лимфосаркома**
- б) иммунобластная лимфосаркома
- в) пролимфоцитарная лимфосаркома

Общие симптомы интоксикации при лимфосаркоме у детей

- а) не выражены**
- б) ярко выражены
- в) зависят от стадии

При лимфосаркоме у детей наиболее благоприятный прогноз

- а) при Т-клеточной форме**
- б) при В-клеточной форме
- в) одинаковый

Самый частый морфологический вариант лимфосаркомы у детей - это

- а) лимфобластный**
- б) опухоль Беркитта
- в) иммунобластный
- г) нодулярный

Самая частая первичная локализация лимфосаркомы у детей

- а) брюшная полость**
- б) глоточное кольцо
- в) мягкие ткани
- г) периферические лимфатические узлы
- д) средостение

Появление кожного зуда при лимфосаркоме

- а) не характерно**
- б) характерно
- в) иногда
- г) в большинстве случаев

Лимфогранулематоз у детей

- а) уступает по частоте только лимфобластным лейкозам**
- б) одна из самых редких форм гемобластозов
- в) уступает по частоте острому лейкозу и лимфосаркоме

Лимфогранулематоз у детей характеризуется

- а) быстрым течением с частой генерализацией**
- б) медленным течением
- в) редко генерализованный
- г) такой же темп течения, как и у взрослых

Среди детей, страдающих лимфогранулематозом, преобладают

- а) мальчики**
- б) девочки
- в) достоверного различия нет

Различают следующие варианты лимфогранулематоза у детей

- а) лимфоидное преобладание**
- б) смешанно-клеточный**
- в) лимфоидное истощение**
- г) нодулярный склероз**

Морфологический вариант лимфоидного истощения при лимфогранулематозе у детей указывает, как правило,

- а) на плохой прогноз**
- б) на хороший прогноз
- в) не влияет на прогноз

При лимфогранулематозе у детей наиболее часто поражаются

- а) шейные лимфатические узлы**
- б) ягулярные лимфатические узлы
- в) лимфатические узлы средостения
- г) забрюшинные и паховые лимфатические узлы
- д) локтевые лимфатические узлы

При лимфогранулематозе у детей старшей возрастной группы поражение лимфатических узлов средостения встречается

- а) часто**
- б) редко
- в) крайне редко
- г) никогда не встречается

К симптомам лимфогранулематоза, которые учитываются при установлении стадии заболевания, относятся

- а) необъяснимая лихорадка выше 38°C**
- б) ночные проливные поты**
- в) прогрессирующее похудание**
- г) выраженный кожный зуд**

При лимфогранулематозе у детей дифференциальный диагноз проводится

- а) с туберкулезным и банальным лимфаденитом**
- б) с сифилитическим лимфаденитом

- в) с грибковым поражением лимфатических узлов
- г) с болезнью "кошачьей царапины"
- д) с бруцеллезом и туляремией

Основным морфологическим критерием для постановки диагноза лимфогранулематоза у детей является

- а) наличие клеток Березовского - Штернберга**
- б) стертый рисунок строения лимфатического узла
- в) наличие клеток Ходжкина
- г) наличие клеток Пирогова - Ланганса

Больной 17 лет по поводу опухоли яичника произведена экстирпация матки с придатками, оментэктомия. При гистологическом исследовании обнаружена серозная цистаденома пограничного типа без признаков злокачественности. Какова дальнейшая тактика ведения пациентки?

- А) наблюдение**
- Б) монокимиотерапия
- В) полихимиотерапия
- Г) облучение
- Д) облучение + химиотерапия

Больному 15 лет произведена гемитиреоидэктомия с резекцией перешейки по поводу аденоматоза щитовидной железы. В двух узлах – фолликулярная аденома. В 1-м (размером в 1 см) – папиллярный рак. Какое лечение необходимо назначить в данном случае?

- А) наблюдение**
- Б) повторную операцию – в объеме тиреоидэктомии
- В) профилактическую лучевую терапию
- Г) профилактическую химиотерапию
- Д) лечение радиоактивным йодом

Первичные злокачественные опухоли костей необходимо дифференцировать:

- а) с фиброзной дисплазией**
- б) с хроническим остеомиелитом**
- в) с костно-хрящевым экзостозом**

Остеогенные саркомы чаще всего встречаются в возрасте

- а) до 25 лет**
- б) от 30 до 40 лет
- в) от 40 до 50 лет
- г) старше 50 лет

Саркомы Юинга наиболее часто встречаются в возрасте:

- а) до 25 лет**
- б) от 30 до 40 лет
- в) от 40 до 50 лет
- г) старше 50 лет

К факторам, влияющим на развитие первичных опухолей костей, относятся:

- а) нарушение внутриутробного развития**
- б) влияние физических факторов**
- в) влияние химических факторов**

г) хронический остеомиелит

Реабилитация детей, больных злокачественными новообразованиями, включает:

- а) психологическую реабилитацию**
- б) физическую реабилитацию**
- в) социальную реабилитацию

Под психологической реабилитацией в детской онкологии понимают:

- а) деонтологические аспекты: врач - больной**
- б) обеспечение преподавания на дому**
- в) косметическую реабилитацию**

Сроки наблюдения за больными детьми со дня окончания лечения составляют:

- а) 2 года**
- б) до 2 лет
- в) от 2 до 5 лет
- г) 5-10 лет

Особенностями оперативных вмешательств у детей раннего возраста с онкологическими заболеваниями являются:

- а) большие операции у маленьких детей**
- б) необходимость минимальной кровопотери и предварительной перевязки сосудов**
- в) снижение иммунитета после предоперационной специальной терапии**

Особенностями опухолей у детей раннего возраста являются:

- а) врожденный характер большинства опухолей**
- б) трансплацентарный бластомогенез**
- в) наследственный характер ряда опухолей**
- г) сочетание ряда опухолей с пороками развития**

