

Федеральное государственное бюджетное учреждение  
**«Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Институт усовершенствования врачей

УТВЕРЖДАЮ

Ректор  
Доцент Г.Г. Борщев

«.....» \_\_\_\_\_ 2024 год

**Программа**  
**Государственной итоговой аттестации**

кафедра онкологии

**Специальность – 31.08.57 Онкология**

**Направленность (профиль) программы – Онкология**

**Уровень высшего образования:** подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения - очная

Рекомендовано

учебно-методическим советом

Протокол №1

«24» апреля 2024 года

МОСКВА, 2024

Составители:

Федянин М.Ю., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой онкологии

Саржевский В.О., д.м.н., профессор кафедры гематологии и клеточной терапии

Рецензенты:

Мочкин Н.Е., к.м.н, доцент кафедры гематологии и клеточной терапии

Животов В.А., к.м.н., доцент кафедры хирургии с курсом хирургической эндокринологии

Программа Государственной итоговой аттестации оформлена и структурирована в соответствии с требованиями Приказа от 19 ноября 2013г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» и федерального государственного образовательного стандарта высшего образования уровень высшего образования подготовка кадров высшей квалификации специальность 31.08.57 Онкология, утв. приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 г. № 1100.

Программа Государственной итоговой аттестации рассмотрена на Учебно-методическом Совете Института и рекомендована к использованию в учебном процессе.

Согласовано с учебно-организационным отделом:

Начальник учебно-организационного отдела

О.Е. Коняева

Согласовано с библиотекой:

Заведующая библиотекой

Н.А. Михашина

**Целью** государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО).

**Задачами** государственной итоговой аттестации является определение сформированности у обучающихся основных компетенций, установленных ФГОС ВО, и оценка готовности обучающихся к решению профессиональных задач в соответствии с видами профессиональной деятельности, на которые ориентирована образовательная программа.

### **Компетенции выпускника, сформированность которых оценивается на государственной итоговой аттестации**

Универсальные компетенции (УК):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Профессиональные компетенции (ПК):

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья

- взрослых и подростков (ПК-4);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
  - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6);
  - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
  - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
  - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
  - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
  - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
  - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

**Объем** государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часов.

Государственная итоговая аттестация в полном объеме относится к базовой части Блока 3 ОПОП ординатуры.

### **Процедура проведения государственной итоговой аттестации**

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией, состав которой утверждается приказом ректора не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации. Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации не позднее 31 декабря года, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация обучающихся проводится в форме государственного экзамена (междисциплинарного).

Программа государственной итоговой аттестации, включая критерии оценки результатов сдачи государственного экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся, не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой

аттестации.

Все экзаменационные материалы для проведения государственного междисциплинарного экзамена обсуждаются на заседаниях учебно-методических комиссий и утверждаются на заседании учебно-методического совета Университета.

Срок проведения государственной итоговой аттестации определяется расписанием, которое составляется в соответствии с учебным планом, утверждается ректором и доводится до сведения обучающихся, председателя и членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

### **Структура и содержание государственной итоговой аттестации в форме государственного экзамена**

Государственный экзамен по специальности 31.08.57 Онкология включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

#### Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:

1. Современные понятия о канцерогенезе. Основные свойства опухолевой клетки.
2. Канцерогенные факторы внешней среды. Профилактика злокачественных опухолей.
3. Структура онкологического диспансера. Основные понятия онкоэпидемиологии. Работа районного онколога.
4. Клинические группы онкологических больных.
5. Принципы организации активного выявления больных злокачественными новообразованиями визуальных локализаций.
6. Понятие о скрининговой, первичной и уточняющей диагностике злокачественных опухолей.
7. Медицинская документация в онкологии.
8. Понятие о «запущенности». Анализ причин «запущенности» онкологической патологии.
9. Деонтологические аспекты онкологии.
10. Методы и возможности современной рентгеновской и эндоскопической диагностики.
11. Значение ультразвуковой диагностики в онкологии.
12. Общие принципы морфологической диагностики в онкологии. Морфологическая классификация опухолей.
13. Методы морфологической верификации опухолей.

14. Значение стадирования злокачественных опухолей. Принципы классификации TNM.
15. Понятие о радикальном, паллиативном и симптоматическом лечении онкологических больных.
16. Понятие о комбинированном и комплексном лечении злокачественных новообразований.
17. Понятие «опухоли визуальной локализации». Возможности раннего выявления. Общие принципы и возможности брахитерапии, фотодинамической терапии.
18. Виды ионизирующих излучений в онкологии. Установки для лучевой терапии.
19. Виды лучевой терапии. Противопоказания к лучевой терапии.
20. Лучевые реакции. Осложнения лучевой терапии.
21. Классификация химиопрепаратов. Механизм действия. Принципы назначения химиотерапии.
22. Классификация опухолей по степени чувствительности к химиотерапии. Критерии эффективности химиотерапии.
23. Токсические реакции химиотерапии. Патогенез. Клиника. Лечение.
24. Гормонозависимые опухоли. Принципы проведения гормонотерапии.
25. Понятие о таргетной терапии. Современные таргетные препараты.
26. Доброкачественные опухоли кожи и мягких тканей: клиника, диагностика, принципы лечения.
27. Диагностика и лечение базалиомы и плоскоклеточного рака кожи.
28. Рак кожи. Клиника. Стадирование. Диагностика. Лечение.
29. Диагностика меланомы кожи. Симптомы активации невуса.
30. Меланома кожи. Принципы лечения.
31. Принципы диагностики и лечения сарком мягких тканей.
32. Клиника, диагностика и лечение рака нижней губы.
33. Рак полости рта и языка.
34. Опухоли слюнных желез. Классификация. Диагностика. Лечение.
35. Рак гортани: клиника, диагностика, лечение.
36. Рак щитовидной железы.
37. Предраковые заболевания молочной железы.
38. Выявление, клиника и диагностика рака молочной железы.
39. План лечения больных раком молочной железы в зависимости от стадии.
40. Прогностические факторы у больных раком молочной железы.
41. Реабилитация больных раком молочной железы.
42. Первичные и вторичные опухоли средостения. Диагностика. Лечение.
43. Клинико-анатомическая классификация рака легкого.
44. Лечение рака легкого.
45. Рак пищевода.
46. Предраковые заболевания желудка.
47. Методы диагностики рака желудка.
48. Уточняющая диагностика рака желудка.

49. Лечение больных раком желудка.
50. Осложнения рака желудка. Диагностика. Лечение.
51. Диагностика и стадирование рака яичников. Скрининг.
52. Лечение больных раком яичников.
53. Предопухолевые заболевания шейки матки. Диагностика. Лечение.
54. Скрининг и современные методы диагностики рака шейки матки.
55. План лечения рака шейки матки в зависимости от стадии.
56. Клиника и диагностика рака эндометрия.
57. Выбор плана лечения рака тела матки в зависимости от стадии.
58. Предраковые заболевания толстой кишки.
59. Клиника и диагностика рака ободочной кишки.
60. Лечение больных раком ободочной кишки.
61. Осложнения рака толстой кишки. Диагностика, лечебная тактика.
62. Рак прямой кишки.
63. Выявление и диагностика рака прямой кишки.
64. Лечение рака прямой кишки.
65. Рак анального канала. Этиология, диагностика, лечение.
66. Реабилитация больных раком желудка и толстой кишки.
67. Первичный рак печени. Этиопатогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
68. Рак поджелудочной железы.
69. Рак желчного пузыря и внепечёночных желчных протоков.
70. Клиника и диагностика рака мочевого пузыря.
71. Опухоли почки. Классификация. Клиника. Диагностика.
72. Опухоли яичка: клиника, диагностика, лечение.
73. Клиническая симптоматика и обследования при злокачественных лимфомах.
74. Классификация злокачественных лимфом. Дифференциальный диагноз при синдроме шейной лимфаденопатии.
75. Лечение злокачественных лимфом.
76. Принципы лечения лимфогранулематоза.
77. Клиника и диагностика рака предстательной железы.
78. Забрюшинных неорганные опухоли.
79. Принципы обследования и лечения при метастатическом поражении костей.
80. Организация палиативного и симптоматического лечения больных.
81. Общие принципы лечения хронического болевого синдрома.
82. Ургентные состояния в онкологии.

Процедура проведения государственного экзамена:

Студент получает билет, состоящий из двух вопросов (по общей и частной онкологии) и ситуационную задачу. Время на подготовку к ответу – не менее 20 мин. Разрешается использовать справочную информацию (классификация TNM, данные статистики). По желанию студента тезисы ответа или его полный текст может быть записан на бумаге.

Ответ обучающегося заслушивают не менее двух членов экзаменационной комиссии. Экзаменаторы имеют право задавать обучающемуся уточняющие вопросы, которые вместе с ответами обучающегося заносятся в протокол.

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка «неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);

- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;

- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен.

Результаты государственного экзамена оцениваются по четырехбалльной системе: "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно". Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.

#### **Критерии оценки междисциплинарного государственного экзамена:**

- оценка **«отлично»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему полное освоение компетенций, предусмотренных программой, системные знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком, осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения;

- оценка **«хорошо»** выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему достаточное освоение компетенций, предусмотренных программой, полное знание программного материала, способному к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;

- оценка **«удовлетворительно»** выставляется обучающемуся,



продемонстрировавшему недостаточно полное освоение компетенций, предусмотренных программой, обнаружившему достаточный уровень знания основного программного материала, но допустившему погрешности при его изложении;

- оценка «**неудовлетворительно**» выставляется обучающемуся, не продемонстрировавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

---

### **Перечень рекомендуемой литературы:**

#### **а). Основная литература:**

1. Основы канцерогенеза и противоопухолевого иммунитета : учебное пособие / К. С. Титов, А. Б. Рябов, А. П. Поляков [и др.]. — Москва : МНИОИ им. П. А. Герцена, 2023 г. — 90 с. : ил.

2. Метастазирование злокачественных опухолей абдоминальной локализации : учебное пособие / О. И. Каганов, Ш. Х. Ганцев, А. Е. Орлов [и др.]. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023 г. — 117, [1] с., [4] л. ил.

