**Оценочные средства для проведения аттестации**

**по дисциплине «Онкостоматология, лучевая терапия»**

**для обучающихся 2020 года поступления**

**по образовательной программе**

**31.05.03. Стоматология,**

**(специалитет),**

**форма обучения очная**

**2024- 2025 учебный год.**

**Контрольные вопросы:**

1.Структура онкологической службы.

2.Роль научно-исследовательских институтов и международных институтов организаций в борьбе против рака.

3.Понятие о клинических группах и стадиях поражения.

4.Вопросы онкологической деонтологии.

5.Роль работ русских ученых в развитии онкологии.

6.Принципы онкологической настороженности.

7.Определение понятия опухоль.

8.Клинические формы роста опухолей.

9.Современные представления об этиологии и патогенезе.

10.Общие принципы диагностики злокачественных опухолей.

11.Ранняя и своевременная диагностика злокачественных опухолей.

12.Эндоскопические методы исследования в диагностике злокачественных опухолей.

13.Основные принципы радиоизотопной диагностики, ультразвуковой и компьютерной томографии.

14.Морфологические методы диагностики (цитологический, гистологический).

15.Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей.

16.Принципы лучевого лечения злокачественных опухолей.

17.Классификация методов лучевой терапии.

18.Физические и биологические свойства рентгеновского излучения.

19.Условия генерирования близкофокусной и глубокой рентгенотерапии.

20.Свойства гамма-квантов, использование их в аппаратах.

21.Величина разовой и суммарной дозы ионизирующего излучения при обычных фракционировании доз.

22.Единицы измерения рентгеновского и гамма-излучения.

23.Подвижные методы дистанционной гамма-терапии.

24.Использование энергии элементарных частиц (корпускулярное излучение в лучевой терапии).

25.Применение крупного фракционирования при дистанционном облучении онкологического больного.

26.Дифференциальная радиочуствительность опухолей к ионизирующему излучению.

27.Внутриполостные методы излучения.

28.Лучевые реакции и осложнения, их профилактика и лечение.

29.Лекарственное лечение опухолей. Эндолимфатическая химиотерапия.

30.Классификация химиопрепаратов.

31.Показания и противопоказания к лекарственной терапии.

32.Осложнения лекарственной терапии.

33.Рак легкого. Стадии. Диагностика и дифференциальная диагностика.

34.Сегментарное строение легких.

35.Клиника рака легкого. Клинические варианты течения рака легкого.

36.Лекарственное лечение рака легкого.

37.Показания и противопоказания к лучевой терапии рака легкого.

38.Хирургическое лечение рака легкого. Показания и противопоказания. Виды операций.

39.Пути метастазирования рака легкого.

40.Результаты различных видов лечения рака легкого.

41.Профилактика рака легкого.

42.Вопросы диагностики,тактики и лечения метастатического рака легкого.

43.Доброкачественные и злокачественные опухоли средостения.

44.Предопухолевые заболевания молочной железы.

45.Лечение предопухолевых заболеваний молочной железы.

46.Рак молочной железы,эпидемиология ,клинико-анатомические формы.

47.Международная и отечественная классификация рака молочной железы.

48.Клиника и диагностика рака молочной железы.

49.Дифференциальная диагностика рака молочной железы.

50.Хирургическое лечение рака молочной железы.

51.Комбинированное лечение рака молочной железы.

52.Комплексное лечение рака молочной железы.

53.Предраковые заболевания желудка.

54.Пути метастазирования при раке желудка.

55.Клиника и диагностика рака желудка.

56.Методы лечения рака желудка.

57.Хирургическое лечение рака желудка.

58.Осложнения после оперативного лечения, отдаленные результаты хирургического лечения.

59.Показания к лекарственной терапии.

60.Рак проксимального отдела желудка.

61.Рак оперированного желудка.

62.Профилактика рака желудка.

63.Предопухолевые заболевания толстой кишки.

64.Рак ободочной кишки, частота, эпидемиология, клинико-анатомические и гистологические формы.

65.Клинические формы рака ободочной кишки. Осложненный рак ободочной кишки. Классификация. Метастазирование.

66.Диагностика и дифференциальная диагностика рака ободочной кишки.

67.Виды хирургических вмешательств. Показания и противопоказания.

68.Осложнения после оперативных вмешательств и отдаленные результаты лечения.

69.Лекарственная терапия рака ободочной кишки. Эндолимфатическая химиотерапия.

70.Профилактика рака ободочной кишки.

71.Рак прямой кишки, частота, эпидемиология, клинические и гистологические формы.

72.Рак прямой кишки. Классификация. Метастазирование.

73.Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика рака прямой кишки.

74.Хирургическое лечение рака прямой кишки и его результаты.

75.Лекарственное и лучевое лечение рака прямой кишки.

76.Профилактика рака прямой кишки.