Наиболее распространенными психическими реакциями во время лечения детей с опухолями являются:

- а) астено-невротические реакции**
- б) астено-депрессивные реакции
- в) депрессивные реакции
- г) дисфорические реакции
- д) дистимические реакции

В проблеме сообщения диагноза детям в отечественной онкопедиатрии существует следующее правило:

- а) не сообщать ребенку о диагнозе**
- б) с самого начала открыто говорить больному о заболевании
- в) решать этот вопрос в зависимости от мнения родителей, психологического состояния ребенка, возраста
- г) сообщить о заболевании, если ребенок сам начнет задавать вопросы о болезни

К доброкачественным опухолям молочной железы относятся:

- а) фиброаденома**
- б) диффузная мастопатия
- в) узловая фиброзно-кистозная мастопатия

К доброкачественным опухолям пищевода эпителиального происхождения относятся все перечисленные, кроме:

- А). **Лейомиом**
- Б). Аденом
- В). Папиллом
- Г). Полипов

Наиболее часто встречающимися симптомами доброкачественных опухолей пищевода являются:

- А). **Дисфагия**
- Б). **Боль за грудиной или в эпигастральной области**
- В). Респираторные нарушения

Основными методами диагностики доброкачественных опухолей пищевода являются:

- А). **Рентгенологический**
- Б). **Эндоскопический**
- В). Радиоизотопный
- Г). Трахеобронхоскопия

При лечении доброкачественных опухолей пищевода применяется:

- А). **Хирургическое лечение**
- Б). Лучевое лечение
- В). Химиотерапия
- Г). Комбинированное лечение

Раком пищевода:

- А). **Чаще болеют мужчины**
- Б). Чаще болеют женщины
- В). Частота поражения не связана с полом Г). Женщины после 40 лет
- Д). Нет правильного ответа

Рак пищевода чаще всего поражает:

- А). **Среднюю треть**
- Б). Верхнюю треть
- В). Нижнюю треть
- Г). Одинаково часто развивается в любом отделе пищевода

Плоскоклеточный рак среди заболевших раком пищевода встречается примерно у:

- А). **90% больных**
- Б). 40% больных
- В). 60% больных
- Г). 20% больных
- Д). 95,6% больных

При I стадии рака пищевода опухолевая инфильтрация распространяется:

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

Регионарные метастазы при I стадии рака пищевода:

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

Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является:

- А). **Дисфагия**
- Б). Тошнота
- В). Повышенное слюноотделение
- Г). Рвота
- Д). Ощущение инородного тела

Биопсия опухоли при раке пищевода, выполненная во время эндоскопического исследования с последующим гистологическим и цитологическим исследованием позволяет морфологически верифицировать диагноз:

- А). **У 95-98% больных**
- Б). У 70-95 % больных
- В). У 45-50% больных
- Г). У 25-30% больных
- Д). У 10-15% больных

При раке среднегрудного отдела пищевода чаще всего наблюдается:

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

Для диагностики новообразований средостения может быть использован:

- А) **бронхография**
- Б) пневмоперитонеум
- В) ретропневмоперитонеум
- Г) пневмооракс
- Д) пневмомедиастинография

Рак желудка наиболее часто возникает в возрасте:

- А). **Старше 70 лет**
- Б). От 51 до 70 лет
- В). От 21 до 50 лет
- Г). Частота одинакова во всех группах
- Д). Старше 80 лет

Уровень заболеваемости раком желудка у мужчин:

- А). **Выше, чем у женщин в 2 раза**
- Б). Выше, чем у женщин в 5 раз
- В). Ниже, чем у женщин
- Г). Одинаков у мужчин и женщин

Генетические особенности организма играют роль в возникновении:

- А). **Диффузной формы рака желудка**
- Б). Интестинальной формы рака желудка
- В). Любых форм рака желудка
- Г). Роли не играют

Для возникновения рака желудка не имеет значения:

- А). **Количество потребляемой клетчатки**
- Б). Избыточное употребление поваренной соли
- В). Инфицирование желудка бактериальной флорой

Г). Особенности кулинарной обработки пищи

Д). Возраст

Регургитация желчи из 12-ти перстной кишки в желудок:

А). **Способствует возникновению рака желудка**

Б). Не играет роли в возникновении рака желудка

В). Способствует возникновению рака желудка у мужчин

Г). Способствует возникновению рака желудка только у лиц старше 60 лет

Д). Способствует возникновению рака желудка у женщин

Дисплазию эпителия слизистой желудка обнаруживают:

А). **При цитологическом и гистологическом исследовании**

Б). При ФГДС

В). При рентгеновском обследовании

Для исключения малигнизации язвы желудка оптимальным методом является:

А). **Эндоскопический с биопсией**

Б). Рентгенологический

В). Ультразвуковой

Г). Исследование кала на скрытую кровь

Д). Исследование рН-метрии

При малигнизированном полипе желудка больному обычно показано:

А). **Субтотальная резекция желудка с соблюдением всех принципов онкологии**

Б). Хирургическое иссечение полипа

В). Клиновидная резекция желудка

Г). Экономная резекция желудка

Д). Эндоскопическая полипэктомия

Из перечисленных гистологических форм для рака желудка наиболее характерной является:

А). **Аденокарцинома**

Б). Мелкоклеточный рак

В). Плоскоклеточный рак

Г). Карциноид

Д). Светлоклеточный рак

Ранним раком желудка называют:

А). **Любоих размеров рак, поражающий только слизистую оболочку и подслизистый слой**

Б). Рак in situ

В). Опухоль размерами менее 5 см

Г). Опухоль размерами менее 3 см

Д). Опухоль размерами менее 7,5 см

Наиболее часто рак желудка поражает:

А). **Антральный отдел**

Б). Кардиальный отдел

В). Тело желудка

Г). Весь желудок

Д). Большую кривизну желудка

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

А). **Экзофитный**

Б). Инфильтративный

В). Блюдцеобразный

Г). Язвенно-инфильтративный

Для рака желудка характерно метастазирование:

А). **Лимфогенное**

Б). Гематогенное

В). Имплантационное

Рак желудка чаще всего метастазирует в:

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

Метастаз "Вирхова" это метастаз в:

- А). **Надключичные лимфатические узлы**
- Б). Яичники
- В). Пупок
- Г). Клетчатку малого таза
- Д). Селезёнку

Метастаз Крукенберга локализуется:

- А). **В яичнике**
- Б). В пупке
- В). В прямокишечно-пузырной складке
- Г). Между ножками кивательной мышцы
- Д). В мозг

Метастаз Шницлера локализуется:

- А). **В прямокишечно-пузырной складке**
- Б). В пупке
- В). В яичниках
- Г). В надключичных лимфоузлах
- Д). В пупок

Типичным проявлением рака кардиального отдела желудка является:

- А). **Дисфагия**
- Б). Боль в эпигастральной области
- В). Отрыжка, изжога, рвота
- Г). Слабость
- Д). Поносы

Для рака пилорического отдела желудка типичным является:

- А). **"Шум плеска" натощак**
- Б). Дисфагия
- В). Поносы
- Г). Тошнота

Наиболее поздно клинически проявляется:

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

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

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

Наиболее раннее распознавание рака желудка обеспечивает:

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

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

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

При блюдцеобразном раке антрального отдела желудка показана:

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

При операбельном раке выходного отдела желудка с явлениями стеноза показана:

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

Субтотальная проксимальная резекция желудка выполняется:

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

После радикальной операции по поводу рака желудка, при гладком течении и отсутствии жалоб

больному необходимо явиться на контрольный осмотр через:

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

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

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

В каком возрасте наиболее часто встречается рак ободочной кишки?

- А). **Старше 70 лет**
- Б). 50-69 лет

Г). 30-39 лет

Д). 20-30 лет

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

А). **2-3 место**

Б). 1 место

В). 4-5 место

Г). Не входит в пятерку лидеров

Д). Нет правильного ответа

Кто чаще болеет рак ободочной кишки?

А). **Женщины**

Б). Мужчины

В). Дети

Г). Одинаково часто мужчины и женщины

Д). Взрослые до 30 лет

Основным фактором, способствующим возникновению рака ободочной кишки является:

А). **Состав пищевых продуктов**

Б). Курение

В). Ионизирующая радиация

Г). Злоупотребление алкоголем

Д). Ожирение

Повышенная заболеваемость РОК наблюдается:

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

Б). На территориях с низким уровнем экономического развития

В). Одинаково часто

Г). В деревнях

К группе повышенного риска рака ободочной кишки не относят лиц, страдающих:

А). **Гиперпластическими полипами**

Б). Гранулематозным колитом (болезнь Крона)

В). Аденоматозными полипами

Г). Неспецифическим язвенным колитом

Д). Семейным диффузным полипозом

Облигатным предраком ободочной кишки является:

А). **Диффузный семейный полипоз**

Б). Аденоматозные полипы

В). Гиперпластические полипы

Г). Неспецифический язвенный колит

Д). Болезнь Крона

Какой из отделов ободочной кишки наиболее часто поражается раком?

А). **Сигмовидная кишка**

Б). Восходящая ободочная кишка

В). Поперечная ободочная кишка

Г). Нисходящая ободочная кишки

Д). Слепая кишка

Наиболее частой гистологической формой РОК является:

А). **Аденокарцинома**

Б). Солидный рак

В). Недифференцированный рак

Г). Плоскоклеточный рак

У ребенка при пальпации живота определяется опухоль в нижненаружном квадранте слева. При внутривенных урограммах наблюдается расширение лоханки, чашечек левой почки и верхнего отдела мочеточника. О какой опухоли идет речь?

- ☐ левосторонняя нефробластома
- ☒ забрюшинная нейрогенная опухоль
- ☐ правильного ответа нет

Для рака ободочной кишки наиболее характерный путь метастазирования:

- А). **Лимфогенный**
- Б). Гематогенный
- В). Импантационный
- Г). Нет четких различий
- Д). Чаше импантационный

Токсико-анемическая форма клинического течения РОК наиболее часто встречается при локализации опухоли:

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

Кишечная непроходимость как осложнение РОК чаще наблюдается при локализации опухоли:

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

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

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

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

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

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

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

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

Какой из указанных способов диагностики наиболее информативен для распознавания рака ободочной кишки:

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

Радикальным методом лечения рака ободочной кишки является:

- А). **Хирургический**
- Б). Лучевой
- В). Химиотерапевтический
- Г). Химиолучевой
- Д). Комбинированный

Выбор метода хирургического лечения рака ободочной кишки не зависит от:

- А). **Гистологического строения**
- Б). Наличия осложнения или их отсутствия
- В). Общего состояния больного
- Г). Наличия метастазов
- Д). Локализации опухоли

При пальцевом исследовании прямой кишки опухоль удастся обнаружить у:

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

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

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

В каком возрасте наиболее часто встречается рак прямой кишки?

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

Основным фактором, способствующим возникновению рака прямой кишки является:

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

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

- А). **Жиров**
- Б). Грубой растительной клетчатки, плохо переваривающейся в кишечнике
- В). Овощей и фруктов

- Г). От диеты не зависит
- Д). Углеводов

Наиболее частой гистологической формой рака прямой кишки является:

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

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

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

Наиболее характерным симптомом рака прямой кишки является:

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

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

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

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

Какую тактику следует избрать?

