

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Матвеев Роман Сталидарьевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 17.01.2023 15:40:53
Уникальный программный ключ:
a1fced18b7ed974d9aae7ca027a0bd4130c0e7f8

**Государственное автономное учреждение Чувашской Республики
дополнительного профессионального образования
«Институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Чувашской Республики
(ГАУ ДПО «Институт усовершенствования врачей» Минздрава Чувашии)**

Кафедра педиатрии

УТВЕРЖДАЮ
Ректор ГАУ ДПО «Институт
усовершенствования врачей»
Минздрава Чувашии
Р.С. Матвеев
« 29 » августа 2019 г.



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ И
ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ»**

Специальность – 31.08.19 Педиатрия

Квалификация выпускников – Врач-педиатр

Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре

Оглавление

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине «Детская онкология»	3
Перечень тестовых заданий для текущего контроля знаний	4
Клинические задачи для текущего контроля знаний.....	22
Перечень контрольных вопросов к экзамену для промежуточного контроля успеваемости ..	26

**Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине «Детская онкология»**

Формируемые компетенции:

Универсальные: УК-1.

Профессиональные: ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8.

Оценочные средства	Количество
Текущий контроль знаний	
Тестовые вопросы	260
Клинические задачи	15
Промежуточная аттестация	
Вопросы для экзамена	40

Критерии контроля знаний

Критерии оценки текущего контроля знаний (тестовых заданий):

Оценка	Описание
«Отлично»	90-100% правильных ответов
«Хорошо»	80-89% правильных ответов
«Удовлетворительно»	70-79% правильных ответов
«Неудовлетворительно»	до 69% правильных ответов

Критерии оценки текущего контроля знаний (клинических задач):

Оценка	Описание
«Отлично»	Ответ полный безошибочный (правильно определены понятия и категории)
«Хорошо»	Ответ правильный и достаточно полный, не содержащий ошибок и упущений (при решении задачи допущены отдельные ошибки)
«Удовлетворительно»	Ответ не достаточно полный, содержащий ошибки (задача решена не полностью)
«Неудовлетворительно»	Ответ отсутствует (задача не решена)

Критерии оценки промежуточного контроля знаний (экзамена):

Оценка	Описание
«Отлично»	Ответ ординатора полный и правильный. Ординатор способен обобщить материал, сделать собственные выводы, выразить своё мнение, привести иллюстрирующие примеры
«Хорошо»	Ответ ординатора в основном полный и правильный. Ординатор способен обобщить материал и привести иллюстрирующие примеры. Выводы и мнение ординатора по материалу в основном корректны
«Удовлетворительно»	Ответ ординатора неполный, с несущественными ошибками. Иллюстрирующие примеры приведены неполно. Требуется существенная коррекция по выводам и мнению ординатора по материалу
«Неудовлетворительно»	Ответ ординатора неполный, с существенными ошибками. Не приведены иллюстрирующие примеры, нет выводов и собственного мнения ординатора по материалу

Перечень тестовых заданий для текущего контроля знаний

Выберите один правильный ответ:

1. В структуре смертности среди детей в экономически развитых странах, по данным ВОЗ, на первом месте стоит смерть от
 - 1) злокачественных опухолей
 - 2) несчастных случаев
 - 3) инфекционных заболеваний
 - 4) сердечно-сосудистых заболеваний
2. Среди причин детской смертности в экономически развитых странах, по данным ВОЗ, злокачественные новообразования занимают
 - 1) первое место
 - 2) второе место
 - 3) третье место
 - 4) четвертое место
3. В структуре смертности детей в возрасте до 14 лет в России злокачественные новообразования занимают
 - 1) первое – второе место
 - 2) третье место
 - 3) четвертое место
 - 4) пятое место
 - 5) шестое место
4. Заболеваемость злокачественными новообразованиями у детей в экономически развитых странах составляет в среднем на 100 000 детского населения
 - 1) 8-10 детей
 - 2) 10-12 детей
 - 3) 14-15 детей
 - 4) 17-18 детей
 - 5) 19-20 детей
5. Ежегодно заболевают доброкачественными опухолями на 10 000 детского населения
 - 1) до 350 детей
 - 2) до 450 детей
 - 3) до 550 детей
 - 4) до 650 детей
 - 5) до 750 детей
6. К особенностям онкопедиатрии относятся
 - 1) врожденный характер большинства опухолей
 - 2) связь опухолей и пороков развития
 - 3) преобладание саркоматозных опухолей
 - 4) связь опухолей с трансплацентарным воздействием
 - 5) все перечисленное
7. В морфологии солидных опухолей у детей преобладают
 - 1) рак
 - 2) саркома
 - 3) нет четкого различия
8. В детском возрасте из солидных злокачественных опухолей чаще всего встречаются
 - 1) саркомы мягких тканей
 - 2) опухоли почек
 - 3) нейробластома
 - 4) опухоли ЦНС
 - 5) опухоли костей
9. У детей в возрасте до 5 лет преобладают следующие злокачественные опухоли
 - 1) остеогенная саркома и синовиальная саркома
 - 2) рак щитовидной железы
 - 3) нейробластома и нефробластома
 - 4) все ответы правильные
 - 5) правильного ответа нет
10. У детей старше 12 лет преобладают опухоли
 - 1) нейробластома
 - 2) нефробластома
 - 3) остеогенная саркома
 - 4) тератобластома
 - 5) ретинобластома
11. Особенностью диагностики злокачественных опухолей у детей являются:
 - 1) невозможность в большинстве случаев получения данных анамнеза от самого пациента
 - 2) малое число опухолей, доступных визуальной оценке
 - 3) расположение опухолей в труднодоступных для диагностики местах
 - 4) необходимость применения почти во всех случаях анестезиологического пособия
 - 5) все перечисленное
12. Основной причиной запущенности онкологических больных в детском возрасте является
 - 1) поздняя обращаемость
 - 2) недооценка и неправильная трактовка клинических и лабораторных данных врачами общей лечебной сети,

- отсутствие онкологической настороженности
- 3) скрытое течение болезни
 - 4) наличие многочисленных «масок», за которыми скрывается опухоль
 - 5) все ответы правильные
- 13.** С какого момента после окончания лечения ребенка можно считать излеченным от злокачественной солидной опухоли?
- 1) через 1 год
 - 2) через 3 года
 - 3) через 5 лет
 - 4) через 7 лет
 - 5) через 10 лет
- 14.** Какие виды реабилитации применимы к больному ребенку?
- 1) физическая реабилитация
 - 2) психологическая реабилитация
 - 3) социальная реабилитация
 - 4) все перечисленные
- 15.** Проблемами реабилитации больного ребенка занимается
- 1) педиатр-онколог
 - 2) психолог
 - 3) методист по лечебной физкультуре
 - 4) педагог
 - 5) все перечисленные
- 16.** Когда меняется стадия заболевания?
- 1) после операции
 - 2) после окончания специального лечения
 - 3) после получения гистологического анализа
 - 4) не меняется
- 17.** В основе этиологии пигментного невуса лежит
- 1) хромосомная абберрация
 - 2) инфекционное поражение кожи
 - 3) порок развития нейроэктодермы
 - 4) порок развития сосудов кожи
 - 5) эндокринная патология
- 18.** К пигментным невусам относятся
- 1) юнкционный невус
 - 2) меланома
 - 3) фиброма
 - 4) папиллома
 - 5) ангиоматоз
- 19.** Для невуса характерны
- 1) быстрый рост
 - 2) быстрое озлокачествление
 - 3) постепенное увеличение соответственно росту ребенка
 - 4) сдавление при росте внутренних органов
- 5) кровотечение
- 20.** Из перечисленных признаков наиболее характерен для невусов
- 1) гигантские размеры
 - 2) болезненность
 - 3) участки пигментированной гладкой или покрытой волосами кожи
 - 4) быстрый рост
 - 5) бесцветность
- 21.** Из перечисленных признаков не характерны для меланомы
- 1) быстрый рост
 - 2) появление «дочерних» невусов
 - 3) изменение окраски
 - 4) безболезненность
 - 5) изъязвление
- 22.** Методом выбора при лечении невуса является
- 1) криотерапия
 - 2) гормонотерапия
 - 3) хирургическое лечение
 - 4) рентгенотерапия
 - 5) физиотерапия
- 23.** Одномоментное иссечение со свободной кожной пластикой возможно при площади невуса
- 1) до 200 см² при локализации на лице
 - 2) до 200 см² при локализации на туловище
 - 3) до 250 см²
 - 4) 250-300 см²
 - 5) 300-350 см²
- 24.** Детям, перенесшим иссечение невуса со свободной кожной пластикой, в послеоперационном периоде показана
- 1) физиотерапия
 - 2) антибиотикотерапия
 - 3) криотерапия
 - 4) гепаринотерапия
 - 5) рентгенотерапия
- 25.** Из осложнений невуса наиболее опасно
- 1) кровотечение
 - 2) озлокачествление
 - 3) сдавление трахеи при росте
 - 4) воспаление
 - 5) появление папиллом
- 26.** Прогностически неблагоприятным считается:
- 1) невус небольшого размера
 - 2) расположение невуса на лице
 - 3) расположение невуса на туловище
 - 4) озлокачествление невуса
 - 5) кровотечение из невуса

