

Министерство образования и науки Украины
Министерство здравоохранения Украины
Сумский государственный университет

И. А. Винниченко, Ю. В. Москаленко, А. И. Винниченко

Сборник тестовых заданий ПО ОНКОЛОГИИ (Классификация TNM, седьмое издание, 2009)

Учебное пособие

Рекомендовано ученым советом Сумского государственного университета



Сумы
Сумский государственный университет
2017

УДК 616-006.04(075.8)

ББК 55.6я73

В48

Рецензенты:

И. Д. Дужий – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии, радиационной медицины и фтизиатрии Сумского государственного университета;

И. И. Галайчук – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой онкологии, лучевой диагностики и терапии и радиационной медицины Тернопольского государственного медицинского университета им. И. Я. Горбачевского

*Рекомендовано к изданию ученым советом
Сумского государственного университета
в качестве учебного пособия
(протокол № 9 от 15 июня 2016 года)*

Винниченко И. А.

В48 Сборник тестовых заданий по онкологии (Классификация TNM, седьмое издание, 2009) : учеб. пособ. / И. А. Винниченко, Ю. В. Москаленко, А. И. Винниченко. – Сумы : Сумский государственный университет, 2017. – 141 с.
ISBN 978-966-657-654-8

В учебном пособии представлены классификация TNM (седьмое издание, 2009) и тестовые вопросы по онкологии. Издание предназначено для практикующих врачей-онкологов, химиотерапевтов, радиологов, хирургов, а также клинических ординаторов, интернов и студентов старших курсов высших медицинских учебных заведений.

УДК 616-006.04(075.8)

ББК 55.6я73

© Винниченко И. А., Москаленко Ю. В.,
Винниченко А. И., 2017

ISBN 978-966-657-654-8

© Сумский государственный университет, 2017

Содержание

	С.
Введение	4
Полость рта и губа	8
Щитовидная железа	16
Пищевод	24
Желудок	32
Ободочная кишка	40
Прямая кишка	50
Печень	58
Поджелудочная железа	66
Легкие	73
Опухоли средостения	82
Кожа	89
Молочная железа	99
Шейка матки	109
Почка	117
Лимфогранулематоз	124
Паллиативная помощь	132
Список литературы.....	140

ВВЕДЕНИЕ

История создания системы TNM

Система TNM для классификации злокачественных опухолей была разработана Denoix (Франция) в период с 1943 по 1952 год. В 1950 г. Международный противораковый союз с целью разработки критериев по клиническому определению местного распространения злокачественных новообразований создал Комитет по Номенклатуре и Статистике опухолей.

В 1953 г. Комитет провел объединенное совещание с Международной Комиссией по стадированию рака и представления результатов лечения во время Международного Конгресса по радиологии. Результатом этой работы явилось соглашение об основных технических моментах классификации по анатомическому распространению опухолей по системе TNM.

В 1954 г. исследовательская Комиссия МПРС создала специальный Комитет по Клиническому стадированию и Применению статистики «с целью исследований в этой области и применения общих правил классификации для всех злокачественных опухолей». Уже в 1958 г. Комитет опубликовал первые рекомендации по клинической классификации рака молочной железы и гортани, которые в 1959 году были пересмотрены, дополнены и рекомендованы для клинического применения в течение 5 лет (1960—1964 гг.).

Между 1960 и 1967 годом Комитетом было опубликовано 9 брошюр с предложениями по классификации злокачественных опухолей 23 локализаций и рекомендациями по использованию этой классификации для ретроспективных и проспективных исследований в течение 5 лет. В 1968 г. эти брошюры были объединены в буклет, а годом позже был издан дополнительный буклет с рекомендациями направлений исследований для представления конечных результатов и для определения и представления уровней выживаемости при раке. *Livre de Poche* была переведена на 11 языков, в том числе и на русский.

В 1974 и 1978 годах вышли второе и третье издания, содержащие классификации злокачественных опухолей новых локализаций, а также исправления и дополнения предыдущих, уже опубликованных классификаций. Третье издание Классификации было расширено и дополнено в 1982 г. В него вошли классификации ряда локализаций злокачественных опухолей детей, что явилось результатом совместной работы с Международной ассоциацией педиатров-онкологов (SIOP).

Классификация офтальмологических опухолей была опубликована отдельно в 1985 году. С течением времени в существующую классификацию злокачественных опухолей различных локализаций вносились определенные изменения и добавления, в связи с чем национальные комитеты TNM в 1982 г. пришли к соглашению о необходимости ее пересмотра. Результатом этой многолетней работы явилось четвертое издание TNM (1987, пересмотр 1992).

В 1993 г. было опубликовано TNM — добавление. Целью этого издания являлось внедрение унифицированных правил TNM в практическую деятельность. Здесь также содержались предложения по новым классификациям и отдельным критериям.

В 1995 г. была опубликована книга «Прогностические факторы при раке», охватывающая большинство локализаций злокачественных опухолей с приведением

обширных литературных данных и дискуссий по этому поводу. Второе издание появилось в 2001 г.

Шестое издание было опубликовано в 2002 и действовало до 2009 года.

Настоящее седьмое издание содержит правила классификации и стадирования, полностью соответствующие седьмому (2009 г.) изданию AJCC «Руководство по стадированию рака» и одобренные всеми национальными комитетами TNM. МПРС подчеркнул необходимость на определенный период времени прекратить внесение изменений, в связи с чем представленная классификация останется без изменений до тех пор, пока не произойдут радикальные перемены в диагностике и лечении злокачественных опухолей, представленных в данной классификации. Данная классификация была поддержана всеми национальными комитетами TNM. Только в этом случае онкологи могут пользоваться «общим языком» при сравнении своего клинического материала и оценке результатов лечения.

Принципы классификации по системе TNM

Деление опухолей на группы по так называемым «стадиям» процесса основано на том, что при локализованных опухолях процент выживаемости выше, чем при поражениях, распространяющихся за пределы органа. Эти стадии часто относят к «ранним» или «поздним», подразумевая под этим последовательное развитие опухолей во времени. На самом же деле стадия заболевания в момент постановки диагноза может отражать не только темп роста и распространенность опухоли, но и ее тип и взаимоотношение опухоли и организма.

Стадирование рака освещено традиционно и при анализировании группы больных часто необходимо использовать такую методику. МПРС верит, что предпочтительно достигнуть соглашения по единому фиксированию информации о распространенности болезни в каждом конкретном случае, поскольку клиническое описание и гистологическая классификация (когда возможна) злокачественных опухолей может оказывать существенную роль:

- 1) в планировании лечения;
- 2) в составлении прогноза;
- 3) в оценке результатов лечения;
- 4) в обмене информацией между медицинскими центрами;
- 5) способствовать дальнейшему изучению рака.

Основной целью Международной классификации злокачественных новообразований по распространенности процесса является разработка методики единообразного представления клинических данных. Классификации могут быть самыми разнообразными: к примеру, по локализации опухоли, клиническому или патологическому распространению поражения, длительности симптомов или признаков, полу и возрасту больных, гистологическому строению, степени злокачественности. Все эти признаки в определенной степени влияют на прогноз заболевания, однако не дают полной оценки.

Классификация TNM основывается на клиническом и, когда возможно, гистопатологическом определении анатомического распространения заболевания. Важной задачей клинициста являются определение прогноза заболевания и планирование наиболее эффективного курса лечения, для чего требуется объективная оценка

анатомической распространенности поражения. С этой целью необходимо иметь классификацию, основные принципы которой были бы применены ко всем локализациям злокачественных опухолей независимо от планируемого лечения и которую впоследствии можно было бы дополнить сведениями, полученными при патогистологическом исследовании, и (или) данными хирургического вмешательства. Система TNM отвечает этим требованиям.

Общие правила системы TNM

Система TNM, принятая для описания анатомического распространения поражения, основана на трех компонентах:

T — распространение первичной опухоли;

N — отсутствие или наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах и степень их поражения;

M — отсутствие или наличие отдаленных метастазов.

К этим трем компонентам добавляются цифры, указывающие на распространенность злокачественного процесса:

Т0, Т1, Т2, Т3, Т4

N0, N1, N2, N3

М0, М1

Эффективность системы в «кратности обозначения» степени распространения злокачественной опухоли. Общие правила, применимые для всех локализаций опухолей:

1. Во всех случаях должно быть гистологическое подтверждение диагноза, если его нет, то такие случаи описываются отдельно.

2. При каждой локализации описываются две классификации:

(а) Клиническая классификация TNM (или с TNM), применяется до начала лечения и основана на данных клинического, рентгенологического, эндоскопического исследований, биопсии, хирургических методов исследования и ряда дополнительных методов.

(б) Патологоанатомическая классификация (постхирургическая, патогистологическая классификация), обозначаемая pTNM, основана на данных, полученных до начала лечения, но дополненных или измененных на основании сведений, полученных при хирургическом вмешательстве или исследовании операционного материала. Патологическая оценка первичной опухоли (pT) делает необходимым выполнение биопсии (или) резекции первичной опухоли для возможной оценки высшей градации pT. Для патологической оценки состояния регионарных лимфатических узлов (pN) необходимо их адекватное удаление, что позволяет определить отсутствие (pN0) или оценить высшую границу pN категории. Для патологической оценки отдаленных метастазов (pM) необходимо их микроскопическое исследование.

3. После определения T-, N-, M- и (или) pT-, pN- и pM- категорий может быть выполнена группировка по стадиям. Установленная степень распространения опухолевого процесса по системе TNM или по стадиям должна оставаться в медицинской документации без изменений. Клиническая классификация особенно важна для выбора и оценки методов лечения, тогда как патологическая позволяет получать наиболее точные данные для прогноза и оценки отдаленных результатов лечения.

4. Если имеется сомнение в правильности определения категорий T, N или M, то надо выбирать низшую (т. е. менее распространенную) категорию. Это также распространяется и на группировку по стадиям.

5. В случае множественных синхронных злокачественных опухолей в одном органе классификация строится на оценке опухоли с наивысшей Т-категорией, а множественность или число опухолей указывается дополнительно Т2(ш) или Т2(5). При возникновении синхронных билатеральных опухолей парных органов каждая опухоль классифицируется отдельно. При опухолях щитовидной железы, печени и яичника множественность является критерием Т-категории.

6. Определение TNM- категорий или группировка по стадиям могут использоваться для клинических или исследовательских целей, пока не изменятся критерии классификации.

Клиническая классификация TNM

Во всех случаях используются следующие общие принципы:

Т — первичная опухоль;

ТХ — оценить размеры и местное распространение первичной опухоли не представляется возможным;

Т0 — первичная опухоль не определяется;

Tis — преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ);

Т1-, Т2-, Т3-, Т4 — отражает нарастание размера и/или местного распространения первичной опухоли;

N — регионарные лимфатические узлы;

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет регионарных метастазов;

N1-, N2-, N3- — отражают различную степень поражения метастазами регионарных лимфатических узлов.

Примечание. Прямое распространение первичной опухоли в лимфатические узлы классифицируется как метастатическое поражение. Метастазы в любых нерегионарных лимфатических узлах классифицируются как отдаленные.

M — отдаленные метастазы;

MX — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

M0 — нет признаков отдаленных метастазов;

M1 — имеются отдаленные метастазы.

pTNM — патологоанатомическая классификация;

Во всех случаях используются следующие общие принципы:

pT — первичная опухоль;

pTX — первичная опухоль не может быть оценена гистологически;

pT0 — при гистологическом исследовании признаков первичной опухоли не обнаружено;

pTis — преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ);

pT1-, pT2-, pT3-, pT4 — гистологически подтвержденное нарастание размеров или степени местного распространения первичной опухоли;

pN — регионарные лимфатические узлы;

pNX — регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены;

pN0 — метастазы в регионарных лимфатических узлах гистологически не верифицированы;

pN1-, pN2-, pN3 — гистологически подтвержденное нарастание степени поражения регионарных лимфатических узлов.

- Примечания: 1. Прямое распространение первичной опухоли в лимфатические узлы классифицируется как метастатическое поражение.
2. Опухолевый узел в соединительной ткани области лимфооттока без гистологического подтверждения остатков лимфоидной ткани узла классифицируется как регионарный метастаз в лимфатическом узле pN, если имеет форму и контур лимфатического узла. Опухолевый узел с неправильным контуром классифицируется как pT-категория, т. е. дальнейшее распространение первичной опухоли.
3. При определении размеров категории pN измеряется метастатический узел, а не лимфатический узел.
4. При наличии только микрометастазов (< 0,2 см) дополнительно обозначаются «(mi)»-pN(mi) или pN2(mi)

pM — отдаленные метастазы;

pMX — наличие отдаленных метастазов не может быть определено микроскопически;

pMO — при микроскопическом исследовании отдаленные метастазы отсутствуют;

pM1 — при микроскопическом исследовании подтверждены отдаленные метастазы.

Гистопатологическая дифференцировка

В большинстве случаев дополнительная информация, касающаяся первичной опухоли, может быть отмечена следующим образом:

G — гистопатологическая дифференцировка;

GX — степень дифференцировки не может быть установлена;

G1 — высокая степень дифференцировки;

G2 — средняя степень дифференцировки;

G3 — низкая степень дифференцировки;

G4 — недифференцированные опухоли.

Примечание. G3 и G4 в некоторых случаях могут комбинироваться как «G3 — 4 низкодифференцированные или недифференцированные опухоли»

Костные и мягкотканые саркомы также классифицируются с использованием терминов «высокая» и «низкая» степень дифференцировки.

Специальная система дифференцировки рекомендуется для опухолей молочной железы, тела матки и печени.

Полость рта и губа

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются шейные лимфатические узлы.

Клиническая классификация TNM

T — первичная опухоль

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

TO — первичная опухоль не определяется;

Tis — преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ);

T1 — опухоль до 2 см в наибольшем измерении;

T2 — опухоль до 4 см в наибольшем измерении;

T3 — опухоль более 4 см в наибольшем измерении;

T4a — губа: опухоль распространяется на кортикальный слой кости, нижний альвеолярный нерв, дно полости рта, кожу (подбородка или носа);

T4a — полость рта*, опухоль распространяется на кортикальный слой кости, глубокие или наружные мышцы языка, верхнечелюстную пазуху, кожу лица;

T4b — губа и полость рта: опухоль распространяется на жевательное пространство, крылья основной кости, основание черепа, оболочку внутренней сонной артерии.

Примечание. Наличие поверхностной эрозии вдоль кости зубных ячеек десны недостаточно для классификации опухоли как T4

N — регионарные лимфатические узлы;

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 — метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 3 см в наибольшем измерении;

N2 — метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении или метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении, метастазы в лимфатических узлах шеи с обеих сторон или с противоположной стороны до 6 см в наибольшем измерении;

N2a — метастазы в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении;

N2b — метастазы в нескольких лимфатических узлах на стороне поражения до 6 см в наибольшем измерении;

N2c — метастазы в лимфатических узлах с обеих сторон или с противоположной стороны; до 6 см в наибольшем измерении;

N3 — метастазы в лимфатических узлах более 6 см в наибольшем измерении.

Примечание. Лимфатические узлы срединной линии расцениваются как узлы на стороне поражения

M — отдаленные метастазы;

MX — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

M0 — нет признаков отдаленных метастазов;

M1 — имеются отдаленные метастазы

Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия I	T1	N0	M0
Стадия II	T2	N0	M0
Стадия III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Стадия IVA	T4a	N0, N1	M0
	T1, T2, T3, T4a	N2	M0
Стадия IVB	Любая T	N3	M0
	T4b	Любая N	M0
Стадия IVC	Любая T	Любая N	M1

Тесты

1. Облигатными предраковыми заболеваниями губы являются все, кроме:
 - а) бородавчатый предрак;

- б) абразивный хейлит Манганотти;
 - в) ограниченный предраковый гиперкератоз;
 - г) кожный рог.
- Ответ: г.

2. Факультативными предраковыми заболеваниями губы являются все, кроме:
- а) кожного рога;
 - б) папилломы с ороговением;
 - в) лейкоплакии Таппейнера;
 - г) абразивного хейлита Манганотти.
- Ответ: г.

3. Какое предраковое заболевание иногда называют «роговой моллюск»:
- а) кератоакантому;
 - б) кожный рог;
 - в) лейкоплакию;
 - г) папиллому с ороговением.
- Ответ: а.

4. T2 опухоли губы соответствует новообразование размером:
- а) до 4 см;
 - б) до 6 см;
 - в) опухоль распространяется на соседние структуры;
 - г) до 5 см.
- Ответ: а.

5. Метастаз в одном лимфатическом узле на стороне поражения до 3 см соответствует:
- а) N1;
 - б) N2;
 - в) N3;
 - г) N4.
- Ответ: а.

6. Лучевая терапия с последующим хирургическим лечением называется:
- а) комплексным лечением;
 - б) комбинированным лечением;
 - в) сочетанным лечением;
 - г) взаимным лечением.
- Ответ: б.

7. Какое из заболеваний дна полости рта является облигатным предраком:
- а) фиброма;
 - б) болезнь Боуэна;
 - в) папиллома;
 - г) лимфангиома.

Ответ: б.

8. Наиболее часто встречаемый гистологический тип опухолей дна полости рта:

- а) аденокарцинома;
- б) плоскоклеточный рак;
- в) саркома;
- г) слизистая аденокарцинома.

Ответ: б.

9. Наиболее часто встречаемая причина развития опухолей дна полости рта:

- а) на фоне предрака;
- б) фоновая патология;
- в) травма;
- г) на неизменной слизистой.

Ответ: г.

10. В 95 % случаев рак губы встречается на:

- а) верхней губе;
- б) нижней губе.

Ответ: б.

11. Рак губы — опухоль из элементов:

- а) слизистой оболочки губы;
- б) покровного эпителия красной каймы губ;
- в) кожи губы;
- г) все перечисленное.

Ответ: б.

12. Верхняя губа поражается раком:

- а) часто;
- б) одинаково с нижней губой;
- в) редко.

Ответ: в.

13. Рак губы чаще встречается (выделите два правильных ответа):

- а) у сельских жителей;
- б) у городских жителей;
- в) в южных районах;
- г) в северных районах.

Ответ: а, в.

14. К облигатному предраку губы относятся:

- а) эритроплакии;
- б) очаговые дискератозы и папилломы;
- в) лейкоплакии;

г) старческие кератомы.

Ответ: б.

15. К факультативному предраку губы относят:

а) трещины;

б) хейлит;

в) хронические язвы;

г) правильно всё.

Ответ: г.

16. При раннем раке губы небольших размеров эффективны все методы, кроме:

а) криогенного воздействия;

б) контактной химиотерапии;

в) близкофокусной рентгенотерапии;

г) фотодинамической терапии.

Ответ: б.

17. При инфильтративно растущих формах рака губы (Т3–4) используются:

а) лучевая терапия и операция;

б) химиолучевая терапия и операция;

в) лучевая или химиолучевая терапия и операция;

г) операция.

Ответ: в.

18. По частоте поражения при раке языка на первом месте стоит:

а) корень;

б) спинка;

в) боковая поверхность;

г) кончик.

Ответ: в.

19. Из эпителия языка чаще развивается:

а) плоскоклеточный рак различной степени ороговения;

б) неороговевающая форма рака;

в) аденокарцинома;

г) недифференцированная опухоль.

Ответ: а.

20. В целом отдалённые метастазы при раке языка встречаются у:

а) 20 % пациентов;

б) 50 % пациентов;

в) 1–5 % пациентов;

г) 30 % пациентов.

Ответ: в.

21. Отдалённые метастазы при раке языка чаще поражают:

- а) печень;
- б) лёгкие;
- в) головной мозг;
- г) кости.

Ответ: б.

22. В плане дифференциальной диагностики рака языка необходимо исключить следующие заболевания слизистой оболочки языка:

- а) лейкоплакию;
- б) эритроплакию;
- в) дисплазию эпителия;
- г) правильно всё.

Ответ: г.

23. Полная ремиссия после лучевой терапии или хирургического вмешательства при раке языка в стадии T1 составляет:

- а) 80 %;
- б) 60 %;
- в) 35 %;
- г) 15 %.

Ответ: а.

24. Железистый рак из малых слюнных желёз развивается:

- а) часто;
- б) редко.

Ответ: б.

25. Рак органов полости рта чаще всего встречается в:

- а) Пакистане;
- б) Южной Америке;
- в) Индии;
- г) правильно а, в.

Ответ: г

26. Соотношение мужчин и женщин при раке органов полости рта:

- а) 6:1;
- б) 3:1;
- в) 1:1;
- г) 1:3.

Ответ: б.

27. Начальные формы рака органов полости рта обычно протекают:

- а) под маской других заболеваний;
- б) с внезапным появлением симптомов;

- в) бессимптомно;
- г) под маской стоматита.

Ответ: в.

28. Рак нижней губы чаще развивается:

- а) по средней линии;
- б) в стороне от средней линии;
- в) в углу рта;
- г) с внутренней стороны губы.

Ответ: б.

29. Гистологическим типом рака нижней губы чаще бывает:

- а) базалиома;
- б) плоскоклеточный неороговевающий рак;
- в) плоскоклеточный ороговевающий рак;
- г) аденокарцинома.

Ответ: в.

30. 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.

Ответ: б.

31. Опухоль нижней губы диаметром 3 см, переходит на угол рта, имеется метастаз в подчелюстной лимфоузел, относится к:

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

Ответ: б.

32. Для получения материала для постановки морфологического диагноза целесообразно проведение:

- а) взятие мазка-отпечатка;
- б) взятие соскоба;
- в) проведение биопсии;
- г) все ответы правильные.

Ответ: г.

33. Хирургическое лечение рака нижней губы показано:

- а) при маленьких опухолях;
- б) при больших опухолях после лучевой терапии;
- в) после криодеструкции;

г) во всех случаях.

Ответ: г.

34. Операция Ванаха показана при:

а) опухоли T3N0M0;

б) при T3N1M0;

в) при T2N2M0;

г) правильно б) и в).

Ответ: г.