3. Сборник заданий в тестовой форме по онкологии : учебное пособие для использования в образовательных учреждениях, реализующих программы высшего образования подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальностям 31.08.14 "Детская онкология", 31.08.57 "Онкология" и программы дополнительного профессионального образования по онкологии / Р. Н. Чирков, М. Ю. Рыков, И. В. Вакарчук. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022 г. — 110, [1] с.

4. Онкология. Тестовые задания / Р. Н. Чирков, М. Ю. Рыков, И. В. Вакарчук : учебное пособие для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования специалитета 31.05.01 "Лечебное дело". — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022 г. — 106 с. : ил.

5. Рак молочной железы : учебное пособие для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования уровня ординатуры по специальности 31.08.57 "Онкология" / под редакцией В. П. Летягина. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022 г. — 238 с. : ил.

6. Колоректальный рак: избранные вопросы диагностики и лечения : учебно-методическое пособие / Национальный медицинский исследовательский центр радиологии. — Обнинск ; Москва : НМИЦ радиологии : [б. и.], 2022 г. — 67, [1] с. : ил.

7. Избранные вопросы диагностики и лечения рака предстательной железы : учебно-методическое пособие / Национальный медицинский исследовательский центр радиологии. — Обнинск ; Москва : НМИЦ

радиологии : [б. и.], 2022 г. — 57 с. : ил.

8. Рак мочевого пузыря: диагностика и лечение : учебно-методическое пособие / Национальный медицинский исследовательский центр радиологии. — Обнинск ; Москва : НМИЦ радиологии : [б. и.], 2022 г. — 55 с. : ил.

9. Опухоли головы и шеи: этиология и диагностика : учебно-методическое пособие / Национальный медицинский исследовательский центр радиологии. — Обнинск ; Москва : НМИЦ радиологии : [б. и.], 2022 г. — 41 с. : ил.

10. Рак яичников: эпидемиология, патогенез, диагностика : учебное пособие / Артемьева А. С., Ахрарова О. И., Беляева С. А. [и др.]. — Санкт-Петербург ; Новороссийск : Персона Пресс, 2022 г. — 199 с. : ил.

11. Онкология : учебник для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования специалитета по специальности 31.05.01 "Лечебное дело" / Национальный НИИ общественного здоровья имени Н. А. Семашко, НМИЦ радиологии. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022 г. — 654 с. : ил.

12. Рак легкого : учебное пособие / Петров А. С., Земцова И. Ю., Зинченко Е. И. [и др.]. — Санкт-Петербург : Издательство Санкт-Петербургского университета, 2022 г. — 71, [1] с. : ил.

13. Вопросы клинико-лабораторных исследований и молекулярной диагностики у онкологических больных : учебно-методическое пособие / Национальный медицинский исследовательский центр радиологии. — Обнинск ; Москва : НМИЦ радиологии : [б. и.], 2022 г. — 39, [1] с. : ил.

14. Основные принципы и правила использования TNM классификации злокачественных опухолей : учебное пособие / Дубова Е. А., Павлов К. А.. — Москва : ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна, 2022 г. — 22 с.

15. Рак вульвы (особенности клинического течения и выбор объема хирургического вмешательства) : учебно-методическое пособие / Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2021 г. — 27 с. : ил.

16. Молекулярно-генетическое тестирование соматических мутаций в опухолях : учебно-методическое пособие / Д. С. Михайленко, А. А. Алимов, В. В. Мусатова [и др.]. — Москва : Триумф, 2021 г. — 43 с. : ил.

17. Вопросы хирургического и терапевтического лечения в онкогинекологии : учебно-методическое пособие / Национальный медицинский исследовательский центр радиологии Министерства здравоохранения Российской Федерации. — Обнинск ; Москва : НМИЦ радиологии, 2021 г. — 109 с. : ил

18. Лимфома Ходжкина. Клиника, диагностика, лечение / Е. А. Демина, В. Я. Мельниченко, В. О. Саржевский, Н. Е. Мочкин. — Москва : ДПК Пресс, 2021 г. — 74 с. : ил.

19. Биологические основы CAR-T терапии : учебно-методическое пособие для врачей гематологов, онкологов, иммунологов, генетиков, педиатров, клинической лабораторной диагностики / Астрелина Т. А.. — Москва : ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А. И. Бурназяна ФМБА России, 2021 г. — 60 с. : ил.

20. Онкология : учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020 г. — 916 с. : ил.

#### Дополнительная литература:

1. Лекции по детской онкологии для студентов медицинских вузов : для студентов медицинских вузов : учебное пособие для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования специалитета 31.05.02 "Педиатрия" / М. Ю. Рыков. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022 г. — 122, [2] с. : ил.
2. Мультидисциплинарный подход в диагностике очаговых изменений щитовидной железы : учебное пособие / Костромина Е. В., Красильникова Л. А., Денискин О. Н. [и др.]. — Санкт-Петербург : НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, 2022 г. — 159 с. : табл., ил.
3. Современные методы неинвазивной диагностики меланоцитарных новообразований кожи : учебное пособие / Агакишизаде Н. Э., Гафтон И. Г., Зиновьев Г. В. [и др.]. — Санкт-Петербург : НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, 2022 г. — 67, [1] с. : ил.
4. Особенности проведения противоопухолевого лечения у пациентов геронтологического профиля : учебное пособие / Ткаченко Е. В., Алексеева Ю. В., Бриш Н. А. [и др.]. — Санкт-Петербург : НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, 2021 г. — 83 с.
5. Частные вопросы лучевой диагностики в абдоминальной онкологии : учебно-методическое пособие / Национальный медицинский исследовательский центр радиологии. — Обнинск ; Москва : НМИЦ радиологии, 2021 г. — 81, [1] с. : ил.
6. Лучевая диагностика заболеваний пищевода при злокачественных и доброкачественных изменениях : учебное пособие / Чёрная А. В., Карханова А. Г., Мутовкина Н. И. [и др.]. — Санкт-Петербург : НМИЦ онкологии им. Н. Н. Петрова, 2021 г. — 143 с. : ил.
7. Применение локорегионарных методов в лечении локализованных, местнораспространенных и метастатических нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы : учебное пособие для обучающихся в системе высшего и дополнительного профессионального образования по специальностям 31.08.57 "Онкология", 31.08.67 "Хирургия", 31.08.08 "Радиология" и 31.08.09 "Рентгенология" / С. А. Попов, Д. Н. Майстренко, А. А. Стаценко [и др.]. — Санкт-Петербург : Полифарм, 2021 г. — 63 с. : ил.

8. Этиология и патогенез мультиформной глиобластомы: современные аспекты : учебное пособие / И. С. Брюховецкий. — Владивосток : Изд-во Дальневосточного федерального университета, 2021 г. — 44, [1] с. : ил.
9. Компьютерная томография в диагностике рака желудка и рака ободочной кишки : учебно-методическое пособие / Национальный медицинский исследовательский центр радиологии. — Обнинск ; Москва : НМИЦ радиологии : [б. и.], 2021 г. — 31 с. : ил.
10. Амбулаторная онкология : практические аспекты : учебное пособие / Национальный медицинский исследовательский центр онкологии имени Н. Н. Петрова. — Санкт-Петербург : Грейт Принт. Ч. 2. — 2020 г. — 170 с. : ил.

### **Примеры тестов с эталонами ответов:**

1. Отёчно-инфильтративная форма рака молочной железы обычно соответствует:
  - а) I стадии
  - б) II стадии
  - в) III и IV стадии**
  - г) любой из перечисленных стадий
2. Радикальные операции при раке молочной железы дают лучший результат при локализации опухоли
  - а) верхне-внутреннем квадранте
  - б) верхне-наружном квадранте**
  - в) в нижне-внутреннем квадранте
  - г) в нижне-наружном квадранте
3. При лечении злокачественных опухолей мягких тканей применение лучевой терапии наиболее целесообразно
  - а) как самостоятельный метод лечения
  - б) в предоперационном периоде
  - в) в послеоперационном периоде
  - г) правильно а) и б)

- д) **правильно б) и в)**
4. Поражение аксиллярных лимфоузлов с одной стороны, медиастинальных, парааортальных лимфоузлов, селезенки и наличие лихорадки до 38°C при лимфогранулематозе расценивается как
- а) II А стадия
  - б) II Б стадия
  - в) III А стадия
  - г) **III Б стадия**
  - д) IV стадия
5. Наиболее благоприятным прогностическим вариантом лимфогранулематоза являются:
- а) лимфоидное преобладание, смешанноклеточный вариант
  - б) нодулярный склероз, лимфоидное истощение
  - г) **лимфоидное преобладание, нодулярный склероз**
6. К симптомам интоксикации при лимфогранулематозе относятся
- а) кожный зуд, геморрагические высыпания
  - б) потеря веса, желтуха, боли в правом подреберье
  - в) потеря веса, гектическая лихорадка, анорексия
  - г) **кожный зуд, потеря веса, профузная ночная потливость, длительная гипертермия.**
7. Поражение легочной ткани и забрюшинных лимфоузлов при лимфогранулематозе трактуется как
- а) I стадия
  - б) **II стадия**
  - в) III стадия
  - г) **IV стадия**
8. Поражение периферических лимфоузлов выше и ниже диафрагмы при лимфогранулематозе означает:
- а) I стадия
  - б) II стадия
  - в) **III стадия**
  - г) IV стадия
9. В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение
- а) **шейно-надключичных лимфоузлов**
  - б) медиастинальных лимфоузлов
  - в) забрюшинных лимфоузлов
  - г) паховых лимфоузлов
  - д) всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой
10. К показаниям для проведения лучевой терапии при неорганных забрюшинных опухолях относятся
- а) местная распространенность опухолевого процесса, не позволяющая выполнить оперативное вмешательство:
  - б) наличие тяжелой сопутствующей патологии, крайне увеличивающей риск заболевания
  - в) отказ больного от операции
  - г) **правильно б) и в)**
  - д) **все перечисленное**

**Примеры экзаменационных ситуационных задач с эталонами ответов:**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больная К. 50 лет поступила в отделение с жалобами на образование в левой молочной железе. Образование было обнаружено при профилактической маммографии. На Rg-граммах: правая молочная железа без особенностей, левая- на границе верхнего и нижнего наружных квадрантов визуализируется образование неправильной формы размером 2,5 см, с тяжистостью по периферии, с единичными микрокальцинатами. Объективно: состояние органов и систем без особенностей. В левой молочной железе на границе наружных квадрантов пальпируется плотное образование размером около 4,5 см, малоподвижный, безболезненный, положительный симптом «площадки», сосок не изменён, выделений нет.

