

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

Б.1.В.ДВ.2.2. «Онкопроктология»

основной профессиональной образовательной программы высшего
образования - программы ординатуры
31.08.57 Онкология

Паспорт фонда оценочных средств

по учебной дисциплине «Онкопроктология»

Название дисциплины / модуля

1. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования

Компетенции, формируемые в процессе изучения дисциплины «Онкопроктология»

№ п/п	Контролируемые разделы дисциплины	Индекс контролируемой компетенции (или её части)	Наименование оценочного средства и способ контроля
1.	Раздел 1. Онкопроктология. История. Принципы лечения. Патогенез. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.	ПК-8	Тесты – письменно; Доклады, собеседование – устно
2.	Раздел 2. Неопухолевых заболеваний прямой и ободочной кишки, анального канала и перианальной области. Этиология, классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-8	Тесты – письменно; Доклады, собеседование – устно
3.	Раздел 3. Доброкачественные новообразования прямой и ободочной кишки, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.	ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Тесты – письменно; Доклады, собеседование – устно
4.	Раздел 4. Рак прямой и ободочной кишки, анального канала.	ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Тесты – письменно; Доклады, собеседование – устно
5.	Раздел 5. Редкие формы злокачественных опухолей толстой и прямой кишки: нейроэндокринные опухоли, ГИСО, опухоли аппендикса	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Тесты – письменно; Доклады, собеседование – устно
6.	Раздел 6. Особенности течения и диагностики опухолевых заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Тесты – письменно; Доклады, собеседование – устно

Шкала оценивания:

Оценка результатов освоения обучающимся программы дисциплины в течение полугодия осуществляется преподавателем на занятиях по традиционной шкале «Зачтено», «Не зачтено».

Критерии оценки результатов тестового контроля:

Результаты тестирования оцениваются по системе зачет/незачет:

«Зачтено» - > 70 баллов

«Не зачтено» - ≤ 70 баллов.

Результаты собеседования оцениваются:

«Зачтено» – ординатор подробно отвечает на теоретические вопросы, решает предложенную ситуационную задачу.

«Не зачтено» – не владеет теоретическим материалом и допускает грубые ошибки, не решает предложенную ситуационную задачу.

Критерии оценки выступления с докладом:

«Зачтено» – ординатор подробно отвечает на теоретические вопросы, раскрывает тему.

«Не зачтено» – не владеет теоретическим материалом, не раскрывает тему.

Ординатор считается аттестованным при наличии оценки «зачтено» на тестовое задание, выступление с докладом, собеседование.

2. Контрольные задания и иные материалы оценки знаний, умений, навыков, характеризующие этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины Б.1.В.ДВ.2.2. «Онкопроктология»

2.1. Текущий контроль

Перечень тем докладов (в устной форме):

1. Колоректальный рак, механизмы и особенности онкогенеза.
2. Колоректальный рак. Классификация и стадирование.
3. Рак ободочной кишки, клиника, диагностика, лечение.
4. Рак прямой кишки, клиника, диагностика, лечение. Методики сохранения сфинктерного аппарата.
5. Рак анального канала, клиника, диагностика, принципы лечения.
6. Редкие формы опухолей толстой и прямой кишки.
7. Лучевые методы диагностики в онкологии.
8. Реабилитация онкопроктологических пациентов.

9. Особенности неoadъювантной терапии рака прямой кишки
10. Наблюдение и реабилитация после радикального оперативного лечения
11. Колостомия. Показания и техника операций.
12. Правосторонняя гемиколэктомия. Показания и техника операций.
13. Левосторонняя гемиколэктомия. Показания и техника операций.
14. Резекция сигмовидной кишки. Показания и техника операций.
15. Передняя резекция прямой кишки. Показания и техника операций.
16. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

Тестовые задания в программе тестирования (необходимо ответить на 40 предложенных вопросов теста)

1. В СХЕМУ ХИМИОТЕРАПИИ «XELOX» ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ВХОДЯТ ПРЕПАРАТЫ:
А) Иринотекан;
Б) Капецитабин;
В) Лейковорин;
Г) Оксалиплатин;
Д) Цисплатин.
2. ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ СЛУЧАЕВ СИНХРОННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ИСПОЛЬЗУЮТ:
А) КТ;
Б) МРТ;
В) УЗИ;
Г) Колоноскопию;
Д) Рентгенографию.
3. К ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ НОВООБРАЗОВАНИЯМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ:
А) Аденокарцинома;
Б) Аденоматозный полип;
В) Зубчатая дисплазия;
Г) Тубулярная аденома;
Д) Тубулярно-ворсинчатая аденома.
4. К ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИМ И ФУНКЦИОНАЛЬНОЩАДЯЩИМ СПОСОБАМ ЛЕЧЕНИЯ, ПРИ РАННЕМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ 0–I СТАДИИ, ОТНОСИТСЯ:
А) Левосторонняя гемиколэктомия;
Б) Правосторонняя гемиколэктомия;
В) Резекция сигмовидной кишки;
Г) секторальная резекция;
Д) эндоскопическая резекция слизистой оболочки, с диссекцией в подслизистом слое.