35. Обязательным предраком нижней губы является:

а) лейкоплакия;

б) болезнь Боуэна;

в) хейлит Манганотти;

г) правильно б), в).

Ответ: г.

36. У больного 68 лет опухоль нижней губы диаметром 2 см, в подчелюстной и подбородочной областях два малоподвижных метастаза, метастаз в легких. Ему следует установить стадию:

а) I;

б) II;

в) III;

г) IV.

Ответ: г.

37. Операцию Ванаха при раке нижней губы проводят:

а) до лучевой терапии;

б) при хирургическом лечении рака нижней губы;

в) спустя 2—3 недели после облучения;

г) время выполнения не имеет значения.

Ответ: б.

38. При отсутствии метастазов в лимфатические узлы при раке нижней губы 10-летний период выживания наступает у:

а) 50—60 % больных;

б) 70—80 % больных;

в) 85—90 % больных;

г) 90—95 % больных.

Ответ: б.

39. Факторы риска развития рака нижней губы:

а) курение;

б) избыточная инсоляция;

- в) воздействие радиации;
- г) все перечисленное.

Ответ: г.

40. Для получения материала для установления морфологического диагноза целесообразно проведение методов исследования, кроме:

- а) взятия мазка-отпечатка;
- б) взятия соскоба;
- в) проведения биопсии;
- г) криодеструкции.

Ответ: г.

Щитовидная железа

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются лимфатические узлы шеи и верхнего переднего средостения.

Клиническая классификация TNM

T — первичная опухоль;

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

TO — первичная опухоль не определяется;

T1 — опухоль до 2 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы;

T1a — опухоль до 1 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы;

T1b — опухоль от 1 до 2 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы;

T2 — опухоль до 4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы;

T3 — опухоль более 4 см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы или любая опухоль с минимальным распространением за пределы капсулы (в т. sternothyroid или мягкие ткани около щитовидной железы) ;

T4a — опухоль прорастает капсулу щитовидной железы и распространяется на любую из следующих структур: подкожные мягкие ткани, гортань, трахею, пищевод, возвратный нерв;

T4b — опухоль распространяется на предпозвоночную фасцию, сосуды средостения или оболочку сонной артерии;

T4a* — только недифференцированная (анапластическая карцинома) опухоль (любого размера), ограниченная щитовидной железой;

T4b* — только недифференцированная (анапластическая карцинома) опухоль (любого размера), распространяется за пределы капсулы щитовидной железы;

Примечание. Многофокусные опухоли любого гистологического строения обозначаются (m) (классификация по наибольшему узлу), например, T2 (m)

* Все недифференцированные (анапластические) карциномы классифицируются T4.

N — регионарные лимфатические узлы;

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

- N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;
 N1 — имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами;
 N1a — метастазы в лимфатических узлах VI уровня (претрахеальные и паратрахеальные), включая окологортанные и лимфатические узлы Delphian'a;
 N1b — поражены метастазами другие шейные лимфатические узлы на одной стороне или с обеих сторон, или на противоположной стороне, верхние/передние медиастинальные.
M — отдаленные метастазы;
 MX — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;
 M0 — нет признаков отдаленных метастазов;
 M1 — имеются отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям

Папиллярный и фолликулярный рак до 45 лет			
Стадия I	Любая T	Любая N	M0
Стадия II	Любая T	Любая N	M1
Папиллярный и фолликулярный рак 45 лет и старше			
Стадия I	T1a, T1b	N0	M0
Стадия II	T2	N0	M0
Стадия III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1a	M0
Стадия IVA	T1, T2, T3	N1b	M0
	T4a	N0, N1	M0
Стадия IVB	T4b	Любая N	M0
Стадия IVC	Любая T	Любая N	M1
Медулярный			
Стадия I	T1a, T1b	N0	M0
Стадия II	T2, T3	N0	M0
Стадия III	T1, T2, T3	N1a	M0
Стадия IVA	T1, T2, T3	N1b	M0
	T4a	Любая N	M0
Стадия IVB	T4b	Любая N	M0
Стадия IVC	Любая T	Любая N	M1

Тесты

1. К новообразованиям АПУД - системы относятся:

- а) рак большой слюнной железы;
- б) медулярный рак щитовидной железы;
- в) менингиома;
- г) бронхиогенный рак.

Ответ: б.

2. Высокодифференцированный рак щитовидной железы метастазирует преимущественно:

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

г) всеми указанными выше путями.

Ответ: а.

3. Радиоизотопные исследования в клинической онкологии используются:

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

Ответ: д.

4. Рак щитовидной железы характеризуется:

- а) повышенным накоплением радионуклида в опухоли;
- б) пониженным накоплением радионуклида в опухоли;
- в) нарушением распространения радиоактивного вещества по сосудам;
- г) все ответы правильные;
- д) правильные ответы только а) и б).

Ответ: а.

5. Радиофосфорный тест применяют для диагностики:

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

Ответ: г.

6. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей:

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

Ответ: в.

7. Радиоактивный йод может быть применен для выявления :

- а) первичной опухоли щитовидной железы;
- б) метастазов рака щитовидной железы в кости;
- в) метастазов рака щитовидной железы в легкие, печень;
- г) правильные ответы только а) и б) ;
- д) все ответы правильные.

Ответ: д.

8. Для диагностики метастатического поражения костей при раке щитовидной железы чаще всего используются:

- а) радиоактивный ^{32}P ;
- б) радиоактивный ^{99}Sr ;
- в) радиоактивный ^{90}Co ;
- г) радиоактивный ^{131}I ;
- д) все ответы правильные.

Ответ: г.

9. Повышение уровня кальцитонина, определяемого радиоиммунологическим методом, характерно для:

- а) папиллярного рака щитовидной железы;
- б) недифференцированного рака щитовидной железы;
- в) фолликулярного рака щитовидной железы;
- г) медуллярного рака щитовидной железы;
- д) все ответы правильные.

Ответ: г.

10. Заболеваемость раком щитовидной железы в Украине за последние годы:

- а) снижается;
- б) остается на том же уровне;
- в) растет.

Ответ: в.

11. К наиболее часто встречающимся морфологическим формам рака щитовидной железы относятся:

- а) папиллярная аденокарцинома;
- б) медуллярный рак;
- в) фолликулярная аденокарцинома;
- г) недифференцированный рак.

Ответ: а.

12. Медуллярный рак щитовидной железы развивается из:

- а) А-клеток;
- б) В-клеток;
- в) С-клеток;
- д) из любой вышеуказанной клетки.

Ответ: в.

13. Частота высокодифференцированных аденокарцином щитовидной железы составляет:

- а) 10 %;
- б) 20 %;
- в) 50 %;
- г) 70 %.

Ответ: г.

14. Частота медуллярного рака щитовидной железы составляет:

- а) 10 %;
- б) 20 %;
- в) 50 %;
- г) 70 %.

Ответ: а.

15. Под понятием “скрытый” рак щитовидной железы подразумевают:

- а) наличие малых размеров опухоли в ткани щитовидной железы без клинических ее проявлений;
- б) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи без клинических признаков первичной опухоли;
- в) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи;
- г) все ответы правильные.

Ответ: б.

16. Частота регионарного метастазирования рака щитовидной железы составляет:

- а) от 10 до 20 %;
- б) от 25 до 35 %;
- в) от 40 до 50 %;
- г) от 60 до 80 %.

Ответ: г.

17. Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются:

- а) лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены;
- б) надключичные;
- в) паратрахеальные;
- г) загрудинные;
- д) претрахеальные.

Ответ: в.

18. Для медуллярного рака щитовидной железы характерны:

- а) диарея;
- б) наличие плотных “каменистых” узлов в щитовидной железе;
- в) синдром Сиппла;
- г) все перечисленное.

Ответ: г.

19. Этиологическими моментами в развитии рака щитовидной железы следует считать:

- а) ионизирующее излучение;
- б) наличие неопластических процессов в ткани щитовидной железы;
- в) длительную стимуляцию организма повышенным содержанием тиреотропного гормона;
- г) все ответы правильные.

Ответ: г.

20. Минимальным объемом хирургического вмешательства при раке щитовидной железы следует считать:

- а) энуклеацию узла;
- б) гемитиреоидэктомию;
- в) резекцию доли;
- г) гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка;
- д) субтотальную резекцию щитовидной железы.

Ответ: г.

21. Показаниями для химиотерапии рака щитовидной железы могут быть:

- а) быстрорастущая рецидивная опухоль;
- б) неоперабельная недифференцированная форма рака;
- в) метастазы в отдаленные органы;
- г) все перечисленное;
- д) только б) и в).

Ответ: г.

22. Химиотерапия наиболее эффективна при:

- а) фолликулярном раке щитовидной железы;
- б) папиллярном раке щитовидной железы;
- в) низкодифференцированном раке щитовидной железы;
- г) эффективность не зависит от морфологической структуры опухоли.

Ответ: в.

23. У больного 58 лет медулярный рак щитовидной железы T3N1M0. Ему наиболее целесообразно:

- а) выполнить тиреоидэктомию с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи;
- б) провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией на 1-м этапе с последующей тиреоидэктомией с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи;
- в) провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией с последующим лечением радиоактивным йодом;
- г) провести самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе.

Ответ: б.

24. У больной 52 лет папиллярный рак щитовидной железы T2N0M0 с локализацией в правой доле. Ей следует:

- а) выполнить субтотальную резекцию щитовидной железы;
- б) провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией;
- в) провести комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией;
- г) провести самостоятельную лучевую терапию.

Ответ: а.

25. Наиболее эффективным препаратом при раке щитовидной железы является:

- а) циклофосфан;
- б) адриамицин;

- в) блеомицин;
- г) метотрексат.

Ответ: а.

26. Какой метод диагностики является наиболее информативным при подозрении на рак щитовидной железы:

- а) пункционная биопсия;
- б) УЗИ;
- в) сцинтиграфия железы;
- г) компьютерная томография.

Ответ: а.

27. "Ранним" симптомом рака щитовидной железы является:

- а) уплотнение и увеличение железы;
- б) боль при глотании;
- в) осиплость голоса;
- г) дисфагия.

Ответ: а.

28. Рак щитовидной железы при пальпации обычно определяется в виде:

- а) плотного безболезненного узла;
- б) узла с размягчением в центральной части;
- в) плотного болезненного узла;
- г) диффузного уплотнения.

Ответ: а.

29. Биохимический тест, позволяющий выявить рак из С-клеток:

- а) определение уровня тироксина;
- б) определение уровня кальцитонина;
- в) определение уровня ТТГ;
- г) определение уровней Т3, Т4.

Ответ: б.

30. Основным методом диагностики рака щитовидной железы является:

- а) УЗИ;
- б) радиоизотопный;
- в) рентгенологический;
- г) морфологический.

Ответ: г.

31. При загрудинном распространении рака щитовидной железы могут появиться все признаки, кроме:

- а) набухания шейных вен;
- б) расстройства мозгового кровообращения;
- в) синдрома Горнера;

г) приступов удушья.

Ответ: б.

32. Показанием к послеоперационной лучевой терапии является:

- а) недостаточный радикализм операции;
- б) недифференцированные формы рака;
- в) нарушение абластики при распространенном раке;
- г) все перечисленное.

Ответ: г.

33. К доброкачественным опухолям щитовидной железы относятся все, кроме:

- а) фолликулярной аденомы;
- б) трабекулярной аденомы;
- в) папиллярной аденомы;
- г) фолликулярной аденокарциномы.

Ответ: г.

34. Наиболее частая локализация отдаленных метастазов при раке щитовидной железы:

- а) печень;
- б) легкие, кости;
- в) желудок;
- г) головной мозг.

Ответ: б.

35. Ранними симптомами рака щитовидной железы являются:

- а) дисфагия;
- б) осиплость голоса;
- в) синдром Горнера;
- г) уплотнение и увеличение ткани железы.

Ответ: г.

36. У больного 62 лет папиллярный рак щитовидной железы T1N0M0 с локализацией в правой доле. Ему следует:

- а) выполнить субтотальную резекцию щитовидной железы;
- б) провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией;
- в) провести комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией;
- г) провести самостоятельную лучевую терапию.

Ответ: а.

37. У больного 48 лет фолликулярный рак щитовидной железы T3N1M0. Ему наиболее целесообразно:

- а) выполнить тиреоидэктомию с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи;
- б) провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией на 1-м этапе с последующей тиреоидэктомией с фасциально-футлярным иссечением клетчатки шеи;

- в) провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией с последующим лечением радиоактивным йодом;
- г) провести самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе.
- Ответ: б.

38. Из С-клеток щитовидной железы развивается:

- а) папиллярный рак;
- б) недифференцированный рак;
- в) фолликулярный рак;
- г) медуллярный рак;
- д) все ответы правильные.

Ответ: г.

39. Этиологическими моментами в развитии рака щитовидной железы следует считать все, кроме:

- а) ионизирующего излучения;
- б) наличия неопластических процессов в ткани щитовидной железы;
- в) длительной стимуляции организма повышенным содержанием тиреотропного гормона;
- г) мужского пола.

Ответ: г.

40. Низкодифференцированный рак щитовидной железы метастазирует преимущественно:

- а) лимфогенным путем;
- б) гематогенным путем;
- в) внутриорганно;
- г) всеми указанными выше путями.

Ответ: г.

Пищевод

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами шейного отдела пищевода являются шейные лимфатические узлы, включая надключичные; для внутригрудного отдела пищевода регионарными лимфатическими узлами являются лимфатические узлы средостения, перигастральные, исключая чревные лимфатические узлы.

Клиническая классификация TNM

T — первичная опухоль

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

TO — первичная опухоль не определяется;

Tis — преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ) ;

T1 — опухоль инфильтрирует стенку пищевода до подслизистого слоя;

T1a — опухоль инфильтрирует собственную или мышечную пластинку слизистой оболочки;

T1b — опухоль инфильтрирует субсерозный слой;

T2 — опухоль инфильтрирует стенку пищевода до мышечного слоя;

T3 — опухоль инфильтрирует стенку пищевода до адвентиции;

T4 — опухоль распространяется на соседние структуры;

T4a — опухоль внедряется в плевру, перикард или диафрагму;

T4b — опухоль внедряется в соседние структуры, такие как аорта, позвоночник или трахею.

N — Регионарные лимфатические узлы

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 — имеется поражение метастазами 1—2 регионарных лимфатических узлов;

N2 — имеется поражение метастазами 3—6 регионарных лимфатических узлов;

N3 — имеется поражение метастазами более 7 регионарных лимфатических узлов.

M — отдаленные метастазы;

MX — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

M0 — нет признаков отдаленных метастазов;

M1 — имеются отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия IA	T1	N0	M0
Стадия IB	T2	N0	M0
Стадия IIA	T3	N0	M0
Стадия IIB	T1, T2	N1	M0
Стадия IIIA	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T1, T2	N2	M0
Стадия IIIB	T3	N2	M0
Стадия IIIC	T4a	N1, N2	M0
	T4b	Любая N	M0
	Любая T	N3	M0
Стадия IV	Любая T	Любая N	M1

Тесты

1. Наиболее высокая заболеваемость раком пищевода зарегистрирована в возрастном интервале:

а) 40—50 лет;

б) 50—60 лет;

в) 60—70 лет;

г) 70—80 лет.

Ответ: б.

2. Шейный отдел пищевода начинается от уровня:

а) нижнего края перстневидного хряща;

б) нижнего края щитовидного хряща;

в) бифуркации трахеи;

г) яремной ямки.

Ответ: а.

3. Внутригрудной отдел пищевода начинается от уровня:

- а) первого ребра;
- б) ключицы;
- в) яремной вырезки;
- г) грудины.

Ответ: а.

4. В случае распространения опухолевой инфильтрации до адвентиции можно поставить:

- а) T1;
- б) T2;
- в) T3;
- г) T4.

Ответ: в.

5. Ближайший к первичной опухоли лимфатический лимфоузел называется:

- а) сторожевым;
- б) опасным;
- в) раковым;
- г) опухолевым.

Ответ: а.

6. Какие операции выполняют при раке пищевода:

- а) Гартмана;
- б) Льюиса;
- в) Пейти;
- г) Маддена.

Ответ: б.

7. При дисфагии 3-й степени наблюдается нарушение прохождения:

- а) твердой пищи;
- б) полужидкой пищи;
- в) жидкой пищи;
- г) полная непроходимость.

Ответ: в.

8. Пищевод Барретта относится к :

- а) облигатным предракам;
- б) факультативным предракам.

Ответ: а.

9. При раке пищевода характерны:

- а) «веселые метастазы» ;
- б) «прыгающие метастазы» ;
- в) «летающие метастазы» ;
- г) «парящие метастазы».

Ответ: б.

10. Наиболее частый гистологический тип рака пищевода:

- а) аденокарцинома;
- б) плоскоклеточный;
- в) саркома;
- г) лейомиосаркома.

Ответ: б.

11. Рак пищевода возникает из:

- а) кубического эпителия;
- б) плоского эпителия;
- в) плоского или железистого эпителия слизистой оболочки пищевода;
- г) цилиндрического.

Ответ: в.

12. Среди других онкологических заболеваний в мире рак пищевода занимает:

- а) третье место;
- б) девятое место;
- в) двадцатое место;
- г) пятнадцатое место.

Ответ: б.

13. Рак пищевода возникает чаще:

- а) у мужчин;
- б) у женщин;
- в) не связан с полом.

Ответ: а.

14. В последние десятилетия выявлен значительный рост частоты:

- а) плоскоклеточного рака пищевода;
- б) аденокарциномы пищевода;
- в) мелкоклеточного рака пищевода;
- г) лейомиосаркомы.

Ответ: б.

15. В 2015 г. летальность в течение года среди впервые выявленных больных раком пищевода в Украине составила:

- а) 13 %;
- б) 37,3 %;
- в) 63,2 %;
- г) 5,5 %.

Ответ: в.

16. Риск возникновения плоскоклеточного рака у курильщиков сигарет выше в:

- а) 2 раза;
 - б) 20 раз;
 - в) 5–10 раз;
 - г) 10–15 раз.
- Ответ: в.

17. У курильщиков, злоупотребляющих алкоголем, риск рака пищевода возрастает в:

- а) 2 раза;
 - б) 100 раз;
 - в) 10 раз;
 - г) 5 раз.
- Ответ: б.

18. Повышение времени влияния содержимого желудка на пищевод приводит к (наиболее правильно):

- а) химическому раздражению слизистой оболочки пищевода;
- б) мутагенному действию соляной кислоты;
- в) увеличению длительности воздействия канцерогенов на стенку пищевода;
- г) аллергии.

Ответ: в.

19. Аденокарцинома обычно возникает на фоне:

- а) ахалазии кардии;
- б) пищевода Барретта;
- в) химических ожогов пищевода;
- г) термических ожогов.

Ответ: б.

20. Расположение центра опухоли пищевода влияет на:

- а) принципы классификации при плоскоклеточном раке пищевода;
- б) подбор схемы химиотерапии;
- в) выбор метода и объёма хирургического вмешательства;
- г) подбор дозы лучевой терапии.

Ответ: в.

21. В классификации по степени дифференцировки опухоли G2 соответствует:

- а) высокой степени дифференцировки ткани;
- б) умеренной степени дифференцировки ткани;
- в) низкой степени дифференцировки ткани;
- г) недифференцированная ткань.

Ответ: б.

22. Стадии IIВ соответствует (отметьте неправильное):

- а) T1N1M0;
- б) T2N0M0;

- в) T2N1M0;
 - г) все правильно.
- Ответ: б.

23. Наибольшую опасность рост опухоли за пределы стенки пищевода представляет при поражении:

- а) среднегрудного отдела;
- б) нижнегрудного отдела;
- в) верхнегрудного отдела;
- г) всех отделов.

Ответ: а.

24. Рак пищевода следует подозревать у больного с:

- а) диспепсией;
- б) дисфагией;
- в) болями при глотании;
- г) рвотой.

Ответ: б.

25. В первую очередь рак метастазирует в:

- а) перибронхиальные лимфатические узлы;
- б) надключичные лимфатические узлы;
- в) околопищеводные лимфатические узлы;
- г) паратрахеальные лимфатические узлы.

Ответ: в.

26. Отдалённые гематогенные метастазы при поражении верхних отделов пищевода чаще возникают (отметьте неправильное):

- а) в лёгких;
- б) в печени;
- в) в костях;
- г) в головном мозге.

Ответ: б.

27. Ведущим методом дифференциальной диагностики рака пищевода служит:

- а) рентгеноконтрастное исследование;
- б) компьютерная томография;
- в) морфологическое исследование;
- г) УЗИ.

Ответ: в.

28. Плоскоклеточный рак пищевода обладает:

- а) высокой радиочувствительностью;
- б) низкой радиочувствительностью.

Ответ: а.

29. Химиотерапию в качестве самостоятельного метода используют:

- а) с паллиативной целью;
- б) как основной метод лечения при локализованных формах рака.

Ответ: а.

30. Хирургическое лечение оправдано только при распространённости рака в пределах:

- а) Tis;
- б) T1–T2;
- в) T2–T3;
- г) T3–T4.

Ответ: б.

31. Во время операции Льюиса при поражении средней трети грудного отдела пищевода используют:

- а) субтотальную резекцию с внутриплевральным анастомозом или экстирпацию грудного отдела пищевода с формированием анастомоза на шее;
- б) резекцию верхней трети желудка и пораженного сегмента пищевода с наложением пищеводно-желудочного анастомоза;
- в) верхнюю срединную лапаротомию и правостороннюю торакотомию по пятому межреберью;
- г) верхнюю срединную лапаротомию.

Ответ: в.

32. Пятилетняя выживаемость больных после радикальной операции составляет:

- а) 15 %;
- б) 70 %;
- в) 25 %;
- г) 50 %.

Ответ: в.

33. Комплексное лечение показано при раке пищевода:

- а) IIb–III стадий;
- б) IIa–IIb стадий;
- в) I–IIa стадий;
- г) I стадии.

Ответ: а.