77.Рак нижней губы, клиника диагностика и методы лечения.

78.Рак пищевода. Клиника, диагоностика, и дифференциальная диагностика.

79.Методы лечения рака пищевода.

80.Рак кожи. Клиника, диагностика и лечение.

81.Пигментные невусы и злокачественная меланома. Клиника и диагностика.

82.Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей. Клиника, лечение.

83.Саркома Юинга. Клиника, диагностика и лечение.

84.Хондросаркома. Клиника, диагностика и лечение.

85.Клиническая и гистологическая классификация лимфогрануломатоза.

86.Диагностика лимфогрануломатоза.

87.Значение стадии заболевания, локализации и других факторов на лечебную тактику при лимфогрануломатозе.

88.Реакции и осложнения при лучевой терапии лимфогрануломатоза. Их профилактика и лечение.

89.Ретикулосаркома. Клиника, диагностика и лечение.

90.Предопухолевые заболевания щитовидной железы.

91.Рак щитовидной железы. Клиническая и морфологическая классификация.

92. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика рака щитовидной железы.

93.Лечение рака щитовидной железы. Лучевое лечение. Лечение метастазов рака щитовидной железы.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

ТЕРМИН «ПРЕДРАК» ВВЁЛ:

А) Н.И. Пирогов в 1862 г.; Б) Лисфранк в 1866 г.;

В) Оппель в 1870 г.; Г) Дюбрей в 1892 г.;

Д) Склифосовский в 1901 г.

ТЕРМИН «ПРЕДРАК» ВПЕРВЫЕ ПРОЗВУЧАЛ НА:

А) съезде челюстно-лицевых хирургов в Нью-Йорке; Б) конференции ЛОР врачей в Париже;

В) совещании онкологов в Дрездене;

Г) республиканском слёте хирургов в Москве;

Д) международной конференции дерматологов в Лондоне.

ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРЕДРАКОВ ПОКРОВНОГО ЭПИТЕЛИЯ ЯВЛЯЮТСЯ:

А) острый пульпит;

Б) хронический остеомиелит; В) нагноение атеромы;

Г) неблагоприятные метеофакторы;

Д) наличие воспалившихся розовых угрей.

ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ ВОЗНИКНОВЕНИЕ ПРЕДРАКОВ СЛИЗИСТОЙ

ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ЯВЛЯЮТСЯ:

А) вредные привычки; Б) острые гингивиты;

В) хронические периодонтиты; Г) острая травма дёсен;

Д) частичная вторичная адентия.

ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ, ВЫЗЫВАЮЩИМИ ПРЕДРАКИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА, ЯВЛЯЮТСЯ:

А) полная вторичная адентия;

Б) профессиональные вредности;

В) переломы корней зубов в пришеечной области; Г) пемфигус;

Д) атероматоз в области носогубного треугольника.

ПРЕДРАК ПОКРОВНОГО ЭПИТЕЛИЯ, ПО СВОЕЙ СУТИ, ЭТО:

А) воспалительный инфильтрат с эрозией;

Б) нестойкий пролиферат с явлениями гипер-, пара- или дискератоза; В) гуммозной формы элемент;

Г) язва на фоне вялотекущего туберкулёза лёгких; Д) осложнение афтозного стоматита.

ЙОДНАЯ ПРОБА ПРОВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ:

А) 5% химически чистого йода;

Б) 3% гидротартрата йода; В) 0,5% калия йодида;

Г) 2% водного раствора Люголя;

Д) 30% масляного раствора йодолипола.

ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ЙОДНОЙ ПРОБЕ ПРЕДРАКОВЫЕ ОЧАГИ ОКРАШИВАЮТСЯ В:

А) жёлтый цвет;

Б) коричневый цвет;

В) тёмно-вишнёвый цвет;

Г) не окрашиваются (йоднегативность); Д) цвет киновари.

ПРОБА ДЕРАНЖЕ ПРОВОДИТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ:

А) кармина красного;

Б) индигокармина;

В) гематоксилина с квасцами меди; Г) гематоксилин-эозина;

Д) хромкобальта.

ПРИ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРОБЕ ПО ДЕРАНЖЕ ПРЕДРАКОВЫЕ ОЧАГИ ОКРАШИВАЮТСЯ:

А) в бледно-зелёный цвет;

Б) в серо-зелёный цвет; В) в фиолетовый цвет;

Г) в красно-розовый цвет; Д) в чёрный цвет.

ПРИМЕНЕНИЕ ТОЛУИДИНА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРЕДРАКОВ ДАЁТ ОКРАШИВАНИЕ ОЧАГОВ ПРЕДРАКА:

А) в зелёный цвет; Б) в синий цвет;

В) в цвет киновари; Г) в цвет индиго;

Д) в чёрно-зелёный цвет.