27. Уровень катехоламинов может быть определен в
- 1) моче
 - 2) крови
 - 3) слюне
 - 4) спинномозговой жидкости
28. Повышение уровня экскреции катехоламинов является характерным для
- 1) заболеваний почек
 - 2) нейробластом
 - 3) лимфопролиферативных процессов
29. Какие из фракций катехоламинов преимущественно увеличиваются при злокачественных нейрогенных опухолях?
- 1) адреналин
 - 2) норадреналин
 - 3) дофамин
 - 4) ДОФА
30. Дифференциальный диагноз опухолей средостения необходимо проводить с
- 1) новообразованиями легких и плевры
 - 2) аневризмой аорты
 - 3) релаксацией диафрагмы
 - 4) все ответы правильные
31. Для уточнения диагноза при опухолевом поражении средостения применяются
- 1) рентгенография грудной клетки
 - 2) компьютерная томография
 - 3) рентгеновская томография
 - 4) ультразвуковая томография
 - 5) все ответы правильные
32. Преимущественная локализация нейрогенных опухолей в средостении
- 1) заднее средостение
 - 2) переднее средостение
 - 3) корень легкого
 - 4) реберно-диафрагмальный синус
 - 5) вилочковая железа
33. Рентгенологические признаки нейрогенной опухоли заднего средостения – это
- 1) локализация в реберно-позвоночном углу
 - 2) расширение межреберных пространств на стороне опухоли
 - 3) истончение и узурация ребер в области опухоли
 - 4) все ответы правильные
34. Какой опухоли средостения свойственны атрофия ребер и расширение межреберных промежутков, выявленные рентгенологически?
- 1) лимфогранулематозу
 - 2) лимфосаркоме
 - 3) нейробластоме
 - 4) тимоме
35. К нейрогенным опухолям средостения, исходящих из оболочек нервов, относятся:
- 1) ганглионеврома
 - 2) феохромоцитоме
 - 3) невринома
 - 4) нейрофиброма
 - 5) правильные ответы 3) и 4)
36. Нейрогенные опухоли в процессе своего развития могут:
- 1) малигнизировать
 - 2) созреть и превращаться из злокачественных в доброкачественные
 - 3) распространяться из средостения на шею
 - 4) проникать в спинномозговой канал
 - 5) все ответы правильные
37. Для нейрогенных опухолей заднего средостения у детей наиболее характерны
- 1) локализация в реберно-позвоночном углу
 - 2) утолщение ребер
 - 3) деструкция ребер
 - 4) деформация позвонков
38. Дифференциальный диагноз нейрогенной опухоли средостения проводят с
- 1) бронхогенной кистой
 - 2) тимомой
 - 3) лимфосаркомой средостения
 - 4) лимфогранулематозом с поражением втругрудных лимфатических узлов
 - 5) со всеми перечисленными заболеваниями
39. Опухоли симпатической нервной системы у детей в структуре солидных опухолей у детей составляют
- 1) до 10 % всех новообразований
 - 2) до 25 % всех новообразований
 - 3) до 50 % всех новообразований
 - 4) до 75 % всех новообразований
40. Наиболее часто нейрогенные опухоли встречаются у детей в возрасте
- 1) до 1 года
 - 2) 2-4 года
 - 3) 5-8 лет
 - 4) 9-15 лет
41. Наиболее частая локализация нейробластом у детей
- 1) брюшинное пространство
 - 2) средостение
 - 3) область шеи

- 4) малый таз
42. Наименее зрелая нейрогенная опухоль
- 1) симпатогониома
 - 2) симпатобластома
 - 3) ганглионейробластома
43. Наиболее зрелая нейрогенная опухоль
- 1) симпатогониома
 - 2) гаглионеврома
 - 3) симпатобластома
 - 4) гаглионейробластома
44. Забрюшинной нейробластоме свойственны
- 1) быстрый рост
 - 2) раннее метастазирование
 - 3) выход за пределы капсулы с прорастанием окружающих органов и тканей
 - 4) все перечисленное
 - 5) правильного ответа нет
45. Нейробластома метастазирует в
- 1) костный мозг, кости
 - 2) лимфатические узлы
 - 3) легкие
 - 4) печень
 - 5) все перечисленное
46. Наиболее часто нейрогенные забрюшинные опухоли у детей пальпируются в
- 1) верхних отделах живота
 - 2) полости малого таза
 - 3) нижних отделах живота
 - 4) подвздошных областях
47. При пальпации забрюшинная нейрогенная опухоль
- 1) неподвижная, бугристая, переходит среднюю линию живота
 - 2) подвижная, гладкая, пальпируется в нижних отделах живота
 - 3) умеренно подвижная, плотноэластическая, не переходит среднюю линию живота
 - 4) умеренно подвижная, мелкобугристая, эластической консистенции, пальпируется в эпигастральной области
48. Признак, патогномоничный для нейробластомы у детей
- 1) высокий уровень эмбрионального α -фетопротеина
 - 2) высокий уровень катехоламинов в моче
 - 3) высокий уровень глюкозы в крови
 - 4) «сосудистые звездочки» на коже
 - 5) макрогематурия
49. Артериальная гипертензия при нейробластоме у детей наблюдается
- 1) во всех случаях
 - 2) в 30% случаев
 - 3) в 50% случаев
 - 4) в 70% случаев
50. Основным методом установочной диагностики при забрюшинных нейробластомах являются
- 1) аортография
 - 2) УЗИ
 - 3) радионуклидное исследование
 - 4) определение экскреции катехоламинов в моче
 - 5) исследование костного мозга
51. Повышение экскреции катехоламинов и их метаболитов наблюдается при нейробластоме:
- 1) во всех случаях
 - 2) в 30% случаев
 - 3) в 50% случаев
 - 4) в 70% случаев
52. При какой опухоли детского возраста при рентгенологическом исследовании могут быть обнаружены кальцификаты в виде мелкоточечных хлопьев, расположенных в центральных отделах новообразования?
- 1) при нефробластоме
 - 2) при нейробластоме
 - 3) при рабдомиосаркоме
 - 4) при гепатобластоме
53. Морфологическое подтверждение диагноза до операции при забрюшинной нейробластоме может быть получено
- 1) путем пункции опухоли под контролем УЗИ
 - 2) при пункции опухоли под контролем компьютерной томографии
 - 3) при пункции или биопсии во время лапароскопии
 - 4) при пункции опухоли во время пальпации с применением мышечных релаксантов
 - 5) при всех перечисленных методах диагностики
54. Нужно ли иметь морфологическое (цитологическое) подтверждение диагноза у больного с подозрением на нейрогенную опухоль до операции, если опухоль имеет локализованный вид и размеры опухоли составляют до 10 см в диаметре?
- 1) нужно обязательно
 - 2) нужно стараться получить морфологическое подтверждение
 - 3) не нужно

55. Для постановки диагноза и определения стадии болезни при нейробластоме забрюшинного пространства необходимы следующие исследования
- 1) миелограммы, исследование мочи на катехоламины
 - 2) УЗИ и компьютерная томография
 - 3) сцинтиграфия скелета
 - 4) цитологическое исследование пунктата из опухоли или биопсия
 - 5) все перечисленное
56. Наиболее часто дифференциальный диагноз при забрюшинных неорганных нейrogenных опухолях следует проводить с патологией
- 1) почек
 - 2) надпочечников
 - 3) забрюшинных лимфоузлов
 - 4) со всеми перечисленными
57. Для определения тактики оперативного лечения при нейробластоме забрюшинного пространства у детей решающим методом диагностики является
- 1) сцинтиграфия скелета
 - 2) УЗИ
 - 3) компьютерная томография
 - 4) абдоминальная аортография и венография
 - 5) экскреторная урография
58. При операции по поводу забрюшинных опухолей чаще применяется доступ
- 1) чрезбрюшинный (срединная лапаротомия)
 - 2) люмботомия
 - 3) параректальный
 - 4) брюшно-промежностный
 - 5) все доступы используются одинаково часто
59. У больных с I стадией нейробластомы (T1, N0, M0) в возрасте до 1 года применяются методы лечения
- 1) только хирургический
 - 2) комбинированный
 - 3) комплексный
 - 4) используются все перечисленные методы терапии
60. У больных со II стадией нейробластомы (T2, N0, M0) лечение начинают с
- 1) хирургического удаления опухоли
 - 2) предоперационной химиотерапии
 - 3) предоперационной лучевой терапии
 - 4) предоперационной химиолучевой терапии
61. Лучевое лечение при нейробластоме применяется
- 1) до операции при больших размерах новообразования
 - 2) при наличии послеоперационной резидуальной опухоли, определяющейся микроскопически
 - 3) при наличии макроскопически определяющейся резидуальной опухоли
 - 4) только 2) и 3)
 - 5) во всех перечисленных случаях
62. Для злокачественных нейrogenных опухолей характерно поражение следующих отделов скелета
- 1) метафизов длинных трубчатых костей
 - 2) костей черепа
 - 3) ребер
 - 4) позвонков
 - 5) всего перечисленного
63. У больного диагностирована III стадия забрюшинной нейробластомы. Выберите химиопрепараты, которые показаны для лечения данной стадии заболевания
- 1) винкристин
 - 2) циклофосфан
 - 3) адриабластин
 - 4) вепезид
 - 5) карбоплатин
 - 6) все перечисленные
64. У ребенка в возрасте 7 месяцев диагностирована забрюшинная нейробластома с поражением костного мозга. Выберите химиопрепараты для лечения пациента
- 1) винкристин
 - 2) циклофосфан
 - 3) адриабластин
 - 4) вепезид
 - 5) карбоплатин
 - 6) все перечисленные
65. Метастатическое поражение печени чаще всего наблюдается при
- 1) нефробластоме
 - 2) нейробластоме
 - 3) опухолях костей
 - 4) опухолях мягких тканей
66. При операции по поводу забрюшинных опухолей чаще применяется доступ
- 1) чрезбрюшинный (срединная лапаротомия)
 - 2) люмботомия
 - 3) параректальный
 - 4) брюшно-промежностный
 - 5) все доступы используются одинаково часто