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

Методом радикального лечения рака ампулы прямой кишки является:

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

Большинство доброкачественных центральных опухолей легких составляют:

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

Большинство периферических доброкачественных опухолей легких составляют:

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

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

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

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

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

Раком легкого чаще болеют:

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

Определяющая роль в увеличении заболеваемости населения раком легких принадлежит:

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

У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает:

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

Рак легкого метастазирует в:

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

Частота лимфогенного метастазирования наиболее велика:

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

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

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

К неинвазивным методам рентгеновского исследования относятся:

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

Наиболее эффективным методом лечения рака легкого является:

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

Основными видами хирургического вмешательства при раке легкого являются:

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

Термин «расширенная пневмонэктомия» подразумевает удаление легкого с:

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

При высокодифференцированной аденокарциноме легкого II стадии методом выбора является:

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

Адьювантная химиотерапия наиболее целесообразна:

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

Частота рака нижней губы имеет:

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

Криодеструкция первичной опухоли нижней губы может применяться:

- А). При I стадии**
- Б). При IIa стадии**
- В). При IIb стадии**

Г). При рецидиве опухоли

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

- А). I стадии**
- Б). IIa стадии**
- В). IIa стадии

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

- А). Сочетанной лучевой терапии**
- Б). Дистанционной g-терапии
- В). Близкофокусной рентгенотерапии

К факультативным предракам нижней губы относят:

- А). Кожный рог**
- Б). Лейкоплакии**
- В). Кератоакантомы**

Гистологической формой рака нижней губы чаще бывает:

- А). Плоскоклеточный ороговевающий рак**
- Б). Плоскоклеточный неороговевающий рак
- В). Базалиома
- Г). Аденокарцинома
- Д). Меланома

Лимфогенные метастазы рака нижней губы встречаются в:

- А). 5-10% случаев**
- Б). 15-20% случаев
- В). 25-30% случаев
- Г). Более чем у 30% пациентов
- Д). Более чем у 45% пациентов

Хирургическое лечение рака нижней губы показано:

- А). При больших опухолях после лучевой терапии**
- Б). При маленьких опухолях
- В). После криодеструкции
- Г). Во всех случаях
- Д). Правильный ответ Б) и В)

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

- А). 85-90% больных**
- Б). 70-80% больных
- В). 50-60% больных
- Г). 90-95% больных
- Д). 99-100% больных

Рак кожи в структуре заболеваемости злокачественными опухолями составляет:

- А). 4-8%**
- Б). 2-3%
- В). Около 1%
- Г). Около 15%
- Д). Около 20%

К гистологическим вариантам рака кожи относят:

- А). Базальноклеточный рак**
- Б). Плоскоклеточный рак**
- В). Мелкоклеточный рак

Г). Светлоклеточный рак

Базальноклеточный рак кожи составляет:

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

Частота локализации базалиомы на коже лица составляет:

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

Наиболее высокие показатели заболеваемости раком кожи отмечены:

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

Плоскоклеточный рак кожи наиболее часто развивается:

- А). **На фоне хронических заболеваний кожи**
- Б). На здоровой коже (de novo)
- В). С одинаковой частотой и в том, и в другом случае
- Г). На фоне меланомы
- Д). В местах рубцовых изменений кожи

К внутриэпидермальному раку cancer in situ относится:

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

Базальноклеточный рак кожи чаще метастазирует:

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

Рак кожи может иметь все перечисленные виды, кроме:

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

Самыми информативными методами при постановке диагноза рака кожи являются:

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

К меланомо-неопасным невусам относят:

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

Из нижеперечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому:

А). **Меланоз Дюбрея**

Б). Невус Оста

В). Папилломатозный невус

Г). Пигментная ксеродерма

Меланома кожи относится к опухолям:

А). **Нейроэктодермальной природы**

Б). Эктодермальной природы

В). Мезенхимальной природы

Г). Дисэмбриональной природы

Ведущим методом диагностики меланомы кожи является:

А). **Морфологический метод**

Б). Лучевая меланурия (реакция Якша)

В). Термография

Г). Радиофосфорная проба

При подозрении на меланому кожи нежелательно проводить:

А). **Краевую биопсию**

Б). Взятие мазков-отпечатков

В). Иссечение опухоли

Ведущим методом лечения меланомы кожи является:

А). **Хирургический**

Б). Лучевая терапия

В). Электрокоагуляция

Г). Комбинированный

Худший прогноз при локализации меланомы на коже:

А). **Нижних конечностей**

Б). Верхних конечностей

В). Туловища

Г). Головы

Д). Органов половой зоны

Наиболее часто меланомы располагаются на:

А). **Туловище**

Б). Лице, голове, шее

В). Верхних конечностях

Г). Нижних конечностях.

Д). Уши

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

А). **1 место**

Б). 2 место

В). 3 место

Г). 4 место

Д). 5 место

Заболеваемость раком молочной железы женского населения в России ежегодно:

А). **Возрастает**

Б). Стабилизировалась

В). Снижается

Г). Резко снизилась

Д). Резко возрастает

В структуре смертности женского населения рак молочной железы занимает:

А). **1 место**

Б). 2 место

В). 3 место

Г). 4 место

Д). 5 место

Для ранней диагностики РМЖ наиболее приемлима:

А). **Маммография**

Б). Флюорография

В). Пункционная биопсия

Г). Секторальная резекция

Д). Пальпация

Основным методом диагностики РМЖ является:

А). **Морфологический**

Б). Пальпация молочной железы

В). УЗИ молочной железы

Г). Маммография

Д). Термография

Рак молочной железы развивается из:

А). **Железистого эпителия протоков**

Б). Кровеносных сосудов

В). Гладко или поперечно-полосатой мускулатуры

Г). Лимфатических узлов

Д). Незрелой соединительной ткани

Наиболее часто встречающейся клинической формой РМЖ является:

А). **Узловая**

Б). Панцирная

В). Рожеподобная

Г). Рак Педжета

Д). Маститоподобная

К гистологическим формам РМЖ относятся:

А). **Аденокарцинома**

Б). **Медулярный рак**

В). **Папиллярный рак**

Г). **Слизистый рак**

Для РМЖ не характерны метастазы в:

А). **Пупок**

Б). Печень

В). Мозг

Г). Лёгкие

Д). Кости

Положительный симптом Кёнига при РМЖ это:

А). **Четкое определение узла при придавливании молочной железы к грудной стенке**

Б). Симптом втяжения кожи

В). Исчезновение опухоли при придавливании молочной железы ладонью к грудной стенке

Г). Симптом морщинистости кожи

Д). Смещений опухоли за соском при потягивании за него

Симптом Прибрама при РМЖ это:

А). **Смещение опухоли за соском при потягивании за него**

Б). Симптом умбиликации

В). Симптом площадки

Г). Четкое определение узла при придавливании молочной железы к грудной стенке

Д). Появление поперечной морщинистости при попытке взятия кожной складки

Перечень вопросов для II этапа итоговой (государственной итоговой) аттестации в ординатуре по специальности 31.08.57 Онкология

1. Основные принципы терапии болевых синдромов. Классификации средств лекарственной терапии боли.
2. Лечение острого болевого синдрома; хронического болевого синдрома в онкологии, возможных осложнений терапии болевых синдромов, их профилактики и купирования. Оценка эффективности терапии болевого синдрома.
3. Порядок оказания неотложной медицинской помощи.
4. Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания.
5. Правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации.
6. Правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания.
7. Принципы проведения коникотомии/трахеостомии.
8. Клинические признаки пищевого отравления, в том числе лекарственными средствами и ядами.
9. Клинические признаки и дифференциальная диагностика при комах.
10. Клинические признаки и дифференциальная диагностика при шоке.
11. Принципы остановки кровотечений.
12. Клеточные основы метастазирования.
13. Экстрамедуллярное кроветворение.
14. Международная классификация острых лейкозов.
15. Клинические проявления при острых лейкозах.
16. Особенности клинических проявлений отдельных форм лейкозов.
17. Программная терапия острых лейкозов.
18. Осложнения цитостатической терапии.
19. Основные принципы поддерживающей терапии.
20. Способы оценки эффективности цитостатической терапии.
21. Понятие резидуального клона.
22. Правила взятия пункционной и эксцизионной биопсии и доставка биопсийного и операционного материала. Оформление документации.
23. Методика получения костного мозга (стерильная пункция, трепанобиопсия). Характеристика и значение изменений состава костного мозга .
24. Возможности лучевых методов исследования в онкологии: УЗИ, КТ, ПЭТ.
25. Роль и показания для выполнения магнитно-резонансной томографии при различных опухолях.
26. Показания и возможности эндоскопических методов диагностики в онкологии.
27. Роль и показания для радиоизотопных методов исследования при различных опухолях.
28. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение.
29. Комбинированное, сочетанное и комплексное лечение
30. Принципы лекарственной терапии злокачественных новообразований.
31. Принципы радиотерапии злокачественных новообразований.
32. Порядок оказания паллиативной помощи онкологическим больным.
33. Основы реабилитации в онкологии.
34. Роль цитологических, гистологических и иммунологических методов в диагностике.
35. Правила забора и транспортировки материала для морфологических методов исследования.

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

1. Нормативные документы, регламентирующие деятельность гематологической службы.
2. Эпидемиология заболеваний системы крови.
3. Основные подходы к диагностике заболеваний системы крови.
4. Роль и место гистологического исследования в диагностике болезней системы крови. Роль и место цитологического исследования в диагностике болезней системы крови.
5. Цитогенетическое исследование в гематологии.
6. Молекулярно-генетическое исследование в гематологии.
7. Методы исследования свертывающей системы крови.
8. Структура оказания гематологической помощи в России.
9. Современная теория кроветворения.
10. Онкогены и протоонкогены.
11. Клональная теория гематологических опухолей.
12. Противоопухолевый иммунитет.
13. Опухолевая прогрессия.
14. Клеточные основы метастазирования.
15. Экстрamedулярное кроветворение.
16. Международная классификация острых лейкозов.
17. Клинические проявления при острых лейкозах.
18. Особенности клинических проявлений отдельных форм лейкозов.
19. Программная терапия острых лейкозов.
20. Осложнения цитостатической терапии.
21. Основные принципы поддерживающей терапии.
22. Способы оценки эффективности цитостатической терапии.
23. Понятие резидуального клона.
24. Санаторно-курортное лечение при болезнях крови
25. Международные классификации миелодиспластического синдрома.
26. Дифференциальный диагноз при миелодиспластическом синдроме.
27. Цитогенетика при миелодиспластическом синдроме.
28. Программы терапии миелодиспластического синдрома.
29. Формы хронического миелолейкоза.
30. Цитогенетика и молекулярная генетика хронического миелолейкоза.
31. Стадии течения хронического миелолейкоза.
32. Цитогенетические особенности терминальной стадии хронического миелолейкоза.
33. Особенности хронического миелолейкоза у детей.
34. Современная концепция терапии хронического миелолейкоза.
35. Генодиагностика хронических миелопролиферативных заболеваний.
36. Истинная полицитемия, особенности течения и лечение.
37. Эссенциальная тромбоцитемия, особенности течения и лечение.
38. Хронический миелофиброз, особенности течения и лечения.
39. Хронический лимфолейкоз - клинические проявления и критерии диагноза.
40. Редкие формы хронического лимфолейкоза.
41. Современная концепция терапии хронического лимфолейкоза.
42. Волосатоклеточный лейкоз.
43. Неходжкинские лимфомы – определение и классификация.
44. Роль цитологических, гистологических и иммунологических методов в диагностике неходжкинских лимфом.
45. Современная концепция терапии неходжкинских лимфом.
46. Лимфогранулематоз (лимфома Ходжкина).
47. Современная концепция терапии лимфогранулематоза.
48. Миеломная болезнь, критерии диагноза, стадии заболевания.