ПОДГОТОВКА ИССЛЕДУЕМОГО УЧАСТКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА К СТОМАТОСКОПИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:

А) в обработке её 5% борной кислотой;

Б) в обработке её 0,06% раствором хлоргексидина; В) в обработке её 2-4% раствором уксусной кислоты; Г) в обработке её раствором фурацилина 1 : 5000;

Д) в обработке её 1% раствором перекиси водорода.

НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПРЕДРАКОВ ПОКРОВНОГО ЭПИТЕЛИЯ ДАЁТ МЕТОД:

А) УЗИ;

Б) фотостоматоскопии; В) ЭОД;

Г) цито- и гистоисследования;

Д) осмотр с помощью двукратной лупы.

РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОБЛИГАТНЫХ ПРЕКАНЦЕРОЗОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:

А) в аппликациях спиртового раствора прополиса;

Б) в иссечении очага в пределах здоровых тканей; В) в УВЧ- терапии очага;

Г) в УЗТ очага;

Д) в применении электроакупунктуры.

РАК КОЖИ ЛИЦА ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

А) в области спинки носа; Б) в области корня носа;

В) в области щеки;

Г) в области подбородка;

Д) в области крыла носа, ушной раковины, медиального угла глаза.

РАКИ КОЖИ ЛИЦА РАСТУТ ИЗ:

А) соединительной ткани;

Б) сосудистой ткани; В) нервной ткани;

Г) гистиоцитарных элементов;

Д) эпителиально-железистых элементов.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ У:

А) военных лётчиков дальней авиации;

Б) полярников, горцев, работников сельского хозяйства, трубочистов; В) моряков-подводников атомных ракетоносцев;

Г) работников ИТР, врачей, педагогов; Д) офисных работников.

НАИБОЛЕЕ ПОРАЖАЕМЫМ РАКАМИ КОЖИ ВОЗРАСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) 60-70 лет;

Б) 50-59 лет;

В) 40-49 лет;

Г) 30-39 лет;

Д) 20-29 лет.

КАКОЙ ИЗ ВСЕХ РАКОВ КОЖИ ПРАКТИЧЕСКИ НЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ: А) ОРОГОВЕВАЮЩИЙ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ;

Б) неороговевающий плоскоклеточный; В) базальноклеточный;

Г) спиноцеллюлярный; Д) рак Борна-Ядассона.

ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКОВ КОЖИ ЛИЦА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ,- ЭТО:

А) вегетарианство;

Б) вредные привычки (курение, прикусывание губ, очень горячая пища); В) периодическое использование скраба;

Г) использование фотозащитных кремов;

Д) неблагоприятные метеофакторы (ветер, пыль, солнечные лучи, мороз);

РАКИ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ:

А) на левой половине верхней губы;

Б) на правой половине верхней губы; В) по центру нижней губы;

Г) на правой половине нижней губы; Д) на левой половине нижней губы.

СПИНОЦЕЛЛЮЛЯРНЫЙ РАК ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ:

А) более выраженным ороговением в паренхиме;

Б) ничем не отличается;

В) более агрессивным ростом;

Г) большой скоростью распространения;

Д) ранним регионарным метастазированием.

ТРЕТЬЯ СТАДИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ОБОЗНАЧАЕТСЯ ФОРМУЛОЙ:

А) Т1N2M0;

Б) Т2N3М0;

В) Т2N0М0;

Г) Т4N2М1;

Д) Т4N4М1.

ВТОРАЯ «А» СТАДИЯ РАКА КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ОБОЗНАЧАЕТСЯ ФОРМУЛОЙ:

А) Т1N0М0;

Б) Т2N1М0;

В) Т3N0М0;

Г) Т2N2М0;

Д) Т2N4М0.

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКОВ КОЖИ ЛИЦА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) осмотр очага поражения через стоматоскоп; Б) пальпация очага поражения;

В) проведение пробы по Деранже;

Г) мазок-отпечаток, соскоб из язвы с цитологическим исследованием; Д) нанесение на очаг люминофоров.

НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКОВ КОЖИ ЛИЦА И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) осмотр очага поражения в поляризованном свете; Б) применение жидких кристаллов;

В) хроматография;

Г) проба с толуидиновым синим;

Д) биопсия с последующим гистоисследованием.

ЭКСЦИЗИОННАЯ БИОПСИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ:

А) пинцета анатомического;

Б) пинцета хирургического;

В) любого режущего инструмента; Г) конхотома;

Д) шпателя.

ЭКСЦИЗИОННУЮ БИОПСИЮ МОЖНО ВЫПОЛНИТЬ С ПОМОЩЬЮ: А) углекислотного лазера;

Б) прибора «Суржитрон»; В) зажима Микулича;

Г) лопаточки Буяльского; Д) крючка Лимберга.