67. Метастазы в легкие чаще наблюдаются при
- 1) нефробластоме
 - 2) нейробластоме
 - 3) тератобластоме
68. Частота нефробластом среди других злокачественных солидных опухолей детского возраста составляет
- 1) до 10%
 - 2) 20-30%
 - 3) 30-50%
 - 4) свыше 50%
69. Нефробластома наиболее часто встречается в возрасте
- 1) до 1 года
 - 2) от 2 до 5 лет
 - 3) от 6 до 9 лет
 - 4) 10-15 лет
 - 5) старше 15 лет
70. Нефробластома может сочетаться с различными пороками развития
- 1) часто
 - 2) крайне редко
 - 3) не сочетается
71. Какие из перечисленных пороков мочеполовой системы являются предопухолевыми для нефробластомы?
- 1) поликистоз
 - 2) гипоспадия
 - 3) подковообразная почка
 - 4) аномалия развития лоханок
 - 5) все перечисленное
72. Какие из перечисленных факторов играют роль в развитии нефробластомы у детей?
- 1) возраст родителей старше 35 лет
 - 2) наличие профессиональной вредности у родителей
 - 3) наличие злокачественных опухолей в семье
 - 4) неблагоприятная экологическая среда
 - 5) все перечисленное
73. Наиболее часто встречающийся морфологический вариант нефробластомы
- 1) типичный
 - 2) тубулярный
 - 3) кистозный
 - 4) фетальный
 - 5) саркоматозный
74. Значение морфологического варианта нефробластомы
- 1) определяет выбор лечебной тактики
 - 2) влияет на прогноз заболевания
 - 3) не определяет выбор лечебной тактики
 - 4) правильные ответы 1 и 2
- 5) нет правильного ответа
75. Как часто встречается метастазирование при нефробластоме?
- 1) часто
 - 2) редко
 - 3) не встречается
76. При нефробластоме метастазирование наиболее часто наблюдается в
- 1) легкие
 - 2) печень
 - 3) лимфатические узлы
 - 4) редко в кости
 - 5) все ответы правильные
77. Метастазы нефробластомы появляются в
- 1) ранние сроки
 - 2) поздние сроки
 - 3) не появляются
78. Причинами запущенности при нефробластоме являются
- 1) ранний возраст ребенка
 - 2) отсутствие онкологической настороженности у педиатров
 - 3) недооценка клинических проявлений заболевания
 - 4) правильные ответы 2) и 3)
 - 5) правильные ответы 1) и 3)
79. Поздними клиническими признаками нефробластомы являются
- 1) бледность кожных покровов
 - 2) наличие пальпируемой опухоли в животе
 - 3) вялость, выраженная слабость
 - 4) отсутствие аппетита
 - 5) все ответы правильные
80. При какой стадии нефробластомы у детей проведение аортографии является обязательным?
- 1) I-II
 - 2) III
 - 3) IV
 - 4) V
 - 5) при всех стадиях
81. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать нефробластому?
- 1) опухоли брюшинного пространства
 - 2) гидронефроз
 - 3) лимфосаркома брюшной полости
 - 4) спеномегалия
 - 5) рахит
 - 6) все ответы правильные
82. Основным методом лечения нефробластомы у детей
- 1) химиотерапия
 - 2) лучевая терапия

- 3) хирургическое лечение
 - 4) комбинированное лечение
 - 5) комплексное лечение
- 83.** Сроки диспансерного наблюдения детей с нефробластомой после окончания радикального лечения составляют
- 1) 1,5 года
 - 2) 2 года
 - 3) 3 года
 - 4) 5 лет
 - 5) более 5 лет
- 84.** Возраст наиболее подверженный заболеванию рабдомиосаркомой половых органов у детей
- 1) до 5 лет
 - 2) от 5 до 10 лет
 - 3) от 11 до 15 лет
- 85.** Раннее клиническое проявление рабдомиосаркомы половых органов у девочек
- 1) боль в животе
 - 2) гроздьевидные разрастания во влагалище
 - 3) выделения из влагалища
- 86.** Злокачественные опухоли влагалища чаще всего встречаются в возрасте
- 1) до 5 лет
 - 2) от 6 до 30 лет
 - 3) от 30 до 50 лет
 - 4) старше 50 лет
 - 5) правильные ответы 1) и 4)
- 87.** Метод лечения локализованной формы рабдомиосаркомы мочевого пузыря у детей:
- 1) химиотерапия + гамма-терапия + операция
 - 2) химиотерапия + операция
 - 3) операция + гамма-терапия
- 88.** Наиболее часто встречающиеся морфологические формы злокачественных опухолей мочевого пузыря у детей:
- 1) рак мочевого пузыря
 - 2) рабдомиосаркома мочевого пузыря
 - 3) папилломатоз
- 89.** Наиболее часто встречающаяся локализация злокачественных опухолей мочевого пузыря
- 1) дно
 - 2) тело
 - 3) треугольник
 - 4) устье мочеточников
- 90.** Основной метод, подтверждающий диагноз злокачественной опухоли мочевого пузыря у детей
- 1) цистоскопия с биопсией
 - 2) цистография
 - 3) лапароскопия
- 91.** При рабдомиосаркоме мочевого пузыря размером 6 см, растущей в просвет мочевого пузыря и располагающейся в области боковой стенки органа, объемом операции будет
- 1) экономное удаление опухоли
 - 2) резекция мочевого пузыря в пределах здоровых тканей
 - 3) экстирпация мочевого пузыря
 - 4) все ответы неправильные
- 92.** Международной классификации TNM категории T3 соответствует
- 1) опухоль, прорастающая окружающие органы и/или ткани более 5 см
 - 2) опухоль, прорастающая окружающие органы и/или ткани менее 5 см
 - 3) наличие более одной опухоли (мультицентричный рост)
 - 4) правильного ответа нет
- 93.** Причинами ошибочной диагностики при саркомах мягких тканей у детей являются
- 1) отсутствие у врачей онкологической настороженности
 - 2) незнание клинических проявлений сарком мягких тканей
 - 3) неумение определения необходимого набора диагностических средств
 - 4) объективные трудности диагностики
 - 5) все перечисленное
- 94.** Ранними симптомами для рабдомиосаркомы мочевого пузыря являются:
- 1) гематурия
 - 2) пиурия
 - 3) дизурические явления
 - 4) болезненность при мочеиспускании
 - 5) острая задержка мочи
- 95.** Решающим методом при диагностике рабдомиосаркомы у детей является
- 1) рентгенологический
 - 2) термография
 - 3) радионуклидный
 - 4) УЗИ и компьютерная томография
 - 5) морфологический с иммунофенотипированием
- 96.** С целью профилактики лучевых реакций и осложнений со стороны мочевого пузыря до начала облучения рекомендуется проведение следующей терапии

- 1) промывание мочевого пузыря антисептическими растворами фурацилина или риванола
 - 2) назначение внутрь антибиотиков в зависимости от чувствительности к ним бактериальной флоры мочевого пузыря
 - 3) диета (из пищевого рациона исключают соленую и острую пищу, назначают обильное питье)
 - 4) все перечисленное
- 97.** При проведении дистанционного облучения при рабдомиосаркоме мочевого пузыря или гениталий могут развиваться следующие осложнения и реакции
- 1) цистит
 - 2) ректит
 - 3) сужение мочеточников
 - 4) вторичный гидронефроз
 - 5) все перечисленное
- 98.** Первые признаки гемангиом проявляются в виде
- 1) небольшого красного пятна
 - 2) пигментного образования
 - 3) обширной опухоли
- 99.** Возраст особо интенсивного роста гемангиомы
- 1) первое полугодие жизни
 - 2) после года
 - 3) в 7-10 лет
 - 4) у взрослых
- 100.** Методы выбора при лечении гемангиом
- 1) полихимиотерапия
 - 2) короткофокусная рентгенотерапия
 - 3) криогенное воздействие
 - 4) хирургическое удаление
 - 5) склерозирование
 - 6) гормонотерапия
 - 7) эндоваскулярная окклюзия
- 101.** Чаще всего лимфангиомы локализуются в области
- 1) головы
 - 2) конечностей
 - 3) подмышечной впадины
 - 4) подчелюстной
 - 5) спины
 - 6) живота
 - 7) средостения
- 102.** Лимфангиомы лечатся
- 1) консервативно
 - 2) гормонами
 - 3) хирургически
 - 4) эндоваскулярно
 - 5) склерозированием
 - 6) короткофокусной рентгенотерапией
- 103.** При гемангиомах больших размеров нередко встречается синдром Казабаха-Меррита. При этом необходимо определение
- 1) глюкозы крови
 - 2) белка крови
 - 3) мочевины
 - 4) гемоглобина
 - 5) тромбоцитов
- 104.** Доброкачественные новообразования сосудов среди доброкачественных опухолей у детей составляют:
- 1) 25-30%
 - 2) 30-35%
 - 3) 35-45%
 - 4) 50-55%
 - 5) 60-70%
- 105.** По этиологии гемангиому следует относить
- 1) к порокам развития мягких тканей
 - 2) к доброкачественным опухолям мягких тканей
 - 3) к порокам развития сосудов
 - 4) к мезенхимальным опухолям
 - 5) к злокачественным новообразованиям
- 106.** К гемангиомам относятся
- 1) ангиоматозы
 - 2) кавернозные гемангиомы
 - 3) ветвистые гемангиомы
 - 4) лимфангиомы
 - 5) ангиосаркома
- 107.** Отличительной особенностью гемангиом является
- 1) болезненность при пальпации
 - 2) наличие воспаления в окружающих тканях
 - 3) переход одной формы гемангиомы в другую
 - 4) уменьшение в размерах и побледнение при надавливании
 - 5) локализация опухоли на туловище
- 108.** Для телеангиоэктазий в отличие от гемангиом характерно
- 1) расположение на лице
 - 2) быстрый рост
 - 3) изменение окраски
 - 4) побледнение при надавливании
 - 5) отсутствие роста и постоянства окраски
- 109.** Криотерапия при лечении гемангиомы показана
- 1) при глубоких кавернозных гемангиомах
 - 2) при поверхностных гемангиомах
 - 3) при гемангиомах печени