49. Дифференциальный диагноз при парапротеинемии.
50. Болезнь Вальденстрема, синдром гипервязкости.
51. Болезнь тяжелых цепей.
52. Апластическая анемия.
53. Современная концепция лечения апластической анемии.
54. Критерии тяжести апластической анемии.
55. Врожденная красноклеточная аплазия.
56. Приобретенная красноклеточная аплазия.
57. Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура.
58. Диагностика идиопатической тромбоцитопенической пурпуры.
59. Спленэктомия в лечении идиопатической тромбоцитопенической пурпуры.
60. Гаптенный агранулоцитоз.
61. Заготовка костного мозга и гемопоэтических клеток периферической крови.
62. Основные принципы трансплантации костного мозга.
63. Трансплантация гемопоэтических клеток периферической крови и пуповинных клеток.
64. Роль и место трансплантации в лечении острых лейкозов.
65. Роль и место трансплантации в лечении хронического миелолейкоза.
66. Роль и место трансплантации в лечении миелодиспластического синдрома.
67. Роль и место трансплантации в лечении лимфом.
68. Роль и место трансплантации в лечении апластической анемии.
69. Роль и место трансплантации в лечении миеломной болезни.
70. Роль и место трансплантации в лечении аутоиммунных заболеваний.
71. Основные принципы работы донорского регистра.
72. Патогенез гемофилии А.
73. Патогенез гемофилии В.
74. Наследование гемофилии А и В.
75. Ингибиторная гемофилия.
76. Болезнь Виллебранда.
77. Генетика болезни Виллебранда.
78. Функция тромбоцитов при болезни Виллебранда.
79. Современные принципы терапии болезни Виллебранда.
80. Иммунная тромбоцитопения.
81. Тромбофилии.
82. Антифосфолипидный синдром.
83. Дифференциальный диагноз при гипохромных анемиях.
84. Железодефицитная анемия, этиология, патогенез, терапия.
85. Профилактика железодефицитных состояний. Анемия хронического заболевания, этиология, патогенез, терапия
86. Талассемия, этиология, патогенез, терапия
87. Дифференциальный диагноз при гиперхромных анемиях. Дифференциальный диагноз при нормохромных анемиях.
88. Фолиеводефицитная анемия, этиология, патогенез, терапия. Аутоиммунная гемолитическая анемия, этиология, патогенез, терапия.
89. Витамин В12 дефицитная анемия, этиология, патогенез, терапия. Дифференциальный диагноз при нормохромных анемиях.
90. Современные технологии обработки информации

Типовые ситуационные задачи, выносимые на III этап итоговой (государственной итоговой) аттестации по специальности 31.08.57 Онкология

1. Больная Т. 27 лет. В течение 3-х лет замечает нарастание общей слабости, зуда. Последнее время выраженная потливость, лихорадка до 39,0С (выявила случайно, померив температуру). При осмотре обнаружены увеличенные до 3 см в диаметре надключичные лимфатические узлы слева. Узлы подвижные, эластичные, с кожей не спаяны. Селезенка увеличена, умеренно плотная, выступает на 2-3 см из-под края реберной дуги. Кровь: общий анализ без особенностей, только СОЭ увеличена до 40 мм/час.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. План обследования

2. «Женщина 25 лет жалуется на быстро развившуюся слабость, сильные головокружения, сердцебиение, обмороки. Эритроциты $1,5 \times 10^9/\text{л}$; гемоглобин 50 г/л; MCV 100 фл; ретикулоциты 59%; лейкоциты $28,5 \times 10^9/\text{л}$; нормоциты 18:100; тромбоциты $7 \times 10^9/\text{л}$. Прямая проба Кумбса положительная.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. План обследования

3. Больной Р., 63 года, предъявляет жалобы на снижение аппетита, похудание, умеренную общую слабость, одышку. При осмотре – кожные покровы, видимые слизистые бледные. Пальпируются плотные, безболезненные, подвижные лимфоузлы размером 3-3,5 см. В легких дыхание везикулярное. АД – 150/90 мм. рт. ст. Пульс – 92 уд./мин. Тоны сердца ритмичны, выслушивается мягкий систолический шум. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка – на 1,5 см. В общем анализе крови – Нв – 82 г/л, ЦП – 1,0, лейкоциты – 117 тыс., нейтрофилы п/ядерные – 2 %, с/ядерные – 16 %, моноциты – 10 %, лимфоциты – 72 %, преимущественно зрелые формы, СОЭ – 32 мм/ч.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. План обследования

4. «Женщина 32 лет длительное время отмечает нарастающую слабость, утомляемость, обмороки при поездке в метро. Отмечает пристрастие к запаху жидкости для снятия лака с ногтей. Гемоглобин 74 г/л; MCV 74 фл; ретикулоциты 0,9 %; лейкоциты $4,3 \times 10^9/\text{л}$; тромбоциты $420 \times 10^9/\text{л}$; Содержание железа в сыворотке крови 9 ммоль/л; железосвязывающая способность сыворотки крови 89,2 мкмоль/л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. План обследования

5. «Больной 44 лет с миелобластным лейкозом. Первые сутки после индукционного курса химиотерапии. Гемоглобин 110 г/л; MCV 81 фл; лейкоциты $0,5 \times 10^9/\text{л}$; гранулоциты $0,1 \times 10^9/\text{л}$; тромбоциты $2 \times 10^9/\text{л}$; МНО 1,2; АЧТВ 34 сек. (норма 24 - 38 сек.); Свежих проявлений геморрагического диатеза нет. Показатели гемодинамики - стабильные. Температура тела 37,8/С.

Какая гемотрансфузионная тактика?

6. «Мужчина 30 лет госпитализирован в связи с тяжелым носовым кровотечением, жалобами на слабость, головокружения, обморочное состояние. Из анамнеза известно, что ранее также изредка отмечались носовые кровотечения. Других проявлений геморрагического диатеза не отмечалось. Носовые кровотечения отмечаются у родственников матери пациента, сестры пациента и дочери пациента. Выполнена тампонада. Гемоглобин 68 г/л; MCV 62 фл; ретикулоциты 1,2 %; лейкоциты $6,3 \times 10^9/\text{л}$; п - 1%; с/я - 59%; м- 10%; л- 30%; тромбоциты $200 \times 10^9/\text{л}$. МНО 1,0; АЧТВ 37 сек. (норма 26 -38 сек). Активность фактора VIII - 32%. Активность фактора Виллебранда 14%;

Какая тактика врача?