В КАКОЙ СТАДИИ РАКИ КОЖИ И КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ МОЖНО ЛЕЧИТЬ ТОЛЬКО ЛУЧЕВЫМИ ИЛИ МЕСТНЫМИ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ?

А) в первой «А» стадии; Б) в первой «Б» стадии;

В) во второй «Б» стадии; Г) в третьей «А» стадии; Д) в любой стадии.

МЕСТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ РАКАХ КОЖИ ПРОВОДИТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ:

А) 3% преднизолоновой мази;

Б) 10% метилурациловой мази;

В) 0,5% омаиновой мази с преднизолоном; Г) солкосерила;

Д) 1% тетрациклиновой мази.

РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛИОМ В РАЗВИТЫХ СТАДИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ: А) ЛУЧЕВАЯ ДИСТАНЦИОННАЯ ТЕЛЕГАММАТЕРАПИЯ;

Б) общая химиотерапия;

В) внутриартериальная регионарная химиотерапия;

Г) иссечение очага в пределах здоровых тканей с замещением дефекта; Д) лазерная физиотерапия.

Наиболее распространённым хирургическим лечением рака красной каймы губ является методика:

А) по Безредко; Б) по Безрукову;

В) по Боровскому;

Г) по Паникаровскому; Д) по Блохину.

Слизистую оболочку полости рта (СОПР) чаще всего поражает: А) базальноклеточный рак;

Б) светлоклеточная меланома; В) аденокарцинома;

Г) плоскоклеточный ороговевающий рак; Д) цилиндрома.

Чаще злокачественные опухоли СОПР встречаются у: А) дошкольников;

Б) мужчин зрелого возраста; В) призывников;

Г) женщин молодого возраста; Д) лиц пенсионного возраста.

Раками СОПР чаще страдают: А) мужчины;

Б) дети;

В) женщины;

Г) трансвеститы;

Д) ВИЧ-инфицированные.

Наиболее часто раковым процессом поражается:

А) твёрдое нёбо;

Б) язык; В) щека;

Г) дно полости рта;

Д) слизистая оболочка дёсен.

Самым достоверным методом диагностики рака СОПР является: А) пробы с красителями;

Б) цитологическое исследование; В) гистологическое исследование; Г) фотостоматоскопия;

Д) термовизиография.

Больные с предраками СОПР и начальными стадиями рака относятся: А) к первой диспансерной группе онкобольных;

Б) ко второй «А» группе; В) ко второй «Б» группе; Г) к третьей «А» группе; Д) к третьей «Б» группе.

Больные с запущенными формами рака СОПР относятся: А) к первой диспансерной группе онкобольных;

Б) ко второй группе;

В) к третьей «А» группе; Г) к третьей «Б» группе; Д) к четвёртой группе.

Начальная стадия рака СОПР обозначается формулой:

А) Т2N1М0; Б) Т4N1М0; В) Т1N0М0; Г) Т1N3М0; Д) Т3N3М1.

Запущенная стадия рака СОПР обозначается формулой:

А) Т2N2М0; Б) Т2N3М0; В) Т3N3М0; Г) Т3N4М1; Д) Т4N1М0.

Для санации поражённого раковыми клетками лимфоаппарата всей шеи используют хирургическое вмешательство:

А) по Ванаху; Б) по Крайлу; В) по Березину;

Г) по Диффенбаху; Д) по Юдину.

Перед операцией по поводу удаления значительной части языка и дна полости рта по поводу их поражения злокачественным процессом предварительно необходимо выполнить:

А) селективную ваготомию с соответствующей стороны; Б) вагосимпатическую блокаду;

В) блокаду всей третьей ветви тройничного нерва; Г) перевязку наружной сонной артерии;

Д) перевязку внутренней яремной вены.

Какая из больших слюнных желез (БСЖ) поражается раками и саркомами чаще всего?

А) поднижнечелюстная левая; Б) поднижнечелюстная правая; В) околоушная;

Г) подъязычная левая; Д) подъязычная правая.

Важным клиническим симптомом при раковом поражении БСЖ является: А) наличие припухлости в области соответствующей СЖ;

Б) наличие болей тянущего характера в СЖ; В) наличие участков размягчения в СЖ;

Г) наличие втянутости кожи над центром СЖ;

Д) наличие кровянистых выделений из устья главного выводного протока.

Важным клиническим признаком наличия злокачественной опухоли в ОСЖ является:

А) высокая общая температура; Б) обильное слюноотделение;

В) паралич ветвей лицевого нерва; Г) сухость и жжение во рту;

Д) онемение щеки или кончика языка.

Какой разновидностью злокачественного образования чаще поражаются поднижнечелюстные и подъязычные СЖ:

А) базалиомой;

Б) плоскоклеточным раком;

В) светлоклеточной меланомой; Г) мукоэпидермоидным раком; Д) карциномой.