34. Рак пищевода в большинстве случаев прогрессирует:

- а) медленно;
- б) быстро.

Ответ: а.

35. После радикального лечения больных I стадией рака пищевода 5-летняя выживаемость составляет:

- а) 70 %;
- б) 28 %;
- в) 90 %;
- г) 50 %.

Ответ: в.

36. При распространённости N1 5-летняя выживаемость:

- а) не превышает 20 %;
- б) превышает 20 %;
- в) составляет 30 %;
- г) составляет 50 %.

Ответ: а.

37. Средняя продолжительность жизни больных с III стадией заболевания без лечения составляет:

- а) 2 мес;
- б) 5–8 мес;
- в) 24 мес;
- г) 2 года.

Ответ: б.

38. При раке средней трети пищевода наиболее характерны:

- а) мелкоклеточная форма опухоли;
- б) недифференцированная форма опухоли;
- в) плоскоклеточный рак;
- г) аденокарцинома.

Ответ: в.

39. При раке верхней трети пищевода наиболее характерны:

- а) мелкоклеточная форма опухоли;
- б) недифференцированная форма опухоли;
- в) плоскоклеточный рак;
- г) аденокарцинома.

Ответ: в.

40. Хирургическое лечение не оправдано при распространённости рака в пределах:

- а) Tis–T1;
- б) T1–T2;
- в) T2–T3;
- г) T3–T4.

Ответ: г.

Желудок

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются перигастральные лимфатические узлы, расположенные вдоль малой и большой кривизны, а также вдоль левой желудочной, общей печеночной, гепатодуоденальной, селезеночной и чревной артерий. Регионарными лимфатическими узлами желудочно-пищеводного соединения являются околокардиальные, вдоль левой желудочной, чревной артерий, диафрагмальные, нижние медиастинальные околопищеводные. Поражение других внутрибрюшных лимфатических узлов, таких как ретропанкреатические, брыжеечные и параортальные, классифицируется как отдаленные метастазы.

Клиническая классификация TNM

T — первичная опухоль;

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

TO — первичная опухоль не определяется;

Tis — преинвазивная карцинома: интраэпителиальная опухоль без инвазии собственной пластинки слизистой оболочки, высокая степень дисплазии;

T1 — опухоль инфильтрирует стенку желудка до подслизистого слоя;

T1a — опухоль инфильтрирует собственную или мышечную пластинку слизистой оболочки;

T1b — опухоль инфильтрирует субсерозный слой;

T2 — опухоль инфильтрирует мышечный слой желудка;

T3 — опухоль прорастает субсерозную оболочку;

T4 — опухоль прорастает серозную оболочку и распространяется на соседние структуры¹²³;

T4a — опухоль прорастает серозный слой;

T4b — опухоль распространяется на соседние структуры¹²³.

Примечания: 1. Соседними структурами желудка являются селезенка, поперечная ободочная кишка, печень, диафрагма, поджелудочная железа, брюшная стенка, надпочечники, почки, тонкая кишка, забрюшинное пространство.

2. Внутристеночное распространение на двенадцатиперстную кишку или пищевод классифицируется по наибольшей глубине инвазии при всех локализациях, включая желудок.

3. Опухоль может прорасти мышечный слой, вовлекая желудочно-толстокишечную и желудочно-печеночную связки или большой или малый сальник без перфорации висцеральной брюшины, покрывающей эти структуры. В этом случае опухоль классифицируется как T3

N — регионарные лимфатические узлы;

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 — имеются метастазы в 1—2 регионарных лимфатических узлах;

N2 — имеются метастазы в 3—6 регионарных лимфатических узлах;

N3 — имеются метастазы более чем в 7 регионарных лимфатических узлах;

N3a — имеются метастазы в 7—15 регионарных лимфатических узлах;

N3b — имеются метастазы в 16 и более регионарных лимфатических узлах.

M — отдаленные метастазы;

MX — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

M0 — нет признаков отдаленных метастазов;

M1 — имеются отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия IA	T1	N0	M0
Стадия IB	T2	N0	M0
	T1	N1	M0
Стадия IIA	T3	N0	M0
	T2	N1	M0
	T1	N2	M0
Стадия IIB	T4a	N0	M0
	T3	N1	M0
	T2	N2	M0
	T1	N3	M0
Стадия IIIA	T4a	N1	M0
	T3	N2	M0
	T2	N3	M0
Стадия IIIB	T4b	N0, N1	M0
	T4a	N2	M0
	T3	N3	M0
Стадия IIIC	T4a	N3	M0
	T4b	N2, N3	M0
Стадия IV	Любая T	Любая N	M1

Тесты

1. Наиболее частой локализацией рака желудка является:

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

Ответ: б.

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

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

Ответ: в.

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

- а) боли под мечевидным отростком;
- б) затрудненное прохождение твердой и комковой пищи;

- в) срыгивания пищи;
 - г) шум "плеска" в эпигастрии.
- Ответ: г.

4. У больного 68 лет неоперабельный рак желудка, метастазы по брюшине, в печень, в кости, асцит. Состояние средней тяжести. Противоопухолевого лечения не проводилось. Ему показаны:

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

Ответ: г.

5. Рак пищевода чаще всего поражает:

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

Ответ: в.

6. Наиболее часто встречающимися симптомами доброкачественных опухолей пищевода являются:

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

Ответ: г.

7. На уровень заболеваемости раком желудка влияют:

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

Ответ: д.

8. При выписке больного из стационара после гастрэктомии целесообразно:

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

Ответ: г.

9. Для рака желудка характерна:

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

Ответ: б.

10. Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта обладают преимущественно:

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: г.

12. Заподозрить малигнизацию язвы желудка позволяют следующие признаки:

- а) размеры язвенной ниши более 2 см в диаметре;
- б) длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей;
- в) снижение кислотности желудочного сока;
- г) все перечисленное;
- д) правильные ответы а) и б).

Ответ: г.

13. Чаще малигнизируются язвы:

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

Ответ: г.

14. Наиболее предпочтительный способ диагностики раннего рака желудка:

- а) исследования желудочного сока;
- б) лапароскопия;
- в) УЗИ;
- г) фиброгастроскопия, биопсия.

Ответ: г.

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

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

Ответ: г.

16. По гистологическому строению рак желудка чаще всего является:

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

Ответ: а.

17. При опухоли тела желудка 4 см в диаметре, прорастающей мышечный слой, без регионарных метастазов устанавливается стадия:

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: а.

19. При резектабельном инфильтративном раке желудка показана:

- а) гастрэктомия;
- б) субтотальная резекция желудка;
- в) резекция пораженного участка желудка;
- г) антрумэктомия;
- д) эзофагогастростомия.

Ответ: а.

20. Наиболее часто рак желудка метастазирует в:

- а) легкие;
- б) печень;
- в) яичники;
- г) кости;
- д) щитовидную железу.

Ответ: б.

21. Отдаленными для рака желудка являются метастазы в:

- а) печень;
- б) пупок;
- в) яичники;
- г) левый надключичный лимфоузел;
- д) все правильно.

Ответ: д.

22. При 4-й стадии рака антрального отдела желудка показано:

- а) наложение гастроэнтероанастомоза;
- б) гастростомия;
- в) гастрэктомия;
- г) все перечисленное правильно.

Ответ: а.

23. Типичным клиническим проявлением рака выходного отдела желудка являются:

- а) поносы;
- б) дисфагия;
- в) «шум плеска» натощак;
- г) все правильно.

Ответ: в.

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

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

Ответ: г.

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

- а) гиперпластический;
- б) гипертрофический;
- в) атрофический;
- г) эрозивный.

Ответ: в.

26. Гастростомия показана при:

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

Ответ: в.

27. Скучной клинической симптоматикой сопровождается рак:

- а) кардии с переходом на пищевод;
- б) субкардии;
- в) тела желудка;
- г) пилорического канала;
- д) антрального отдела.

Ответ: в.

28. Радикальной операцией при раке антрального отдела желудка является:

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

Ответ: б.

29. При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана:

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

Ответ: д.

30. Для малигнизированной язвы характерно наличие опухолевых клеток в:

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

Ответ: б.

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

- а) гепатикоэнтеростомия;
- б) пробная лапаротомия;
- в) бужирование суженного участка;

г) наружная гепатикостома.

Ответ: б.

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

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

Ответ: а.

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

- а) снижения потребления соленых и копченых продуктов;
- б) принятия пищи 2 раза в день;
- в) увеличение потребления зеленых овощей и фруктов;
- г) уменьшения доли риса в рационе;

Ответ: б.

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

- а) язвенной;
- б) инфильтративной;
- в) слизистой;
- г) полиповидной.

Ответ: в.

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

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

Ответ: а.

36. Немотивированная анемия наиболее часто наблюдается при раке:

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

Ответ: б.

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

- а) кардиального отдела желудка;

- б) малой кривизны желудка;
- в) дна и тела желудка;
- г) выходного отдела желудка.

Ответ: г.

38. Дисфагия наиболее часто встречается при раке:

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

Ответ: а.

39. Тошнота, рвота наиболее часто встречаются при раке:

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

Ответ: г.

40. Желудочное кровотечение наиболее часто встречается при раке:

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

Ответ: в.

Ободочная кишка

Регионарные лимфатические узлы

Для каждой анатомической области и части следующие лимфатические узлы:

- аппендикс: лимфатические узлы около слепой кишки;
- слепая кишка: лимфатические узлы около слепой кишки, правой половины ободочной кишки;
- восходящая часть: лимфатические узлы около слепой, правой и средней частей ободочной кишки;
- печеночный изгиб: лимфатические узлы около правой и средней частей ободочной кишки;
- поперечная ободочная: лимфатические узлы около правой, средней, левой частей ободочной кишки, нижние брыжеечные;
- селезеночный изгиб: лимфатические узлы около средней и левой частей ободочной кишки, нижние брыжеечные;
- нисходящая часть: лимфатические узлы около левой части ободочной кишки, нижние брыжеечные;

— сигмовидная кишка: лимфатические узлы около сигмовидной кишки, левой части ободочной, верхние прямокишечные (геморроидальные), нижние брыжеечные и ректосигмоидные.

Метастазы в других лимфатических узлах классифицируются как M1.

Клиническая классификация TNM

T — первичная опухоль;

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

TO — первичная опухоль не определяется;

Tis — интраэпителиальная или с инвазией слизистой оболочки¹;

T1 — опухоль инфильтрирует стенку кишки до подслизистой;

T2 — опухоль инфильтрирует мышечный слой стенки кишки;

T3 — опухоль инфильтрирует субсерозу или ткань перитонизированных участков ободочной и прямой кишок;

T4 — опухоль прорастает висцеральную брюшину или непосредственно распространяется на соседние органы и структуры;

T4a — опухоль прорастает висцеральную брюшину;

T4b — опухоль непосредственно распространяется на соседние органы и структуры^{2 3}.

Примечания: 1. Tis включает раковые клетки до базальной мембраны (интраэпителиальное распространение) или в слизистом слое без распространения в подслизистый слой.

2 Прямое распространение при T4b включает распространение на другие сегменты ободочной и прямой кишки путем прорастания серозы, например, врастание опухоли слепой кишки в сигмовидную.

3 Прорастание опухоли в другие органы или структуры, определяемое макроскопически, классифицируется T4. Однако если нет микроскопического подтверждения, то T1-3 в зависимости от глубины инвазии кишечной стенки

N — регионарные лимфатические узлы;

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 — метастазы в 1—3 регионарных лимфатических узлах;

N1a — метастазы в 1 регионарный лимфатический узел;

N1b — метастазы в 2—3 регионарных лимфатических узлах;

N1c — сателиты в субсерозном слое или в не покрытых брюшиной околоободочных и околопрямокишечных мягких тканях без регионарных лимфоузлов;

N2 — метастазы в 4 и более регионарных лимфатических узлах;

N2a — метастазы в 4—6 регионарных лимфатических узла;

N2b — метастазы в 7 и более регионарных лимфатических узлах.

M — отдаленные метастазы;

MX — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

MO — нет признаков отдаленных метастазов;

M1 — имеются отдаленные метастазы;

M1a — метастазы в одном органе (печени, легких, яичниках, не регионарных лимфатических узлах);

M1b — метастазы в более чем один орган или брюшину.

Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия I	T1, T2	N0	M0
Стадия II	T3, T4	N0	M0
Стадия IIIA	T3	N0	M0
Стадия IIIB	T4a	N0	M0
Стадия IIIC	T4b	N0	M0
Стадия III	Любая T	N1, N2	M0
Стадия IIIA	T1, T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
Стадия IIIB	T3, T4a	N1	M0
	T2, T3	N2a	M0
	T1, T2	N2b	M0
Стадия IIIC	T4a	N2a	M0
	T3, T4a	N2b	M0
	T4b	N1, N2	M0
Стадия IV	Любая T	Любая N	M1a
Стадия IVB	Любая T	Любая N	M1b

Тесты

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

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

Ответ: д.

2. Для рака какого отдела толстой кишки характерна токсикоанемическая форма:

- а) поперечно – ободочного;
- б) левых отделов;
- в) правых отделов;
- г) прямой кишки.

Ответ: в.

3. Излюбленной локализацией гематогенных метастазов рака толстой кишки являются:

- а) кости;
- б) легкие;
- в) печень;
- г) надпочечники;
- д) селезенка.

Ответ: в.

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

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: г.

6. Из перечисленных операций к сфинктеросохраняющим не относится:

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

Ответ: в.

7. Кровоснабжение ободочной кишки осуществляется:

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

Ответ: в.

8. После предварительно выполненной ирригоскопии к колонофиброскопии целесообразно прибегать в случае:

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

Ответ: д.

9. Предоперационная подготовка больного при раке толстого кишечника должна включить:

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: д.

11. Отток крови от восходящего отдела ободочной кишки осуществляется:

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: а.

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

- а) стандартная ирригоскопия;
- б) метод двойного контрастирования толстой кишки;
- в) прием бариевой взвеси per os с последующим рентгенологическим контролем за пассажем контраста по толстой кишке;

г) все перечисленные методики обладают примерно одинаковой информативностью.

Ответ: б.

15. Отток крови от нисходящего отдела ободочной кишки осуществляется:

а) в систему нижней брыжеечной артерии;

б) в систему верхней брыжеечной артерии;

в) и той, и другой;

г) ни той, ни другой.

Ответ: а.

16. К облигатному предраку толстого кишечника следует относить:

а) болезнь Крона;

б) неспецифический язвенный колит;

в) семейный диффузный полипоз;

г) одиночные полипы толстого кишечника;

д) все перечисленное.

Ответ: в.

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

а) слепой кишке;

б) нисходящем отделе ободочной кишки;

в) восходящем отделе ободочной кишки;

г) сигмовидной кишке;

д) прямой кишке.

Ответ: д.

18. Пальцевое ректальное исследование должно производиться в положении больного:

а) на спине;

б) на корточках;

в) на боку;

г) любое из перечисленных.

Ответ: г.

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

а) тотальном поражении толстого кишечника;

б) развитию колита в молодом возрасте;

в) длительном заболевании свыше 10 лет;

г) хроническом непрерывном течении заболевания;

д) всех перечисленных обстоятельствах.

Ответ: д.

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

а) размеры полипов;

- б) количество полипов;
 - в) тип роста (на ножке или на широком основании) ;
 - г) гистологическое строение полипов;
 - д) все перечисленное.
- Ответ: д.

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

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: а.

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

- а) неспецифическим язвенным колитом;
- б) гранулематозным колитом (болезнь Крона);
- в) семейным диффузным полипозом;

- г) полипами кишечника;
- д) всем перечисленным.

Ответ: д.

26. Обтурационная форма клинического течения рака ободочной кишки чаще встречается при локализации опухоли в:

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: д.

29. На уровень заболеваемости раком толстого кишечника оказывают влияние:

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

Ответ: д.

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

- а) правых отделах ободочной кишки;
- б) поперечно-ободочной кишке;
- в) сигмовидной кишке;
- г) нисходящей кишке;

д) правильные ответы в) и г).

Ответ: д.

31. Основным путем метастазирования рака толстого кишечника является:

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: а.

33. Рак ободочной кишки наиболее часто локализуется в:

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: д.

35. Перфорации кишечной стенки при раке толстой кишки способствуют:

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

Ответ: д.

36. Заболеваемость раком ободочной кишки в Украине:

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

Ответ: а.

37. В каком возрасте наиболее часто встречается рак ободочной кишки?

- а) 20–29 лет;
- б) 30–39 лет;
- в) 40–49 лет;
- г) 50–69 лет.

Ответ: г.

38. Основным фактором, способствующим возникновению рака ободочной кишки, является:

- а) курение;
- б) ионизирующая радиация;
- в) состав пищевых продуктов;
- г) злоупотребление алкоголем.

Ответ: в.

39. Риск развития рака ободочной кишки снижается при диете с преобладанием:

- а) жиров;
- б) грубой растительной клетчатки;
- в) белков;
- г) углеводов.

Ответ: б.

40. Какой из указанных способов диагностики наиболее информативен для распознавания рака ободочной кишки?

- а) лапароскопия;
- б) ректороманоскопия;
- в) селективная ангиография;
- г) фиброколоноскопия.

Ответ: г.

Прямая кишка

Регионарные лимфатические узлы

Лимфатические узлы около верхней, средней и нижней частей прямой кишки (геморроидальные), нижние брыжеечные, внутренние подвздошные, мезоректальные, боковые сакральные, пресакральные узлы Герота.

Клиническая классификация TNM

T — первичная опухоль;

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

TO — первичная опухоль не определяется;

Tis — интраэпителиальная или с инвазией слизистой оболочки¹;

T1 — опухоль инфильтрирует стенку кишки до подслизистой;

T2 — опухоль инфильтрирует мышечный слой стенки кишки;

T3 — опухоль инфильтрирует субсерозу или ткань перитонизированных участков ободочной и прямой кишок;

T4 — опухоль прорастает висцеральную брюшину или непосредственно распространяется на соседние органы и структуры;

T4a — опухоль прорастает висцеральную брюшину;

T4b — опухоль непосредственно распространяется на соседние органы и структуры^{2 3}.

Примечания: 1. Tis включает раковые клетки до базальной мембраны (интраэпителиальное распространение) или в слизистом слое без распространения в подслизистый слой.

2 Прямое распространение при T4b включает распространение на другие сегменты ободочной и прямой кишки путем прорастания серозы, например, врастание опухоли слепой кишки в сигмовидную.

3 Прорастание опухоли в другие органы или структуры, определяемое макроскопически, классифицируется T4. Однако если нет микроскопического подтверждения, то T1-3 в зависимости от глубины инвазии кишечной стенки

N — регионарные лимфатические узлы;

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 — метастазы в 1—3 регионарных лимфатических узлах;

N1a — метастазы в 1 регионарный лимфатический узел;

N1b — метастазы в 2—3 регионарных лимфатических узлах;

N1c — сателиты в субсерозном слое или в не покрытых брюшиной околоободочных и околопрямокишечных мягких тканях без регионарных лимфоузлов;

N2 — метастазы в 4 и более регионарных лимфатических узлах;

N2a — метастазы в 4-6 регионарных лимфатических узла;

N2b — метастазы в 7 и более регионарных лимфатических узлах.

M — отдаленные метастазы;

MX — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

MO — нет признаков отдаленных метастазов;

M1 — имеются отдаленные метастазы;

M1a — метастазы в одном органе (печени, легких, яичниках, нерегионарных лимфатических узлах);

M1b — метастазы в более чем один орган или брюшину.

Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия I	T1, T2	N0	M0
Стадия II	T3, T4	N0	M0
Стадия IIА	T3	N0	M0
Стадия IIВ	T4a	N0	M0
Стадия IIС	T4b	N0	M0
Стадия III	Любая Т	N1, N2	M0
Стадия IIIА	T1, T2	N1	M0
	T1	N2a	M0
Стадия IIIВ	T3, T4a	N1	M0
	T2, T3	N2a	M0
	T1, T2	N2b	M0
Стадия IIIС	T4a	N2a	M0
	T3, T4a	N2b	M0
	T4b	N1, N2	M0
Стадия IV	Любая Т	Любая N	M1a
Стадия IVВ	Любая Т	Любая N	M1b

Тесты

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: в.

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

- а) подтвердить диагноз геморроя и назначить консервативное лечение;
- б) назначить диету и повторную явку через месяц;
- в) выполнить ирригоскопию;
- г) направить больного к проктологу с подозрением на обострение геморроя.

Ответ: в.

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

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: в.

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

- а) частые тенезмы с отхождением крови и слизи;
- б) непроизвольное отхождение газов;
- в) смена запоров и поносов;

г) боли в правой подвздошной области и над лобком.

Ответ: г.

10. При резектабельном раке прямой кишки ниже 5–6 см от ануса показана операция:

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: д.

12. Отток крови от прямой кишки осуществляется:

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

Ответ: в.

13. При резектабельном раке прямой кишки 4 см от ануса показана операция:

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: в.

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

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

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

Ответ: б.

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

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

Ответ: б.

17. При нерезектабельном раке прямой кишки операцией выбора является:

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

Ответ: б.

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

- а) анального канала;
- б) среднеампулярного отдела;
- в) нижеампулярного отдела;
- г) ректосигмоидного отдела.

Ответ: г.

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

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: б.

22. Наиболее частой локализацией рака прямой кишки является:

- а) анальный отдел;
- б) нижнеампулярный;
- в) среднеампулярный;
- г) верхнеампулярный.

Ответ: б.

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

- а) легкие;
- б) печень;
- в) кости позвоночника;
- г) паховые лимфоузлы.

Ответ: г.

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

- а) асцит;
- б) острая кишечная непроходимость;
- в) анемия;
- г) пальпируемая опухоль.

Ответ: а.

25. Основной путь метастазирования рака прямой кишки:

- а) гематогенный;
- б) лимфогенный;
- в) имплантационный;
- г) в органы малого таза.

Ответ: б.

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

- а) передней нижней резекции;
- б) сигмостомии;
- в) брюшно-промежностной экстирпации;
- г) брюшно-анальная резекции с низведением.

Ответ: б.