7. «Женщина 65 лет госпитализирована в стационар в связи с жалобами на слабость, головокружения, сердцебиение, одышку, нарастающие к вечеру отеки на нижних конечностях. Единичные мелкие синячки на нижних конечностях. Эритроциты $1,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобин 50 г/л; MCV 120 фл; ретикулоциты 0,09%; лейкоциты $1,5 \times 10^9/л$; тромбоциты $7 \times 10^9/л$.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Тактика врача:

8. «Женщина 21 года в течение последнего месяца отмечает нарастающую слабость, утомляемость, головокружения. Последние три дня появилась одышка при бытовых нагрузках. Сегодня, в день госпитализации, без видимых причин появилась петехиальная сыпь по всему телу и на лице. Гемоглобин 64 г/л; MCV 95 фл; ретикулоциты 0,01 %; лейкоциты $0,3 \times 10^9/л$; тромбоциты $2 \times 10^9/л$;

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Тактика врача:

9. «Женщина 25 лет жалуется на быстро развившуюся слабость, сильные головокружения, сердцебиение, обмороки. Эритроциты $1,5 \times 10^{12}/л$; гемоглобин 70 г/л; MCV 100 фл; ретикулоциты 59%; лейкоциты $28,5 \times 10^9/л$; нормоциты 18:100; тромбоциты $7 \times 10^9/л$. Прямая проба Кумбса положительная.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Тактика врача-трансфузиолога?

10. «Больной 68 лет, получающий терапию варфарином по кардиологическим показаниям, госпитализирован на отделении урологии в связи с жалобами на макрогематурию.

Гемоглобин 118 г/л; MCV 88 фл; лейкоциты $8,4 \times 10^9/л$; тромбоциты $160 \times 10^9/л$; АЧТВ 32 сек. (норма 24 - 38 сек.); МНО 9,5.

Какая тактика врача?

11. «Пациентка 40 лет, госпитализирована и успешно прооперирована в связи с острым холециститом. Из-за плохо выраженных периферических вен на время операции установлен центральный катетер. В послеоперационном периоде отмечается чрезмерная кровоточивость в области послеоперационной раны, развилась мнотроррагия. Гемоглобин 110 г/л; MCV 80 фл; лейкоциты $8,4 \times 10^9/л$; тромбоциты $200 \times 10^9/л$; АЧТВ 120 сек. (норма 24 - 38 сек.); МНО 0,9.

Какая тактика врача?

12. «Пациент 19 лет госпитализирован в связи с проявлением геморрагической сыпи по всему туловищу. Гемоглобин 160 г/л. Лейкоциты $4,5 \times 10^9/л$. Формула - без патологических знаков. Количество тромбоцитов $1 \times 10^9/л$. Время свертывания крови по Ли-Уайту 5 минут 30 секунд.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Какая тактика врача?

13. «Женщина 38 лет прооперирована в связи с симптомной миомой матки. В послеоперационном периоде жалобы на слабость, сердцебиение, одышку при незначительной нагрузке, пастозность голеней к вечеру. Гемоглобин 77 г/л; MCV 68 фл; ретикулоциты 1,0 %; лейкоциты $4,5 \times 10^9/л$; в формуле крови патологических знаков нет. тромбоциты $480 \times 10^9/л$.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Какая тактика врача?

14. «Женщина 64 лет госпитализирована в связи с болями за грудиной сжимающего характера. Установлен диагноз ИБС. Стенокардия напряжения 2 функционального класса. Гемоглобин 62 г/л; MCV 128 фл; ретикулоциты 0,01 %; лейкоциты $1,3 \times 10^9/л$;

10*9/л; п - 1%; с/я - 29%; м- 10%; л- 60%; тромбоциты 40 x 10*9/л. Неврологическая симптоматика отсутствует. В стернальном пунктате - мегалобластный тип кроветворения.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Какая тактика врача?

15. «Мужчина 72 лет госпитализирован в связи с болями за грудиной сжимающего характера. Кроме того, беспокоит неуверенная походка "чувствует вату по ногам", "не знает куда ставить ногу". Установлен диагноз ИБС. Стенокардия напряжения 3 функционального класса. Гемоглобин 58 г/л; MCV 120 фл; ретикулоциты 0,01 %; лейкоциты 1,5 x 10*9/л; п - 1%; с/я - 30%; м- 10%; л- 59%; тромбоциты 30 x 10*9/л. В стернальном пунктате - мегалобластный тип кроветворения.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Какая тактика врача?

16. «Мужчина 45 лет госпитализирован в связи с лихорадкой и болями в горле. Установлен диагноз - обострение хронического тонзилита. Гемоглобин 89 г/л; MCV 112 фл; ретикулоциты 0,5 %; лейкоциты 3,9 x 10*9/л; п - 1%; с/я - 49%; м- 5%; л- 45%; тромбоциты 132 x 10*9/л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. План обследования. Какая тактика врача?

17. «Женщина 24 лет находится на гематологическом отделении в связи с острым лимфобластным лейкозом. Получает полихимиотерапию. Лихорадит - 39,2 С. В связи с болями в животе осмотрена хирургом. Установлен диагноз: острый аппендицит. Показана хирургическая операция. Гемоглобин 108 г/л; MCV 82 фл; ретикулоциты 0,01, %; лейкоциты 0,3 x 10*9/л; п - 1%; с/я - 1%; м- 1%; л- 93%; тромбоциты 15 x 10*9/л.

Какая тактика врача?