Какой разновидностью злокачественной опухоли чаще поражаются малые СЖ:

А) цилиндромой; Б) карциномой;

В) спиноцеллюлярным раком; Г) меланомой;

Д) саркомой.

# Вопросы исходящего тест-контроля

Одним из важных специальных методов выявления злокачественных новообразований БСЖ является:

А) пальпация СЖ;

Б) контрастная сиалография; В) эстезиометрия;

Г) хронаксия;

Д) тепловизиоскопия.

Одним из важных специальных методов выявления злокачественных новообразований БСЖ является:

А) ЭОД;

Б) тензометрия;

В) рентгеноскопия; Г) термовизиография; Д) капилляроскопия.

Одним из важных специальных методов выявления злокачественных новообразований БСЖ является:

А) диафаноскопия;

Б) тензометрия;

В) радиоизотопная диагностика;

Г) обзорная рентгенография; Д) эстезиометрия.

При контрастировании БСЖ на снимке будет видно:

А) наличие дефекта наполнения с неровными контурами; Б) расширение устья главного выводного протока СЖ; В) расширение протоков первого порядка СЖ;

Г) равномерное вздутие паренхимы СЖ;

Д) склерозирование периферических участков СЖ.

Термовизиография при злокачественных поражениях околоушных СЖ применима потому, что:

А) имеется общая гипертермия;

Б) расширены поверхностные вены шеи среднего калибра; В) расширены капилляры в зоне роста опухоли;

Г) резко расширены лимфатические сосуды;

Д) спазмированы венулы околоушных областей.

Лечение злокачественных опухолей БСЖ всегда: А) комбинированное;

Б) только дистанционная телегамматерапия; В) только хирургическое;

Г) только общая химиотерапия;

Д) только местная регионарная внутриартериальная химиотерапия.

# Эпителиальными злокачественными опухолями чаще поражается: А) правая половина нижней челюсти;

Б) левая половина нижней челюсти;

В) альвеолярный отросток верхней челюсти; Г) нёбный отросток верхней челюсти;

Д) верхнечелюстной синус.

Первичный рак нижней челюсти поражает её, произрастая из: А) эпителиальных островков Маляссе;

Б) эндотелия сосудов кости;

В) остатков Гертвиговской мембраны;

Г) периневрия нижнеальвеолярного нерва; Д) околокорневых гранулём.

Саркомы чаще поражают:

А) правую верхнюю челюсть; Б) левую верхнюю челюсть; В) нижнюю челюсть;

Г) одинаково часто и верхнюю, и нижнюю челюсти.

Д) челюстные кости саркомами не поражаются.

Патогномоничным симптомом поражения нижней челюсти злокачественным процессом является:

А) наличие большого количества зубных отложений; Б) цианоз соответствующей половины нижней губы; В) боли в соответствующей половине языка;

Г) симптом Венсана;

Д) симптом Рунге-Дюпюитрена.

Какова особенность рентгенологической картины при наличии злокачественной опухоли нижней челюсти:

А) структура кости приобретает вид «тающего сахара»;

Б) структура кости приобретает вид «швейцарского сыра»; В) структура кости приобретает вид «языков пламени»;

Г) структура кости приобретает вид «битого льда»;

Д) структура кости приобретает вид «морозного узора».

Верхняя челюсть чаще поражается: А) рабдомиосаркомой;

Б) цилиндромой;

В) хондросаркомой;

Г) гемангиоэндотелиомой; Д) карциномой.

Клиническая картина злокачественных опухолей верхней челюсти напрямую зависит от:

А) разновидности опухоли;

Б) локализации и стадии процесса; В) пола пациента;

Г) наличия большого количества вредных привычек;

Д) степени выраженности сопутствующих заболеваний.

На основании чего определяется степень распространённости злокачественных опухолей нижней челюсти:

А) клинического опыта и стажа врача; Б) состояния больного;

В) рентгенографии лёгких; Г) ЭКГ;

Д) рентгенологического определения количества поражённых сегментов нижнечелюстной кости.

При локализации злокачественной опухоли на верхней стенке верхней

челюсти ведущими симптомами будут: А) заложенность носа;

Б) экзофтальм, диплопия, неврит инфраорбитального нерва; В) боль в интактных зубах на стороне поражения;

Г) «раковая» контрактура; Д) симптом Дюпюитрена.

Основным методом верификации диагноза при наличии злокачественной опухоли челюстных костей является:

А) опрос и осмотр больного; Б) остеометрия;

В) диафаноскопия; Г) тепловизиоскопия;

Д) биопсия с последующим гистологическим исследованием.

Третья стадия рака верхней челюсти-это опухоль:

А) выходящая за пределы синуса с метастазами в лимфоузлах; Б) не выходящая за пределы синуса с метастазами в лимфоузлах;

В) выходящая за пределы подслизистой оболочки синуса без метастазов; Г) не выходящая за пределы подслизистой оболочки синуса;

Д) растущая в пределах верхнечелюстного синуса.