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

- а) локализация опухоли в прямой кишке;
- б) отсутствие метастазов в регионарных лимфоузлах;

- в) степень распространённости опухолевого процесса;
- г) срок заболевания.

Ответ: г.

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

- а) I;
- б) II;
- в) III;
- г) IV.

Ответ: в.

29. Наиболее характерным симптомом рака прямой кишки является:

- а) запор;
- б) слизь в каловых массах;
- в) кровь в каловых массах;
- г) слабость, похудание, снижение аппетита.

Ответ: в.

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: в.

32. Большую склонность к малигнизации имеют полипы прямой кишки:

- а) гиперпластические;
- б) ворсинчатые;
- в) аденоматозные;
- г) множественные аденоматозные;
- д) индекс малигнизации одинаков во всех случаях.

Ответ: г.

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

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

Ответ: б.

34. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:

- а) постепенного нарастания симптомов;
- б) вздутия живота;
- в) задержки стула;
- г) появления чаш Клойбера;
- д) быстрого (в течение суток) обезвоживания.

Ответ: д.

35. Наиболее рациональным лечением рака прямой кишки является:

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

Ответ: д.

36. Осложнением рака прямой кишки может быть все, кроме:

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

Ответ: г.

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

- а) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом;
- б) правосторонняя гемиколэктомия, терминальная илеостомия;
- в) ушивание перфорации, илеотрансверзоанастомоз;
- г) правосторонняя гемиколэктомия, колостомия, илеостомия;
- д) цекостомия.

Ответ: д.

38. Толстокишечная непроходимость чаще всего бывает обусловлена:

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

д) туберкулезом.

Ответ: б.

39. На выбор метода лечения полипов прямой кишки оказывает влияние:

а) количество полипов;

б) размеры полипов;

в) гистологическое строение полипов;

г) тип роста (на ножке или на широком основании) ;

д) все перечисленное.

Ответ: д.

40. Наиболее ранними клиническими симптомами при раке нижнеампулярного отдела прямой кишки являются:

а) боли;

б) патологические примеси в кале;

в) кровотечение;

г) перемежающийся стул;

д) правильные ответы в) и г).

Ответ: а.

Печень

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются лимфатические узлы ворот печени, печеночные (расположенные вдоль собственной печеночной артерии), околопортальные (вдоль воротной вены) и вдоль абдоминальной части нижней полой вены выше печеночной вены (за исключением нижних диафрагмальных узлов).

Клиническая классификация TNM

T — первичная опухоль;

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

TO — первичная опухоль не определяется;

T1 — солитарная опухоль без сосудистой инвазии;

T2 — солитарная опухоль с сосудистой инвазией или множественные опухоли < 5 см в наибольшем измерении;

T3 — множественные опухоли > 5 см или опухоль, вовлекающая большую ветвь воротной вены или печеночной вены;

T3a — множественные опухоли > 5 см;

T3b — опухоль, вовлекающая большую ветвь воротной вены или печеночной вены;

T4 — опухоль(и) с прямым распространением на прилежащие органы, но не на желчный пузырь или с перфорацией висцеральной брюшины.

N — регионарные лимфатические узлы;

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 — в регионарных лимфатических узлах имеются метастазы.

M — отдаленные метастазы;

M0 — нет отдаленных метастазов;

M1 — отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям

Стадия I	T1	N0	M0
Стадия II	T2	N0	M0
Стадия IIIA	T3a	N0	M0
Стадия IIIB	T3b	N0	M0
Стадия IIIC	T4	N0	M0
Стадия IVA	Любая T	N1	M0
Стадия IVB	Любая T	Любая N	M1

Тесты

1. Какая из перечисленных опухолей печени является злокачественной:

- а) аденома;
- б) гемангиома;
- в) липома;
- г) холангиокарцинома.

Ответ: г.

2. Какая из перечисленных опухолей печени является доброкачественной:

- а) аденома;
- б) гепатобластома;
- в) гепатоцеллюлярная опухоль;
- г) холангиокарцинома.

Ответ: а.

3. Среди всех случаев первичного рака печени 90 % составляет:

- а) аденома;
- б) гемангиома;
- в) гепатоцеллюлярная опухоль;
- г) холангиокарцинома.

Ответ: в.

4. Наиболее часто рак печени развивается на фоне:

- а) гепатита В;
- б) гепатита С;
- в) алкоголизма;
- г) наркомании.

Ответ: а.

5. Афлатоксин может содержаться везде, кроме как в:

- а) рисе;
- б) зерне;
- в) воде;
- г) арахисе.

Ответ: в.

6. Какое заболевание наиболее часто сочетается с раком печени:

- а) гастрит;
- б) цирроз;
- в) желчекаменная болезнь;
- г) колит.

Ответ: б.

7. Солитарная опухоль печени до 2 см в наибольшем измерении без инвазии сосудов соответствует:

- а) T1;
- б) T2;
- в) T3;
- г) T4.

Ответ: а.

8. Основной метод лечения рака печени:

- а) вакцинация;
- б) химиотерапия;
- в) лучевая терапия;
- г) хирургический.

Ответ: г.

9. Поражение лимфатических узлов ворот печени и гепатодуоденальной связки соответствует:

- а) N1;
- б) N2;
- в) N3;
- г) N4.

Ответ: а.

10. Наиболее часто опухоли печени по своему происхождению являются:

- а) первичными ;
- б) метастатическими.

Ответ: б.

11. К группе риска развития первичного рака печени из перечисленных следует относить:

- а) носителей вируса гепатита В;
- б) наличие цирроза печени;
- в) употребление в пищу продуктов, поражённых афлатоксином;
- г) поражение описторхозом;
- д) всё вышеперечисленное.

Ответ: д.

12. На фоне описторхоза чаще развивается:

- а) холангиоцеллюлярный рак печени;
- б) гепатоцеллюлярный рак печени;
- в) обе формы первичного рака печени встречаются с одинаковой частотой;
- г) описторхоз не оказывает влияния на развитие первичного рака печени;
- д) правильного ответа нет.

Ответ: а.

13. Положительная реакция на альфа-фетопротеин чаще бывает при:

- а) первичном раке печени;
- б) метастатическом раке печени;
- в) доброкачественных новообразованиях печени;
- г) правильные ответы а и б;
- д) не характерна для опухолевых поражений печени.

Ответ: а.

14. Первичный рак печени метастазирует:

- а) гематогенно;
- б) лимфогенно;
- в) внутриоргано;
- г) встречаются все перечисленные виды метастазирования.

Ответ: г.

15. При первичном раке печени отдалённые метастазы чаще встречаются в:

- а) костях;
- б) забрюшинных лимфатических узлах;
- в) лёгких;
- г) головном мозге.

Ответ: б.

16. Из перечисленных симптомов при первичном раке печени наиболее часто встречаются:

- а) бледность кожных покровов;
- б) желтушность кожных покровов;
- в) симптомы портальной гипертензии;
- г) гепатомегалию;
- д) симптом Курвуазье.

Ответ: г.

17. Наиболее достоверным методом, позволяющим диагностировать опухоли печени, является:

- а) ультразвуковое исследование;
- б) компьютерная томография;
- в) ангиография;
- г) лапароскопия;
- д) все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью.

Ответ: б.

18. Для первичного рака печени из перечисленных биохимических тестов наиболее характерно повышение активности:

- а) щелочной фосфатазы;
- б) аланиновой и аспарагиновой трансаминаз;
- в) лактатдегидрогеназы;
- г) γ -глутаминтранспептидазы;
- д) всех перечисленных ферментов.

Ответ: д.

19. Опухоли печени небольших размеров чаще диагностируют при:

- а) ультразвуковом исследовании;
- б) рентгеновской компьютерной томографии;
- в) ангиографическом исследовании;
- г) радиоизотопном исследовании;
- д) размеры опухоли не влияют на точность перечисленных методов.

Ответ: б.

20. Наиболее эффективным методом лечения первичного рака печени служит:

- а) хирургический;
- б) системная химиотерапия;
- в) регионарная химиотерапия;
- г) лучевое лечение;
- д) верно б и в.

Ответ: а.

21. Паллиативные (симптоматические) операции при первичном раке печени целесообразно выполнять в случаях:

- а) обтурации опухолью полых органов (жёлчные протоки, кишечник, мочеточник и т. д.);
- б) распада опухоли с внутрибрюшным кровотечением или развитием перитонита;
- в) планирования в послеоперационном периоде проведения химиотерапевтического лечения с целью уменьшения объёма опухоли;
- г) во всех перечисленных случаях.

Ответ: а.

22. Метастатическое поражение печени часто наблюдают при локализации первичной опухоли в:

- а) органах желудочно-кишечного тракта;
- б) лёгких;
- в) молочной железе;
- г) женских половых органах;
- д) при всех перечисленных локализациях первичной опухоли.

Ответ: а.

23. Наиболее ранней и частой жалобой больных с метастатическим поражением печени из перечисленных являются:

- а) боли в правом подреберье и эпигастральной области;
- б) кожный зуд;
- в) наличие желтухи;
- г) наличие асцита;
- д) спленомегалия.

Ответ: а.

24. Среди злокачественных новообразований печени преобладают:

- а) первичный рак;
- б) метастазы;
- в) саркомы;
- г) все перечисленные встречаются примерно с одинаковой частотой.

Ответ: б.

25. Основным фактором, способствующим возникновению гепатоцеллюлярного рака печени, является:

- а) носительство вируса гепатита А;
- б) носительство вируса гепатита В;
- в) хронический описторхоз;
- г) загрязнение пищи афлатоксинами.

Ответ: б.

26. Основным фактором, способствующим возникновению холангиоцеллюлярного рака печени, является:

- а) носительство вируса гепатита А;
- б) носительство вируса гепатита В;
- в) хронический описторхоз;
- г) загрязнение пищи афлатоксинами.

Ответ: в.

27. Фактором риска появления рака печени в развитых странах служит:

- а) ионизирующая радиация;
- б) курение;
- в) злоупотребление алкоголем;
- г) злоупотребление жирной пищей.

Ответ: в.

28. На фоне какой патологии часто развивается гепатоцеллюлярный рак печени?

- а) цирроз печени;
- б) описторхоз;
- в) и того, и другого заболевания;

г) ни того, ни другого заболевания.

Ответ: а.

29. Какой морфологический вариант первичного рака печени обычно развивается на фоне описторхоза:

а) холангиоцеллюлярный рак печени;

б) гепатоцеллюлярный рак печени;

в) обе формы первичного рака печени при описторхозе встречаются с одинаковой частотой;

г) описторхоз не оказывает влияния на развитие первичного рака печени.

Ответ: а.

30. Мерами профилактики гепатоцеллюлярного рака печени служат (отметьте 2 правильных ответа):

а) вакцинация против вируса гепатита В;

б) излечение описторхоза;

в) борьба с алкоголизмом;

г) ликвидация бактериальной инфекции во внутривенных желчных протоках.

Ответ: а, в.

31. Мерами профилактики холангиоцеллюлярного рака печени служат (отметьте 2 правильных ответа):

а) вакцинация против вируса гепатита В;

б) излечение описторхоза;

в) борьба с алкоголизмом;

г) ликвидация бактериальной инфекции во внутривенных желчных протоках.

Ответ: б, г.

32. Наиболее частая жалоба больных первичным раком печени:

а) похудание;

б) общая слабость;

в) боль в правом подреберье;

г) желтуха;

д) повышение температуры.

Ответ: в.

33. Наиболее частый объективный признак при раке печени:

а) лихорадка;

б) желтушность кожи;

в) симптомы портальной гипертензии;

г) гепатомегалия;

д) симптом Курвуазье.

Ответ: г.

34. Какой из перечисленных симптомов не встречается при раке печени?

- а) лихорадка;
- б) желтушность кожных покровов;
- в) симптомы портальной гипертензии;
- г) гепатомегалия;
- д) симптом Курвуазье.

Ответ: д.

35. Для первичного рака печени не характерна боль:

- а) тупая постоянная нерезкая;
- б) постоянная сильная;
- в) острая приступообразная;
- г) с постепенно нарастающей интенсивностью.

Ответ: в.

36. Положительная реакция на альфа-фетопротеин характерна для:

- а) первичного рака печени;
- б) метастазов в печени;
- в) доброкачественных новообразований печени;
- г) реакция на альфа-фетопротеин не характерна для перечисленных заболеваний.

Ответ: а.

37. Информативными методами, позволяющими диагностировать опухолевые поражения печени, являются:

- а) ультразвуковое исследование;
- б) компьютерная томография;
- в) ангиография;
- г) лапароскопия;
- д) все перечисленные методы информативны.

Ответ: д.

38. Радикальным методом лечения первичного рака печени служит:

- а) хирургический метод;
- б) системная химиотерапия;
- в) регионарная химиотерапия;
- г) лучевое лечение.

Ответ: а.

39. Лучевая терапия у больных первичным раком печени:

- а) является одним из ведущих методов радикального лечения;
- б) применяется с паллиативной целью;
- в) применяется с симптоматической целью;
- г) применяется в исключительных случаях.

Ответ: г.

40. При местно распространённом нерезектабельном гепатоцеллюлярном раке печени проводят:

- а) химиоэмболизацию печёночной артерии;
- б) лучевую терапию;
- в) системную химиотерапию;
- г) все перечисленное.

Ответ: а.

Поджелудочная железа

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются узлы, расположенные около поджелудочной железы и подразделяющиеся на:

Верхние	Сверху от головки и тела
Нижние	Снизу от головки и тела
Передние	Передние панкреатодуоденальные, пилорические (только для опухолей головки) и проксимальные брыжеечные
Задние	Задние панкреатодуоденальные, около общего желчного протока и проксимальные брыжеечные
Селезеночные	В воротах селезенки и около хвоста поджелудочной железы (только для опухолей тела и хвоста)
Чревные	(только для опухолей головки)

Клиническая классификация TNM

T — первичная опухоль;

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

TO — первичная опухоль не определяется;

Tis — преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ) ;

T1 — опухоль ограничена поджелудочной железой до 2 см в наибольшем измерении;

T2 — опухоль ограничена поджелудочной железой более 2 см в наибольшем измерении;

T3 — опухоль распространяется за пределы поджелудочной железы, но не вовлекает чревную или верхнюю брыжеечную артерии;

T4 — опухоль распространяется на чревную или верхнюю брыжеечную артерии.

N — регионарные лимфатические узлы;

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 — регионарные лимфатические узлы поражены метастазами.

M — отдаленные метастазы;

M0 — нет отдаленных метастазов;

M1 — отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия IA	T1	N0	M0
Стадия IB	T2	N0	M0
Стадия IIA	T3	N0	M0
Стадия IIB	T1, T2, T3	N1	M0

Стадия III	T4	Любая N	M0
Стадия IV	Любая T	Любая N	M1

Тесты

1. Какой потенциал злокачественности у рака поджелудочной железы:

- а) низкий;
- б) средний;
- в) высокий;
- г) очень высокий.

Ответ: в.

2. Существует ли связь между курением и раком поджелудочной железы:

- а) да;
- б) нет.

Ответ: а.

3. Какие из перечисленных опухолей являются доброкачественными (2 ответа):

- а) серозная цистаденома;
- б) зрелая кистозная тератома;
- в) протоковая аденокарцинома;
- г) гигантоклеточная опухоль.

Ответ: а, б.

4. Какие из перечисленных опухолей являются злокачественными (2 ответа):

- а) серозная цистаденома;
- б) зрелая кистозная тератома;
- в) протоковая аденокарцинома;
- г) гигантоклеточная опухоль.

Ответ: в, г.

5. Какая наиболее часто встречаемая опухоль поджелудочной железы:

- а) протоковая аденокарцинома;
- б) гигантоклеточная опухоль;
- в) недифференцированный рак;
- г) панкреатобластома.

Ответ: а.

6. В какой части поджелудочной железы наиболее часто развивается рак:

- а) головка;
- б) тело;
- в) хвост;
- г) все части с одинаковой вероятностью.

Ответ: а.

7. Опухоль ограниченная поджелудочной железой, до 2 см в наибольшем измерении соответствует:

- а) T1;
- б) T2;
- в) T3;
- г) T4.

Ответ: а.

8. Опухоль ограниченная поджелудочной железой, более 2 см в наибольшем измерении соответствует:

- а) T1;
- б) T2;
- в) T3;
- г) T4.

Ответ: б.

9. Опухоль, которая распространяется за пределы поджелудочной железы, но не вовлекает чревный ствол или верхнюю брыжеечную артерию соответствует:

- а) T1;
- б) T2;
- в) T3;
- г) T4.

Ответ: в.

10. Уровни каких онкомаркеров повышаются при раке поджелудочной железы (2 ответа):

- а) РЭА;
- б) СА19.9;
- в) СА15.3;
- г) СА125.

Ответ: а, б.

11. Рак поджелудочной железы встречаются чаще у:

- а) мужчин;
- б) женщин;
- в) с одинаковой частотой у лиц того и другого пола.

Ответ: а.

12. Возникновению рака поджелудочной железы способствует:

- а) злоупотребление алкоголем;
- б) курение;
- в) повышенное потребление жиров;
- г) все перечисленное.

Ответ: г.

13. Меры профилактики рака поджелудочной железы:

- а) отказ от злоупотребления алкоголем;
- б) отказ от курения;
- в) ограничение количества жиров в диете;
- г) включение в пищевой рацион большого количества овощей и фруктов;
- д) все перечисленное.

Ответ: д.

14. Рак поджелудочной железы чаще поражает:

- а) головку;
- б) тело;
- в) хвост;
- г) с одинаковой частотой поражает все отделы.

Ответ: а.

15. Типичные формы рака поджелудочной железы:

- а) аденокарцинома;
- б) плоскоклеточный рак;
- в) анапластический рак.

Ответ: а.

16. Для рака головки поджелудочной железы наиболее характерны:

- а) желтуха;
- б) боль в эпигастральной области;
- в) повышение температуры тела;
- г) тромбозы периферических сосудов.

Ответ: а.

17. Для рака тела поджелудочной железы наиболее характерны:

- а) желтуха;
- б) боль в эпигастральной области;
- в) повышение температуры тела;
- г) тошнота и рвота.

Ответ: б.

18. Наиболее интенсивную боль наблюдают при раке:

- а) головки поджелудочной железы;
- б) тела поджелудочной железы;
- в) хвоста поджелудочной железы;
- г) интенсивная боль для рака поджелудочной железы не характерна.

Ответ: б.

19. Каловые массы при желтухе на почве рака поджелудочной железы:

- а) обычного цвета;
- б) тёмно-коричневого цвета;
- в) обесцвечены;

г) закономерности не существует.

Ответ: в.

20. Цвет мочи при желтухе на почве рака поджелудочной железы:

а) светло-жёлтый;

б) тёмно-коричневый;

в) моча обесцвечена;

г) закономерности не существует.

Ответ: б.

21. Паранеопластический синдром, характерный для рака тела поджелудочной железы, проявляется:

а) нейродермитами;

б) гиперпигментацией кожи;

в) тромбозами периферических сосудов;

г) гемолитической анемией.

Ответ: в.

22. Нарастающая желтуха характерна для опухоли:

а) жёлчного пузыря;

б) головки поджелудочной железы;

в) тела поджелудочной железы;

г) хвоста поджелудочной железы;

д) всех отделов поджелудочной железы.

Ответ: б.

23. Симптом Курвуазье характерен для:

а) хронического гепатита;

б) калькулёзного холецистита;

в) рака головки поджелудочной железы;

г) хронического гепатита;

д) рака жёлчного пузыря.

Ответ: в.

24. Клинический минимум обследования на рак поджелудочной железы при наличии желтухи включает (отметьте 3 правильных ответа):

а) рентгеноскопию желудка;

б) ирригографию;

в) УЗИ брюшной полости;

г) компьютерную томографию брюшной полости;

д) исследование мочи и кала на жёлчные пигменты.

Ответ: а, в, г.

25. Механическая желтуха на почве опухоли чаще всего сопровождается:

- а) появлением резких болей в эпигастрии, асцитом, рвотой;
- б) увеличением печени, кожным зудом, асцитом;
- в) увеличением жёлчного пузыря, кожным зудом, увеличением печени;
- г) тошнотой, рвотой, увеличением жёлчного пузыря.

Ответ: в.

26. С помощью биохимических проб на билирубин, трансаминазы, ЛДГ при подозрении на рак билиопанкреатодуоденальной области возможно:

- а) проведение топической диагностики опухоли;
- б) проведение дифференциальной диагностики желтухи;
- в) только охарактеризовать общее состояние больного;
- г) проведение топической диагностики опухоли и охарактеризовать общее состояние больного.

Ответ: б.

27. У больного боль в эпигастральной области, тошнота, рвота. В течение 6 мес. похудел на 15 кг. При рентгенологическом исследовании желудок смещён вперед. О каком заболевании можно думать:

- а) стеноз привратника;
- б) опухоль поджелудочной железы;
- в) язвенная болезнь желудка;
- г) рак желудка;
- д) опухоль толстой кишки.

Ответ: б.

28. Радикальным методом лечения рака поджелудочной железы является:

- а) хирургическое вмешательство;
- б) лучевая терапия;
- в) химиотерапия;
- г) гормонотерапия;
- д) радикального лечения этой опухоли не существует.

Ответ: а.

29. При панкреатодуоденальной резекции удаляют:

- а) всю поджелудочную железу;
- б) головку поджелудочной железы и 12-перстную кишку;
- в) то же, что и (б), + пилорический отдел желудка;
- г) то же, что и (в), + жёлчный пузырь.

Ответ: в.

30. В каком лечении нуждается больной желтухой на почве запущенного рака головки поджелудочной железы:

- а) симптоматическом;
- б) лучевой терапии;
- в) химиотерапии;

- г) наложении желчеотводящего анастомоза;
- д) паллиативной панкреатодуоденальной резекции.

Ответ: д.

31. При поражении поджелудочной железы чаще всего встречаются:

- а) солидные опухоли;
- б) малодифференцированные опухоли;
- в) плоскоклеточные формы рака;
- г) аденокарциному.