18. «Мужчина 38 лет находится на гематологическом отделении в связи с острым миелобластным лейкозом. Получает полихимиотерапию. Лихорадит - 37,2 С. Прогрессирует геморрагическая сыпь (петехии) - покрывает всё туловище, свежие высыпания на лице. Гемоглобин 92 г/л; MCV 83 фл; ретикулоциты 0,01, %; лейкоциты 0,1 x 10*9/л; тромбоциты 20 x 10*9/л.

Какая тактика врача?

19. «Мужчина 19 лет госпитализирован в связи с болями в животе. При обследовании данных за хирургическую патологию нет. На нижних конечностях сыпь по типу васкулитно- пурпурной. Гемоглобин 138 г/л; MCV 84 фл; ретикулоциты 1,0 %; лейкоциты 5,5 x 10*9/л; п - 1 %; с/я - 64%; м- 8%; л -27%; тромбоциты 200 x 10*9/л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. План обследования. Какая тактика врача?

20. «Женщина 20 лет госпитализирован в связи с жалобами на боли в горле, подъем температуры до 37,8 С. Увеличены затылочные лимфатические узлы. Гемоглобин 130 г/л; MCV 80 фл; ретикулоциты 1,0 %; лейкоциты 3,8 x 10*9/л; п - 1 %; с/я - 44%; м - 28%; л - 27%; атипичные мононуклеары 9; тромбоциты 220 x 10*9/л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. План обследования. Какая тактика врача?

21 «Мужчина 61 года госпитализирован в связи с жалобами на боли в горле, подъем температуры до 37,8 С. Увеличены затылочные, заднешейные и аксиллярные

лимфатические узлы. Гемоглобин 70 г/л; MCV 80 фл; ретикулоциты 1,0 %; лейкоциты $53,8 \times 10^9/\text{л}$; п - 1 %; с/я - 24%; м - 4%; л - 71%; тромбоциты $20 \times 10^9/\text{л}$.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. План обследования. Какая тактика врача?

22. «Женщина 70 лет госпитализирована в связи с жалобами на сильные боли в поясничном отделе позвоночника, шум в ушах, сильные головокружения, временами спутанность сознания. При осмотре - небольшое количество геморрагической сыпи на коже нижних конечностях и передней брюшной стенке. Гемоглобин 105 г/л; MCV 80 фл; ретикулоциты 1,2 %; лейкоциты $5,8 \times 10^9/\text{л}$; п - 2 %; с/я - 58 %; м - 9%; л - 31%; тромбоциты $150 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ: 76 мм/ч; Общий белок 98 г/л. М-градиент 12%;

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. План обследования. Какая тактика врача?

23. «Мужчина 49 лет госпитализирован в связи с жалобами на спутанность сознания. Гемоглобин 115 г/л; MCV 80 фл; ретикулоциты 2,3 %; лейкоциты $502,8 \times 10^9/\text{л}$; бласты-1%; промиелоциты- 3%; миелоциты- 5%; мета- 10% п - 12 %; с/я - 48 %; эоз - 3%; баз- 3%; м - 6 %; л - 9%; тромбоциты $650 \times 10^9/\text{л}$.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. План обследования. Какая тактика врача?

24. «Мужчина 80 лет госпитализирован в связи с жалобами на сердцебиение и одышку. Гемоглобин 70 г/л; MCV 69 фл; ретикулоциты 2,3 %; лейкоциты $30,8 \times 10^9/\text{л}$; п - 1 %; с/я - 18 %; эоз - 1%; м - 3 %; л - 77%; тромбоциты $150 \times 10^9/\text{л}$. Наиболее вероятно представление о: План обследования? Какая тактика врача?

26. «Мужчина 81 года госпитализирован в связи с жалобами на сердцебиение и одышку. Гемоглобин 70 г/л; MCV 69 фл; ретикулоциты 1,5 %; лейкоциты $33,8 \times 10^9/\text{л}$; п - 1 %; с/я - 18 %; эоз - 1%; м - 3 %; л - 77%; тромбоциты $130 \times 10^9/\text{л}$.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. План обследования. Какая тактика врача?

27. «Женщина 67 лет госпитализирована в связи с жалобами на одышку при физической нагрузке, головокружения, слабость. Гемоглобин 70 г/л; MCV 102 фл; ретикулоциты 28,5 %; лейкоциты $27,0 \times 10^9/\text{л}$; п-1%;с/я-28%;эоз-1%;м-3%;л-77%;тромбоциты $145 \times 10^9/\text{л}$.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. План обследования. Какая тактика врача?

28. «Пациент 20 лет госпитализирован в стационар в связи острым аппендицитом. Показано хирургическое лечение. Из анамнеза известно, что пациент страдает гемофилией А.

Какая тактика врача?

29. «Мужчина 30 лет госпитализирована в связи с кровотечением после экстракции зуба. Из анамнеза известно, что страдает гемофилией А. Получал множественные трансфузии криопреципитата и концентратов фактора VIII. Перед лечением у стоматолога вводился

концентрат фактора VIII, однако это не предотвратило развитие кровотечения. Фактор VIII - 0%. Активность ингибитора фактора VIII - 18%.

Какова тактика врача?

30. «Женщина 24 лет в послеродовом периоде, после ручного отделения последа,развилось маточное кровотечение. АД 70/40 мм.рт.ст. Гемоглобин 52 г/л; MCV 80 фл; ретикулоциты 2,0 %; лейкоциты 12,9 x 10⁹/л; п - 2 %; с/я - 70%; м - 8%; л - 20%; тромбоциты 20 x 10⁹/л. Время свертывания крови по Ли-Уайту 20 минут. Фибриноген 0,5 г/л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Тактика лечения.

Заведующая кафедрой онкологии, гематологии и трансплантологии Института НМФО,
д.м.н., _____ Н.В. Коваленко

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Барканова Ольга Николаевна

29.08.25 13:21 (MSK)

Сертификат 068A099000C3B27AAE44A95C53BA2B95BA