1. Сформулируйте предварительный диагноз. **Опухоль левой молочной железы**
2. Составьте план обследования больной. **Пункционная биопсия, трепан-биопсия под УЗ-контролем. Гистологическое исследование + ИГХ. Рентгенография легких. УЗИ брюшной полости. Сцинтиграфия костей скелета. МРТ головного мозга. УЗИ аксиллярных зон. Оценка сопутствующей патологии.**
3. Методы лечения рака молочной железы. **Хирургический. Лучевой. Лекарственный.**
4. Реабилитация больных раком молочной железы. **Медицинская. Психологическая. Социальная. Трудовая.**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Мужчина 21 года обратился с жалобами на частый жидкий стул до 5-6 раз в сутки, прожилки крови в кале, утомляемость. Из анамнеза: нарушение дефекации со склонностью к поносам отмечает около 5 лет, примесь крови в кале появилась 3 недели назад. Дед и отец были прооперированы по поводу полипов прямой кишки. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 72/мин. Живот мягкий, незначительно болезненный в левой половине. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании прямой кишки – на 5 см от ануса определяется округлое гладкое смещаемое образование на ножке подвижное, эластической

консистенции, на перчатке кал. Физиологические отправления: диурез адекватный, стул 5 раз в сутки кашицеобразный с примесью крови.

1. Сформулируйте предварительный диагноз. **Полип прямой кишки? Семейный полипоз толстой кишки?**
2. Составьте план обследования пациента. **Колоноскопия с биопсией. Гистологическое исследование.**
3. Виды полипов толстой кишки. **Ворсинчатые. Аденоматозные. Ворсинчатые.**
4. Тактика ведения пациента с множественными полипами толстой кишки. **Контроль-удаление с биопсией \ колэктомия**
5. Факторы риска рака толстой кишки. **Популяционные. Генетические.**

### **Порядок подачи и рассмотрения апелляций:**

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации

обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае принятия решения об удовлетворении апелляции результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.



**Фонд оценочных средств  
для государственной итоговой аттестации**

выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации –  
программам ординатуры по специальности  
31.08.57 Онкология

Москва, 2021

**Матрица компетенций, сформированность которых оценивается на государственном экзамене**

Номер ситуационной задачи и/или задания/билета	Компетенции
1	УК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10
2	УК-1,УК-2, ПК-12, ПК-9, ПК-10
3	УК-1,УК-2, УК-3. ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4
4	УК-1, , ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
5	ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
6	УК-1, ПК-2, , ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-11, ПК-12
7	УК-2, УК-3. ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
8	УК-1,УК-2, УК-3, ПК-11, ПК-12
9	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12
10	УК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4ПК-7, ПК-8, ПК-11, ПК-12
11	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12
12	, УК-3. ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9,
13	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8
14	УК-1,УК-2, УК-3. ПК-11, ПК-12
15	УК-2, УК-3. ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5
16	УК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10
17	УК-1,УК-2, ПК-12, ПК-9, ПК-10
18	УК-1,УК-2, УК-3. ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4
19	УК-1, , ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
20	ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
21	УК-1, ПК-2, , ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-11, ПК-12
22	УК-2, УК-3. ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
23	УК-1,УК-2, УК-3, ПК-11, ПК-12
24	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12
25	УК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4ПК-7, ПК-8, ПК-11, ПК-12
26	УК-1, ПК-10, ПК-11, ПК-12
27	, УК-3. ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9,
28	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8
29	УК-1,УК-2, УК-3. ПК-11, ПК-12
30	УК-2, УК-3. ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5

## Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенций:

1. Отёчно-инфильтративная форма рака молочной железы обычно соответствует:
  - а) I стадии
  - б) II стадии
  - в) III и IV стадии**
  - г) любой из перечисленных стадий
2. Радикальные операции при раке молочной железы дают лучший результат при локализации опухоли
  - а) верхне-внутреннем квадранте
  - б) верхне-наружном квадранте**
  - в) в нижне-внутреннем квадранте
  - г) в нижне-наружном квадранте
3. При лечении злокачественных опухолей мягких тканей применение лучевой терапии наиболее целесообразно
  - а) как самостоятельный метод лечения
  - б) в предоперационном периоде
  - в) в послеоперационном периоде
  - г) правильно а) и б)
  - д) правильно б) и в)**
4. Поражение аксиллярных лимфоузлов с одной стороны, медиастинальных, парааортальных лимфоузлов, селезенки и наличие лихорадки до 38°C при лимфогранулематозе расценивается как
  - а) II A стадия
  - б) II B стадия
  - в) III A стадия
  - г) III B стадия**
  - д) IV стадия
5. Наиболее благоприятным прогностическим вариантом лимфогранулематоза являются:
  - а) лимфоидное преобладание, смешанноклеточный вариант
  - б) нодулярный склероз, лимфоидное истощение
  - г) лимфоидное преобладание, нодулярный склероз**
6. К симптомам интоксикации при лимфогранулематозе относятся
  - а) кожный зуд, геморрагические высыпания
  - б) потеря веса, желтуха, боли в правом подреберье
  - в) потеря веса, гектическая лихорадка, анорексия
  - г) кожный зуд, потеря веса, профузная ночная потливость, длительная гипертермия.**
7. Поражение легочной ткани и забрюшинных лимфоузлов при лимфогранулематозе трактуется как
  - а) I стадия
  - б) II стадия**
  - в) III стадия
  - г) IV стадия
8. Поражение периферических лимфоузлов выше и ниже диафрагмы при лимфогранулематозе означает:
  - а) I стадия
  - б) II стадия
  - в) III стадия**
  - г) IV стадия
9. В качестве первых проявлений лимфогранулематоза наиболее часто отмечается увеличение
  - а) шейно-надключичных лимфоузлов**

- б) медиастинальных лимфоузлов
  - в) забрюшинных лимфоузлов
  - г) паховых лимфоузлов
  - д) всех групп лимфоузлов с одинаковой частотой
10. К показаниям для проведения лучевой терапии при неорганных забрюшинных опухолях относятся
- а) местная распространенность опухолевого процесса, не позволяющая выполнить оперативное вмешательство:
  - б) наличие тяжелой сопутствующей патологии, крайне увеличивающей риск заболевания
  - в) отказ больного от операции
  - г) правильно б) и в)
  - д) **все перечисленное**
11. Наиболее часто в лечении больных с неорганными забрюшинными опухолями используются:
- а) **хирургический метод лечения**
  - б) химиотерапевтическое лечение,
  - в) лучевая терапия
  - г) комбинированные методы лечения
  - д) с одинаковой частотой используются все перечисленные методы лечения
12. Клинические проявления забрюшинных неорганных опухолей в первую очередь обусловлены:
- а) гистологической структурой опухоли
  - б) размерами опухоли
  - в) локализацией опухоли
  - г) **размерами и локализацией опухоли**
  - д) гистологической структурой и размерами опухоли
13. 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) наличие спленомегалии
14. Наиболее эффективным методом лечения первичного рака печени является
- а) **хирургический метод**
  - б) системная химиотерапия
  - в) регионарная химиотерапия
  - г) лучевое лечение
  - д) верно б) и в)
15. Для первичного рака печени из перечисленных биохимических тестов наиболее характерным является повышение активности
- а) щелочной фосфатазы
  - б) аланиновой и аспаргиновой трансаминаз
  - в) лактатдегидрогеназы
  - г) глютаминтранспептидазы
  - д) **всех перечисленных ферментов**
16. При первичном раке печени отдаленные метастазы чаще всего встречаются
- а) в костях
  - б) в забрюшинных лимфоузлах
  - в) **в легких**
  - г) в головном мозге
17. Химиотерапия при раке пищевода
- а) обладает высокой эффективностью
  - б) может использоваться с таким же успехом, как и лучевая терапия
  - в) **малоэффективна**

- г) не применяется
18. Наиболее часто лучевая терапия при раке пищевода в качестве самостоятельного метода применяется при локализации опухоли
- а) в шейном отделе пищевода
  - б) в верхнегрудном отделе пищевода
  - в) в среднегрудном отделе пищевода
  - г) в нижнегрудном отделе пищевода
  - д) **правильно а) и б)**
19. Дифференциальный диагноза рака пищевода в ряде случаев приходится проводить: 1. - с кардиоспазмом; 2. - с пептическими язвами; 3. - с рубцовой структурой; 4. - с доброкачественными опухолями; 5. с дивертикулами.
- а) **все перечисленное верно**
  - б) все перечисленное верно, кроме 1
  - в) все перечисленное верно, кроме 1, 2
  - г) все перечисленное верно, кроме 1, 2 и 3
  - д) все перечисленное верно, кроме 1, 2, 3 и 4
20. К рентгенологическим признакам рака пищевода относятся:
- а) нарушение акта глотания,
  - б) изменение эластичности стенки пищевода
  - в) неровность контура пищевода
  - г) деформация рельефа слизистой
  - д) **правильно б), в), г)**
21. Клиническим проявлением рака пищевода могут быть
- а) охриплость голоса
  - б) кашель
  - в) эмпиема плевры
  - г) медиастинит
  - д) **все перечисленное**
22. Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является
- а) повышенное слюноотделение
  - б) тошнота
  - в) **дисфагия**
  - г) рвота
  - д) боли за грудиной
23. Рак пищевода чаще всего поражает
- а) верхнюю треть
  - б) **среднюю треть**
  - в) нижнюю треть
24. К предопухолевым заболеваниям с повышенным риском возникновения на их фоне рака пищевода относятся:
1. рубцовая структура
  2. ахалазия
  3. синдром Пламмера-Винсона
  4. пищевод Барретта
  5. кератодермия (семейный гиперкератоз ладоней и стоп)
- а) **все перечисленное**
  - б) все перечисленное, кроме 1
  - в) все перечисленное, кроме 1 и 2
  - г) все перечисленное, кроме 1, 2 и 3
  - д) все перечисленное, кроме. 1, 2, 3 и 4
25. Раком пищевода чаще болеют
- а) мужчины
  - б) женщины
  - в) в возрасте 40-50 лет
  - г) в возрасте 60-70 лет
  - д) **правильно а) и г).**