Ответ: г.

32. Доказанный и устранимый фактор повышенного риска рака поджелудочной железы:

- а) повышенное потребление алкоголя;
- б) курение;
- в) повышенное потребление чая;
- г) повышенное потребление кофе.

Ответ: б.

33. Риск развития рака поджелудочной железы повышен при (отметьте 2 правильных ответа):

- а) язвенной болезни желудка;
- б) хроническом панкреатите;
- в) язвенной болезни 12-перстной кишки;
- г) желчекаменной болезни.

Ответ: б, г.

34. Опухоли поджелудочной железы бывают (отметьте 2 правильных ответа):

- а) экзокринные;
- б) эпителиоидные;
- в) эндокринные.

Ответ: а, в.

35. К поражениям хвоста поджелудочной железы относят опухоли, возникающие в зоне:

- а) ограниченной левым краем аорты и воротами селезёнки;
- б) расположенной справа от левого края верхней мезентериальной вены;
- в) ограниченной левым краем верхней мезентериальной вены и левым краем аорты.

Ответ: а.

36. Регионарными лимфатическими узлами для внепеченочных жёлчных протоков являются:

- а) ворот селезёнки и хвоста поджелудочной железы;
- б) чревные;
- в) расположенные около пузырного и общего желчного протоков, ворот печени, головки поджелудочной железы, 12-перстной кишки, воротной, чревной и верхней мезентериальной артерий.

Ответ: в.

37. К прилежащим к поджелудочной железе крупным сосудам отнесены:

- а) воротная вена, чревная артерия, верхняя брыжеечная и общая печёночная артерии и вены;
- б) сосуды селезёнки;
- в) нижняя брыжеечная и левая печёночная артерии.

Ответ: а.

38. Ведущий клинический симптом злокачественных опухолей области поджелудочной железы:

- а) опоясывающие боли;
- б) лихорадка;
- в) снижение массы тела;
- г) механическая желтуха.

Ответ: г.

39. Расширенный объём исследований при подозрении на опухоль поджелудочной железы представлен (отметьте 3 правильных ответа):

- а) МРТ;
- б) компьютерной томографией;
- в) ангиографией;
- г) ретроградной панкреатикохолангиографией;
- д) чрескожной чреспечёночной холангиографией.

Ответ: б, г, д.

40. Существует ли связь между описторхозом и раком поджелудочной железы:

- а) да;
- б) нет.

Ответ: б.

Легкие

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются внутригрудные, прескаленные и надключичные лимфатические узлы.

Клиническая классификация TNM

T — первичная опухоль

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли или опухоль доказана только наличием опухолевых клеток в мокроте, или промывных водах бронхов, но не выявляется методами визуализации, или при бронхоскопии;

TO — первичная опухоль не определяется;

Tis — преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ);

T1 — опухоль не более 3 см в наибольшем измерении, окруженная легочной тканью или висцеральной плеврой, без видимой инвазии проксимальнее долевого бронха при бронхоскопии (без поражения главного бронха)¹;

T1a — опухоль 2 см или менее в наибольшем измерении

T1b — опухоль больше 2 см, но не более 3 см в наибольшем измерении¹;

T2 — опухоль больше 3 см в наибольшем измерении, но не более 7 см; или опухоль имеет какой-нибудь из следующих признаков²:

- прорастающая висцеральную плевру;

- сопровождающаяся ателектазом, или обструктивной пневмонией, распространяющейся на корень легкого, но не захватывающей все легкое;

- проксимальный край опухоли располагается не менее чем на 2 см от карины;

T2a — опухоль больше 3 см, но не более 5 см в наибольшем измерении;

T2b — опухоль больше 5 см, но не более 7 см в наибольшем измерении;

T3 — опухоль любого размера, непосредственно переходящая на: грудную стенку (включая опухоли верхней борозды), диафрагму, медиастинальную плевру, перикард, или опухоль, не доходящая до карины менее чем на 2 см, но без вовлечения карины¹, или опухоль с сопутствующим ателектазом или обструктивной пневмонией всего легкого или отдельные опухолевые узлы в той же доле, что и первичный очаг;

T4 — опухоль любого размера, непосредственно переходящая на средостение, сердце, крупные сосуды, трахею, возвратный гортанный нерв, пищевод, тела позвонков, карину; отдельные опухолевые узлы в противоположной доле.

N — регионарные лимфатические узлы;

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 — имеется поражение перибронхиальных и/или лимфатических узлов корня легкого на стороне поражения, внутрилегочных лимфатических узлов, включая непосредственное распространение опухоли на лимфатические узлы;

N2 — имеется поражение лимфатических узлов средостения на стороне поражения или бифуркационных;

N3 — имеется поражение лимфатических узлов средостения или корня легкого на противоположной стороне, прескаленных или надключичных лимфатических узлов на стороне поражения или на противоположной стороне.

M — отдаленные метастазы;

M0 — нет отдаленных метастазов;

M1 — имеются отдаленные метастазы;

M1a — отдельные опухолевые узлы в другой доле как на стороне заболевания, так и в противоположном легком, плевральный или перикардиальный выпот³;

M1b — отдаленные метастазы

Примечания: 1. Необычные поверхностно распространяющиеся опухоли любого размера, если их инфильтративный рост ограничен стенкой бронха, при распространении на главный бронх классифицируется как T1a.

2. T2-опухоль с перечисленными признаками классифицируется как T2a, если ее размер 5 см и менее или если размер не определен. T2b считается опухоль более 5, но менее 7 см.

3. Большинство плевральных выпотов, сопутствующих раку легкого, вызваны опухолью. Однако имеются случаи, когда многократные цитологические исследования плевральной жидкости не верифицируют опухолевую природу выпота. Эти данные наряду с клиническими позволяют судить о неопухоловой природе выпота, и в этом случае

наличие выпота не оказывает влияния на классификацию T и должно классифицироваться как M0.

Группировка по стадиям

Occult carcinoma	Tx	N0	M0
Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия IA	T1a, b	N0	M0
Стадия IB	T2a	N0	M0
Стадия IIA	T2b	N0	M0
	T1a, b	N1	M0
	T2a	N1	M0
Стадия IIB	T2b	N1	M0
	T3	N0	M0
Стадия IIIA	T1a, b, T2a, b	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
	T4	N0, N1	M0
Стадия IIIB	T4	N2	M0
	Любая T	N3	M0
Стадия IV	Любая T	Любая N	M1

Тесты

1. Выбор метода лечения рака легкого определяют следующие факторы, характеризующие распространенность опухолевого процесса:

- а) метастатическое поражение внутригрудных лимфатических узлов;
- б) размеры и локализация в легком первичной опухоли;
- в) прорастание сосудистых образований, органов и структур;
- г) отсутствие или наличие отдаленных метастазов;
- д) все ответы правильные.

Ответ: д.

2. Причинную связь между курением, воздействием профессиональных вредных факторов и возникновением рака легкого удается проследить для:

- а) плоскоклеточного рака;
- б) мелкоклеточного рака;
- в) железистого рака;
- г) все ответы правильные;
- д) правильные ответы а) и в).

Ответ: д.

3. Относительно рано на обзорных рентгенограммах опухолевый узел при центральном раке легких выявляется в случае:

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

Ответ: б.

4. При злокачественных новообразованиях средостения чаще, чем при доброкачественных, встречаются:

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

Ответ: д.

5. Первичные симптомы рака легкого обусловлены проявлением:

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: д

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

- а) санация бронхиального дерева;
- б) адекватное обезболивание;

- в) применение муколитических и бронхолитических средств;
- г) стимуляция кашля (при подавленном кашлевом рефлексе) ;
- д) все ответы правильные.

Ответ: д.

9. Клиническими признаками плеврального выпота являются:

- а) боль;
- б) сухой непродуктивный кашель;
- в) одышка;
- г) все перечисленное;
- д) только а) и б).

Ответ: г.

10. К центральному раку относятся опухоли, исходной локализацией которых являются бронхи:

- а) главные;
- б) субсегментарные до V порядка;
- в) долевые и сегментарные;
- г) правильные ответы а) и б);
- д) правильные ответы б) и в).

Ответ: г.

11. При раке главного бронха показана:

- а) пульмонэктомия;
- б) лобэктомия;
- в) лучевая терапия без операции;
- г) сегментэктомия;
- д) все правильно.

Ответ: а.

12. Рак легкого следует дифференцировать с:

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

Ответ: д.

13. При аденокарциноме легких 1–2-й стадий показано лечение:

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

Ответ: г.

14. При появлении круглой тени на рентгенограмме легких **не** показано:

- а) томография;
- б) динамическое наблюдение;
- в) фибробронхоскопия с биопсией;
- г) проба Пирке и Манту;
- д) пневмодиастинография.

Ответ: б.

15. К периферическому раку легкого не относится рак:

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

Ответ: а.

16. Основными методами диагностики центрального рака легкого являются:

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

Ответ: а.

17. Рентгенологическим признаком периферического рака легкого с распадом является:

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

Ответ: д.

18. Основным методом лечения мелкоклеточного рака легкого 3-й стадии является:

- а) хирургический;
- б) лучевой;
- в) химиотерапевтический и лучевой;
- г) иммуногормональный;
- д) химиотерапевтический.

Ответ: в.

19. Наиболее характерным для рака Пенкоста является:

- а) кровохарканье;
- б) боли за грудиной;
- в) синдром Горнера;

- г) отек в области шеи и лица;
- д) осиплость голоса.

Ответ: в.

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

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

Ответ: г.

21. Для медиастинальной формы рака легкого характерно:

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: в.

23. Рентгенологические признаки нарушения бронхиальной проходимости и осложнения, связанные с ней, возникают наиболее рано при преимущественно:

- а) эндобронхиальном типе роста опухоли;
- б) разветвленном перибронхиальном типе роста опухоли;
- в) экзобронхиальном типе роста опухоли;
- г) сроки возникновения рентгенологических признаков нарушения бронхиальной проходимости не зависят от анатомического типа роста опухоли.

Ответ: а.

24. Наиболее эффективным методом лечения рака легкого является:

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

Ответ: а.

25. Бронхография позволяет уточнить:

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

26. Рак легкого метастазирует в:

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

Ответ: г.

27. При раке легкого рентгеновская компьютерная томография позволяет:

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: в.

30. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить с:

- а) доброкачественными опухолями легких
- б) метастазами;
- в) эхинококковой кистой;
- г) туберкулезом;
- д) все ответы правильные.

Ответ: д.

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

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

Ответ: д.

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

- а) кашля;
- б) кровохарканья;
- в) боли в груди;
- г) повышения температуры тела.

Ответ: г.

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

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

Ответ: д.

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

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

Ответ: б.

35. Изолированное поражение лимфатических узлов средостения может иметь место при:

- а) медиастинальной форме рака легкого;
- б) саркоидозе Бека;
- в) туберкулезном лимфадените;
- г) лимфогранулематозе;
- д) все ответы правильные.

Ответ: д.

36. Раком легкого чаще болеют:

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

Ответ: а.

37. Наличие эндобронхиальной опухоли, полностью обтурирующей долевого или главного бронха, вызывает смещение средостения:

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

Ответ: б.

38. Дифференциальный диагноз центрального рака легкого следует проводить с:

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

Ответ: д.

39. К лицам, составляющим группу повышенного риска заболеть раком легкого, относятся:

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: г.

Средостение

Тесты

1. Первичными опухолями и кистами средостения являются все перечисленные, за исключением:

- а) опухоли вилочковой железы;
- б) болезни Ходжкина;
- в) гидатидозного эхинококка;
- г) метастатических опухолей.

Ответ: г.

2. Самым частым осложнением первичных кист средостения является:

- а) злокачественное перерождение;
- б) сдавление других органов;
- в) кровотечение;
- г) перфорация.

Ответ: б.

3. Абсолютным противопоказанием к хирургическому лечению злокачественных опухолей средостения являются (2 ответа):

- а) отдаленные метастазы;
- б) синдром верхней полой вены;
- в) парез голосовых связок;
- г) дисфагия.

Ответ: а, б.

4. Какое утверждение является правильным в отношении тактики лечения доброкачественных опухолей и кист средостения?

- а) наблюдение в динамике;
- б) хирургическое лечение;
- в) лучевое лечение;
- г) химиотерапия.

Ответ: б.

5. Наиболее эффективным методом лечения злокачественных опухолей средостения нелимфоидного происхождения является:

- а) хирургический метод;
- б) лучевое лечение;
- в) химиотерапевтический метод;
- г) лучевой и химиотерапевтический методы.

Ответ: а.

6. Основной метод лечения первичных злокачественных лимфом средостения:

- а) хирургический;
- б) лучевой;
- в) химиотерапевтический;
- г) комбинированный: хирургический и химиотерапевтический.

Ответ: г.

7. Эмфизема средостения при травмах может быть вызвана любой причиной, кроме:

- а) разрыва пищевода;
- б) разрыва трахеи;
- в) разрыва бронхов;
- г) разрыва желудка.

Ответ: г.

8. Все перечисленные формы острого неспецифического медиастинита являются первичными, кроме:

- а) медиастинита при ранениях средостения без повреждения органов;
- б) медиастинита при ранениях средостения с повреждением органов;
- в) медиастинита при ранениях средостения с повреждением плевры и легких;
- г) метастатических медиастинитов (при септицемии).

Ответ: г.

9. Какой из перечисленных инструментальных методов диагностики наиболее информативен при остром гнойном медиастините?

- а) ультрасонография;
- б) лабораторные методы;
- в) рентгенологические методы;
- г) бронхоскопия.

Ответ: в.

10. Методом выбора при лечении острого гнойного медиастинита является:

- а) дезинтоксикационный метод;
- б) антибактериальная терапия;
- в) дезинтоксикационная и антибактериальная терапия;
- г) хирургическое лечение.

Ответ: г.

11. Среди новообразований средостения отмечено следующее соотношение доброкачественных и злокачественных форм:

- а) 3:1;
- б) 10:1;
- в) 1:1;
- г) 1:3.

Ответ: а.

12. Неврогенные опухоли в абсолютном большинстве наблюдений локализуются в:

- а) реберно-позвоночном углу;
- б) центральном средостении;
- в) верхних отделах переднего средостения;
- г) переднем средостении на уровне основания сердца.

Ответ: г.

13. Неврогенные опухоли в процессе своего развития могут:

- а) малигнизироваться;
- б) «вызревать» — превращаться из незрелой (злокачественной) в доброкачественную;
- в) распространяться из средостения на шею;
- г) проникать в спинномозговой канал и вызывать сдавление спинного мозга.

Ответ: а.

14. Наиболее часто встречающейся опухолью средостения мезенхимального происхождения является:

- а) фиброма;
- б) липома;
- в) гемангиома;
- г) лимфангиома.

Ответ: б.

15. Наиболее часто изолированное поражение лимфатических узлов средостения наблюдается при:

- а) лимфогранулематозе;
- б) лимфосаркоме;
- в) ретикулосаркоме;
- г) плазмацитоме.

Ответ: а.

16. Наиболее часто неврологические осложнения возникают после операций по поводу:

- а) тератом средостения;
- б) невриноме средостения;
- в) тимом средостения;
- г) кист перикарда.

Ответ: б.

17. Для энтерогенных кист (энтерокистом) средостения характерна локализация в:

- а) переднем средостении;
- б) центральном средостении;
- в) заднем средостении;
- г) кардиодиафрагмальном углу.

Ответ: в.

18. Бронхиальные кисты локализуются преимущественно в:

- а) реберно-позвоночном углу;
- б) реберно-диафрагмальном углу;
- в) кардиодиафрагмальном углу;
- г) нижних отделах заднего средостения.

Ответ: а.

19. Внегонадная семинома средостения характеризуется:

- а) быстрым ростом;
- б) медленным ростом;
- в) закономерностей роста не выявляется;
- г) скачкообразным темпом роста.

Ответ: а.

20. Миастения может иметь место у больных:

- а) тимомой;
 - б) фибромой средостения;
 - в) ганглионевромой средостения;
 - г) феохромоцитомой средостения.
- Ответ: а.

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

- а) паратрахеобронхиальных;
- б) параперикардальных;
- в) парацищеводных;
- г) при локализации в задне-нижних отделах средостения.

Ответ: а.

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

- а) тератомы;
- б) тимомы;
- в) большие однокамерные перикардальные кисты;
- г) липомы.

Ответ: в.

23. Выявление костных включений в виде зубов или фаланг пальцев в опухоли средостения при рентгенологическом исследовании является патогномичным симптомом для:

- а) тимомы;
- б) зрелой тератомы;
- в) злокачественной лимфомы;
- г) энтерокистомы.

Ответ: б.

24. Рентгенологическим признаком распространения неврогенной опухоли средостения в спинномозговой канал является:

- а) интимное прилегание тела опухоли к телам позвонков;
- б) истончение ребра в области его шейки и угла;
- в) узурация заднего отдела ребра;
- г) увеличение диаметра межпозвонкового отверстия.

Ответ: г.

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

- а) тимомы;
- б) злокачественных лимфом средостения;

- в) за груди́нного зоба;
- г) тератомы средостения.

Ответ: в.

26. Диагностический пневмоперитонеум может применяться при локализациях опухоли в:

- а) передних отделах верхнего средостения;
- б) задних отделах верхнего средостения;
- в) средних отделах средостения (на уровне основания сердца) ;
- г) нижних отделах средостения.

Ответ: г.

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

- а) подозрении на изолированное поражение лимфатических узлов средостения злокачественной лимфомой;
- б) подозрении на злокачественную опухоль средостения;
- в) наличии прощупываемых увеличенных лимфоузлов (прескаленных) ;
- г) наличии прощупываемых увеличенных прескаленных лимфатических узлов при отрицательных результатах пункционной аспирационной или трепанобиопсии.

Ответ: г.

28. Реакция на а-фетопро́теин (реакция Абелева – Татаринова) может быть положительной при:

- а) тимоме;
- б) хеMODEKтoме;
- в) зрелой тератоме;
- г) незрелой тератоме (тератобластоме) с элементами эмбрионального рака.

Ответ: г.

29. После выявления новообразования средостения при рентгенологическом обследовании оптимальным является:

- а) динамическое наблюдение;
- б) проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения;
- в) госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода лечения;
- г) назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения.

Ответ: в.

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

- а) хирургический метод;
- б) лучевое лечение;
- в) противоопухолевая лекарственная терапия;
- г) комбинированное лечение.

Ответ: а.

31. Наилучшие отдаленные результаты лечения злокачественных тимом получены при:

- а) хирургическом лечении;
- б) лучевом лечении;
- в) химиотерапии;
- г) комбинированном лечении (операция + лучевая терапия).

Ответ: г.

32. Наиболее часто неврологические осложнения возникают после операций по поводу:

- а) тератом средостения;
- б) невриноме средостения;
- в) липом средостения;
- г) тимом средостения.

Ответ: б.

33. У пациентки 45 лет диагностирована тератома средостения. Какой метод лечения нужно применить:

- а) хирургический метод;
- б) лучевое лечение;
- в) противоопухолевую лекарственную терапию;
- г) комбинированное лечение.

Ответ: а.

34. У пациента 40 лет при рентгенологическом исследовании выявлены костные включения в виде зубов или фаланг пальцев в опухоли средостения. Это является патогномоничным симптомом:

- а) тимомы;
- б) зрелой тератомы;
- в) злокачественной лимфомы;
- г) энтерокистомы.

Ответ: б.

35. У пациента диагностирован острый гнойный медиастинит. Какой метод лечения наиболее целесообразен:

- а) дезинтоксикационный метод;
- б) антибактериальная терапия;
- в) дезинтоксикационная и антибактериальная терапия;
- г) хирургическое лечение.

Ответ: г.

36. Эмфизема средостения при травмах может быть вызвана любой причиной, кроме:

- а) разрыва пищевода;
- б) разрыва трахеи;
- в) разрыва бронхов;
- г) разрыва перикарда.

Ответ: г.

37. Какая из перечисленных форм острого неспецифического медиастинита является вторичной:

- а) медиастинит при ранениях средостения без повреждения органов;
- б) медиастинит при ранениях средостения с повреждением органов;
- в) медиастинит при ранениях средостения с повреждением плевры и легких;
- г) метастатический медиастинит (при септицемии).

Ответ: г.

38. Среди новообразований средостения преобладают:

- а) доброкачественные;
- б) злокачественные.

Ответ: а.

39. У больных тимомой одним из специфических клинических симптомов является:

- а) боль в пальцах рук;
- б) миастения;
- в) головная боль;
- г) сыпь на коже.

Ответ: б.

40. У мужчины 50 лет подозревается наличие острого гнойного медиастинита. Какой из перечисленных методов диагностики наиболее информативен?

- а) ультрасонография;
- б) лабораторный метод;
- в) рентгенологический метод;
- г) бронхоскопия.

Ответ: в.

Кожа

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются узлы, соответствующие локализации первичной опухоли.

Односторонние опухоли

- Голова, шея: преаурикулярные на стороне поражения, подчелюстные, шейные и надключичные лимфатические узлы.
- Грудная клетка: подмышечные лимфатические узлы на стороне поражения.
- Рука: лимфатические узлы в локтевой ямке и подмышечные на стороне поражения.
- Брюшная стенка, поясница, ягодицы: паховые лимфатические узлы на стороне поражения.
- Нога: подколенные и паховые лимфатические узлы на стороне поражения.
- Анальный край и перианальная кожа: паховые лимфатические узлы на стороне поражения.

Клиническая классификация TNM

T — первичная опухоль;

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

TO — первичная опухоль не определяется;

Tis — преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ) ;

T1 — опухоль до 2 см в наибольшем измерении;

T2 — опухоль более 2 см в наибольшем измерении;

T3 — опухоль, прорастающая в глубокие структуры (хрящ, мышцы, кости, челюсть, орбиту) ;

T4 — опухоль, непосредственно или периневрально инфильтрирующая основание черепа или позвоночник.

Примечание. В случае синхронного развития множественных опухолей классификация производится по наибольшей, а число опухолей указывается в скобках — T2(5).