При комбинированном лечении злокачественных опухолей челюстных костей предоперационную лучевую терапию проводят в дозе:

А) 50-80 Гр.;

Б) 30-39 Гр.;

В) 20-29 Гр.;

Г) 80-120 Гр.;

Д) не проводят.

Радикальной операцией при раках верхней челюсти является: А) удаление поражённой челюсти;

Б) резекция стенки синуса, на которой локализуется рак; В) электрокоагуляция опухоли;

Г) введение в опухоль радиоактивного стержня; Д) разрушение опухоли радионожом.

Отдалённое метастазирование злокачественных опухолей челюстных костей чаще отмечается в следующие области:

А) в мозг;

Б) в ключицу и лопатку;

В) в печень, лёгкие, тазовые кости;

Г) в селезёнку, поджелудочную железу; Д) в брыжейку тонкого кишечника.

Термин «метастаз» в дословном переводе означает: А) находящийся отдельно;

Б) перенесённый током лимфы; В) существующий помимо;

Г) перенесённый током крови; Д) остановившийся вдалеке.

Метастазирование злокачественных опухолей лимфогенным путём происходит потому, что:

А) они растут, раздвигая ткани; Б) они растут, отталкивая ткани;

В) они растут, прорастая в ткани, сосуды и пр.; Г) они растут непосредственно в лимфоузлах; Д) они не метастазируют лимфогенным путём.

Отдалённое метастазирование реализуется в том случае, когда: А) опухоль прорастает в крупные нервные стволы;

Б) опухоль прорастает в прилежащие слюнные железы; В) опухоль прорастает в надкостницу челюстных костей;

Г) опухоль прорастает в венозные или артериальные структуры; Д) вне зависимости от того, куда она прорастает.

Эпителиальные и железистые раки в основном метастазируют:

А) лимфогенно;

Б) гематогенно; В) эндоневрально; Г) перивазально; Д) сублингвально.

Саркомы и меланомы метастазируют в основном:

А) лимфогенно;

Б) эндоневрально; В) интраоссально; Г) гематогенно; Д) суббазально.

Для определения наличия ранних метастазов в регионарных лимфоузлах (РЛУ) с высокой степенью достоверности используется метод:

А) опроса больного;

Б) осмотра шеи больного; В) пальпации шеи больного;

Г) рентгенографии шеи больного; Д) радиоизотопной диагностики.

Какой из радиоактивных фармакологических препаратов (РФП) избирательно накапливается в лимфоузлах:

А) изотоп йода;

Б) изотоп ксенона;

В) изотоп технеция пертехнетата; Г) изотоп золота;

Д) изотоп стронция.

Какой из РФП избирательно накапливается в лимфоузлах: А) изотоп лития;

Б) изотоп палладия; В) лимфоцис;

Г) изотоп бериллия; Д) изотоп кадмия.

Для наиболее эффективного распространения РФП в лимфоузлы шеи его вводят:

А) толстой иглой вблизи каждого лимфоузла; Б) тонкой иглой в уздечку языка;

В) толстой иглой в главный лимфатический проток; Г) тонкой иглой по типу торусальной анестезии;

Д) толстой иглой в центр поднижнечелюстной области.

Наличие клинически не выявляемых метастазов в лимфоузлах подтверждается в том случае, если накопление в них изотопа превышает норму на:

А) 10-15%;

Б) 20-25%;

В) 30-40%;

Г) 50-60%;

Д) 70% и более.

Достоверность данных радиоизотопной диагностики составляет: А) 18-22%;

Б) 31-42%;

В) 45-55%;

Г) 94-96%;

Д) 100%.

Абсолютную возможность верификации регионарного метастазирования даёт метод:

А) рентгенографии; Б) тепловизиоскопии; В) УЗИ;

Г) пункционной биопсии;

Д) экстрасенсорного исследования.

Абсолютную возможность верификации регионарного метастазирования даёт метод:

А) эксцизионной биопсии; Б) рентгеноскопии;

В) термовизиографии;

Г) магнитносенсорного исследования; Д) электроскопии.

Борьба с выявленными метастазами в регионарных лимфоузлах шеи осуществляется с помощью:

А) физических (холод-тепло) методов; Б) радиотерапии;

В) хирургических (удаление лимфоаппарата шеи) методов; Г) телегамматерапии;

Д) химиотерапии.

Наиболее радикальным методом борьбы с регионарными метастазами шеи является хирургическое вмешательство по методу:

А) Трахтенберга;

Б) А.И. Евдокимова; В) Крайла;

Г) Ракова-Вагнера;

Д) Ф.М.Хитрова.