26. При радикальной лучевой терапии рака легкого не рекомендуется применение
- а) **крупных фракций**
  - б) динамического режима фракционирования дозы
  - в) мультифракционирования
  - г) расщепленного курса лучевой терапии
  - д) правильного ответа нет
27. При высокодифференцированной аденокарциноме легкого III стадии методом выбора является:
- а) чисто хирургическое лечение
  - б) **комбинированное лечение (предоперационная или послеоперационная лучевая терапия + операция)**
  - в) лучевое лечение
  - г) химиотерапия
28. С целью профилактики рецидива и метастазов при раке легкого могут применяться:
- а) предоперационная лучевая терапия
  - б) послеоперационная лучевая терапия
  - в) предоперационная химиотерапия
  - г) послеоперационная химиотерапия
  - д) **все перечисленное.**
29. Основными видами хирургического вмешательства при раке легкого являются
- а) пневмонэктомия
  - б) лоб(билоб)эктомия
  - в) сегментэктомия
  - г) клиновидная или краевая резекция легкого
  - д) **правильно а) и б)**
30. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить
- а) с доброкачественными опухолями легкого
  - б) с метастазами
  - в) с эхинококковой кистой
  - г) с туберкулезом
  - д) **все ответы верны**
31. К первичным или местным симптомам рака легкого могут быть отнесены все перечисленные, кроме
- а) кашля
  - б) кровохарканья
  - в) боли за грудиной
  - г) **повышения температуры тела**
32. Рак легкого метастазирует преимущественно
- а) в печень
  - б) в кости
  - в) в головной мозг
  - г) **все ответы верны**
  - д) правильного ответа нет
33. Периферический рак легкого диаметром в 4 см, не прорастающий висцеральной плеврой, с одиночными метастазами в бронхопульмональные лимфоузлы, соответствует
- а) I стадии заболевания
  - б) IIА стадии заболевания
  - в) **IIБ стадии заболевания**
  - г) IIIА стадии заболевания
  - д) IIIБ стадии заболевания
34. Метастазы в надключичные лимфатические узлы при раке легкого в соответствии с классификацией TNM обозначаются символом
- а) **N3**

- б) M1
- в) T4
- г) P2

35. Символу T3 в соответствии с международной классификацией по системе TNM соответствует рак легкого любых размеров растущий

- а) в диафрагму
- б) в грудную клетку
- в) в медиастинальную плевру
- г) в пищевод
- д) **правильно все ответы, кроме г)**
- е) правильного ответа нет

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

- 1) главные
- 2) долевые
- 3) сегментарные
- 4) субсегментарные
- 5) V порядка
- а) правильно 1 и 2
- б) правильно 2 и 3
- в) **правильно 1, 2, 3**
- г) правильно 1, 2, 3 и 4

37. К лицам, составляющим группу повышенного риска заболевания раком легких, относятся

- а) длительно и много курящие
- б) больные хроническими легочными заболеваниями.
- в) имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями)
- г) **все ответы верны**
- д) правильного ответа нет

38. Рак легкого

- а) возникает всегда на фоне хронического бронхита
- б) всегда развивается на фоне посттуберкулезных изменений
- в) всегда возникает в очаге ограниченного пневмосклероза
- г) **может развиваться без предшествующих хронических заболеваний легких**
- д) все ответы верны

39. Определяющая роль в возрастании заболеваемости населения раком легких принадлежит

- а) генетическому фактору
- б) профессиональным вредностям
- в) **курению**
- г) загрязнению атмосферы
- д) хроническим воспалительным заболеваниям

40. Под термином метастаз Вирхова подразумевается

- а) метастаз в клетчатку малого таза
- б) метастаз в яичники
- в) метастаз в пупок
- г) **метастаз в надключичный лимфоузел**
- д) метастаз в легкие

41. При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана

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

42. Рак желудка наиболее часто развивается в возрасте
- а) до 20 лет
  - б) от 21 до 50 лет
  - в) от 51 до 70 лет**
  - г) старше 70 лет
  - д) рак с одинаковой частотой развивается во всех возрастных группах
43. При определении распространенности опухолевого процесса рака проксимального отдела желудка по брюшной полости наибольшую диагностическую ценность имеет
- а) гастроскопия
  - б) эзофагоскопия
  - в) лапароскопия**
  - г) медиастиноскопия
  - д) правильно в) и г)
44. Для рака желудка наиболее характерно метастазирование
- а) лимфогенным путем**
  - б) гематогенным путем
  - в) имплантационным путем
  - г) правильно а) и б)
  - д) правильно б) и в)
45. Наиболее труден для диагностики
- а) рак кардиального отдела желудка
  - б) рак дна желудка**
  - в) рак тела желудка
  - г) рак выходного отдела желудка
  - д) диагностика рака желудка одинаково трудна при всех перечисленных локализациях
46. Чаще малигнизируются язвы
- а) выходного отдела желудка
  - б) малой кривизны желудка
  - в) большой кривизны желудка**
  - г) тела желудка
  - д) кардиального отдела желудка
47. На выбор объёма операции при раке желудка наименьшее влияние из перечисленных факторов оказывают
- а) локализация опухоли
  - б) тип роста опухоли
  - в) гистологическая структура опухоли
  - г) возраст больного**
  - д) все перечисленные факторы оказывают одинаковое влияние на выбор объёма операции
48. При раннем раке желудка
- а) специфические синдромы отсутствуют
  - б) имеются специфические симптомы заболевания
  - в) симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка**
  - г) синдром малых признаков является ранним клиническим проявлением рака желудка
49. Паллиативная дистальная резекция желудка при злокачественных опухолях желудка может быть выполнена при
- а) декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка
  - б) желудочном кровотечении
  - в) относительно удовлетворительном состоянии больного
  - г) отсутствии технических осложнений операции
  - д) во всех перечисленных случаях**
50. Субтотальная проксимальная резекция желудка должна выполняться



- а) при инфильтративной опухоли кардиального отдела желудка  
**б) при экзофитной опухоли кардиального отдела желудка**  
в) при опухоли кардиального отдела желудка, независимо от типа ее роста  
г) при экзофитной опухоли субкардиального отдела желудка.
51. Эндоскопическая полипэктомия без предварительного морфологического исследования биопсийного материала из полипа допустима  
а) во всех случаях  
б) при одиночном полипе на ножке, независимо от его размера  
в) при одиночном полипе на широком основании независимо от его размеров  
**г) при одиночном мелком полипе на ножке**  
д) при множественных мелких полипах
52. Наиболее часто малигнизируются следующие типы желудочных полипов  
а) гиперпластические  
**б) аденоматозные**  
в) аденопапилломатозные  
г) папиллярные  
д) все, независимо от их гистологического строения, обладают одинаковым индексом малигнизации.
53. При субтотальной резекции желудка по поводу рака, желудочно-кишечная связка  
**а) должна удаляться обязательно**  
б) удаляется частично  
в) никогда не удаляется  
г) может быть удалена, но не обязательно  
д) правильного ответа нет
54. Химиотерапия наиболее эффективна  
а) при папиллярном раке щитовидной железы  
б) при фолликулярном раке щитовидной железы  
**в) при низкодифференцированном раке щитовидной железы**  
г) эффективность не зависит от морфологической структуры  
д) верно а) и б)
55. Минимальный объем хирургического вмешательства при раке щитовидной железы следует считать  
а) энуклеацию узла  
б) резекцию доли  
в) гемитиреоидэктомию  
**г) гемитиреоидэктомию с перешейком**  
д) субтотальную резекцию щитовидной железы
56. Под понятием "скрытый" рак щитовидной железы подразумевается  
а) наличие малых размеров опухоли в тканях 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) опухоль, не поражающая капсулу щитовидной железы  
д) все ответы правильны
57. Наиболее часто встречаются следующие морфологические формы рака щитовидной железы  
**а) папиллярная аденокарцинома**  
б) фолликулярная аденокарцинома  
в) медуллярный рак  
г) недифференцированных рак  
д) верно б) и в)
58. При клиническом диагнозе меланомы без морфологической верификации может быть следующее лечение

- а) **хирургическое**
  - б) химиотерапевтическое
  - в) лучевое
  - г) иммунологическое
59. При локализации рака молочной железы во внутренних квадрантах первым этапом метастазирования будут
- а) подмышечные лимфоузлы
  - б) **парастернальные лимфоузлы**
  - в) паховые лимфоузлы
  - г) подлопаточные лимфоузлы
  - д) все ответы верны
60. К доброкачественным опухолям молочных желез относятся
- а) диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
  - б) узловая фиброзно-кистозная мастопатия
  - в) **фиброаденома**
  - г) правильно а) и б)
  - д) все ответы верны
61. Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта преимущественно обладают
- а) **инфильтративным ростом**
  - б) экзофитным ростом
  - в) смешанным ростом
  - г) ростом опухоли в виде узла
  - д) все перечисленные типы роста встречаются с одинаковой частотой
62. К предраку шейки матки относится
- а) дисплазии
  - б) лейкоплакия с атипией
  - в) интраэпителиальный рак
  - г) **правильно а) и б)**
  - д) все ответы правильны
63. Диагностика опухолевых образований молочных желез возможна
- а) при ультразвуковом исследовании
  - б) при маммографии
  - в) при МРТ
  - г) **при всех перечисленных методах**
  - д) ни при одном из перечисленных методов
64. Внутрипротоковые папилломы могут быть выявлены
- а) при бесконтрастной маммографии
  - б) **при дуктографии**
  - в) при крупнокадровой флюорографии
  - г) рентгенологически выявлены быть не могут
65. Ангиография является наиболее информативным методом в диагностике
- а) **хемодектомы**
  - б) метастазов в лимфоузлы шеи
  - в) рака слюнных желез
  - г) всего перечисленного
  - д) ничего из перечисленного
66. Ретроградная панкреатохолангиография наиболее информативна при локализации опухоли:
- а) **в головке поджелудочной железы**
  - б) в теле железы
  - в) в хвосте железы
  - г) при всех локализациях информативность метода одинакова
  - д) правильного ответа нет
67. Для рака желудка характерна
- а) повышенная кислотность желудочного сока