N — регионарные лимфатические узлы;

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 — регионарные метастазы в единственный лимфатический узел до 3 см в наибольшем измерении;

N2 — регионарные метастазы в единственный лимфатический узел более 3 см, но не более 6 см в наибольшем измерении или множественные лимфатические узлы не более 6 см в наибольшем измерении;

N3 — метастазы в лимфатические узлы более 6 см в наибольшем измерении.

M — отдаленные метастазы;

M0 — нет отдаленных метастазов;

M1 — отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия I	T1	N0	M0
Стадия II	T2	N0	M0
Стадия III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Стадия IV	T1, T2, T3	N2, N3	M0
	T4	Любая N	M0
	Любая T	Любая N	M1

Клиническая классификация TNM меланомы кожи

T — первичная опухоль;

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

TO — первичная опухоль не определяется;

pTis — меланома in situ (уровень инвазии I по Clark) (атипичная меланоцитарная гиперплазия, выраженная меланотическая дисплазия, неинвазивная злокачественная опухоль);

T1 — опухоль < 1 мм в толщину;

T1a — уровень инвазии по Clark II или III, без изъязвления;

T1b — уровень инвазии по Clark IV или V, или с изъязвлением;

- T2 — опухоль > 1 мм, но < 2 мм в толщину;
 T2a — без изъязвления;
 T2b — с изъязвлением;
 T3 — опухоль > 2 мм, но < 4 мм в толщину;
 T3a — без изъязвления;
 T3b — с изъязвлением;
 T4 — опухоль > 4 мм в толщину;
 T4a — без изъязвления;
 T4b — с изъязвлением.

Примечание. *ТХ включает биопсию соскобом меланомы

N — регионарные лимфатические узлы

pNO — при анализе материала регионарной лимфаденэктомии должно исследоваться не менее 6 лимфатических узлов. Если лимфатические узлы негативны, но число исследованных менее 6, классифицируются pNO. Классификация, основанная исключительно на биопсии сторожевого лимфатического узла без лимфодиссекции аксиллярных узлов, кодируется (sn) для сторожевого лимфатического узла pN I (sn);

NX — недостаточно данных для оценки состояния регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков поражения метастазами регионарных лимфатических узлов;

N1 — метастазы в одном регионарном лимфатическом узле;

N1a — определяются только микроскопически;

N1b — определяются макроскопически (клинически);

N2 — метастазы в двух или трех регионарных лимфатических узлах или в лимфатических сосудах;

N2a — определяются только микроскопически в лимфатических узлах;

N2b — определяются макроскопически в лимфатических узлах;

N2c — сателлиты или транзитные метастазы без метастазов в регионарных лимфатических узлах;

N3 — метастазы в четырех и более лимфатических узлах или конгломерат лимфатических узлов или сателлиты или транзитные метастазы с метастазами в регионарных лимфатических узлах.

Примечание. Сателлиты (опухолевые гнезда или узлы) макро-, микроскопические располагаются менее 2 см от первичной опухоли. Транзитные метастазы вовлекают кожу или подкожную клетчатку на расстоянии более 2 см от края опухоли, они относятся к регионарным лимфатическим узлам

M — отдаленные метастазы;

MX — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов;

M0 — нет признаков отдаленных метастазов;

M1 — имеются отдаленные метастазы;

M1a — метастазы в коже или подкожной клетчатке, или в лимфатических узлах(е), за пределами регионарной зоны;

M1b — легкие;

M1c — другие локализации, или любой орган с повышением уровня лактатдегидрогеназы сыворотки (ЛДГ).

Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N0	M0
----------	-----	----	----

Стадия I	T1	N0	M0
Стадия IA	T1a	N0	M0
Стадия IB	T1b	N0	M0
	T2a	N0	M0
Стадия IIА	T2b	N0	M0
	T3a	N0	M0
Стадия IIВ	T3b	N0	M0
	T4a	N0	M0
Стадия IIС	T4b	N0	M0
Стадия III	Любая Т	N1, N2, N3	M0
Стадия IIIА	T1a–4a	N1a, 2a	M0
Стадия IIIВ	T1a–4a	N1b, 2b, 2c	M0
	T1b–4b	N1a, 2a, 2c	M0
Стадия IIIС	T1b–4b	N1b, 2b	M0
	Любая Т	N3	M0
Стадия IV	Любая Т	Любая N	M1

Тесты

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

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

Ответ: г.

2. Какой из названных методов исследования **не** будет использован для получения морфологической верификации при подозрении на меланому:

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

Ответ: б.

3. Если на поликлиническом приеме больная 35 лет жалуется на появление кровоточивости родимого пятна, необходимо выяснить:

- а) является ли пигментное образование врожденным или приобретенным;
- б) наличие субъективных ощущений в области родинки;
- в) наличие травмы родинки;
- г) все перечисленное.

Ответ: г.

4. При меланоме кожи I–II-а стадий, при инвазии по Кларку 1–2-й степени применяется следующий метод лечения:

- а) радикальное хирургическое;

- б) лучевая терапия;
 - в) комбинированное лечение;
 - г) химио-лучевая терапия.
- Ответ: а.

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: г.

7. У больного 50 лет зуд в области пигментного пятна. Пятно интенсивно черной окраски размером 0,4 x 0,5 см, возвышается над кожей. На поверхности мокнутие. Ваша тактика:

- а) динамическое наблюдение;
- б) пункционная биопсия;
- в) взятие мазков - отпечатков;
- г) мазевое лечение.

Ответ: в.

8. Для малигнизации пигментного невуса характерно:

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

Ответ: г.

9. М I при меланоме ставят при:

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

Ответ: а.

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

- а) поздних лучевых язв;

- б) пигментной ксеродермы;
- в) пигментного невуса;
- г) болезни Боуэна.

Ответ: в.

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

- а) глубокой язвы с подрытыми краями;
- б) длительно незаживающей эрозии, периодически покрываемой корочкой;
- в) экзофитного образования типа цветной капусты;
- г) повышения температуры.

Ответ: г.

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

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

Ответ: г.

13. Наиболее эффективным методом лечения предраковых заболеваний кожи является:

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

Ответ: в.

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

- а) системная красная волчанка;
- б) туберкулез кожи;
- в) грибковые поражения кожи;
- г) со всеми перечисленными.

Ответ: г.

15. Какое лечение является оптимальным для пациента 60 лет при базальноклеточном раке кожи 1-й стадии на лице:

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

Ответ: б.

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

- а) лучевой
 - б) хирургический;
 - в) криодеструкция;
 - г) комбинированный метод.
- Ответ: г.

17. У пациента 57 лет на коже имеется язвочка, не заживающая более 2 месяцев, несмотря на проводимое местное мазевое лечение. Ваша тактика:

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

Ответ: г.

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

- а) рентгеновского излучения;
- б) ультрафиолетовых лучей;
- в) частых водных процедур;
- г) рубцов после ожогов.

Ответ: в.

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

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

Ответ: б.

20. Какая гистологическая форма рака кожи практически не метастазирует:

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

Ответ: в.

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

- а) I;
- б) II-а;
- в) II-б;
- г) III-б.

Ответ: г.

22. Какую тактику выберете, если у больного 62 лет на коже туловища обнаружен базальноклеточный рак кожи 1-й стадии:

- а) динамическое наблюдение;
- б) физиотерапию;
- в) хирургическое иссечение;
- г) полихимиотерапию.

Ответ: в.

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

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

Ответ: г.

24. Базалиома кожи чаще всего локализуется на коже:

- а) лица;
- б) спины;
- в) туловища;
- г) конечностей.

Ответ: а.

25. Развитие рака кожи преимущественно связано с контактом:

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

Ответ: г.

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

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: а.

28. Чаще рак кожи метастазирует в:

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

Ответ: г.

29. Наиболее информативный метод диагностики рака кожи:

- а) морфологическое исследование;
- б) УЗИ;
- в) пробное лечение;
- г) иммунологический.

Ответ: а.

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

- а) фуллярно-фасциальной лимфаденэктомии;
- б) удаления пораженных лимфоузлов околоушной области с паротидэктомией;
- в) операции Крайля;
- г) операции Дюкена.

Ответ: г.

31. При лучевой терапии базалиомы наиболее целесообразно использовать:

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

Ответ: а.

32. Рак кожи волосистой части головы без деструкции костей черепа диаметром 3 см относится к стадии:

- а) I;
- б) II;
- в) III А;
- г) III Б.

Ответ: б.

33. Облигатными предраками кожи являются следующие заболевания, за исключением:

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: в.

35. При иссечении меланомы кожи лица показано отступать от ее краев не менее:

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

Ответ: а.

36. К первому уровню инвазии меланомы по Кларку относится:

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

Ответ: а.

37. Клиническое течение базалиомы:

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

Ответ: а.

38. Для базалиомы характерно:

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

Ответ: в.

39. Для горизонтальной фазы роста меланомы характерно:

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

Ответ: в.

40. Результаты лечения при раке кожи не зависят от:

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

Ответ: б.

Молочная железа

Регионарные лимфатические узлы

1. Подмышечные (на стороне поражения): интерпекторальные (лимфатические узлы Роттера) и лимфатические узлы, располагающиеся вдоль аксиллярной вены и ее притоков, подразделяются на следующие уровни:

- 1) уровень I (нижние подмышечные): лимфатические узлы, расположенные латерально по отношению к боковой границе малой грудной мышцы;
- 2) уровень II (средние подмышечные): лимфатические узлы, расположенные между медиальным и латеральным краем малой грудной мышцы и интерпекторальные (лимфатические узлы Роттера);
- 3) уровень III (апикальные подмышечные): лимфатические узлы, расположенные медиально по отношению к медиальному краю малой грудной мышцы, исключая подключичные;

Примечание. Интрамаммарные лимфатические узлы кодируются как аксиллярные (подмышечные)

2. Подключичные на стороне поражения.

3. Внутренние лимфатические узлы молочной железы (на стороне поражения) располагаются в эндоторакальной фасции и межреберных пространствах вдоль края грудины.

4. Надключичные на стороне поражения.

Любые другие лимфатические узлы, пораженные метастазами, включая шейные или контралатеральные внутренние лимфатические узлы молочной железы, обозначаются как отдаленные метастазы M1.

Клиническая классификация TNM

T — первичная опухоль;

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

TO — первичная опухоль не определяется;

Tis — преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ);

Tis (DCIS) — интрадуктальная карцинома in situ;

Tis (LCIS) — лобулярная карцинома in situ;

Tis (Paget) — болезнь Педжета соска без наличия опухолевого узла;

Примечание. Болезнь Педжета, при которой пальпируется опухолевый узел, классифицируется по его размерам

T1 — опухоль до 2 см в наибольшем измерении;

T1mic (микроинвазия) — до 0,1 см в наибольшем измерении;

Примечание. Микроинвазия — распространение опухолевых клеток через базальную мембрану в прилегающие ткани фокусом не более 0,1 см в наибольшем измерении. При

наличии множественных фокусов классификация проводится по наибольшему измерению. Нельзя использовать сумму фокусов. Наличие множественных фокусов должно быть отмечено так же, как это делается при множественных инвазивных карциномах

T1a — до 0,5 см в наибольшем измерении;

T1b — до 1 см в наибольшем измерении;

T1c — до 2 см в наибольшем измерении;

T2 — опухоль до 5 см в наибольшем измерении;

T3 — опухоль более 5 см в наибольшем измерении;

T4 — опухоль любого размера с прямым распространением на грудную стенку и /или кожу (изъязвление или узлы).

Примечание. Грудная стенка включает ребра, межреберные мышцы, переднюю зубчатую мышцу, но не включает грудные мышцы

T4a — распространение на грудную стенку;

T4b — отек (включая «лимонную корочку»); или изъязвление кожи молочной железы, или сателлиты в коже железы;

T4c — признаки, перечисленные в 4a и 4b;

T4d — воспалительная форма рака.

Примечание. Воспалительная форма рака молочной железы характеризуется диффузным утолщением кожи с плотными краями, обычно без подлежащей пальпируемой массы. Если биопсия кожи отрицательна и нет локализованной опухолевой массы, при патологической классификации употребляется категория рТХ, а при клинической T4d. При оценке категории рТ определяется инвазивный компонент. Втяжение кожи, ретракция соска или другие кожные изменения, за исключением относящихся к T4b и T4d, могут оцениваться как T1, T2 и T3, не влияя на классификацию

N — регионарные лимфатические узлы;

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 — метастазы в смещаемых подмышечных лимфатических(ом) узлах(е) на стороне поражения;

N2 — метастазы в подмышечных лимфатических узлах, фиксированных друг с другом или клинически* определяемые метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы на стороне поражения при отсутствии клинически определяемых метастазов в подмышечных лимфатических узлах;

N2a — метастазы в подмышечных лимфатических узлах, фиксированных друг к другу или к другим структурам;

N2b — метастазы, определяемые только клинически*, во внутренних лимфатических узлах молочной железы при отсутствии клинически определяемых метастазов в подмышечных лимфатических узлах;

N3 — метастазы в подключичных лимфатических узлах с/или без метастазов в подмышечных лимфатических узлах или клинически определяемые метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы на стороне поражения при наличии метастазов в подмышечных лимфатических узлах; или метастазы в надключичных лимфатических узлах на стороне поражения с/или без метастазов в подмышечных или внутренних лимфатических узлах молочной железы;

N3a — метастазы в подключичных лимфатических узлах;

N3b — метастазы во внутренних лимфатических узлах молочной железы и подмышечных лимфатических узлах на стороне поражения;

N3c — метастазы в надключичных лимфатических узлах.

Примечание. Клинически определяемые означает выявление метастазов в лимфатических узлах при физикальном осмотре или методах визуализации (исключая лимфосцинтиграфию)

M — отдаленные метастазы;

M0 — нет отдаленных метастазов;

M1 — отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям

Стадия 0	Tis	N0	M0
Стадия IA	T1*	N0	M0
Стадия IB	T0, T1*	N1mi	M0
Стадия IIA	T0, T1*	N1	M0
	T2	N0	M0
Стадия IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
Стадия IIIA	T0, T1*, T2	N2	M0
	T3	N1, N2	M0
Стадия IIIB	T4	N0, N1, N2	M0
Стадия IIIC	Любая T	N3	M0
Стадия IV	Любая T	Любая N	M1
Примечание. *T1 включает T1mi			

Тесты

1. Дифференциальный диагноз рака молочной железы проводят с:

а) фиброаденомой;

б) кистой;

в) липомой;

г) мастопатией;

д) со всеми перечисленными.

Ответ: д.

2. При диффузной мастопатии не применяются:

а) эстрогенные препараты;

б) физиотерапия;

в) лучевая терапия;

г) секторальная резекция молочной железы;

д) все перечисленное.

Ответ: д.

3. Больная 49 лет, молочная железа инфильтрирована, отечна, резко уплотнена и увеличена в объеме, кожа железы покрыта красными пятнами с неровными

«языкообразными» краями, сосок втянут и деформирован. Какой диагноз наиболее вероятен:

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

Ответ: в.

4. Редкими симптомами рака молочной железы 2-й стадии считается:

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

Ответ: в.

5. Основным путем оттока лимфы от молочной железы является:

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

Ответ: в.

6. У больной 66 лет, страдающей раком молочной железы Т3Н1М0, положительные рецепторы эстрогенов. Ей следует назначить:

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

Ответ: б.

7. Больная 36 лет жалуется на кровянистые выделения из соска. При обследовании: узловых образований в молочных железах не определяется. При надавливании на сосок – кровянистые выделения. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Цитологическое исследование выделений из соска клеток рака не выявило. Наиболее вероятный диагноз.

- а) липома;
- б) диффузная фиброзно- кистозная мастопатия;
- в) внутрипротоковая папиллома;
- г) фиброаденома;
- д) мастит.

Ответ: в.

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

- а) пальпация;
- б) маммография;
- в) термография;
- г) крупнокадровая флюорография;
- д) радионуклидная диагностика.

Ответ: б.

9. У больной 37 лет выявлено узловое образование 2,5 см в диаметре в левой молочной железе. Выражен симптом втяжения. С какими заболеваниями надо дифференцировать данное состояние:

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

Ответ: г.

10. Особенности роста фиброаденомы являются:

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

Ответ: а.

11. К диффузной форме рака молочной железы относится:

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

Ответ: а.

12. Рак молочной железы развивается из:

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

Ответ: г.

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

- а) ультразвуковое исследование;
- б) биохимическое исследование;
- в) сканирование печени;
- г) ангиография;

д) все перечисленное.

Ответ: д.

14. Симптом «площадки» характерен для:

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

Ответ: в.

15. У женщины в левой молочной железе пальпируется безболезненное опухолевидное образование 3 x 3 см, положительный симптом «площадки», сосок деформирован, ареола отечна, выделений из соска нет. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Наиболее вероятный диагноз:

- а) фибroadенома;
- б) узловатая мастопатия;
- в) липома;
- г) рак молочной железы;
- д) болезнь Минца.

Ответ: г.

16. У мужчины 44 лет выявлено узловое образование в правой грудной железе. Наиболее целесообразным в этом случае является:

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

Ответ: г.

17. Внутрипротоковые папилломы молочной железы могут быть выявлены при:

- а) бесконтрастной маммографии;
- б) дуктографии;
- в) сцинтиграфии;
- г) при крупнокадровой флюорографии.

Ответ: б.

18. У больной 57 лет через 2 года после лечения рака молочной железы выявлен плеврит. Уточнить этиологию плеврита можно:

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

Ответ: г.

19. Показанием для секторальной резекции молочной железы являются все перечисленные состояния, кроме:

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

Ответ: а.

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

- а) отечно-инфильтративной;
- б) маститоподобной;
- в) рожеподобной;
- г) панцирного рака;
- д) рака Педжета.

Ответ: д.

21. У первородящей женщины в молочной железе пальпируется болезненное уплотнение с гиперемией кожи. Положительный симптом флюктуации, температура 38 ° С. Наиболее вероятный диагноз:

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

Ответ: в.

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

- а) изъятый рак молочной железы;
- б) наличие серьезных сопутствующих заболеваний;
- в) преклонный возраст;
- г) все ответы правильные.

Ответ: г.

23. Больная 42 лет жалуется на кровянистые выделения из соска правой молочной железы. При пальпации опухоль в молочной железе не определяется, но при надавливании на сосок появляются капельки крови. Для уточнения диагноза у данной больной предпочтение следует отдать:

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

Ответ: г.

24. К доброкачественным опухолям молочных желез относятся:

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: б.

26. При операции радикальной мастэктомии по Пейти:

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

Ответ: б.

27. У больной 22 лет в верхне-наружном квадранте молочной железы пальпируется опухоль размером 2 x 3 см, подвижная, плотная, с четкими контурами, безболезненная. Кожные симптомы отрицательные. Выделений из соска нет. Подмышечные лимфоузлы не увеличены. Опухоль больная заметила месяц назад. Наиболее вероятный диагноз:

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

Ответ: г.

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

- а) подключичных;
- б) подмышечных;
- в) парастернальных;
- г) надключичных;
- д) подчелюстных.

Ответ: д.

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

- а) верхне-наружный квадрант молочной железы;
- б) малая грудная мышца;

- в) клетчатка из подключичной области;
- г) клетчатка из подмышечной области;
- д) все перечисленное.

Ответ: д.

30. Точно диагностировать рак молочной железы можно на основании:

- а) клинической картины;
- б) маммографии;
- в) термографии;
- г) морфологического исследования;
- д) ультразвукового исследования.

Ответ: г.

31. У больной 28 лет на фоне беременности появились уплотнение и гиперемия правой молочной железы, кровянистые выделения из соска, увеличенный лимфоузел в правой подмышечной области. Наиболее целесообразным в данном случае является:

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

Ответ: б.

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

- а) сохраняется;
- б) удаляется полностью;
- в) все ответы правильные;
- г) удаляется частично.

Ответ: б.

33. Для рака молочной железы не характерны метастазы в:

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

Ответ: г.

34. Предоперационное лечение при раке молочной железы необходимо больным с:

- а) I стадией;
- б) IIa стадией;
- в) III стадией;
- г) правильного ответа нет.

Ответ: в.

35. Больная 24 лет, жалуется на боли в молочных железах, усиливающиеся перед menses, нагрубание желез. При пальпации диффузная зернистость, преимущественно выраженная в наружных квадрантах, очаговых уплотнений в молочных железах не определяется. Наиболее вероятный диагноз:

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

Ответ: а.

36. Паллиативной операцией при раке молочной железы является:

- а) радикальная мастэктомия по Холстеду;
- б) радикальная мастэктомия по Маддену;
- в) радикальная резекция молочной железы;
- г) широкая резекция молочной железы;
- д) правильные ответы в) и г).

Ответ: г.

37. Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы:

- а) узловую;
- б) экземоподобные изменения ареолы и соска;
- в) диффузную;
- г) все ответы правильные.

Ответ: г.

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

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

Ответ: г.

39. Радикальная резекция молочной железы наиболее целесообразна при локализации опухоли в:

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

Ответ: б.

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

- а) парастернальные лимфоузлы;

- б) подмышечные лимфоузлы;
- в) лимфоузлы ворот печени;
- г) надключичные лимфоузлы.

Ответ: в.

Шейка матки

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются узлы, расположенные около шейки и тела матки, подчревные (внутренние подвздошные, obturatorные), общие и наружные подвздошные, прекрестцовые и боковые крестцовые. Парааортальные не являются регионарными.