- 4) при ангиофибромах
 - 5) при гемангиолимфангиомах
- 110.** Хирургическое лечение гемангиом предпочтительно в случае
- 1) возможности удаления опухоли
 - 2) расположения гемангиомы на лице
 - 3) расположения гемангиомы на слизистых оболочках
 - 4) множественных гемангиомах
 - 5) гемангиомах промежности
- 111.** После хирургического лечения гемангиомы а послеоперационном периоде показаны
- 1) физиотерапия
 - 2) криотерапия
 - 3) гепаринотерапия
 - 4) снятие швов на 9-10 день
 - 5) снятие швов на 7 день
- 112.** Наиболее опасным осложнением гемангиомы является
- 1) изъязвление
 - 2) кровотечение
 - 3) воспаление окружающих тканей
 - 4) нагноение
 - 5) асимметрия лица
- 113.** Наиболее благоприятный прогноз при лечении гемангиомы наблюдается
- 1) при хирургическом методе лечения
 - 2) при склеротерапии
 - 3) при рентгенотерапии
 - 4) при комбинированном методе лечения
 - 5) при гормонотерапии
- 114.** В основе этиопатогенеза лимфангиомы лежит
- 1) разрастание кровеносных сосудов
 - 2) разрастание лимфатических сосудов
 - 3) пороки развития лимфатической системы
 - 4) хромосомные aberrации
 - 5) инфекционная патология
- 115.** При быстром росте лимфангиом на шее возникает опасность
- 1) кровотечения
 - 2) воспаления
 - 3) сдавления пищевода и трахеи
 - 4) злокачественного перерождения опухоли
 - 5) нагноения
- 116.** Для кистозной лимфангиомы характерны
- 1) болезненность
 - 2) быстрый рост
 - 3) истончение кожи над образованием
 - 4) гиперемия окружающей кожи
 - 5) самопроизвольное рассасывание
- 117.** Пункционный метод лечения лимфангиом применяют
- 1) при небольших лимфангиомах у детей старшего возраста
 - 2) при лимфангиомах крестцовой области
 - 3) у маленьких ослабленных детей при крупных лимфангиомах на шее
 - 4) при быстром росте лимфангиомы
 - 5) при воспалении окружающих тканей
- 118.** Хирургическое лечение лимфангиом осуществляют путем
- 1) прошивания лимфатических сосудов вокруг опухоли
 - 2) иссечения опухоли в пределах здоровых тканей
 - 3) иссечения поверхностно лежащего участка опухоли
 - 4) прошивания кист лимфангиомы
 - 5) интраоперационного удаления жидкого содержимого
- 119.** Наиболее опасным осложнением лимфангиомы является
- 1) воспаление
 - 2) сдавление трахеи
 - 3) кровотечение
 - 4) изъязвление
 - 5) озлокачествление
- 120.** В этиологии рабдомиомы ведущее значение имеет
- 1) доброкачественное разрастание эмбриональных мышечных клеток
 - 2) хромосомные aberrации
 - 3) наследственность
 - 4) инфекция
 - 5) эндокринная патология
- 121.** Для липомы наиболее характерны
- 1) болезненность
 - 2) быстрый рост
 - 3) мягкая консистенция
 - 4) малоподвижность
 - 5) наличие воспаления
- 122.** При наличии липомы операция показана
- 1) при размерах липомы не более 3 см
 - 2) во всех случаях при отсутствии соматических противопоказаний
 - 3) при локализации липомы на конечности
 - 4) при нагноении
 - 5) при кровотечении
- 123.** Благоприятный прогноз после оперативного лечения липомы имеет место в случае
- 1) удаления опухоли в пределах здоровых тканей
 - 2) удаления опухоли со здоровыми тканями в пределах 3 см

- 3) пункции липомы
 - 4) перевязки питающего сосуда без удаления липомы
 - 5) удаления содержимого без удаления липомы
- 124.** Операцию по поводу фибромы производят путем
- 1) пункции фибромы
 - 2) иссечения фибромы в пределах здоровых тканей
 - 3) удаления региональных лимфоузлов
 - 4) фистулографии
 - 5) перевязки питающей артерии без удаления опухоли
- 125.** Ребенку после удаления фибромы показаны
- 1) физиотерапия
 - 2) постельный режим
 - 3) криотерапия
 - 4) повязка с мазью Вишневского
 - 5) общий режим
- 126.** Отличить фиброму от нейрофибромы позволяет
- 1) болезненность
 - 2) плотная консистенция
 - 3) расположение по ходу нервов
 - 4) частые кровотечения
 - 5) наличие изъязвления
- 127.** На отдаленные результаты лечения злокачественных опухолей у детей наибольшее влияние оказывают
- 1) гистологическая структура опухоли
 - 2) наличие отдаленных метастазов
 - 3) наличие регионарных метастазов
 - 4) возраст больного
- 128.** Факторы, влияющие на объем операции
- 1) стадия заболевания
 - 2) возраст ребенка
 - 3) гистологическая структура опухоли
 - 4) все ответы правильные
- 129.** При лечении опухолевых плевритов и асцитов наиболее эффективным способом введения химиопрепаратов является
- 1) системная химиотерапия
 - 2) региональная химиотерапия
 - 3) локальная химиотерапия
 - 4) все методы одинаково эффективны
- 130.** Особенности, связанные с лечением детей со злокачественными опухолями
- 1) нарушение топографо-анатомических соотношений при многих опухолях в связи с их врожденным характером
 - 2) большие оперативные вмешательства у маленьких детей
- 3) высокая чувствительность большинства опухолей у детей к ионизирующему излучению и химиотерапии
 - 4) повреждающее действие ионизирующего излучения на зоны роста и репродуктивную функцию
 - 5) все перечисленное
- 131.** К доброкачественным опухолям молочной железы относятся
- 1) узловая фиброзно-кистозная мастопатия
 - 2) диффузная мастопатия
 - 3) фибroadенома
- 132.** Основным методом лечения доброкачественных опухолей молочной железы является
- 1) хирургический
 - 2) лучевой
 - 3) гормональный
 - 4) лекарственный
- 133.** На фоне листовидной фибroadеномы могут развиваться
- 1) рак молочной железы
 - 2) фибросаркома
 - 3) внутрисекторные папилломы
- 134.** В молочной железе может развиваться
- 1) фибросаркома
 - 2) ангиосаркома
 - 3) гематосаркома
 - 4) все ответы правильные
- 135.** Рак молочной железы развивается из
- 1) лимфатических узлов
 - 2) кровеносных сосудов
 - 3) гладкой или поперечнополосатой мускулатуры
 - 4) железистого эпителия протоков
 - 5) незрелой соединительной ткани
- 136.** Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы
- 1) узловую
 - 2) диффузную
 - 3) экземоподобные изменения ареолы и соска
 - 4) все ответы правильные
- 137.** Симптом «лимонной» корки и отек ареолы
- 1) увеличивают стадию заболевания и влияют на выработку плана лечения
 - 2) не увеличивают стадию заболевания
 - 3) не влияют на выработку плана лечения
 - 4) влияет на общее состояние больной
- 138.** Рак молочной железы следует дифференцировать с
- 1) узловой мастопатией

- 2) гемобластозами
 - 3) маститом
 - 4) туберкулезом
 - 5) все ответы правильные
- 139.** Рак молочной железы может метастазировать в
- 1) легкие
 - 2) кости
 - 3) печень
 - 4) головной мозг
 - 5) все ответы правильные
- 140.** Для рака молочной железы регионарными являются все перечисленные лимфатические узлы, кроме
- 1) подмышечных
 - 2) подключичных
 - 3) парастеральных
 - 4) подчелюстных
- 141.** Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом исследования является
- 1) маммография
 - 2) пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата
 - 3) термография
 - 4) ультразвуковое исследование
- 142.** Для ранней диагностики рака молочной железы наиболее информативна
- 1) маммография
 - 2) флюорография
 - 3) пункционная биопсия
 - 4) секторальная резекция
 - 5) пальпация
- 143.** Для массовой диагностики патологии молочной железы применяются
- 1) термография
 - 2) маммография
 - 3) флюорография
 - 4) пункционная биопсия
 - 5) пальпация
- 144.** Для выявления метастаза рака молочной железы в кости применяется
- 1) рентгенологическое исследование
 - 2) изотопное исследование
 - 3) исследование рецепторов стероидных гормонов
 - 4) правильные ответы 1) и 2)
 - 5) правильные ответы 2) и 3)
- 145.** Для выявления метастазов рака молочной железы в печень применяется
- 1) ультразвуковое исследование
 - 2) биохимическое исследование
 - 3) сканирование печени
 - 4) ангиография
 - 5) все перечисленное
- 146.** У мальчика 13 лет выявлено увеличение обеих молочных желез. Узловых образований не выявлено. Наиболее целесообразно в данном случае
- 1) обследование у уролога, эндокринолога, педиатра
 - 2) маммография
 - 3) пункция молочных желез с последующим цитологическим исследованием пунктата
 - 4) назначение гормонотерапии
- 147.** К андрогенным препаратам относятся
- 1) медротестостерон-пропионат
 - 2) пролотестом
 - 3) тестостерон-пропионат
 - 4) омнадрен
 - 5) все ответы правильные
- 148.** Для выключения функции яичников применяется
- 1) хирургическая овариэктомия
 - 2) лучевая кастрация
 - 3) аналог природного ЛГРГ (золадекс)
 - 4) все ответы правильные
- 149.** К препаратам из группы антиэстрогенов относятся
- 1) нольваденс
 - 2) преднизолон
 - 3) мамомид
 - 4) пролотестон
- 150.** Наиболее эффективным препаратом при лечении рака молочной железы при монотерапии является
- 1) адриамицин, новантрон
 - 2) таксол
 - 3) метотрексат
 - 4) 5-фторурацил
 - 5) правильные ответы 1) и 2)
- 151.** Послеоперационная химиотерапия целесообразна после радикального хирургического лечения при раке молочной железы в стадии
- 1) I
 - 2) II
 - 3) III
 - 4) правильные ответы 1) и 2)
- 152.** Среди опухолей яичников у детей до 15 лет преобладают
- 1) опухоли стромы полового тяжа
 - 2) эпителиальные опухоли
 - 3) герминогенные опухоли
- 153.** Удельный вес герминогенных опухолей в структуре опухолей яичников составляет
- 1) около 80%