- б) сниженная кислотность**  
 в) повышение ранее сниженной кислотности желудочного сока.  
 г) правильного ответа нет
68. Рак желудка IV стадии характеризуется:  
 а) распространенностью первичной опухоли – T4  
 б) наличием регионарных метастазов – N2  
**в) наличием отдаленных метастазов – M1**  
 г) правильного ответа нет
69. У больных с множественными метастазами папиллярного и фолликулярного рака щитовидной железы в легкие показаны:  
 а) химиотерапия,  
 б) дистанционная лучевая терапия  
**в) введение радиоактивного йода**  
 г) хирургический метод лечения
70. У больной эпителиальный рак яичников III стадии, состояние после операции и 2 курсов химиотерапии. Показаны методы динамического наблюдения, кроме:  
 а) УЗИ брюшной полости, малого таза  
 б) определения уровня опухолевых маркеров  
 в) рентгенографии легких,  
**г) лапароскопии**
71. Больная по поводу рака молочной железы в течение 2 лет получала тамоксифен. Появились сукровичные выделения из половых путей. Ваша тактика:  
 а) увеличить дозу тамоксифена  
 б) уменьшить дозу тамоксифена  
 в) провести гемостатическую терапию  
**г) провести гистероскопию с прицельной биопсией эндометрия**
72. Диагноз IV стадии рака мочевого пузыря может быть констатирован на основании всего, кроме:  
 а) распространения опухоли на близлежащие органы (T4)  
 б) поражения регионарных лимфоузлов (N1-2)  
 в) наличия отдаленных метастазов (M1)  
**г) тотального поражения слизистой мочевого пузыря**
73. Наиболее частым симптомом злокачественной опухоли кости является:  
 а) патологический перелом  
 б) наличие опухолевидного образования  
**в) болевой синдром**  
 г) ограничение подвижности в суставе
74. Первые клинические проявления забрюшинных неорганных опухолей:  
 а) воспаление  
 б) сдавление окружающих структур  
 в) кровотечение  
**г) пальпируемая опухоль**
75. При раке легкого критерием выбора лечебной тактики являются все, кроме:  
 а) гистологической структуры опухоли  
 б) состояния внутригрудных лимфатических узлов  
**в) показателей уровня онкомаркеров**  
 г) сопутствующей патологии
76. Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы...  
 а) узловую  
 б) диффузные  
 в) экземопоподобные изменения ареолы и соска  
**г) все ответы верные**
77. Заболеваемость раком желудка в России...  
 а) имеет тенденцию к снижению  
 б) имеет тенденцию к повышению  
 в) стабильна

78. Кишечная непроходимость как осложнение рака ободочной кишки чаще наблюдается при локализации опухоли...
- в восходящем отделе
  - в поперечно-ободочной кишке
  - в нисходящем отделе
  - в сигмовидной кишке**
79. Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке...
- восходящего отдела ободочной кишки**
  - поперечно-ободочной кишки
  - сигмовидной кишки
  - зависимости типа роста опухоли от ее локализации нет
80. К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих...
- болезнью Крона
  - полипами кишечника
  - семейным диффузным полипозом
  - всем перечисленным**
81. При операции по поводу кишечной непроходимости, вызванной опухолью толстого кишечника, оптимально...
- ограничиться цекостомией
  - наложить колостому как можно ближе к опухоли
  - выполнить резекцию пораженного участка кишки с наложением колостомы**
  - выполнить резекцию пораженного участка кишки и формирование межкишечного анастомоза
82. В настоящее время заболеваемость раком поджелудочной железы...
- повышается
  - снижается
  - стабильна**
83. Наиболее часто поражается раком...
- головка поджелудочной железы**
  - тело поджелудочной железы
  - хвост поджелудочной железы
  - тотальное поражение
84. Из перечисленных симптомов при первичном раке печени наиболее часто встречается...
- бледность кожных покровов
  - желтушность кожных покровов
  - симптомы портальной гипертензии
  - гепатомегалия**
85. При аденокарциномах поджелудочной железы и холангицеллюлярном раке печени наиболее специфично повышение концентрации:
- альфафетопротеина
  - СА 19-9**
  - СА 15-3
  - SCC
  - всего вышеперечисленного
85. К предракам губы относится все, кроме...
- очаговый гиперкератоз
  - хейлит Манганотти
  - кератоакантома
  - папиллома**
86. Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является...
- язык
  - дно полости рта**
  - слизистая щек

- г) слизистая мягкого неба
87. Наиболее частой локализацией рака языка является:
- а) корень языка
  - б) спинка языка
  - в) боковая поверхность языка**
  - г) кончик языка
88. Типовой операцией при раке боковой поверхности языка стадии T1N0M0 является:
- а) клиновидная резекция
  - б) субтотальная резекция
  - в) гемиекцизия**
  - г) глоссэктомия
89. Составление плана лечения больных раком прямой кишки невозможно без проведения:
- а) МРТ малого таза**
  - б) лапароскопии
  - в) КТ грудной клетки
  - г) эхокардиографии
90. Показанием к резекции почки при раке может служить все перечисленное кроме:
- а) билатерального поражения почек
  - б) фоновых заболеваний почек, сопровождающихся ХПН
  - в) размера опухоли менее 4 см
  - г) локализации опухоли в среднем сегменте почки**
  - д) локализации опухоли в верхнем или нижнем сегменте почки\
91. Характерной для рака предстательной железы является концентрация ПСА:
- а) 1-4 нг/мл
  - б) 4-10 нг/мл
  - в) выше 10 нг/мл**
  - г) уровень ПСА не имеет значения в диагностике рака предстательной железы
92. К малоагрессивным молекулярным подтипам при раке молочной железы относится:
- а) люминальный А**
  - б) люминальный В
  - в) HER2-позитивный
  - г) базальноподобный
93. В лечении десмоидных фибром могут применяться все методы, кроме:
- а) гормонотерапии
  - б) химиотерапии**
  - в) лучевой терапии
  - г) оперативного лечения
94. Для высокодифференцированных липосарком характерно всё перечисленное, кроме:
- а) местного рецидивирования
  - б) частой локализации в забрюшинном пространстве
  - в) радио- и химиорезистентности
  - г) частой локализации в области головы и шеи**
95. Оптимальным объёмом операции при диффузном семейном полипозе толстой кишки является:
- а) сегментарная резекция поражённого отдела ободочной кишки
  - б) субтотальная резекция ободочной кишки
  - в) колпроктэктомия**
  - г) илеостомия
96. Показанием для адъювантной химиотерапии колоректального рака стадии Duke's B является:

- а) молодой возраст
  - б) перфорация опухоли
  - в) кишечная непроходимость
  - г) малое количество исследованных лимфатических узлов
  - д) **всё вышеперечисленное**
96. Максимальным отступом от края опухоли при иссечении меланомы кожи принято считать:
- а) 1 см
  - б) **2 см**
  - в) 3 см
  - г) 0,5см
97. Наиболее частой разновидностью гистологического варианта рака почки является:
- а) **светлоклеточный рак**
  - б) гипернефроидный рак
  - в) папиллярный рак
  - г) ангиомиолиптома
  - д) все варианты встречаются с одинаковой частотой
98. Химиотерапия в лечении больных раком яичников:
- А) не применяется никогда
  - Б) применяется иногда по показаниям
  - В) **применяется всегда**
99. К ингибиторам ароматазы относятся:
- А) тамоксифен
  - Б) флутамид
  - В) анастрозол
100. Симптом «лимонной корки» при раке молочной железы может соответствовать стадии:
- а) T1
  - б) T2
  - в) T3
  - г) T4a
  - д) **T4b**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №30**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Организация онкослужбы РФ
2. Меланома кожи. Заболеваемость, клиника, диагностика.
3. Ситуационная задача №1

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №29**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Теории канцерогенеза
2. Меланома кожи. Лечение. Профилактика.
3. Ситуационная задача №2

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №28**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Свойства злокачественной опухоли. Пути метастазирования
2. Рак кожи. Заболеваемость, клиника, диагностика.
3. Ситуационная задача №3

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №27**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Понятие об «онкологической настороженности»
2. Рак кожи. Лечение.
3. Ситуационная задача №4

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №26**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Факторы риска развития злокачественных новообразований

2. Опухоли нижней губы, языка, дна полости рта. Заболеваемость, клиника, диагностика.
3. Ситуационная задача №5

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №25**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Понятие о первичной профилактике онкозаболеваний
2. Опухоли нижней губы, языка, дна полости рта. Лечение. Профилактика.
3. Ситуационная задача №6

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №24**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Понятие о вторичной профилактике онкозаболеваний
2. Рак гортани. Заболеваемость, клиника, диагностика.
3. Ситуационная задача №7

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №23**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Понятие о третичной профилактике онкозаболеваний
2. Рак гортани. Лечение. Реабилитация.
3. Ситуационная задача №8

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №22**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Статистика в онкологии
2. Опухоли щитовидной железы. Заболеваемость, клиника, классификация, стадирование.
3. Ситуационная задача №9



**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №21**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Понятие о ранней диагностике и скрининге злокачественных новообразований
2. Опухоли щитовидной железы. Диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача №10

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №20**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Принципы классификации злокачественных новообразований по системе TNM
2. Опухоли молочной железы. Заболеваемость, клиника, классификация, скрининг, диагностика, стадирование.
3. Ситуационная задача № 11