Клиническая классификация TNM

T — первичная опухоль

TNM Categories	Figo Stages	
TX		Недостаточно данных для оценки первичной опухоли
TO		Первичная опухоль не определяется
Tis	¹	Преинвазивная карцинома (Carcinoma in situ)
T1	1	Рак шейки матки, ограниченный маткой (распространение на тело не учитывается)
T1a ²	IA	Инвазивная карцинома, диагностируется только микроскопически. Максимальная глубина инвазии 5,0 мм от основания эпителия и до 7,0 мм по горизонтали ³
T1a ¹	IA ¹	Инвазия стромы не более 3,0 мм в глубину и 7,0 мм по горизонтали
T1a ²	IA ²	Инвазия стромы вглубь до 5,0 мм, горизонтальное распространение до 7,0 мм
T1b	IB	Клинически видимая опухоль, ограниченная шейкой, или микроскопическая опухоль больше T1a ² /1a ²
T1b ¹	IB ¹	Клинически определяемая опухоль до 4,0 см в наибольшем измерении
T1b ²	IB ²	Клинически определяемая опухоль более 4,0 см в наибольшем измерении
T2	II	Опухоль шейки с распространением на матку, но без прорастания стенки таза или нижней трети влагалища
T2a	IIA	Без инвазии параметрия
T2a ¹	IIA ¹	Клинически определяемая опухоль менее 4,0 см в наибольшем измерении
T2a ²	IIA ²	Клинически определяемая опухоль более 4,0 см в наибольшем измерении
T2b	IIB	С инвазией параметрия
T3	III	Рак шейки с распространением на стенку таза и/или вовлечением нижней трети влагалища, и/или приводящая к гидронефрозу или нефункционирующей почке
T3a	IIIA	Опухоль поражает нижнюю треть влагалища

T3b	IIIb	Опухоль распространяется на стенку таза и приводит к гидронефрозу или нефункционирующей почке
T4	IVA	Опухоль распространяется на слизистую оболочку мочевого пузыря или прямой кишки и/или распространяется за пределы малого таза

Примечания: 1. FIGO более не имеет стадии 0 (Tis).

2. Все макроскопически видимые очаги, даже с поверхностной инвазией, считаются T1b/IV.

3. Вовлечение окружающих сосудов не влияет на классификацию

N — регионарные лимфатические узлы;

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 — регионарные лимфатические узлы поражены метастазами.

M — отдаленные метастазы;

M0 — нет отдаленных метастазов;

M1 — отдаленные метастазы (не считаются метастазы во влагалище, тазовую брюшину, придатки).

Тесты

1. К фоновым процессам покровного эпителия шейки матки относится:

- а) псевдоэрозия;
- б) истинная эрозия;
- в) лейкоплакия без атипии;
- г) правильно все перечисленное.

Ответ: г.

2. К предраку шейки матки относится:

- а) лейкоплакия без атипии;
- б) дисплазия;
- в) папиллома;
- г) правильно все перечисленное.

Ответ: б.

3. Дисплазии шейки матки характеризуются:

- а) нарушением дифференцировки клеток;
- б) нарушением слоистости пласта эпителия;
- в) нарушением полярности клеток;
- г) полиморфизмом ряда клеток.

Ответ: б.

4. Дисплазию шейки матки различают:

- а) слабую;
- б) умеренную;
- в) тяжелую;
- г) правильно все перечисленное.

Ответ: г.

5. Внутриэпителиальный рак шейки матки может:

- а) переходить в инвазивный рак;
- б) стабилизироваться;
- в) регрессировать;
- г) правильно все перечисленное.

Ответ: г.

6. Факторы риска по возникновению рака шейки матки:

- а) более 3 родов в анамнезе;
- б) вирусная инфекция;
- в) ожирение;
- г) правильно все перечисленное.

Ответ: г.

7. Диагностика рака шейки матки осуществляется с помощью:

- а) цитологического исследования соскобов с шейки матки и цервикального канала;
- б) кольпоскопии;
- в) гистологического исследования кусочка шейки матки;
- г) правильно все перечисленное.

Ответ: г.

8. К группе риска по заболеванию раком шейки матки относят женщин

- а) начавших раннюю половую жизнь (до 18 лет) ;
- б) перенесших вирусные заболевания половых органов;
- в) страдающих деформацией шейки матки после ее разрыва во время родов;
- г) правильно все перечисленное.

Ответ: г.

9. Цитологический метод с целью раннего выявления патологии шейки матки применяется:

- а) при профилактических осмотрах;
- б) у беременных при первом обращении;
- в) у больных с патогномоничными жалобами;
- г) правильно все перечисленное.

Ответ: г.

10. Цитологическими признаками малигнизации эпителия шейки матки являются:

- а) полиморфизм клеток;
- б) изменение соотношения ядра и цитоплазмы в клетке;
- в) наличие патологических митозов;
- г) правильно все перечисленное.

Ответ: г.

11. При раке шейки матки наиболее часто встречается следующая морфологическая форма рака:

- а) плоскоклеточный;
- б) аденокарцинома;
- в) светлоклеточный;
- г) недифференцированный.

Ответ: а.

12. Регионарными лимфоузлами I этапа метастазирования при раке шейки матки являются, все кроме:

- а) запираательных;
- б) наружных и внутренних подвздошных;
- в) общих подвздошных;
- г) парааортальных.

Ответ: г.

13. К отдаленным лимфогенным метастазам при раке шейки матки, классифицированным как М, относятся метастазы в лимфатические узлы:

- а) запираательные;
- б) внутренние подвздошные;
- в) наружные подвздошные;
- г) парааортальные.

Ответ: г.

14. К микроинвазивной карциноме шейки матки относится опухоль с инвазией:

- а) до 3 мм;
- б) до 4 мм;
- в) до 5 мм;
- г) до 6 мм.

Ответ: а.

15. Для лечения ранних форм рака шейки матки чаще используются:

- а) хирургический метод;
- б) комбинированный метод с предоперационным облучением;
- в) комбинированный метод с послеоперационным облучением;
- г) сочетанный лучевой метод.

Ответ: а.

16. У больной 52 лет выявлен рак тела матки с метастазами в яичники, опухоль рецепторположительная. Тактика лечения включает:

- а) экстирпацию матки с придатками + резекцию большого сальника;
- б) экстирпацию матки с придатками + резекцию большого сальника + облучение;
- в) экстирпацию матки с придатками + резекцию большого сальника + облучение + химиотерапию;
- г) экстирпацию матки с придатками + резекцию большого сальника + облучение + химиотерапию + гормонотерапию.

Ответ: г.

17. У больной 50 лет выявлен интраэпителиальный рак шейки матки и киста яичника. Ей целесообразно применить:

- а) конизацию шейки матки;
- б) криодеструкцию;
- в) экстирпацию матки с придатками;
- г) расширенную экстирпацию матки с придатками.

Ответ: в.

18. При расширенной экстирпации матки с придатками удаляются все перечисленные лимфоузлы, кроме:

- а) параметральных;
- б) запирательных;
- в) наружной и внутренней подвздошной артерий;
- г) общей подвздошной.

Ответ: г.

19. У больной 48 лет выявлена аденокарцинома цервикального канала 1В стадии. Соматически не отягощена. Тактика лечения сводится к:

- а) расширенной экстирпации матки с придатками
- б) сочетанному лучевому лечению
- в) комбинированному лечению с предоперационным облучением
- г) комбинированному лечению с послеоперационным облучением

Ответ: в

20. У больной 42 лет выявлен рак шейки матки IIIa стадии. В анамнезе хронический воспалительный процесс с частыми обострениями. Ваша тактика включает:

- а) операцию Вертгейма;
- б) операцию Вертгейма с последующей лучевой терапией;
- в) удаление придатков матки с последующей сочетанной лучевой терапией;
- г) сочетанную лучевую терапию.

Ответ: в.

21. Для определения степени распространенности процесса (выявление метастазов в лимфоузлах) при раке шейки матки 1В, II, III стадии наибольшую диагностическую ценность имеет:

- а) осмотр в зеркалах;
- б) экскреторная урография;
- в) прямая лимфография;
- г) ангиография.

Ответ: в.

22. Истинным предраком эндометрия следует считать:

- а) железистую гиперплазию;
- б) фиброзный полип;

- в) железистый полип;
- г) атипическую гиперплазию (аденоматоз).

Ответ: г.

23. У больной 35 лет после удаления внутриматочной спирали при гистологическом исследовании соскоба выявлена гиперплазия эндометрия. Ей необходимы:

- а) лечение гестагенами;
- б) лечение андрогенами;
- в) операция;
- г) наблюдение.

Ответ: г.

24. Больной 52 года, по поводу кровянистых выделений в межменструальном периоде произведено диагностическое выскабливание матки. Гистологически — железисто-кистозная гиперплазия. Из сопутствующих заболеваний — миома матки 12 недель. Тактика лечения включает:

- а) наблюдение;
- б) лечение гестагенами;
- в) лечение эстрогенами;
- г) операцию — экстирпацию матки с придатками.

Ответ: г.

25. Больной 38 лет по поводу выраженного аденоматоза проводилась гормонотерапия 17-ОПК. При контрольном обследовании через 6 месяцев положительной динамики не отмечено. Дальнейшее лечение предусматривает:

- а) продолжать лечение гестагенами;
- б) лечение андрогенами;
- в) операцию;
- г) лучевую терапию.

Ответ: в.

26. При раке тела матки наиболее часто встречается следующая морфологическая форма:

- а) аденокарцинома;
- б) плоскоклеточный рак;
- в) светлоклеточная рак;
- г) железисто-плоскоклеточный рак.

Ответ: а.

27. Решающим для постановки диагноза рака эндометрия является:

- а) осмотр в зеркалах;
- б) пальпация;
- в) ультразвуковое исследование малого таза;
- г) диагностическое выскабливание.

Ответ: г.

28. При наличии у больной раком тела матки метастазов в яичники целесообразно выполнить ей следующую операцию:

- а) экстирпацию матки с придатками;
- б) экстирпацию матки с придатками, лимфаденэктомию + резекцию большого сальника;
- в) надвлагалищную ампутацию матки с придатками + резекцию большого сальника;
- г) расширенную экстирпацию матки с придатками.

Ответ: б.

29. Решающим моментом для назначения гормонотерапии в послеоперационном периоде больным раком эндометрия является:

- а) возраст больных;
- б) глубина инвазии;
- в) наличие рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухоли;
- г) сопутствующие заболевания.

Ответ: в.

30. У больной 56 лет выявлен рак тела матки II стадии, низкодифференцированный. Сопутствующих заболеваний нет. Оптимальным объемом оперативного вмешательства у нее следует считать:

- а) надвлагалищную ампутацию матки с придатками;
- б) экстирпацию матки с придатками;
- в) экстирпацию матки с придатками + резекцию большого сальника;
- г) расширенную экстирпацию матки с придатками.

Ответ: г.

31. У женщины 51 года выявлен рак тела матки 1В стадии. Опухоль локализуется в области дна тела матки до 2 см в диаметре, глубина инвазии 0,3 см. Опухоль высокодифференцированная, рецептороположительная. Наиболее целесообразным у нее следует считать:

- а) только операцию (экстирпация матки с придатками) ;
- б) операцию + облучение;
- в) операцию + гормонотерапию;
- г) операцию + химиотерапию.

Ответ: а.

32. У женщины 50 лет выявлен рак эндометрия 1с стадии. Опухоль локализуется в области дна матки, диаметр опухоли 6 см, инвазия более 1/2 миометрия, опухоль рецепторотрицательная. Ей целесообразна:

- а) операция + облучение;
- б) операция + гормонотерапия;
- в) операция + химиотерапия;
- г) операция + облучение + гормонотерапия.

Ответ: а.

33. У больной 52 лет выявлен рак тела матки с метастазами в яичники, опухоль рецептороположительная. Тактика лечения включает:

- а) экстирпацию матки с придатками + резекцию большого сальника;
- б) экстирпацию матки с придатками + резекцию большого сальника + облучение;
- в) экстирпацию матки с придатками + резекцию большого сальника + облучение + химиотерапию;
- г) экстирпацию матки с придатками + резекцию большого сальника + облучение + химиотерапию + гормонотерапию.

Ответ: г.

34. Решающим моментом для назначения химиотерапии в послеоперационном периоде больным раком эндометрия являются:

- а) возраст больных;
- б) стадия заболевания;
- в) наличие рецепторов эстрогенов и прогестерона в опухоли;
- г) сопутствующие заболевания.

Ответ: б.

35. У больной 30 лет после удаления внутриматочной спирали при гистологическом исследовании соскоба выявлен аденомиоз. Ей необходимы:

- а) лечение гестагенами;
- б) лечение андрогенами;
- в) операция;
- г) лучевая терапия.

Ответ: а.

36. У больной 50 лет выявлен рак тела матки II стадии, умеренно дифференцированный. Сопутствующих заболеваний нет. Оптимальным объемом оперативного вмешательства у нее следует считать:

- а) надвлагалищную ампутацию матки с придатками;
- б) экстирпацию матки с придатками;
- в) экстирпацию матки с придатками + резекцию большого сальника;
- г) расширенную экстирпацию матки с придатками.

Ответ: г.

37. Для лечения больной раком шейки матки T1N0M0 чаще используются:

- а) хирургический метод;
- б) комбинированный метод с предоперационным облучением;
- в) комбинированный метод с послеоперационным облучением;
- г) сочетанный лучевой метод.

Ответ: а.

38. Как называется цитологический метод исследования для выявления рака шейки матки:

- а) пап-тест;
- б) верификационный тест;

- в) диагностический тест;
- г) шеечный тест.

Ответ: а.

39. К группе риска по заболеванию раком шейки матки относят всех женщин, кроме:

- а) начавших раннюю половую жизнь (до 18 лет) ;
- б) перенесших вирусные заболевания половых органов;
- в) страдающих деформацией шейки матки после ее разрыва во время родов;
- г) поздно начавших половую жизнь.

Ответ: г.

40. Факторы риска по возникновению рака шейки матки все, кроме:

- а) более 3 родов в анамнезе;
- б) вирусной инфекции;
- в) ожирения;
- г) беременность в анамнезе.

Ответ: г.

Почка

Регионарные лимфатические узлы

Регионарными лимфатическими узлами являются лимфатические узлы ворот почки, парааортальные и паракаваальные. Категория N не зависит от локализации регионарных метастазов.

Клиническая классификация TNM

T — первичная опухоль;

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли;

TO — первичная опухоль не определяется;

T1 — опухоль до 7,0 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой;

T1a — опухоль 4 см или меньше;

T1b — опухоль > 4 см, но < 7,0 см;

T2 — опухоль более 7,0 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой;

T2a — опухоль размером от 7 до 10 см в наибольшем измерении;

T2b — опухоль размером более 10 см в наибольшем измерении, ограниченная почкой;

T3 — опухоль распространяется на крупные вены или околопочечные ткани, но не на надпочечники, и находится в пределах фасции Герота;

T3a — опухоль распространяется на почечные вены и их ветви или опухоль внедряется в паранефральную клетчатку, но в пределах фасции Герота;

T3b — массивное распространение опухоли на полую вену ниже диафрагмы;

T3c — массивное распространение опухоли на полую вену выше диафрагмы или врастает в стенку полую вену;

T4 — опухоль распространяется за пределы фасции Герота (включая надпочечник на стороне поражения).

N — регионарные лимфатические узлы;

NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов;

N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;

N1 — имеются метастазы в одиночном регионарном лимфатическом узле;

N2 — метастазы в более чем одном регионарном лимфатическом узле.

M — отдаленные метастазы;

M0 — нет отдаленных метастазов;

M1 — отдаленные метастазы.

Группировка по стадиям

Стадия I	T1	N0	M0
Стадия II	T2	N0	M0
Стадия III	T3	N0	M0
	T1, T2, T3	N1	M0
Стадия IV	T4	Любая N	M0
	Любая T	N2	M0
	Любая T	Любая N	M1

Тесты

1. К злокачественным опухолям почки относится:

а) аденома;

б) лейомиома;

в) нефробластома;

г) гемангиома.

Ответ: в.

2. Наличие T4 при раке почки подразумевает:

а) опухоль более 2,5 см, ограниченную почкой;

б) опухоль распространяется на надпочечник в пределах фасции Герота;

в) опухоль распространяется за пределы фасции Герота;

г) опухоль распространяется на полую вену.

Ответ: г.

3. Категория N2 при раке почки подразумевает:

а) метастазы в лимфоузлах размерами более 5 см;

б) метастазы в лимфоузлах размерами до 5 см;

в) метастазы в лимфоузлах размерами до 2 см;

г) множественные метастазы в лимфоузлах независимо от их размеров.

Ответ: г.

4. Термин "онкоцитома" употребляется для обозначения:

А) эозинофильной зернисто-клеточной опухоли паренхимы почки;

Б) смешанной аденомы;

В) переходно-клеточной папилломы;

Г) всех мезенхимальных опухолей.

Ответ: а.

5. К классической триаде клинических симптомов рака почки относятся:

- а) гематурия, боль, слабость;
- б) гематурия, боль, ускоренная СОЭ;
- в) гематурия, потеря веса, слабость;
- г) гематурия, боль, пальпируемая опухоль.

Ответ: г.

6. Экстраренальные симптомы рака почки:

- а) варикоцеле;
- б) эритроцитоз;
- в) артериальная гипертензия;
- г) все перечисленное.

Ответ: г.

7. Для диагностики рака почки наибольшей информативностью обладают следующие методы обследования:

- а) сканирование почек;
- б) ангиография;
- в) термография;
- г) ретроградная пиелография.

Ответ: а.

8. После радикальной нефрэктомии T2N0M0 стадии, необходима:

- а) профилактическая химиотерапия;
- б) профилактическая лучевая терапия;
- в) профилактическая гормонотерапия;
- г) профилактическая иммунотерапия.

Ответ: г.

9. Наиболее оптимальным оперативным доступом при раке почки является:

- а) чрезбрюшинный доступ;
- б) доступ по Федорову;
- в) доступ по Bergmann;
- г) доступ по Nagamatsu.

Ответ: б.

10. У больного 65 лет рак почки. По данным ультразвукового исследования и ангиографии опухоль не выходит за пределы почки и не прорастает капсулу. Регионарные метастазы не выявлены. Ему следует:

- а) провести предоперационную лучевую терапию;
- б) провести предоперационную лучевую терапию пролонгированным курсом;
- в) провести послеоперационную лучевую терапию;
- г) ограничиться хирургическим лечением.

Ответ: г.

11. Почечноклеточный рак происходит из:

- а) паренхимы почки;
- б) лоханки почки.

Ответ: а.

12. Риск появления рака почки у курильщиков возрастает:

- а) на 10 %;
- б) на 20 %;
- в) на 30–60 %;
- г) на 5–10 %.

Ответ: в.

13. Светлоклеточный рак (гипернефрому) почки обнаруживают:

- а) в 20 % случаев.
- б) в 60 % случаев;
- в) в 70–80 % случаев;
- г) в 80–100 %.

Ответ: в.

14. Двустороннее поражение почек выявляют у:

- а) 1 % больных;
- б) 3 % больных;
- в) 15 % больных;
- г) 20 %.

Ответ: б.

15. Ко II стадии рака почки относят:

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

Ответ: б.

16. Эмболизацию почечных артерий рекомендуют проводить в:

- а) предоперационном периоде при раке небольшого размера;
- б) послеоперационном периоде при раке большого размера;
- в) предоперационном периоде при раке большого размера;
- г) послеоперационном периоде при раке небольшого размера.

Ответ: в.

17. После радикальной операции 5-летняя выживаемость больных при I стадии составляет:

- а) 50 %;
- б) 70 %;
- в) 85 %;
- г) 95 %.

Ответ: г.

18. После радикального лечения у больных локализованным раком почки рецидив возникает в:

- а) 15 % случаев;
- б) 25 % случаев;
- в) 45 % случаев;
- г) 50 % случаев.

Ответ: б.

19. Опухоли мочевого пузыря составляют около:

- а) 4 % всей онкологической патологии;
- б) 30 % всей онкологической патологии;
- в) 12 % всей онкологической патологии;
- г) 20 % всей онкологической патологии.

Ответ: а.

20. Заболеваемость раком мочевого пузыря ежегодно:

- а) уменьшается;
- б) возрастает;
- в) остаётся без изменений.

Ответ: б.

21. Соотношение мужчин и женщин при раке мочевого пузыря составляет:

- а) 1:1;
- б) 3:1;
- в) 4:1;
- г) 1:4.

Ответ: в.

22. Основной путь метастазирования рака предстательной железы:

- а) лимфогенный;
- б) гематогенный.

Ответ: а.

23. Рецидивы после резекций мочевого пузыря возникают у:

- а) 10 % больных;
- б) 30 % больных;
- в) 60 % больных;
- г) 80 % больных.

Ответ: в.

24. Внутрипузырную химиотерапию считают (выберите 2 правильных ответа):

- а) методом выбора в лечении рака мочевого пузыря;
- б) основным методом лечения поверхностного рака мочевого пузыря;

- в) основным методом профилактики рецидивов;
- г) радикальным методом лечения.

Ответ: б, в.

25. Почечноклеточным раком наиболее часто болеют люди в возрасте:

- а) от 55 до 60 лет;
- б) от 60 до 65 лет;
- в) от 65 до 70 лет;
- г) от 70 до 75 лет.

Ответ: а.

26. Какая вероятность появления метастазов в противоположной почке?

- а) 10 %;
- б) 25 %;
- в) 50 %;
- г) 75 %.

Ответ: б.

27. Неблагоприятные прогностические факторы для больного на рак почки:

- а) тяжелое общее состояние больного;
- б) наличие клинических симптомов заболевания на момент установления диагноза;
- в) снижение массы тела более чем на 10 %;
- г) все перечисленное.

Ответ: г.

28. Имеют ли возраст, пол и национальность влияние на прогноз заболевания:

- а) да;
- б) нет.

Ответ: б.

29. У больных диссеминированным (метастатическим) почечно-клеточным раком прогностическое значение имеют:

- а) анемия;
- б) гиперкалиемия;
- в) гипоальбуминемия;
- г) все перечисленное.

Ответ: г.

30. Классическая триада симптомов, характерная для рака почки: боль, макрогематурия (окрашенная кровью моча) и пальпируемая опухоль, которые встречаются только у:

- а) 15 % больных;
- б) 25 % больных;
- в) 50 % больных;
- г) 75 % больных.

Ответ: а.

31. Артериальная гипертензия – непостоянный симптом, который может быть вызван:

- а) сдавлением сегментарных артерий или повышенной секрецией опухолью ренина;
- б) окклюзией мочеточника;
- в) метастазами в головной мозг, формированием артериовенозных шунтов;
- г) все перечисленное.