- 2) 50%
 - 3) 20%
 - 4) 10%
 - 5) менее 5%
- 154.** Среди герминогенных опухолей яичников у детей наиболее часто встречаются
- 1) тератобластомы
 - 2) эмбриональный рак
 - 3) опухоли желточного мешка
- 155.** У детей чаще встречаются
- 1) лейомиосаркома
 - 2) рабдомиосаркома
 - 3) карциносаркома
 - 4) эндометриальная саркома
- 156.** Среди злокачественных герминогенных опухолей яичников преобладают гистотипы
- 1) тератобластома
 - 2) дисгерминома
 - 3) опухоль эндодермального синуса
 - 4) хориокарцинома
 - 5) сложные герминогенные опухоли
- 157.** Дисгерминома чаще встречается у девочек в возрасте
- 1) до 1 года
 - 2) от 2 до 5 лет
 - 3) от 5 до 10 лет
 - 4) от 12 до 15 лет
- 158.** В яичники могут метастазировать опухоли из
- 1) молочной железы
 - 2) желудка
 - 3) матки
 - 4) щитовидной железы
 - 5) всех перечисленных органов
- 159.** В группу риска по заболеваемости опухолями яичников у девочек относят
- 1) дисгенезии половых желез
 - 2) первичные аменореи
 - 3) правильные ответы 1) и 2)
 - 4) правильного ответа нет
- 160.** Наиболее частое метастазирование при злокачественных опухолях яичников у детей
- 1) печень
 - 2) легкие
 - 3) забрюшинные лимфатические узлы
- 161.** Для метастатических опухолей яичников является характерным
- 1) молодой возраст
 - 2) подвижность опухолей
 - 3) быстрый рост
 - 4) все перечисленное
- 162.** Наиболее часто злокачественные опухоли яичников проявляются в возрасте
- 1) до 2 лет
 - 2) от 3 до 10 лет
 - 3) от 11 до 15 лет
- 163.** Возраст наиболее подверженный заболеванию рабдомиосаркомой половых органов у детей
- 1) до 5 лет
 - 2) от 5 до 10 лет
 - 3) от 11 до 15 лет
- 164.** Раннее клиническое проявление рабдомиосаркомы половых органов у девочек
- 1) боль в животе
 - 2) гроздьевидные разрастания во влагалище
 - 3) выделения из влагалища
- 165.** Асцит и плеврит характерны для следующих злокачественных опухолей яичников
- 1) дисгерминомы
 - 2) гранулезоклеточной опухоли
 - 3) серозной цистаденокарциномы
 - 4) андробластомы
- 166.** Для каких видов злокачественных опухолей яичников имеет важное диагностическое значение реакция Абелева – Татаринова?
- 1) тератобластомы
 - 2) хориокарциномы
 - 3) дисгерминомы
 - 4) гонадобластомы
- 167.** Определение уровня хорионического гонадотропина имеет важное диагностическое значение для диагностики опухолей яичника
- 1) тератобластомы
 - 2) дисгерминомы
 - 3) андробластомы
 - 4) гонадобластомы
 - 5) хориокарциномы
- 168.** Необходимый метод диагностики при подозрении на злокачественную опухоль яичников
- 1) реакция Абелева – Татаринова
 - 2) реакция на раковый эмбриональный антиген
 - 3) определение титра хорионического гонадотропина
- 169.** Основной метод диагностики злокачественных опухолей яичников у детей
- 1) экскреторная урография

- 2) пальпация живота с миорелаксантами и вагиноскопией
 - 3) ультразвуковая томография
- 170.** Для диагностики злокачественных опухолей яичников решающим методом является
- 1) ультразвуковое исследование
 - 2) компьютерная томография
 - 3) лапароскопия
 - 4) гистологическое исследование
- 171.** Дифференциальную диагностику опухолей яичников следует проводить с
- 1) миомой матки
 - 2) опухолью брыжейки
 - 3) опухолью большого сальника
 - 4) забрюшинными опухолями
 - 5) всем перечисленным
- 172.** Объем оперативного вмешательства при злокачественной опухоли яичника
- 1) клиновидная резекция опухоли
 - 2) экстирпация матки с придатками
 - 3) удаление опухоли с резекцией большого сальника
- 173.** Больной 16 лет произведено удаление правых придатков матки по причине перекрута ножки опухоли правого яичника. Гистологически – чистая дисгерминома. Дальнейшая тактика предусматривает
- 1) релапаротомию с удалением матки и левых придатков
 - 2) облучение + химиотерапию
 - 3) химиотерапию
 - 4) наблюдение
 - 5) правильные ответы 1) и 2)
- 174.** Наиболее радиорезистентная опухоль яичников
- 1) дисгерминома
 - 2) рак яичника
 - 3) тератобластома
- 175.** Каким опухолям яичников свойственны явления гирсутизма?
- 1) тератобластоме
 - 2) дисгерминоме
 - 3) опухолям стромы полового тяжа
 - 4) поражению яичника при злокачественной лимфоме
- 176.** Удельный вес опухолей яичка по отношению ко всем новообразованиям детского возраста составляет
- 1) не более 1%
 - 2) до 3%
 - 3) до 5%
 - 4) до 10%
- 177.** Опухоли яичка чаще встречаются у детей в возрасте
- 1) до 1 года
 - 2) до 3 лет
 - 3) до 7 лет
 - 4) до 10 лет
- 178.** Среди врожденных аномалий яичка предрасполагающими для возникновения опухоли яичка являются
- 1) гипоплазия яичка
 - 2) атрофия яичка
 - 3) крипторхизм
 - 4) эктопия яичка
 - 5) все перечисленные
- 179.** Среди злокачественных опухолей яичка чаще встречается
- 1) эмбриональная карцинома
 - 2) рабдомиосаркома
 - 3) семинома
 - 4) лейомиосаркома
 - 5) злокачественная опухоль гонадной стромы
- 180.** Реакция Абелева – Татаринова имеет диагностическое значение при следующих разновидностях опухолей яичек у детей
- 1) тератобластома (опухоль желточного мешка)
 - 2) семинома
 - 3) эмбриональная рабдомиосаркома
 - 4) всех перечисленных
- 181.** Решающим методом диагностики при опухолях яичка является
- 1) УЗИ
 - 2) компьютерная томография
 - 3) определение эмбрионального альфа-фетопротеина
 - 4) морфологический анализ пунктата из опухоли
- 182.** Наиболее информативное исследование при опухолях печени
- 1) компьютерная томография
 - 2) ангиография
 - 3) венография
 - 4) ультразвуковая томография
 - 5) все ответы правильные
- 183.** Абсолютным показанием для проведения общей аортографии является
- 1) наличие опухоли в брюшной полости
 - 2) подозрение на рецидив опухоли
 - 3) наличие так называемой немой почки
- 184.** Наиболее информативным в диагностике метастазов в печень является
- 1) лапароскопия
 - 2) ангиография
 - 3) биохимическое исследование крови

- 4) сканирование печени
- 185.** Радиоиммунологическое исследование уровня АФП может быть использовано для
- 1) установления диагноза
 - 2) динамического наблюдения
 - 3) уточнения степени распространенности опухоли
 - 4) правильные ответы 1 и 2
 - 5) все ответы правильные
- 186.** Аспирационный (пункционный) метод исследования наиболее информативен в цитологической диагностике опухолей
- 1) эпителиальных
 - 2) мезенхимальных
 - 3) нейрогенных
 - 4) дизэмбриональных
- 187.** Наиболее чувствительная реакция определения альфа-фетопротеина у больных в возрасте:
- 1) до 1 года
 - 2) от 2 до 5 лет
 - 3) от 6 до 10 лет
 - 4) старше 10 лет
- 188.** Основным осложнением при передозировке адриамицина является
- 1) нарушение проводимости в миокарде
 - 2) почечная недостаточность
 - 3) алоpecia
- 189.** Среди доброкачественных опухолей печени у детей первое место занимает
- 1) аденома
 - 2) тератома
 - 3) кавернозная гемангиома
 - 4) гамартома
- 190.** В структуре солидных опухолей у детей первичные гепатомы занимают:
- 1) второе место после нефробластом
 - 2) составляют до 40%
 - 3) составляют до 4%
- 191.** К факторам, способствующим возникновению опухолей печени у детей, относятся
- 1) цирроз печени
 - 2) недостаток витамина группы В
 - 3) гепатит во время беременности матери
 - 4) токсическое действие лекарственных препаратов, применяемых во время беременности матерью
 - 5) все перечисленное
- 192.** Наиболее часто гепатобластомы встречаются в возрасте
- 1) до 2 лет
 - 2) после 2 лет
 - 3) после 10 лет
 - 4) после 15 лет
- 193.** Первичный рак печени метастазирует:
- 1) гематогенно
 - 2) лимфогенно
 - 3) внутриоргано
 - 4) все ответы правильные
- 194.** При первичном раке печени отдаленные метастазы чаще встречаются в
- 1) легких
 - 2) костях
 - 3) лимфатических узлах
- 195.** Из перечисленных симптомов при раке печени чаще встречается
- 1) бледность кожных покровов
 - 2) желтушность кожных покровов
 - 3) симптомы портальной гипертензии
 - 4) гепатомегалия
- 196.** Ведущим симптомом при опухолях печени у детей является
- 1) увеличение печени
 - 2) желтуха
 - 3) кахексия
 - 4) боль в животе
 - 5) развитая подкожная венозная сеть
- 197.** Реакция α -фетопротеина при гепатобластомах у детей
- 1) положительная во всех случаях
 - 2) положительная только у детей до 1 года
 - 3) ложноотрицательная до 25% случаев
- 198.** Реакция Абелева – Татаринова может быть положительной при
- 1) злокачественных гепатомах
 - 2) вирусных гепатитах
 - 3) у детей до 1 года
 - 4) все ответы правильные
- 199.** Для установления диагноза опухоли печени у детей применяются
- 1) ангиография
 - 2) ультразвуковая томография
 - 3) сцинтиграфия печени
 - 4) компьютерная томография
 - 5) все перечисленные методы
- 200.** Наиболее достоверными методами при диагностике опухолей печени являются
- 1) ультразвуковая диагностика
 - 2) компьютерная томография
 - 3) ангиография
 - 4) лапароскопия
- 201.** Диагностика опухолей печени должна основываться на данных
- 1) рентгенологических исследований
 - 2) ультразвукового исследования