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №19**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Современные методы диагностики опухолей
2. Опухоли молочной железы. Лечение, реабилитация.
3. Ситуационная задача №12

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №18**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Место онкомаркеров в диагностике злокачественных опухолей
2. Опухоли легких. Заболеваемость, классификация, клиника, диагностика.
3. Ситуационная задача №13

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №17**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Методы верификации диагноза в онкологии. Виды биопсий
2. Опухоли легких. Лечение. Осложнения.
3. Ситуационная задача №14

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №16**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Понятие о радикальном лечении онкобольных
2. Злокачественные лимфомы. Заболеваемость, классификация, клиника.
3. Ситуационная задача №15

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №15**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Понятие о паллиативном лечении онкобольных
2. Злокачественные лимфомы. Диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача №16

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №14**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Понятие о симптоматическом лечении онкобольных
2. Опухоли пищевода. Заболеваемость, клиника, диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача №17

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №13**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Первая и вторая клинические группы

2. Рак желудка. Заболеваемость, клиника, диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача №18

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №12**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Третья и четвертая клинические группы
2. Осложнения рака желудка. Диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача №19

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №11**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Понятие о комбинированном и комплексном лечении онкобольных
2. Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны. Классификация, диагностика. Синдром механической желтухи.
3. Ситуационная задача №20

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №10**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Место хирургического метода в лечении онкобольных
2. Лечение опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны.
3. Ситуационная задача №21

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №9**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Понятие об органосохранных операциях в онкологии
2. Опухоли ободочной кишки. Заболеваемость, клиника, диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача №22

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №8**  
для итоговой аттестации ординаторов

по специальности «Онкология»

1. Место лучевой терапии в лечении онкобольных
2. Рак прямой кишки. Заболеваемость, клиника, диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача №23

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №7**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Осложнения лучевой терапии
2. Осложнения рака толстой кишки. Диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача №24

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №6**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Виды лекарственной терапии онкобольных
2. Злокачественные опухоли яичников. Заболеваемость, клиника, диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача №25

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №5**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Гормонотерапия злокачественных опухолей
2. Рак шейки матки. Заболеваемость, профилактика, клиника, диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача №26

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №4**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Понятие о таргетной терапии злокачественных опухолей
2. Рак эндометрия. Заболеваемость, клиника, диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача №27

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №3**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Осложнения химиотерапии. Пути профилактики и методы лечения
2. Рак предстательной железы. Заболеваемость, скрининг, клиника, диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача №28

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №2**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Этика и деонтология в онкологии
2. Опухоли почек и мочевого пузыря. Заболеваемость, клиника, диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача № 29

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**  
для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

1. Реабилитация онкобольных
2. Злокачественные опухоли мягких тканей. Заболеваемость, клиника, диагностика, лечение.
3. Ситуационная задача №30

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30**

для итоговой аттестации ординаторов по специальности  
«Онкология»

Больная К, 53 лет, обратилась к терапевту по месту жительства с жалобами на примесь крови и слизи в кале, запоры в течение двух месяцев. Постоянно принимает слабительные средства. Терапевт назначил терапию по поводу СРК – без эффекта. В течение последней недели появились периодические боли вокруг пупка, сопровождающиеся вздутием живота. При повторном обращении направлена к онкологу. При осмотре больной: в

области печеночного угла толстой кишки пальпируется плотное, ограниченно смещаемое образование диаметром около 5 см, безболезненное, живот подвздут. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 – 3 см. Перитонеальных симптомов нет. Per rectum: в прямой кишке дополнительных образований не выявлено, на перчатке кал с примесью крови. При проведении колоноскопии: в области нисходящего отдела толстой кишки определяется бугристая опухоль, суживающая просвет на 2/3, контактно кровоточащая. Взята биопсия. Гистологическое заключение: умереннодифференцированная аденокарцинома толстой кишки. При УЗИ органов брюшной полости: множественные билобарные вторичные изменения в печени.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какую ошибку допустил участковый терапевт при первичном обращении больной?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Показана ли операция при данном процессе? Если показана – каков ее объем и характер?
5. Показано ли в данном случае проведение ПХТ? Если показано, какие схемы можете предложить?
6. Скрининг больных и факторы риска данного заболевания.
7. Диспансерное наблюдение.

### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29

#### для итоговой аттестации ординаторов по специальности «Онкология»

Больная С, 67 лет, впервые обратилась к онкологу с жалобами на наличие опухоли в области правой молочной железы, выраженные боли в области поясницы, кратковременно купирующиеся приемом обезболивающих. Из анамнеза: опухоль в молочной железе больная определяет в течение 1,5 лет. За медицинской помощью не обращалась, пыталась лечить самостоятельно. St.localis: в верхненаружном квадранте правой молочной железы уплотнение около 5 см в диаметре, плохо смещаемое, бугристое, безболезненное. Положительный симптом «площадки». Сосок справа втянут. Левая молочная железа не изменена. В правой аксиллярной области пальпируется конгломерат лимфоузлов диаметром до 4 см. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления не нарушены. Температура тела в норме.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?

2. Предложите план обследования больной.
3. Какое обследование позволяет выявить вторичные изменения в костях? В чем его суть?
4. Показано ли в данном случае оперативное вмешательство?
5. Показана ли ПХТ или лучевая терапия данной больной? Обоснуйте.
6. Какие особенности паллиативной помощи пациентам с вторичными изменениями в костях.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больная М, 55 лет, в течение 3 месяцев получает химиотерапию по поводу распространенного рака толстой кишки. Через неделю после последнего курса ПХТ отметит появление болезненных язвочек в полости рта, появление постоянной сухости во рту. Объективно: состояние больной удовлетворительное. St.localis: На внутренней поверхности нижней губы и на слизистой твердого неба определяются язвочки белесоватого цвета, окруженные венчиком по периферии, 4 и 8 мм соответственно. Язык сухой, обложен белым налетом. По другим органам и системам без особенностей. В лабораторных анализах:  $L = 3,2 \times 10^9/\text{л}$ ,  $ACN = 1,8 \times 10^9/\text{л}$ ,  $\text{Эр} = 3,1 \times 10^{12}/\text{л}$ ,  $\text{Hb} = 98 \text{ г/л}$ .

1. Ваш диагноз.
2. Лечение данного осложнения.
3. Профилактика развития данного осложнения.
4. Особенности проведения следующего курса ПХТ.
5. Оцените показатели общего анализа крови.
6. Какие химиопрепараты могут вызвать данное осложнение?
7. Назовите другие осложнения химиотерапии.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больной Н, 61 года, получает химиотерапию по поводу распространенного рака правого легкого. Через 1 неделю после последнего курса ПХТ отметил внезапное повышение температуры до  $38 - 38,3 \text{ }^{\circ}\text{C}$ ., озноб, резкую слабость, повышенную утомляемость. Гипертермия держится в течение трех дней, самостоятельный прием

жаропонижающих препаратов без эффекта. Обратился в поликлинику к химиотерапевту. Госпитализирован в стационар. При поступлении общее состояние больного средней степени тяжести, кожные покровы влажные, бледные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, тахикардия. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены. В общем анализе крови лейкоциты составляют  $1,8 \times 10^9/\text{л}$ ,  $\text{ACN} = 0,1 \times 10^9/\text{л}$ .

1. Какое осложнение химиотерапии развилось у пациента?
2. Тактика ведения данного больного.
3. Назовите другие гематологические осложнения химиотерапии.
4. Препараты выбора для лечения данного осложнения.
5. Целесообразно ли применение симптоматических средств в данном случае?
6. Какие химиопрепараты в наибольшей степени обладают миелотоксичностью?

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больной К, 59 лет, проходит химиотерапевтическое лечение по поводу распространенного рака толстой кишки. После очередного курса ПХТ на 3 день после выписки у больного появился жидкий стул до 5-6 раз в сутки, сопровождающийся спастическими болями в животе. Обратился в поликлинику к химиотерапевту. При осмотре больного состояние его удовлетворительное. Кожные покровы сухие, обычной окраски. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД = 120/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, перистальтика кишечника активная.

1. Сформулируйте диагноз.
2. С чем необходимо проводить дифференциальную диагностику в данном случае?
3. Коррекция нарушений, возникающих при данном осложнении.
4. Какие рекомендации необходимо дать пациенту при выписке из стационара после проведения химиотерапии при угрозе повторного возникновения данного осложнения?
5. Каковы особенности проведения дальнейших курсов ПХТ у данного пациента?



## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больная И. 76 лет, обратилась к онкологу с жалобами на наличие пигментного образования на коже спины. При опросе выяснено, что образование присутствует в течение более чем 10 лет, однако три месяца назад было травмировано, после чего начало увеличиваться в размере, цвет его не изменился. Образования на момент осмотра округлой формы, размером 16 мм, над поверхностью кожи не возвышается, коричневого цвета, безболезненное. При дообследовании данных за наличие метастатического поражения внутренних органов выявлено не было. Было решено под местной анестезией удалить опухоль кожи спины с отступом 0,5 см, и экстренным гистологическим исследованием, результат которого – пигментная меланома кожи.

1. Какова дальнейшая тактика ведения данного пациента?
2. Назовите факторы риска развития меланомы кожи.
3. Назовите признаки активности невуса.
4. Принципы стадирования меланомы кожи по системе TNM.
5. Принципы хирургического лечения меланомы кожи.
6. Каковы сроки диспансерного наблюдения за данной пациенткой?

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

На учете в онкологическом диспансере состоит пациент Н. 68 лет, с диагнозом: Меланома кожи передней грудной стенки T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>. Состояние после широкого удаления опухоли 1 год назад. При очередном осмотре онколога в поликлинике обнаружено увеличение подмышечных лимфатических узлов слева до 1,5 см. Узлы округлые, смещаемые, безболезненные, плотные на ощупь, с кожей не спаяны.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?