Ответ: г.

32. Симптомы сдавления нижней полой вены при раке почки:

- а) отеки ног, варикоцеле;
- б) расширение подкожных вен живота;
- в) тромбоз глубоких вен нижних конечностей, протеинурия;
- г) все перечисленное.

Ответ: г.

33. Как называется синдром, при котором происходит повышение продукции эритропоэтина, ренина, простагландинов, простациклинов, тромбосана, образование активной формы витамина D:

- а) опухолевый;
- б) канцероматозный;
- в) паранеопластический;
- г) диссеминированный.

Ответ: в.

34. Радиоизотопное сканирование скелета показано при наличии:

- а) болей в костях и повышении щелочной фосфатазы;
- б) гематурии; ;
- в) костных метастазов
- г) гипокальциемии.

Ответ: а.

35. Характерными признаками объемного образования почки считаются:

- а) увеличение размеров, деформация контуров;
- б) наличие кальцификатов, деформация чашечно-лоханочной системы почки;
- в) ампутация одной или нескольких чашечек, отклонение мочеточника;
- г) все перечисленное.

Ответ: г.

36. Показаниями к ангиографии являются все, кроме:

- а) опухоль обеих почек;
- б) планируемая резекция почки;
- в) опухоль почки больших размеров;
- г) опухолевый тромбоз НПВ.

Ответ: а.

37. Верно ли заключение, что рак почки у мужчин встречается в 1,5–2 раза чаще, чем рак почки у женщин:

- а) да;
- б) нет.

Ответ: а.

38. Полное удаление пораженной почки, как правило, вместе с окружающей паранефральной клетчаткой, лимфоузлами и иногда надпочечником называется:

- а) радикальной нефрэктомией;
- б) радикальной резекцией почки.

Ответ: а.

39. Опухоль прорастает почечную капсулу. Это признак заболевания:

- а) 1-й стадии;
- б) 2-й стадии;
- в) 3-й стадии;
- г) 4-й стадии.

Ответ: г.

40. Удаление части почки, на которой обнаружена раковая опухоль, называется:

- а) радикальной нефрэктомией;
- б) радикальной резекцией почки.

Ответ: б.

Лимфогранулематоз

Клиническое стадирование (cS)

Стадия I

Поражение одной лимфатической зоны (I) или локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани (IE).

Стадия II

Поражение двух или более лимфатических областей по одну сторону диафрагмы (II), или локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани и их регионарных лимфатических узлов(а) с или без поражения других лимфатических областей по ту же сторону диафрагмы (IIЕ).

Стадия III

Поражение лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы (III), которое может сочетаться с локализованным поражением одного экстралимфатического органа или ткани (ШЕ), или с поражением селезенки (IIIS), или поражением того и иного (ШЕ+S).

Стадия IV

Диссеминированное (многофокусное) поражение одного или нескольких экстралимфатических органов с или без поражения лимфатических узлов; или изолированное поражение экстралимфатического органа с поражением отдаленных (нерегинарных) лимфатических узлов.

А- и В- классификации (симптомы)

Каждая стадия должна быть разделена на А и В в зависимости от отсутствия (А) или наличия (В) общих симптомов. Среди них:

1. Необъяснимая потеря массы тела более чем на 10 % за 6 последних месяцев до обращения к врачу.
2. Необъяснимые подъемы температуры выше 38 °С.
3. Ночные поты.

Примечание. Наличие одного только зуда недостаточно для установления группы В равно как и кратковременные лихорадочные состояния, связанные с неизвестной инфекцией

Тесты

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

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

Ответ: а.

2. Костный мозг при лимфогранулематозе вовлекается в процесс в виде:

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

Ответ: в.

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

- а) не спаяны с окружающими тканями;
- б) безболезненности;
- в) плотной консистенции;
- г) склонности к образованию свищей.

Ответ: г.

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

- а) потери веса;
- б) кожного зуда;
- в) лихорадки;
- г) сухого кашля.

Ответ: г.

5. Наиболее частой локализацией периферической формы лимфогранулематоза является:

- а) околоушная;
- б) подмышечная;
- в) подчелюстная;

г) шейная.

Ответ: г.

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

а) печени;

б) селезенки;

в) почек;

г) легких.

Ответ: в.

7. Отличительным признаком инфекционного мононуклеоза от периферического лимфогранулематоза является:

а) боль в горле;

б) острое начало;

в) увеличению лимфоузлов предшествует повышение температуры;

г) наличие в крови периферических мононуклеаров.

Ответ: г.

8. Отличительным признаком периферического лимфогранулематоза от туберкулезного лимфаденита является:

а) наличие первичного туберкулезного комплекса в легком;

б) покраснение кожи над увеличенным узлом;

в) болезненность увеличенных лимфоузлов;

г) клетки Березовского – Штернберга в пунктате узла.

Ответ: г.

9. Дифференциальным признаком периферического лимфогранулематоза от банального лимфаденита является:

а) наличие инфицированной раны;

б) болезненность увеличенных лимфоузлов;

в) повышение температуры тела;

г) устойчивость лихорадки к противовоспалительному лечению.

Ответ: г.

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

а) провести противовоспалительное лечение;

б) сделать пункцию увеличенного узла с цитологическим исследованием пунктата;

в) направить на консультацию к ЛОР-врачу;

г) провести физиотерапию.

Ответ: б.

11. Для уточнения распространенности лимфогранулематоза применяют следующие методы обследования, за исключением:

- а) рентгенографии грудной клетки в двух проекциях;
- б) двухсторонней нижней лимфографии;
- в) УЗИ органов брюшной полости;
- г) спирографии.

Ответ: г.

12. Какой из названных методов исследования считается наиболее информативным при подозрении на лимфогранулематоз средостения:

- а) общий анализ крови;
- б) фибробронхоскопия;
- в) лимфография;
- г) медиастиноскопия с биопсией.

Ответ: г.

13. Какой из названных методов исследования считается наиболее информативным при подозрении на лимфогранулематоз мезентериальных лимфоузлов:

- а) фиброгастроскопия;
- б) лапароскопия с прицельной биопсией;
- в) рентгеноскопия желудка;
- г) фиброколоноскопия.

Ответ: б.

14. При лимфогранулематозе I–II А стадий наиболее эффективным лечением является:

- а) хирургическое;
- б) 2 цикла полихимиотерапии + лучевая терапия по радикальной программе + 2 курса полихимиотерапии;
- в) полихимиотерапия;
- г) гормонотерапия.

Ответ: б.

15. При лимфогранулематозе III–IV стадий наиболее эффективным методом лечения является:

- а) паллиативная лучевая терапия;
- б) цикловая химиотерапия с последующей лучевой терапией химиорезистентных узлов;
- в) хирургическое + лучевое;
- г) хирургическое лечение.

Ответ: б.

16. "Сигналами тревоги", при которых на амбулаторном приеме следует высказать подозрение на периферический лимфогранулематоз, являются следующие, за исключением:

- а) постепенного увеличения и появления новых лимфоузлов;
- б) появления одного или нескольких увеличенных лимфоузлов;
- в) необъяснимой лихорадки;
- г) гиперемии кожи и флюктуации в области узла.

Ответ: г.

17. К гистологическим вариантам лимфогранулематоза относятся следующие, за исключением:

- а) нодулярного склероза;
- б) лимфоидного преобладания;
- в) лимфоидного истощения;
- г) эозинофильной гранулёмы.

Ответ: г.

18. К злокачественным лимфомам относятся следующие заболевания, за исключением:

- а) лимфогранулематоза;
- б) эозинофильной гранулёмы;
- в) лимфосаркомы;
- г) ретикулосаркомы.

Ответ: б.

19. Диагноз лимфогранулематоза подтверждается при обнаружении в микропрепарате:

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

Ответ: в.

20. При лимфогранулематозе отмечается:

- а) лимфогенное метастазирование;
- б) гематогенное метастазирование;
- в) имплантационное метастазирование;
- г) правильно а) и б).

Ответ: г.

21. В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение:

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: а.

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: б.

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

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

Ответ: б.

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

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

Ответ: в.

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

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

Ответ: в.

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

- а) I стадия;

- б) II стадия;
 - в) III стадия;
 - г) IV стадия.
- Ответ: б.

29. Поражение при лимфогранулематозе паховых лимфоузлов трактуется как:

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

Ответ: б.

30. Изолированное поражение при лимфогранулематозе селезенки означает:

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

Ответ: б.

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

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

Ответ: г.

32. Наиболее прогностически благоприятным морфологическим вариантом лимфогранулематоза является:

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

Ответ: б.

33. Наиболее неблагоприятным прогностическим вариантом лимфогранулематоза является:

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

Ответ: б.

34. У больного лимфогранулематозом 55 лет увеличены шейные лимфоузлы с обеих сторон и профузная потливость. Это соответствует:

- а) I А стадии;
- б) II А стадии;
- в) II Б стадии;
- г) III Б стадии.

Ответ: в.

35. При лимфогранулематозе поражение печени и медиастинальных лимфоузлов с симптомами интоксикации у пациента 48 лет означает наличие:

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

Ответ: г.

36. Бесспорным подтверждением диагноза лимфогранулематоза является:

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

Ответ: г.

37. Симптомы интоксикации при лимфогранулематозе:

- а) профузные ночная потливость;
- б) кожный зуд;
- в) необъяснимые подъемы температуры тела выше 38 °С;
- г) правильно все.

Ответ: г.

38. Самым достоверным способом диагностики лимфогранулематоза являются:

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

Ответ: в.

39. Под термином «лимфоаденопатия» подразумевают:

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

Ответ: г.

40. Началу лимфогранулематоза соответствует гистологический вариант:

- а) лимфоидное истощение;
 - б) лимфоидное преобладание;
 - в) смешанноклеточный;
 - г) нодулярный склероз.
- Ответ: б.

Паллиативная помощь

Тесты

1. Препарат, применяющийся при сильных болях у онкологических больных:

- а) дезоморфин;
- б) героин;
- в) морфин;
- г) панангин.

Ответ: в.

2. Паллиативное лечение представляет собой раздел:

- а) стоматологии;
- б) хирургии;
- в) онкологии;
- г) травматологии.

Ответ: в.

3. Волонтерами в хосписах становятся в возрасте:

- а) от 16 – 64 лет;
- б) от 17 – 64 лет;
- в) от 18 – 64 лет;
- г) от 20 – 64 лет.

Ответ: в.

4. Когда возбуждение и беспокойное поведение больного сопровождаются стонами и гримасами, это часто истолковывают как свидетельство:

- а) физической боли;
- б) постепенного угасания сознания;
- в) душевной боли;
- г) признаков депрессии.

Ответ: а.

5. По мере приближения ухода из жизни человек перестает проявлять интерес:

- а) к внешнему миру и отдельным деталям повседневной жизни;
- б) к родным и близким;
- в) к самому себе;
- г) к достижениям в онкологии.

Ответ: а.

6. Этический долг медицинских работников в области паллиативной медицины:

- а) облегчение страданий;
 - б) относиться к больному с сочувствием и уважением;
 - в) понимать потребности больного;
 - г) стараться удовлетворить его психические, социальные и духовные потребности.
- Ответ: г.

7. Главной целью паллиативной медицинской помощи является:
- а) достижение качества жизни умирающего пациента, максимально приближенного к качеству жизни здорового человека;
 - б) психологическая поддержка больного и ухаживающих за ним родственников;
 - в) удовлетворение духовных потребностей больного и его близких;
 - г) решение социальных и юридических, этических вопросов, возникающих в связи с тяжёлой болезнью.
- Ответ: а.

8. Помимо лечащего врача к оказанию помощи больным, находящимся в палатах паллиативной помощи, в случае необходимости могут привлекаться все, кроме:
- а) врача-анестезиолога;
 - б) врача-реабилитолога;
 - в) служителей религиозных конфессий;
 - г) волонтеров, в том числе сестер милосердия.
- Ответ: а.

9. Основопологающим, центральным элементом всей системы поддержки пациента и его семьи является:
- а) медицинский аспект;
 - б) духовный аспект;
 - в) социальный аспект;
 - г) реабилитационный аспект.
- Ответ: б.

10. Хосписная помощь — это:
- а) вариант эвтаназии;
 - б) философское учение;
 - в) метод исследования в диетологии;
 - г) вариант паллиативной помощи.
- Ответ: г.

11. Специализированные службы паллиативной помощи — это:
- а) специальная медицинская группа врачей -онкологов;
 - б) бригады, объединяющие работников различного профиля, работающие на базе больницы или непосредственно среди населения;
 - в) врач – онколог;
 - г) врачи и специалисты по социальной работе.
- Ответ: б.

12. Облегчение страданий у онкологических больных — это:

- а) действие, направленное на уменьшение боли при онкологии;
- б) этический долг медицинских работников;
- в) помощь при проведении гигиенических процедур;
- г) помощь при кормлении пациента.

Ответ: а.

13. Стадия заболевания, при которой пациенты с онкологией наиболее часто испытывают сильную боль:

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

Ответ: г.

14. История волонтерского движения изначально связана с:

- а) религиозно-духовной деятельностью;
- б) благотворительной деятельностью;
- в) деятельностью хосписного движения;
- г) улучшением онкологической помощи.

Ответ: а.

15. Разовые организованные акции в стационаре хосписа в рамках корпоративного волонтерства — это:

- а) субботники (мытьё окон, уборка снега, посадка цветов в саду) ;
- б) дизайнеры, корректоры, аналитики, переводчики (выполнение конкретных задач в свободное или специально выделенное для этого время) ;
- в) представители компании приходят в хоспис (например, по два человека еженедельно) в рабочее время и помогают, как и постоянные волонтеры (на общих основаниях) ;
- г) сбор и анализ информации под конкретную задачу.

Ответ: а.

16. Хосписная группа волонтеров занимается:

- а) оказанием паллиативной помощи в непрофильном стационаре до возможного перевода в отделение паллиативной помощи (хоспис) или для оказания помощи на дому;
- б) стабилизацией состояния в стадии декомпенсации;
- в) стабилизацией состояния пациента на дому;
- г) психологическая и эмоциональная поддержка больных и их родственников во время болезни, а также родственников после смерти пациентов.

Ответ: г.

17. Целью паллиативной помощи является облегчение страданий больного:

- а) инкурабельного;
- б) онкологического;

- в) ВИЧ-инфицированного;
- г) страдающего злокачественными новообразованиями.

Ответ: а.

18. «Золотым стандартом» для оценки состояния здоровья является:

- а) описание самим пациентом ощущений и переживаний;
- б) выбор тактики для облегчения страданий;
- в) сложная диагностика;
- г) оценка его эмоционального статуса.

Ответ: а.

19. Дезориентация — это:

- а) спутанность сознания;
- б) беспокойство;
- в) возбуждение;
- г) бодрствование.

Ответ: а.

20. Всемирная медицинская ассоциация в своем заявлении о политике в области лечения смертельно больных пациентов, испытывающих хроническую боль (1990 г.), рекомендовала проводить лечение смертельно больных так:

- а) чтобы они могли жить насколько возможно активно до самой смерти;
- б) чтобы максимально облегчить их страдания и способствовать достойному уходу из жизни;
- в) чтобы ни ускорить, ни отдалить наступление смерти;
- г) чтобы облегчить боль и другие доставляющие беспокойство симптомы.

Ответ: б.

21. Проблемы, возникающие у инкурабельных пациентов:

- а) недостаток денег для приобретения лекарственных средств;
- б) недостаточная доступность опиоидов;
- в) никаких проблем нет;
- г) отсутствие химиопрепаратов.

Ответ: б.

22. Эксперты ВОЗ считают, что основными положениями программы развития паллиативной помощи должны быть все, кроме:

- а) паллиативная помощь является неотложной гуманитарной потребностью для людей с заболеваниями в терминальной фазе;
- б) паллиативная помощь должна быть интегрирована в существующую систему медицинской помощи;
- в) паллиативная помощь должна оказываться только в онкологическом лечебном учреждении;
- г) паллиативная помощь должна быть гарантированной для всех слоев населения независимо от конфессий, вероисповеданий.

Ответ: в.

23. Что такое routine home care?

- а) непрерывная помощь на дому: предполагает в основном медсестринскую помощь, оказывается только в период кризисного состояния больного или в том случае, когда терминальному больному необходимо находиться в домашних условиях;
- б) помощь в хосписе: проводится для контроля болевого синдрома и других острых и хронических симптомов;
- в) обычная помощь на дому: пациенты получают хосписную помощь там, где они проживают;
- г) помощь для того, чтобы дать «передышку» родственникам пациента.

Ответ: в.

24. Хоспис — это:

- а) платное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком;
- б) бесплатное государственное учреждение, которое обеспечивает уход за тяжело больным человеком;
- в) бесплатное государственное учреждение, обеспечивающее уход за тяжело больным человеком, облегчение его физического и психического состояния, а также поддержание его социального и духовного потенциала;
- г) бесплатное государственное медицинское учреждение, оказывающее весь спектр противоопухолевой терапии.

Ответ: в.

25. Что является основой успеха паллиативной помощи:

- а) профессиональное постоянное наблюдение за больным;
- б) профессионализм персонала;
- в) сила воли пациента;
- г) обеспеченность требующимися медикаментами.

Ответ: а.

26. Идея чего лежит в основании концепции хосписа:

- а) собрать всех больных в одном месте;
- б) оказание паллиативной помощи;
- в) изоляция больных от общества;
- г) идея помочь родственникам больного.

Ответ: б.

27. Паллиативное лечение направлено на решение нескольких задач, кроме:

- а) уменьшения боли и смягчения других беспокоящих больного симптомов;
- б) психологической и духовной поддержки больного;
- в) предлагает систему, поддерживающую у больного способность как можно более длительно вести активную жизнь;
- г) не предлагает систему оказания помощи семье больного во время его болезни.

Ответ: г.

28. Наиболее крупными организациями являются все, кроме:

- а) армии спасения;
- б) ЮНЕСКО;
- в) волонтерской программы Объединённых Наций;
- г) частных благотворительных организаций.

Ответ: г.

29. Синонимом понятия «волонтерская деятельность» является термин:

- а) благотворительная деятельность;
- б) безвозмездная помощь;
- в) добровольческая деятельность;
- г) социальная помощь.

Ответ: а

30. Неотъемлемая часть хосписного движения:

- а) волонтерство;
- б) благотворительность;
- в) религиозные организации;
- г) социальные службы.

Ответ: а.

31. Мотивы, побуждающие человека становиться волонтером, все, кроме:

- а) потребности в межличностных отношениях;
- б) потребности в обретении уверенности в своих силах;
- в) желания наблюдать за тяжелобольными;
- г) потребности в безвозмездной помощи.

Ответ: в.

32. Участие волонтеров позволяет сделать все, кроме:

- а) существенно расширить охват пациентов;
- б) улучшить качество ухода;
- в) привлечь дополнительные человеческие и материальные ресурсы;
- г) объективно оценить тяжесть состояния больных.

Ответ: г.

33. Синоним слова инкурабельный больной:

- а) неизлечимый больной;
- б) страдающий больной;
- в) умирающий больной;
- г) онкологический больной.

Ответ: а.

34. Основной целью паллиативной помощи является:

- а) улучшение качества жизни больного и членов его семьи;

- б) облегчение страданий;
- в) продление жизни;
- г) устранение физических и психосоциальных проблем.

Ответ: а.

35. Самостоятельное направление паллиативной помощи, ведущим компонентом которого является формирование особой философии, организация психологической поддержки больного и его семьи:

- а) хосписная помощь;
- б) паллиативное лечение;
- в) медицинская помощь;
- г) волонтерское движение.

Ответ: а.

36. В последние дни и часы жизни в организме происходит ряд физиологических изменений:

- а) прекращение приема пищи и жидкости;
- б) потребность поворачиваться;
- в) возникает целый спектр эмоций и страхов;
- г) отсутствие боли.

Ответ: а.

37. Изменения, связанные с процессом умирания, обусловлены рядом одновременно происходящих необратимых процессов:

- а) неврологических;
- б) психологических;
- в) физических;
- г) социальных.

Ответ: а.

38. Признак наличия боли:

- а) напряженный лоб, в частности появление на нем глубоких морщин;
- б) сонливость;
- в) прекращение приема пищи;
- г) беспокойство.

Ответ: а.

39. Очень важный компонент в паллиативной помощи:

- а) купирование болевого синдрома;
- б) активная всесторонняя помощь пациентам;
- в) внедрение мероприятий, обеспечивающих адекватное обезболивание;
- г) психосоциальная и духовная поддержка пациента.

Ответ: а.

40. Паллиативная помощь больным должна начинаться с момента:

- а) если больным требуется специализированная паллиативная помощь;
- б) если установлен диагноз неизлечимого заболевания;
- в) если пациенты испытывают физические или другого рода страдания;
- г) если заболевание прогрессирует и переходит в терминальную стадию.

Ответ: б.

Список литературы

1. TNM classification of malignant tumours / edited by L.H. Sobin, M.K. Gospodarowicz, and Ch. Wittekind. — Blackwell Publishing Ltd, 2010. — 310 p.
2. Онкология (справочник практического врача) / под. ред. И. В. Поддубной. — Москва : Медпресс-информ, 2009.— 767с.
3. Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. Eighth ed., Network. CMP United Business Media, 2004. — 974 p.

Навчальне видання

Винниченко Ігор Олександрович,

Москаленко Юлія Василівна,

Винниченко Олександр Ігорович

**Збірник тестових завдань
з онкології
(Класифікація TNM,
сьоме видання, 2009)**

Навчальний посібник

(Російською мовою)

Художнє оформлення обкладинки Ю. В. Москаленко

Редактор Н. В. Лисогуб

Комп'ютерне верстання Ю. В. Москаленко

Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 16,74. Обл.-вид. арк. 13,51. Тираж 300 пр. Зам. №

Видавець і виготовлювач

Сумський державний університет,

вул. Римського-Корсакова, 2, м. Суми, 40007

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3062 від 17.12.2007.