- 3) радиоизотопного исследования
 - 4) иммунологического исследования
 - 5) все ответы правильные
- 202.** На рентгеновских компьютерных томограммах злокачественные опухоли печени выглядят как
- 1) очаги пониженной плотности
 - 2) очаги повышенной плотности
 - 3) правильного ответа нет
- 203.** Методом выбора при лечении первичного рака печени является
- 1) хирургический метод
 - 2) системная химиотерапия
 - 3) регионарная химиотерапия
 - 4) лучевая терапия
- 204.** При злокачественных новообразованиях печени III стадии показано следующее лечение
- 1) оперативное
 - 2) химиотерапия
 - 3) лучевая терапия
- 205.** При проведении химиотерапии по поводу злокачественных опухолей печени целесообразно применять
- 1) системную химиотерапию
 - 2) регионарную химиотерапию
 - 3) химиоэмболизацию печеночных артерий
- 206.** Вторичное поражение печени как единственное проявление заболевания встречается
- 1) часто
 - 2) редко
 - 3) никогда не встречается
- 207.** Объем оперативного вмешательства при злокачественных гепатомах
- 1) энуклеация
 - 2) атипичная резекция
 - 3) гемигепатэктомия
- 208.** Ребенку 10 лет. Произведена клиновидная резекция правой доли печени по поводу гепатокарциномы. Опухоль размером 2×2 см. Может ли такая операция считаться радикальной?
- 1) да
 - 2) нет
- 209.** Метастатическое поражение печени происходит
- 1) гематогенным путем по воротной вене
 - 2) лимфогенно ретроградно
 - 3) лимфогенно ортоградно
 - 4) гематогенно по нижней полой вене
- 210.** Метастатическое поражение печени чаще всего наблюдается при
- 1) нефробластоме
 - 2) нейробластоме
 - 3) опухолях костей
 - 4) опухолях мягких тканей
- 211.** Попытка выполнения радикальной операции при первичном раке печени нецелесообразна в случаях
- 1) поражении обеих долей
 - 2) рака на фоне цирроза
 - 3) наличия печеночной недостаточности
 - 4) наличия желтухи
 - 5) во всех перечисленных случаях
- 212.** В морфологии солидных опухолей у детей преобладают
- 1) рак
 - 2) саркома
 - 3) нет четкого различия
- 213.** У детей в возрасте до 5 лет преобладают следующие злокачественные опухоли
- 1) остеогенная саркома и синовиальная саркома
 - 2) рак щитовидной железы
 - 3) нейробластома и нефробластома
 - 4) все ответы правильные
 - 5) правильного ответа нет
- 214.** Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных с опухолями
- 1) легких
 - 2) кожи
 - 3) мягких тканей органов брюшной полости
 - 4) щитовидной железы
 - 5) правильные ответы 2), 3), 4)
- 215.** Наиболее информативное исследование при опухолях щитовидной железы
- 1) ангиография
 - 2) цитологическое исследование
 - 3) термография
 - 4) радиоизотопное сканирование
 - 5) все ответы правильные
- 216.** Уровень катехоламинов может быть определен в
- 1) моче
 - 2) крови
 - 3) слюне
 - 4) спинномозговой жидкости
- 217.** Уровень стероидных гормонов определяется в
- 1) моче
 - 2) крови
 - 3) ткани опухоли
 - 4) правильные ответы 1) и 2)
 - 5) все ответы правильные

- 218.** Радиоактивный йод применяют для диагностики
- 1) опухолей поджелудочной железы
 - 2) опухолей желудка
 - 3) опухолей щитовидной железы
 - 4) правильные ответы 1) и 3)
 - 5) все ответы правильные
- 219.** Аспирационный (пункционный) метод исследования наиболее информативен в цитологической диагностике опухолей
- 1) эпителиальных
 - 2) мезенхимальных
 - 3) нейрогенных
 - 4) дизэмбриональных
- 220.** Какие из фракций катехоламинов преимущественно увеличиваются при злокачественных нейрогенных опухолях?
- 1) адреналин
 - 2) норадреналин
 - 3) дофамин
 - 4) ДОФА
- 221.** Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется
- 1) как самостоятельный метод
 - 2) в комбинации с хирургическим методом
 - 3) в комбинации с химиотерапией
 - 4) все ответы правильные
- 222.** Единицей измерения экспозиционной дозы излучения является
- 1) грэй
 - 2) рад
 - 3) кюри
 - 4) рентген
- 223.** К лучевым реакциям относятся
- 1) фиброз
 - 2) лучевая язва
 - 3) эритема кожи
 - 4) лучевой рак
- 224.** Для профилактики и лечения лучевых реакций слизистых оболочек применяют
- 1) антисептические растворы
 - 2) витаминизированные растворы
 - 3) метилурацил
 - 4) все перечисленное
 - 5) ничего из перечисленного
- 225.** Для профилактики и лечения общих лучевых реакций применяют
- 1) антигистаминные препараты
 - 2) витамины
 - 3) седативные средства
 - 4) правильные ответы 1) и 2)
 - 5) все ответы правильные
- 226.** На отдаленные результаты лечения злокачественных опухолей у детей наибольшее влияние оказывают
- 1) гистологическая структура опухоли
 - 2) наличие отдаленных метастазов
 - 3) наличие регионарных метастазов
 - 4) возраст больного
- 227.** Факторы, влияющие на объем операции
- 1) стадия заболевания
 - 2) возраст ребенка
 - 3) гистологическая структура опухоли
 - 4) все ответы правильные
- 228.** Термин «симптоматическая терапия» означает:
- 1) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболевания, связанных с новообразованиями специфической терапии;
 - 2) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей;
 - 3) терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов;
 - 4) правильного ответа нет
- 229.** Рак щитовидной железы чаще встречается у
- 1) девочек
 - 2) мальчиков
 - 3) нет четкого различия
- 230.** Рак щитовидной железы чаще встречается у детей в возрасте
- 1) до 1 года
 - 2) 2-5 лет
 - 3) 7-10 лет
 - 4) 12-15 лет
- 231.** На возникновение рака щитовидной железы оказывают влияние следующие факторы
- 1) повышенная активность тиреотропного гормона гипофиза
 - 2) пониженная функция щитовидной железы
 - 3) узловые формы зоба
 - 4) предшествующее облучение
 - 5) все перечисленное
- 232.** Какие из перечисленных заболеваний предшествуют развитию рака щитовидной железы?
- 1) узловой зоб
 - 2) диффузная гиперплазия тиреоидной паренхимы
 - 3) узловатая гиперплазия
 - 4) доброкачественные опухоли (аденома)
 - 5) все перечисленное

- 233.** Дефицит каких из перечисленных микроэлементов способствует развитию рака щитовидной железы?
- 1) йода
 - 2) меди
 - 3) кобальта
 - 4) всех перечисленных микроэлементов
 - 5) правильного ответа нет
- 234.** Период между облучением и возникновением рака щитовидной железы составляет в среднем
- 1) 1-3 года
 - 2) 5-10 лет
 - 3) 12-15 лет
 - 4) 20-30 лет
- 235.** Наиболее часто встречаются у детей следующие формы рака щитовидной железы
- 1) папиллярный рак
 - 2) фолликулярный рак
 - 3) смешанная форма
- 236.** Какие гистологические формы рака щитовидной железы преобладают у детей и юношей?
- 1) папиллярный рак
 - 2) фолликулярный рак
 - 3) медулярный рак
 - 4) анапластический рак
- 237.** Какие из перечисленных форм рака щитовидной железы являются прогностически благоприятными при адекватно проведенном лечении?
- 1) фолликулярный рак
 - 2) папиллярный рак
 - 3) медулярный рак
 - 4) анапластический рак
 - 5) правильные ответы 1 и 2
- 238.** В детском и юношеском возрасте преобладает рак щитовидной железы:
- 1) с низкой степенью злокачественности
 - 2) с высокой степенью злокачественности
 - 3) все ответы правильные
- 239.** Течение и прогноз рака щитовидной железы зависят от
- 1) возраста ребенка
 - 2) гистологического вида опухоли
 - 3) пола пациента
 - 4) всего перечисленного
- 240.** Наиболее частыми симптомами рака щитовидной железы у детей являются
- 1) затруднение дыхания
 - 2) охриплость голоса
 - 3) асимметрия шеи
 - 4) болевые ощущения
 - 5) повышение температуры тела
- 241.** Наиболее информативный метод диагностики рака щитовидной железы у детей
- 1) УЗТ
 - 2) КТ
 - 3) аспирационная биопсия опухоли
 - 4) радиоизотопное исследование
- 242.** Под термином «скрытый рак» подразумевают опухолевый узел в щитовидной железе размерами
- 1) до 0,5 см
 - 2) до 1 см
 - 3) до 1,5 см
 - 4) до 2 см
- 243.** Какой из перечисленных методов диагностики наиболее информативен при скрининге бессимптомных (скрытых) форм рака щитовидной железы у детей?
- 1) физикальное обследование
 - 2) радионуклидное исследование
 - 3) УЗИ
 - 4) компьютерная томография
- 244.** Наиболее частая локализация метастазов рака щитовидной железы
- 1) легкие
 - 2) регионарные лимфатические узлы
 - 3) кости
 - 4) печень
- 245.** Причинами поздней диагностики рака щитовидной железы являются
- 1) бессимптомное течение пролиферирующих форм рака
 - 2) недостаточная осведомленность педиатров о данном заболевании
 - 3) отсутствие у педиатров онкологической настороженности
 - 4) развитие рака на фоне доброкачественного зоба
 - 5) все перечисленное
- 246.** Наиболее часто используемый метод лечения злокачественных опухолей щитовидной железы
- 1) хирургический
 - 2) лучевая терапия + хирургический
 - 3) лучевая терапия + хирургический + химиотерапия
- 247.** При каких стадиях рака щитовидной железы показано лучевое лечение в различных модификациях?
- 1) I-II стадия
 - 2) III стадия
 - 3) IV стадия
 - 4) правильные ответы 2 и 3
 - 5) все ответы правильные