2. Составьте план дообследования пациента.
3. Назовите пути метастазирования меланомы.
4. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?
5. Каковы сроки диспансеризации больных меланомой кожи?
6. Какие современные методы лекарственного лечения меланомы кожи возможно использовать в данном случае в качестве адъювантной терапии.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

За помощью к терапевту по месту жительства обратилась пациентка Л., 71 года, с жалобами на слабость, быструю утомляемость в течение последних 2 – 3 месяцев. При обследовании выявлена анемия. При общем осмотре обращает на себя внимание бледность кожных покровов и видимых слизистых. При пальпации живот мягкий, безболезненный, не вздут, в правой подвздошной области нечетко определяется образование, диаметром около 4 см, плотное смещаемое, безболезненное. Анализ кала на скрытую кровь положительный. В общем анализе крови – Hb – 91 г/л, Эр –  $3,0 \cdot 10^{12}/л$ .

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования пациентки.
3. Какая форма клиническая заболевания имеет место у пациентки?
4. Какие другие локализации злокачественных новообразований могут проявляться анемией?
5. Существует ли скрининг колоректального рака?

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

За медицинской помощью обратился пациент М., 67 лет, с жалобами на схваткообразные боли в животе, отсутствие стула и задержку газов в течение 3 суток, слабость, потерю веса приблизительно на 12 кг за последние 10 – 12 месяцев. При опросе выяснено, что подобные эпизоды случались ранее, однако разрешались самостоятельно

после приема слабительных. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Кожные покровы и видимые слизистые бледноваты, тургор кожи снижен. Живот вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный по всем отделам. Перистальтика усилена. Перитонеальных симптомов нет. При пальцевом исследовании прямой кишки на расстоянии около 5 см от ануса пальпируется плотное, бугристое, безболезненное образование, циркулярно суживающее просвет кишки. При рентгеноскопии органов брюшной полости множественные тонко- и толстокишечные уровни.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Какова тактика ведения данного пациента?
3. Составьте план обследования больного после разрешения непроходимости.
4. Какие радикальные операции применяются при раке прямой кишки?
5. Назовите противопоказания к наложению толстотолстокишечного анастомоза.
6. Реабилитация стомированных пациентов.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

За медицинской помощью обратился пациент Ж., 52 лет, с жалобами на периодические боли в эпигастрии, похудание. При осмотре кожа и видимые слизистые обычной окраски. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Было выполнено УЗИ органов брюшной полости, на котором обнаружено объемное образование в области головки поджелудочной железы, размерами 43\*33\*24 мм, солидное, без жидкостного компонента.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования больного.
3. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальный диагноз в данном случае?
4. Как верифицировать диагноз?
5. Каковы методы лечения рака поджелудочной железы?
6. Какие паллиативные и радикальные операции применяются при раке головки поджелудочной железы?

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

У пациентки В. 22 лет, при плановом осмотре гинекологом выявлено уплотнение в правой молочной железе. При осмотре в правой молочной железе в верхненаружном квадранте определяется плотное образование с четкими ровными контурами, диаметром 1,5 см, смещаемое, безболезненное. Выделений из сосков нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Из особенностей аллергическая реакция по типу бронхоспазма на новокаин.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больной.
3. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
4. Какой метод обезболивания предпочтителен у данной пациентки в случае оперативного лечения?

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больная А. 48 лет, поступила в хирургическое отделение ОД по поводу образования левой молочной железы. Образование выявлено при плановой маммографии (в верхненаружном квадранте левой молочной железы образование с нечеткими лучистыми контурами, диаметром 1,8 см). Объективно: в верхненаружном квадранте левой молочной железы плотное образование с нечеткими неровными контурами, диаметром 1,5 см, смещаемое, безболезненное. Симптом площадки отрицательный. Соски не изменены, выделений из них нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. Соматически сохранна. Менструации регулярные, в срок. Гинекологический анамнез не отягощен. Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия образования - получены клетки эпителиальной злокачественной опухоли. При дообследовании данных за отдаленные метастазы не получено.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план лечения больной.
3. Возможно ли проведение органосохранного лечения в данном случае?
4. От каких факторов зависит назначение адъювантного лекарственного лечения при раке молочной железы?
5. Сроки диспансерного наблюдения.
6. Методы реабилитации больной.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18**

#### **для итоговой аттестации ординаторов по специальности «Онкология»**

Больная Л. 45 лет, обратилась к онкологу с жалобами на опухоль в правой молочной железе. Образование обнаружила самостоятельно около 2-х месяцев назад, отмечает увеличение его в размерах. Объективно: в правой молочной железе в верхневнутреннем квадранте плотное образование с нечеткими, неровными контурами, безболезненное, диаметром 2,5 см, ограниченно смещаемое. Положительный симптом площадки. Соски не изменены, выделений из них нет. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Выполнена ММГ – заключение: признаки фиброзно-кистозной мастопатии, больше выраженной справа. Дважды выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия: получены элементы протокового эпителия. Соматический статус не отягощен.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дообследования больной.
3. Какие варианты начала радикального лечения возможны при подтверждении диагноза «рак»?
4. Необходимо ли проведение лучевой терапии у данной пациентки в случае подтверждения диагноза «рак молочной железы»?
5. Каковы наиболее частые локализации отдаленных метастазов при раке молочной железы?
6. Какое место занимает гистологическое и иммуногистохимическое исследование при планировании лечения больных раком молочной железы?

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17

### для итоговой аттестации ординаторов по специальности «Онкология»

Больной М., 65 лет. Больным себя считает на протяжении 3-х месяцев, когда стал отмечать периодически возникающие запоры, нарастающую слабость, похудание на 6 кг. Обследован в поликлинике: при колоноскопии и ирригоскопии на 25 см от ануса экзофитная опухоль протяженностью 5 см, перекрывающая просвет кишки на 2/3. Гистологически – картина умереннодифференцированной аденокарциномы. При рентгенографии грудной клетки и УЗИ брюшной полости данных за вторичные изменения не получено. Пациенту в плановом порядке выполнена операция – обструктивная резекция сигмовидной кишки. Гистологически: картина умереннодифференцированной аденокарциномы с прорастанием до мышечного слоя, метастазы в 2 лимфоузла, края резекции без опухолевого роста. Направлен на ЛКК для определения дальнейшей тактики ведения пациента. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, влажные. В легких без особенностей ЧДД 18 в 1 минуту. Сердечные тона приглушены, ритм правильный, ЧСС 78 уд в 1 минуту, АД 140/90 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный, печень по краю реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. Объективно: п\о рубец без признаков воспаления. ОАК: эр  $3,7 \times 10^{12}$ /л, НВ 120 г/л, L  $5,2 \times 10^9$  /л, эозинофилы 3%, палочкоядерные 4%, сегменты 58%, лимфоциты 30%, моноциты 10%, тромбоциты  $220 \times 10^9$ /л. ОАМ, Б\х анализ крови без особенностей.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Оцените показатели ОАК.
3. Составьте план дальнейшего лечения пациента.
4. Опишите возможные причины обструктивного характера выполненной операции.
5. Методы реабилитации пациента.
6. Существуют ли методики скрининга рака толстой кишки?

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16

### для итоговой аттестации ординаторов по специальности «Онкология»

Больной В. 62 лет, поступил в онкологическое отделение. Отмечает появление дискомфорта в эпигастрии около 5 месяцев, также отмечает появление нарастающей

слабости, похудание на 7 кг. При ФГС: в верхней трети желудка по малой кривизне с переходом на заднюю стенку чашеобразная опухоль диаметром 5 см. Гистологическое заключение – умереннодифференцированная аденокарцинома. Рентгеноскопия желудка: в верхней трети желудка по задней стенке дефект наполнения около 5 см в диаметре с депо бария в центре, подвижность желудка сохранена, эвакуация не нарушена. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. Пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧСС - 72 ударов в минуту, АД - 140/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастральной области дополнительных образований не пальпируется. Соматически: ИБС: стенокардия напряжения ФК 2, ПИКС (3 года назад), ГБ II ст, 2 ст, риск 3, СД 2 типа, в фазе компенсации.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дообследования больного.
3. Назовите наиболее частые локализации отдаленных метастазов при раке желудка.
4. Каков объем радикального оперативного вмешательства в данном случае?
5. Существуют ли методы скрининга рака желудка?
6. Осложнения рака желудка.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

На прием к гинекологу обратилась женщина 48 лет с жалобами на выделения из соска правой молочной железы бурого цвета, появляющиеся спонтанно или при надавливании. При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 120/80 мм.рт.ст., ЧСС 72/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Объективно: в правой молочной железе в области ареолы на 11 часах пальпируется округлое эластическое образование диаметром около 0,5 см при надавливании на которое из соска выделяется бурое отделяемое. Периферические лимфоузлы не увеличены.

1. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в данной ситуации?
2. Составьте план обследования пациентки.
3. Какие предопухолевые заболевания <sup>47</sup>молочной железы существуют?

4. Тактика лечения больных с внутрипротоковой папилломой молочной железы.
5. Факторы риска развития рака молочной железы.
6. Скрининг рака молочной железы.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

На прием к онкологу обратился мужчина 27 лет с жалобами на стойкое повышение температуры тела до 37,3 – 37,8<sup>0</sup>С в течении 1 месяца, потливость, быструю утомляемость, увеличение лимфоузла на шее слева. Первоначально, при повышении температуры и увеличении лимфоузла, обратился к участковому терапевту, которым был назначен курс антибиотиков – без эффекта. При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 120/80 мм.рт.ст., ЧСС 72/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. St.loc.: На шее слева на уровне средней трети кивательной мышцы пальпируется увеличенный лимфоузел плотноэластической консистенции, не спаянный с кожей, безболезненный, диаметром около 3 см. Другие периферические лимфоузлы не увеличены.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования пациента
3. Как определить тип лимфомы?
4. Принципы стадирования злокачественных лимфом.
5. Методы лечения злокачественных лимфом.

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

На прием обратился мужчина 60 лет с жалобами на примесь крови в кале, частые позывы на дефекацию до 10 раз в сутки при которых выделяется небольшое количество крови и слизи, после дефекации остается чувство неполного опорожнения прямой кишки. При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД 130/80 мм.рт.ст., ЧСС 72/мин.