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**Задача №1**

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

Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы.T4N0M0.  Больной рекомендовано провести лучевое лечение.

Каковы основные принципы предлучевой подготовки больной?

Ответ: 1) морфологическая верификация злокачественности процесса. 2) определить степень дифференцировки опухоли и ее биологические характеристики. 3) провести клиническую оценку общего состояния больной. 4) разметка - определение центра и границ поля облучения. 5) дозиметрия - построение картины дозного поля имитация дозиметрического плана лечения.

**Задача №2**

Больная Х., 65 лет.  Предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак среднеампулярного отдела прямой кишки. Принято решение о проведении комбинированного лечения: предоперационная лучевая терапия + чрезбрюшная резекция прямой кишки.

Какие возможны осложнения  при облучении тазовой области?

Ответ: 1) тошнота, потеря аппетита, понос. 2) нарушение мочеиспускания с чувством жжения. 3) боли в прямой кишке. 4) сухость влагалища, выделения из него.

**Задача №3**

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

Какие возможны побочные реакции при проведении лучевой терапии у данной больной?

Ответ: 1) нарушение слуха.2) ощущение тяжести в голове. 3) сухость во рту, першение, осиплость голоса.

**Задача №4**

Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких): метастазы в правом легком. Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы.T4N0M1.Метастазы в легкие. Больной планируется комбинированное лечение: неоадъювантная ПХТ, ЛТ, хирургическое лечение.

Каковы основные цели неоадъювантной химиотерапии?

Ответ: 1) уменьшить массу опухоли, 2) снизить стадию,3) облегчить или уменьшить объем хирургического вмешательства и последующей ЛТ,4) оценить чувствительность опухоли к лечению.

**Задача №5**

Больной Б., 36 лет.  Жалуется на боли в животе, преимущественно в области поясницы, чаще возникающие ночью, отеки нижних конечностей.  Обследован гастроэнтерологом: патологии желудочно-кишечного тракта не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены увеличенные  парааортальные лимфоузлы,  спленомегалия. При РКТ органов малого таза: увеличенные подвздошные лимфоузлы. В анализе крови:  СОЭ 35 мм\ч, лимфопения. Выставлен диагноз: лимфогранулематоз. Больному начато лечение: проведено 3 цикла ПХТ. Каковы критерии оценки эффективности химиотерапии?

Ответ: 1) полный эффект- исчезновение очагов на срок не менее 4 недель, 2) частичный – регрессия опухоли на 30%, 3) прогрессирование – увеличение опухоли на 20%, 4) стабилизация – нет увеличения и уменьшения опухоли, 5) время до прогрессирования.

**Задача №6**

Пациент пришел на прием к онкологу с жалобами на плотное, подкожное образование в области грудины.

К какой клинической группе он относится? За какой срок надо поставить диагноз?

Ответ: 1 группа, 10 дней

**Задача №7**

Пациент после резекции желудка по поводу рака через 6 месяцев пришел на прием к онкологу для диспансерного наблюдения.

1. Какие обследования он должен пройти и для чего?

2. Как часто он должен обследоваться в дальнейшем?

Ответ: 1. Для исключения рецидива и прогрессирования заболевания он должен сделать гастроскопию, УЗИ регионарных лимфоузлов, УЗИ печени, рентген легких, сканирование костей скелета.

          2. 1-ый год после лечения 1 раз в 3 мес., 2-3 годы - 1 раз в полгода, с 4 года - 1 раз в год.

**Задача №8**

Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: В области лба поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

**Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Эталоны ответов:

1. У больного подозрение на базальноклеточный рак кожи лба. Дифференциальная диагностика с плоскоклеточной карциномой, кератоакантомой.

Обоснование:

* Длительный анамнез, медленный рост опухоли
* Клиническая картина: образование в виде папулы с изъязвлением (узелково-язвенная форма)
* Отсутствие метастатического поражения лимфатических узлов

1. Соскоб с поверхности опухоли с цитологическим исследованием.
2. Больному может быть предложено хирургическое лечение с учетом наличия изъязвления и размеров опухоли. Альтернативой может быть лучевая терапия.

**Задача №9**

Больная М., 39 лет. Жалобы на наличие новообразования на наружной поверхности правого плеча, которое увеличилось в размерах за последние 2 месяца. При осмотре: на латеральной поверхности плеча имеется узловое образование, размерами 3х4см,  на широком основании, с выраженным сосудистым компонентом, бордово-коричневого цвета, легко кровоточит при  пальпации, безболезненно. В правой подмышечной впадине пальпируются увеличенные до 2 см лимфоузлы. Отдаленных метастазов не выявлено.

Ваш предположительный диагноз?

Какова ваша схема лечения данного больного?

Какие пути метастазирования данной опухоли?