- 248.** Какой метод диагностики предпочтителен для суждения о степени радикальности хирургического вмешательства после тиреоидэктомии?
- 1) УЗИ
 - 2) компьютерная томография
 - 3) радионуклидные исследования
- 249.** Наиболее часто в легкие метастазирует
- 1) нефробластома
 - 2) нейробластома
 - 3) рак щитовидной железы
 - 4) остеогенная саркома
 - 5) правильные ответы 1) и 4)
- 250.** Наиболее информативным методом выявления метастазов в легкие является:
- 1) рентгеноскопия
 - 2) рентгенография легких
 - 3) ультразвуковая томография
 - 4) компьютерная томография
- 251.** Источником происхождения феохромоцитомы являются
- 1) клетки хромаффинной ткани мозгового слоя надпочечников
 - 2) клетки хромаффинной ткани узлов параганглиев
 - 3) 1) и 2)
 - 4) правильного ответа нет
- 252.** Чаще феохромоцитомы встречаются у пациентов в возрасте
- 1) до 1 года
 - 2) 2-5 лет
 - 3) 6-10 лет
 - 4) 12-15 лет
 - 5) 16-20 лет
 - 6) 20-50 лет
- 253.** Феохромоцитомой чаще болеют:
- 1) мальчики
 - 2) девочки
 - 3) нет различий
- 254.** Приступ пароксизмальной гипертонии проявляется
- 1) резким повышением АД
 - 2) спазмом сосудов кожи
 - 3) повышением температуры тела
 - 4) одышкой, потливостью
 - 5) лейкоцитозом, гипергликемией, гиперкалиемией
 - 6) всем перечисленным
- 255.** Стойкая гипертония при феохромоцитоме зависит от преобладания в крови
- 1) адреналина
 - 2) норадреналина
 - 3) метаболитов катехоламинов
- 256.** Наиболее характерными для феохромоцитомы являются симптомы
- 1) головная боль
 - 2) тошнота и рвота
 - 3) потливость
 - 4) бледность
 - 5) боль в животе
 - 6) расстройство зрения
 - 7) повышение АД
 - 8) все перечисленное
- 257.** Наибольшую диагностическую ценность при обследовании ребенка с подозрением на феохромоцитому имеют следующие исследования
- 1) пальпация живота с применением миорелаксантов
 - 2) УЗИ и компьютерная томография
 - 3) ангиография
 - 4) исследование мочи на катехоламины
 - 5) суточное измерение АД
 - 6) правильные ответы 4) и 5)
- 258.** Для какой опухоли детского возраста характерны перечисленные симптомы: грубый голос, увеличение наружных половых органов, усиленный рост волос на лице и туловище по мужскому типу, ожирение, артериальная гипертония?
- 1) нейробластомы
 - 2) феохромоцитомы
 - 3) рака коры надпочечника
 - 4) дисгерминомы
- 259.** Выберите наиболее информативные методы диагностики при обследовании ребенка с подозрением на рак коры надпочечников
- 1) определение в моче 17-кетостероидов
 - 2) исследование мочи на катехоламины
 - 3) адренолитическая проба
 - 4) УЗИ и компьютерная томография
 - 5) абдоминальная аортография
 - 6) 1), 4), 5)
 - 7) 2), 3), 5)
- 260.** Рекомендуемый оптимальный план лечения больного раком коры надпочечников
- 1) радикальное хирургическое удаление опухоли
 - 2) радикальное хирургическое удаление опухоли + лучевое лечение
 - 3) радикальное хирургическое удаление опухоли + химиотерапия
 - 4) комплексное лечение

Клинические задачи для текущего контроля знаний

Задача 1

В приемное отделение детской клинической больницы поступил ребенок 7 лет с жалобами на боли в правой половине живота в течение 3 дней, субфебрильную температуру тела в течение недели. При сборе анамнеза заболевания установлено, что больной ослаблен в течение последних 3-х недель, снижен аппетит, стул 2-3 раза в день, разжижен. При осмотре обращают на себя внимание астенизация, бледность и сухость кожных покровов, при пальпации живота – болезненность в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины сомнительны, в экспресс-анализе крови: лейкоциты – $18 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 20 мм/ч. В связи с подозрением на острый аппендицит больной взят в операционную, проведена лапароскопия. При ревизии выявлена крупнобугристая опухоль размерами 4×6 см в терминальном отделе подвздошной кишки, множественные увеличенные до 2-3 см мезентериальные лимфатические узлы.

Задание

1. Каково ваше заключение по данному случаю?
2. Тактика хирурга во время операции.
3. План обследования и лечения.

Задача 2

На прием к врачу-педиатру участковому явились родители с ребенком 2,5 лет. С их слов, в течение последней недели ребёнок стал вялым, ухудшились аппетит и сон. При физикальном осмотре грубой патологии врач не выявил. Ребенок обследован в тот же день в условиях поликлиники. На рентгенограмме органов грудной клетки в проекции верхней и средней долей правого легкого и верхней доли левого легкого определяются три тени округлой формы с четкими контурами диаметром 1-1,5 см. На УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства слева в проекции надпочечника выявлено объёмное образование размерами 3×4 см, бугристое, с плотными включениями.

Задание

1. Какой предположительный диагноз вы бы сформулировали в данной ситуации?
2. Каковы план обследования и тактика?

Задача 3

К врачу-педиатру участковому за советом обратились родители девочки 13 лет. У ребенка в правой лопаточной области определяется невус 4 мм в диаметре, темной окраски, с ровными краями, возвышающийся над кожей. На поверхности невуса заметна присохшая корка тёмного цвета. Из-за постоянной травматизации одеждой невус периодически кровоточит. На коже спины ребенка определяются еще три аналогичных образования: два в поясничной области и одно в левой лопаточной области.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования и лечения.

Задача 4

На диспансерном профилактическом осмотре у 13-летнего подростка выявлено пигментное образование в правой паховой области размерами 4×2 см с размытыми контурами, плотное, с глянцевой поверхностью темно-коричневого цвета, возвышается над поверхностью кожи. Со слов пациента, пигментное пятно не беспокоило его длительное время, однако последние 2 мес. отмечено его увеличение в размерах, изменился его цвет (пятно стало более темным), оно стало асимметричным.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования и лечения?

Задача 5

При плановом осмотре 7-месячного ребенка врач-педиатр участковый выявил недостаточную прибавку массы тела, снижение аппетита. Нижняя апертура грудной клетки развернута больше слева. При пальпации живота выявлено образование, исходящее из левого подреберья, плотное, не смещаемое, с ровными контурами. Родители ребенка сообщили, что за последние 2-3 недели у него периодически возникает повышенная потливость, отмечается повышение температуры до 37,2-37,5°C, при этом катаральных явлений не отмечалось. Отмечаются периоды возбуждения ребенка, неустойчивый (разжиженный) стул. АД – 110/75 мм рт. ст.

Задание

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика участкового педиатра в отношении данного ребенка.
3. Составьте план обследования больного.

Задача 6

У ребенка в возрасте 5 лет выявлена ганглиейробластома забрюшинного пространства, установлена III стадия заболевания. Опухоль была изначально не операбельна (переходила за среднюю линию, в её толще проходили мезентериальные сосуды и нижняя полая вена). После биопсии и установления диагноза ребенок получал химиотерапию, на фоне которой опухоль незначительно сократилась в размерах. Ребенку была проведена лучевая терапия, после которой динамики размеров опухоли не отмечено. С учетом отсутствия признаков операбельности опухоли после лучевой и химиотерапии было решено воздержаться от её хирургического удаления. Ребенку было прекращено специальное лечение, рекомендовано наблюдение онколога. При контрольном обследовании на протяжении последних 3-х лет размеры опухоли оставались неизменными, метастазы в костях, легких, костном мозге не выявлены.

Задание

1. Какова дальнейшая тактика в отношении данного пациента?
2. Каков прогноз у данного пациента?
3. Возможны ли какие-то другие варианты лечения?