Живот мягкий, умеренно болезненный в левой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании прямой кишки – на расстоянии около 7 см по задней стенке определяется нижний полюс плотного, смещаемого образования, верхний полюс которого не достигается. На перчатке кал и следы крови. Периферические лимфоузлы не увеличены.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие методы диагностики рака прямой кишки являются наиболее информативными?
3. Составьте план обследования пациента.
4. Перечислите осложнения рака прямой кишки.
5. Методы лечения рака прямой кишки.
6. В чем особенность оперативного лечения рака прямой кишки?

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Мужчина 21 года обратился с жалобами на частый жидкий стул до 5-6 раз в сутки, прожилки крови в кале, утомляемость. Из анамнеза: нарушение дефекации со склонностью к поносам отмечает около 5 лет, примесь крови в кале появилась 3 недели назад. Дед и отец были прооперированы по поводу полипов прямой кишки. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 110/70 мм.рт.ст., ЧСС 72/мин. Живот мягкий, незначительно болезненный в левой половине. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании прямой кишки – на 5 см от ануса определяется округлое гладкое смещаемое образование на ножке подвижное, эластической консистенции, на перчатке кал. Физиологические отправления: диурез адекватный, стул 5 раз в сутки кашицеобразный с примесью крови.

6. Сформулируйте предварительный диагноз.
7. Составьте план обследования пациента
8. Виды полипов толстой кишки.
9. Тактика ведения пациента с множественными полипами толстой кишки.
10. Факторы риска рака толстой кишки.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Мужчина 70 лет сельский житель, курильщик со стажем более 50 лет, обратился с жалобами на незаживающую язву на нижней губе в течение 3 месяцев. При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 140/90 мм.рт.ст., ЧСС 72/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Физиологические отправления не нарушены. St.loc.: на красной кайме нижней губы слева язва под струпом, диаметром около 1.7 см, с плотными, подрытыми краями и умеренной гиперемией кожи. Подбородочный лимфоузел слева увеличен до 1,5 см плотный, смещаемый, круглый, безболезненный, не спаянный с кожей. Другие лимфоузлы не увеличены.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Факторы риска развития рака нижней губы
3. Составьте план обследования больного
4. Методы лечения рака нижней губы.
5. Какие операции на лимфопутях шеи Вы знаете?

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больной Н., 53 лет. Курильщик со стажем 30 лет. Предъявляет жалобы на поперхивание, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле, охриплость голоса. При осмотре шейные лимфоузлы увеличены справа до 1-1,5 см в диаметре. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки гортани инфильтрирована опухолью, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит, голосовые складки фиксированы. Выполнена биопсия. Гистологическое заключение: аденокарцинома.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Составьте план лечения пациента?
4. Опишите меры профилактики рака гортани.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение в горле, боли при глотании, одышку, осиплость голоса. Симптомы появились около 3 – 4 месяцев назад, за мед помощью не обращался. При осмотре: общее состояние больного средней тяжести, выражены явления дыхательной недостаточности. Шейные лимфоузлы не увеличены. По данным недавно проведённого ФЛГ в лёгких патологических теней не выявлено. Произведена фиброларингоскопия: просвет гортани резко сужен более чем на 50% за счёт объёмного экзофитного образования, исходящего из левого грушевидного синуса.

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Назовите осложнения рака гортани.
3. Тактика ведения данного пациента.
4. Методы лечения рака гортани.

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больная З., 75 лет обратилась с жалобами на появление и рост опухоли на коже в области лба. Со слов больной образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования, периодическое отшелушивание верхних слоев. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в центре, которая постепенно увеличивается, мокнет. При осмотре: В области лба поверхностное образование розового цвета 1,5 мм в диаметре, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Произведена инцизионная биопсия образования. Гистологическое заключение: фибротизирующая базалиома кожи.

1. Сформулируйте диагноз
2. Правила стадирования опухолей кожи по системе TNM
3. Факторы риска развития базальноклеточного рака кожи
4. Методы лечения базалиомы кожи

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больной А. 59 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупления перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3-х см в диаметре. Имеется увеличение лимфоузлов средостения до 2 см в диаметре. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Выполнена бронхоскопия: в области деления субсегментарных нижнедолевых бронхов справа определяется опухолевые разрастания. Гистологическое заключение: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. РКТ головного мозга - без патологии.

1. Сформулируйте диагноз
2. Опишите основные отличия клинической картины центрального и периферического рака легких
3. Составьте план лечения больного
4. Осложнения рака легкого

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

В больницу скорой медицинской помощи по экстренным показаниям доставлен больной И. 56 лет, с клиникой желудочно-кишечного кровотечения. В анамнезе язвенная болезнь желудка в течении 15 лет. В течение последнего месяца отмечал слабость, периодическое головокружение, тошноту, кал черного цвета, оформленный. В течение последних трех часов – ухудшение состояния, однократный черный жидкий стул, выраженная слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания. Объективно: больной бледен, тахикардия до 100-110 уд./мин. Периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается незначительная

болезненность в эпигастральной области. Per rectum: на перчатке — мелена. При ФГДС: в желудке много крови со сгустками, по большой кривизне в средней трети определяется экзофитная опухоль около 2,5 см в диаметре, контактно и спонтанно кровоточащая. Вокруг умеренная инфильтрация слизистой.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Осложнения рака желудка
3. Тактика ведения пациента
4. Возможный объем оперативного вмешательства

### **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больная С. 56 лет обратилась с жалобами на кровянистые выделения из влагалища в течение недели, незначительную болезненность внизу живота. Объективно: кожные покровы бледноваты, периферические л/у не пальпируются, дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 105/75 мм рт ст, Пульс 70 ударов в мин., живот мягкий, умеренно болезненный в нижних отделах, стул и диурез в норме. Из сопутствующих заболеваний: ожирение 2 ст., сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, компенсация. Гинекологический статус: менопауза около 6 лет, Б-3 Р-2 А-1, гинекологический анамнез отягощён: вторые роды были осложнены послеродовым эндометритом, наблюдается у гинеколога по м/ж по поводу миомы матки. РV: наружные половые органы без особенностей, шейка матки мягкая, чистая, матка плотная, увеличена в размерах до 6 недель беременности, умеренно болезненная при пальпации, область придатков не изменена, дополнительных образований не выявлено.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования больной
3. Методы лечения данной патологии
4. Осложнения данной патологии и пути борьбы с ними

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больная К. 42 лет поступила в отделение по направлению из женской консультации. В течении года отмечает неоднократную задержку менструации до 2,5-3 месяцев, по поводу чего и обратилась в женскую консультацию по м/ж, где при осмотре: матка не изменена, в области придатков дополнительные образования не пальпируются, шейка матки уплотнена, в области цервикального канала на 3-х и 9-ти часах очаги красновато-багрового цвета. Проведена проба Шиллера - эпителий йоднегативный. Объективно - состояние органов и систем без особенностей. Гинекологический статус: менструации с 12 лет, последняя менструация около 1,5 месяцев назад. Б-5 Р-3 А-2, дважды проходила лечение по поводу истинных эрозий шейки матки. При УЗИ органов малого таза и брюшной полости патологии не выявлено.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования больной
3. Стадии рака шейки матки
4. Лечение рака шейки матки
5. Скрининг рака шейки матки

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больная Т. 35 лет обратилась с жалобами на незначительное увеличение живота за последние 2 месяца, боли ноющего характера в нижних отделах живота при менструации. Объективно - кожные покровы бледно-розовой окраски, периферические л/у не пальпируются, дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 120/80 мм рт ст, Пульс – 75 в мин., живот мягкий, незначительно увеличен в объёме, умеренно болезненный в нижних отделах при пальпации, стул и диурез в норме. PV: наружные половые органы без особенностей, шейка матки чистая, мягкая, матка мягкая, безболезненная, не увеличена, справа придатки не пальпируются,

слева в области придатков пальпируется плотное округлое образование размером 8 x 5 см. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, регулярные, последняя менструация 2 недели назад. Б-2 Р-2 В-0. УЗИ малого таза: матка anteflexio, плотная, размеры- 48x42x40 мм., М-эхо 3мм, шейка матки 23 мм, без особенностей. Правый яичник - 20x40x12 мм, содержит умеренное количество созревающих фолликулов. Левый яичник- визуализируется плохо, в его проекции гиперэхогенное образование размерами 87 x 50 мм. с ровными, чёткими контурами. Маточные трубы без особенностей. В брюшной полости содержится умеренное количество жидкости.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план дообследования больной
3. Стадирование рака яичников
4. Лечение рака яичников

## **СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2**

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больная Н. 26 лет обратилась с жалобами на образование в левой молочной железе. Образование обнаружила самостоятельно около месяца назад. Объективно: кожные покровы обычной окраски, периферические л/у не пальпируются, дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД 120/80 мм.рт.ст., ps-62 в мин., живот мягкий, безболезненный, стул и диурез в норме. Местный статус - правая молочная железа без узловых образований, в левой молочной железе в верхнем наружном квадранте пальпируется образование округлой формы размером 2 x 2 см, гладкое, хорошо смещаемое, безболезненное, не спаянное с окружающими тканями, кожные симптомы отрицательны, аксиллярные л/у не увеличены.

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования больной
3. Дифференциальная диагностика узловых образований молочной железы
4. Тактика ведения пациентки

## СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

для итоговой аттестации ординаторов  
по специальности «Онкология»

Больная К. 50 лет поступила в отделение с жалобами на образование в левой молочной железе. Образование было обнаружено при профилактической маммографии. На Rg-граммах: правая молочная железа без особенностей, левая- на границе верхнего и нижнего наружных квадрантов визуализируется образование неправильной формы размером 2,5 см, с тяжистостью по периферии, с единичными микрокальцинатами. Объективно: состояние органов и систем без особенностей. В левой молочной железе на границе наружных квадрантов пальпируется плотное образование размером около 4,5 см, малоподвижный, безболезненный, положительный симптом «площадки», сосок не изменён, выделений нет.

5. Сформулируйте предварительный диагноз
6. Составьте план обследования больной
7. Методы лечения рака молочной железы
8. Реабилитация больных раком молочной железы