Ответ: Меланома кожи плеча. TхN2Mх. Лечение: широкое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей, регионарная лимфаденкэтомия при «+» сторожевом л\у. Лимфогенно, транзиторно (внутрикожно), гематогенно (кости, легкие, головной мозг).

**Задача №10**

Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере.

При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотно-эластическую консистенцию. Безболезненны.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Эталоны ответов:

1. У больной плоскоклеточная карцинома кожи правого плеча с метастазами в подмышечные лимфатические узлы. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с базалиомой.

Обоснование:

Наличие ожога в анамнезе, клиническая картина, метастатическое поражение региональных лимфоузлов.

1. Соскоб с поверхности опухоли, пункция увеличенных подмышечных лимфоузлов с цитологическим исследованием
2. Хирургическое лечение в виде иссечения опухоли кожи правого плеча и правосторонней подмышечной лимфаденэктомией.

Адъювантно – лучевая терапия.

**Задача №11**

У пациента 37 лет при обследовании обнаружено увеличение паховых лимфатических узлов слева. При осмотре на коже передней поверхности левой голени пигментное образование неправильной формы до 12 мм, с неровной поверхностью, неоднородной окраски. Из анамнеза: Пациент отмечает наличие этого образование с детства, однако за последние полгода отметил увеличение его в размере, изменение формы.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Предположительная стадия заболевания.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Эталоны ответов:

1. У больного меланома кожи левой голени с метастазами в паховые лимфатические узлы слева. При условии отсутствия отдаленных метастазов предположительно у него  III клиническая стадия.
2. Дополнительные исследования для исключения отдаленных метастазов: УЗИ лимфати-

     ческих узлов, печени, рентгенография органов грудной клетки.

1. При отсутствии отдаленных метастазов показано иссечение меланомы кожи левой голени,   операция Дюкена слева (паховая лимфаденэктомия).

Дополнительное лечение может включать иммунотерапию, химиотерапию.

**Задача №12**

У пациента 38 лет в косметологической клинике 4 месяца назад было удалено пигментное образование правого предплечья. В настоящее время в области послеоперационного рубца появилось уплотнение с черным пигментным окрашиванием размером 4 мм. Также в подмышечной области справа определяются подмышечные лимфоузлы, увеличенные до 1,5 см, плотноэластичной консистенции.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Эталоны ответов

1. Меланома кожи правого предплечья. Рецидив после нерадикальной операции. Метастазы в подмышечные лимфоузлы справа.
2. УЗИ региональных лимфоузлов, УЗИ органов брюшной полости, Rg-графия органов грудной клетки.
3. При отсутствии отдаленных метастазов – иссечение рецидива с подмышечной лимфаденэктомией справа. Решение вопроса о системной терапии.

**Задача №13**

У больного 47 лет, длительное время работавшего с радиоактивными веществами, на коже тыльной поверхности правой кисти появилось образование размером 1,5см с мокнущей поверхностью и инфильтрацией подлежащих тканей, отеком и гиперемией вокруг. Обратился к врачу в поликлинику, где назначена противовоспалительная терапия местного и общего характера, что привело к регрессу новообразования и формированию струпа.

Задания

1. Правильно ли выбран метод лечения?
2. Какова дальнейшая тактика?

Ответ:

1. Выбор тактики и метода лечения должен зависеть от результатов цитологического исследования мазков-отпечатков, которое не было выполнено.
2. Необходимо проведение цитологического исследования (соскоб с поверхности образования), при необходимости – его  биопсия. В случае обнаружения опухолевого роста необходимо хирургическое лечение. В случае его отсутствия – продолжение противовоспалительной терапии.

**Задача №14**

У курильщика 68 лет появилась образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытая корочкой. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) С помощью какого метода это можно установить? В) Тактика лечения этого больного**?**

Ответ:А) рак нижней губы. Б) Нужно выполнить соскоб или биопсию, т.е. с помощью морфологических данных. В) В зависимости от соматического статуса больного и распространенности опухоли на первом этапе можно провести хирургическое лечение или химио-лучевое лечение.

**Задача №15**

Через 2 года после лечения рака нижней губы у женщины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области слева.А) Ваш предварительные диагноз? Б) Ваша дальнейшая тактика дообследования и лечения?

Ответы:А) Метастазы в л\злы шеи. Б)    УЗИ исследования с пункцией из увеличенного л/узла с последующим проведением операции или химио-лучевого лечения

**Задача №16**

Больной обратился в поликлинику с жалобами на наличие язвенного образования на красной кайме нижней губы в течении последних 6-7  месяцев.

 А) Ваша тактика действия? Б) К какому специалисту следует направить этого больного?

Ответы:А)  биопсия из области язвенного дефекта   Б) В зависимости от результатов биопсии.

Рассмотрено на заседании кафедры онкологии «16» июня 2024 г., протокол №9

Заведующий кафедрой  В.В. Жаворонкова