Задача 7

Вы – врач-педиатр участковый. Вас вызвали к ребенку 1,5 лет по поводу высокой температуры тела. Родители также пожаловались на асимметрию живота ребенка, случайно ими обнаруженную. При осмотре: лихорадка до 38°C, нос заложен, гиперемия ротоносоглотки. При аускультации грудной клетки – дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы грудной клетки, хрипов нет. При пальпации живота в его левой половине выявлено объемное образование плотноэластической консистенции, малосмещаемое, с ровными контурами. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Задание

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Тактика участкового врача.
3. План обследования больного.

Задача 8

К врачу-педиатру участковому обратилась мать девочки 1 года 1 месяца с жалобами на ухудшение навыков ходьбы: девочка уверенно ходила с 11 месяцев, но 2 недели назад стала падать, 2 дня назад перестала ходить и стоять на ногах. Одновременно утрачен навык пользования горшком: ребенок осуществляет физиологические отправления только в памперс. Других жалоб нет. При осмотре педиатра грубой патологии не выявлено. Ребенок был осмотрен невропатологом, заключение: нижний вялый парапарез, нарушения функции тазовых органов.

Задание

1. Ваш предположительный диагноз.

2. План обследования больного.
3. Тактика участкового педиатра.
4. Основные принципы лечения.

Задача 9

Родители ребенка 4-х лет случайно при переодевании выявили у него в области живота опухолевидное образование. При обследовании в стационаре выявлены четкие ультразвуковые признаки опухоли, исходящей из правой почки, полностью замещающей почечную ткань, а также признаки аналогичного поражения верхнего полюса левой почки. При экскреторной урографии выявлены «немая» почка справа и «ампутация» чашечек верхнего сегмента левой почки. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено.

Задание

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Задача 10

Ребенок 5 лет наблюдался у педиатра в районном центре с рождения по поводу капиллярной дисплазии кожи правой нижней конечности и увеличения ее длины. К 3 годам по наружной поверхности больной конечности появилось расширение венозных стволов до 1,5-2 см. Местная температура конечности не повышена.

Задание

1. О каком заболевании следует думать?
2. План обследования больного.
3. Тактика лечения.

Задача 11

У ребенка 6 лет на нижней левой конечности видны ярко-красные сосудистые пятна, значительно усилен венозный рисунок, местная температура повышена. Отмечена пульсация вен, а в проекции крупных сосудов выслушивается систолический шум. Конечность удлинена на 3 см.

Задание

1. О каком заболевании можно думать?
2. План обследования.
3. Тактика лечения.

Задача 12

Больная 14 лет обратилась с жалобами на боли в правой подвздошной области в течение 2 месяцев. Боли возникают как при ходьбе, так и в покое. Вечером отмечает подъем температуры тела до субфебрильных значений. Стул регулярный, аппетит снижен. Больная несколько похудела, дефицит массы тела составил 5% за 2 месяца. При осмотре состояние больной средней тяжести: бледная, астенизирована, язык обложен белым налетом, пальпация правой подвздошной области умеренно болезненна. Симптомов раздражения брюшины нет. При бимануальном исследовании выявлено объемное образование в правой подвздошной области мягко-эластической консистенции размером 4×5 см, умеренно болезненное, подвижное. В общем анализе крови: лейкоциты – $7,5 \times 10^9/\text{л}$, Hb – 112 г/л, СОЭ – 14 мм/ч, лейкоцитарная формула – с нейтрофильным сдвигом влево. При УЗИ в правой подвздошной области выявлено образование в тонкой капсуле размером 34×50×47 мм. Больной был поставлен диагноз аппендикулярный инфильтрат. Лечение: антибактериальная терапия, покой, электрофорез на правую подвздошную область. Через 7 дней состояние больной ухудшилось – появились отчетливые боли в правой подвздошной области, опухоль стала пальпироваться через переднюю брюшную стенку. На УЗИ выявлено

значительное увеличение размеров опухоли – 60×125×80 мм, опухоль в капсуле, смещает матку влево, связи с правой почкой нет.

Задание

1. Какой диагноз следует предположить?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какова тактика лечения?

Задача 13

Больной 11 лет доставлен в приемный покой хирургической клиники машиной скорой помощи с диагнозом «синдром отечной мошонки». Самочувствие больного удовлетворительное, жалуется на умеренные боли в правом яичке, увеличение его в размерах. Жалобы появились 2 недели назад. Травму мошонки отрицает, температура тела – нормальная. При осмотре: правая половина мошонки увеличена в размерах. Пальпируется увеличенное (5×3 см), плотное, умеренно болезненное яичко. Придаток яичка не изменен. При диафаноскопии правая половина мошонки свет не пропускает. При сборе анамнеза установлено, что ранее больной страдал острым лейкозом, лечение завершено 3 года назад.

Задание

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Необходимые диагностические методы обследования.
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное состояние больного.
4. Тактика дежурного хирурга.

Задача 14

У ребенка 12 лет возникли жалобы на тяжесть в правом подреберье. При пальпации педиатр выявил, что край печени выступает из-под реберной дуги на 6 см, край ровный, плотноэластический, закруглен, безболезненный. При УЗИ в правой доле печени без перехода через срединную борозду выявлен гиперэхогенный очаг, занимающий правую долю печени субтотально. Цвет кожных покровов, мочи и кала у ребенка не изменен. В биохимическом анализе крови изменений нет. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено.

Задание

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какова тактика участкового педиатра?
3. Составьте примерный план обследования больного.
4. Каков прогноз у данного больного и от чего он зависит?

Задача 15

К хирургу в поликлинику обратились родители девочки 5 лет с жалобой на опухолевидное образование по передней поверхности шеи. Образование заметили случайно несколько дней назад. Субъективных ощущений нет за исключением небольших затруднений при глотании. Объективно: по передней поверхности шеи больше справа на 3-4 см выше яремной вырезки визуально и пальпаторно определяется плотное опухолевидное образование диаметром 1,5-2 см, малосмещаемое, безболезненное, плотноэластической консистенции.

Задание

1. Предположительный диагноз.
2. План обследования больного.
3. Тактика хирурга горной поликлиники.

**Перечень контрольных вопросов к экзамену
для промежуточного контроля успеваемости**

1. Эпидемиология и этиология злокачественных опухолей у детей. Факторы, способствующие развитию злокачественных опухолей.
2. Принципы ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей. Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.
3. Роль морфологических методов исследования в онкологии. Способы взятия материала для цитологического и гистологического исследований. Иммуногистохимическое исследование. Роль молекулярно-генетических исследований в диагностике.
4. Синдром сдавления нижней полой вены при онкологических заболеваниях.
5. Синдром сдавления верхней полой вены. Причины, диагностика, неотложные мероприятия.
6. Паранеопластические синдромы. Классификация и их значение.
7. Методы и принципы лечения злокачественных опухолей у детей. Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей у детей. Показания. Лучевые реакции и осложнения. Хирургический этап лечения в детской онкологии. Показания и противопоказания.
8. Неотложные хирургические вмешательства в детской онкологии. Показания и противопоказания. Объемы вмешательств. Отдаленные результаты.
9. Полихимиотерапия в детской онкологии. Протоколы лечения.
10. Трансплантация гемопоэтических стволовых клеток. Показания. Осложнения.
11. Основные принципы сопроводительной терапии.
12. Критические состояния в детской онкологии. Клиническая картина. Принципы диагностики. Принципы лечения.
13. Непосредственные и отдаленные осложнения противоопухолевой терапии.
14. Инфекционные осложнения у онкологических больных в постцитостатическом периоде. Профилактика.
15. Микозы. Клинические варианты. Диагностика. Лечение.
16. Вторичные опухоли. Частота. Предрасполагающие факторы. Клинические варианты. Принципы лечения.
17. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение онкологических больных.
18. Реабилитация у детей с онкологическими заболеваниями. Психосоматические аспекты в детской онкологии.
19. Острые лейкозы у детей. Этиология. Классификация. Принципы диагностики. Принципы лечения.
20. Лимфома Ходжкина. Морфологическая классификация. Принципы диагностики. Клиническая картина. Стадирование. Принципы лечения.
21. Лимфогранулематоз. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные последствия лечения.
22. Неходжкинские лимфомы. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные результаты.
23. В-клеточные лимфомы у детей. Клиническая картина при абдоминальной локализации. Принципы лечения. Хирургическая тактика. Результаты лечения.
24. Лимфобластные лимфомы. Клиническая картина при поражении средостения. Синдром сдавления верхней полой вены. Диагностика. Принципы лечения.
25. Опухоли центральной нервной системы. Классификация. Алгоритмы диагностики. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
26. Медуллобластома. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные результаты. Принципы лечения у детей младше и старше трех лет. Результаты. Реабилитация.
27. Злокачественные опухоли костей. Особенности клиники, диагностики и лечения.
28. Остеогенная саркома. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные результаты.

29. Остеогенная саркома. Варианты оперативных вмешательств.
30. Саркома Юинга. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные результаты.
31. Злокачественные опухоли мягких тканей. Классификация. Клиническая картина. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Варианты оперативных вмешательств.
32. Опухоли забрюшинного пространства. Классификация. Особенности клинического течения. Методы специального обследования. Возможности лечения.
33. Нейробластома. Клиническая картина. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
34. Злокачественные опухоли печени. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Варианты оперативных вмешательств. Трансплантация печени. Отдаленные результаты.
35. Опухоль Вилмса. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные результаты.
36. Ретинобластома. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные результаты.
37. Герминогенные опухоли. Классификация. Клиническая картина. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Отдаленные результаты.
38. Доброкачественные костные опухоли у детей. Частота. Классификация. Принципы диагностики. Принципы лечения.
39. Доброкачественные сосудистые опухоли у детей. Частота. Классификация. Принципы диагностики. Принципы лечения.
40. Доброкачественные опухоли мягких тканей у детей. Частота. Классификация. Принципы диагностики. Принципы лечения.