5. КОНСУЛЬТАЦИЯ ГЕНЕТИКА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНА ПРИ:

- А) MSI-H;
- Б) MSI-L;
- В) MSS;
- Г) Повышенном уровне SCC;
- Д) Повышенном уровне РЭА.

6. НЕГАТИВНЫМ ФАКТОРОМ ПРОГНОЗА РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) I уровень инвазии;
- Б) II уровень инвазии;
- В) pT1sm1;
- Г) pT1sm3;
- Д) Отсутствие опухолевых клеток в краях резекции.

7. НЕГАТИВНЫМ ФАКТОРОМ ПРОГНОЗА РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) I уровень инвазии;
- Б) II уровень инвазии;
- В) pT1sm1;
- Г) Наличие лимфатической, сосудистой или периневральной инвазии;
- Д) Отсутствие опухолевых клеток в краях резекции.

8. НЕГАТИВНЫМ ФАКТОРОМ ПРОГНОЗА РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) I уровень инвазии;
- Б) II уровень инвазии;
- В) pT1sm1;
- Г) Дифференцировка опухоли G2;
- Д) Наличие опухолевых клеток в краях резекции.

9. НЕГАТИВНЫМ ФАКТОРОМ ПРОГНОЗА РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) I уровень инвазии;
- Б) II уровень инвазии;
- В) pT1sm1;
- Г) Дифференцировка опухоли $\geq G3$;
- Д) Отсутствие опухолевых клеток в краях резекции.

10. ОПТИМАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СРОК НАЧАЛА АДЬЮВАНТНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ:

- А) 120 дней с момента оперативного лечения;
- Б) 28 дней с момента оперативного лечения;
- В) 40 дней с момента оперативного лечения;

- Г) 60 дней с момента оперативного лечения;
- Д) 69 дней с момента оперативного лечения.

11. ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЕРОМ ДЛЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) HE4;
- Б) SCC;
- В) РЭА;
- Г) СА 125;
- Д) ХГЧ.

12. ОПУХОЛИ «T2N0M0» СООТВЕТСТВУЕТ СТАДИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ:

- А) I;
- Б) II «А»;
- В) II «В»;
- Г) III;
- Д) IV.

13. ПАНИТУМУМАБ МОЖЕТ НАЗНАЧАТЬСЯ КАК В МОНОТЕРАПИИ, ТАК И В КОМБИНАЦИИ С ХИМИОТЕРАПИЕЙ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ОТСУТСТВИЕМ МУТАЦИИ ГЕНОВ:

- А) APC;
- Б) BRAF;
- В) BRCA1;
- Г) RAS;
- Д) UGT1A1*28.

14. ПАЦИЕНТАМ С «PT1–3N1M0» СТАДИЕЙ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ АДЬЮВАНТНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ ПО СХЕМЕ XELOX В ТЕЧЕНИЕ:

- А) 12 месяцев;
- Б) 18 месяцев;
- В) 3 месяцев;
- Г) 6 месяцев;
- Д) 8 месяцев.

15. ПРЕПАРАТЫ ЦЕТУКСИМАБ И ПАНИТУМУМАБ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НЕ ДОЛЖНЫ ПРИМЕНЯТЬСЯ С РЕЖИМАМИ:

- А) FLOX;
- Б) XELOX;
- В) Дабрафениб в монорежиме;
- Г) Иринотекан в монорежиме;
- Д) Траметиниб в монорежиме.

16. ПРИ МУТУН-АССОЦИИРОВАННОМ ПОЛИПОЗЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ИССЛЕДУЕТСЯ:

- А) ген MLH1;
- Б) ген MSH2;
- В) ген MSH6;
- Г) ген MSH7;
- Д) ген MYN.

17. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАСШИРЕННОЙ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛ-ЭКТОМИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ЛИГИРОВАНИЕ:

- А) a. colica media;
- Б) a. colica sinistra;
- В) a. mesenterica inferior;
- Г) a. rectalis superior;
- Д) aa. sigmoideae.

18. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ РАСШИРЕННОЙ ПРАВОСТОРОННЕЙ ГЕМИКОЛ-ЭКТОМИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ЛИГИРОВАНИЕ У ЕЕ/ИХ ОСНОВАНИЯ:

- А) a. colica sinistra;
- Б) a. ileocolica;
- В) a. mesenterica inferior;
- Г) a. rectalis superior;
- Д) aa. sigmoideae.

19. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МУТАЦИИ ГЕНА «APC» РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ:

- А) левосторонней гемиколэктомии;
- Б) правосторонней гемиколэктомии;
- В) резекции поперечной ободочной кишки;
- Г) резекции сигмовидной кишки;
- Д) субтотальной колэктомии.

20. ПРИ ИСХОДНО РЕЗЕКТАБЕЛЬНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОЧАГАХ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО:

- А) их хирургическое удаление;
- Б) проведение комбинированного лечения;
- В) проведение комплексного лечения;
- Г) проведение лучевой терапии;
- Д) проведение химиотерапии.

21. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В ОБЛАСТИ ВОСХОДЯЩЕГО ОТДЕЛА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ:

- А) левосторонней гемиколэктомии;
- Б) правосторонней гемиколэктомии;
- В) резекции поперечной ободочной кишки;
- Г) резекции сигмовидной кишки;
- Д) субтотальной колэктомии.

22. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В ОБЛАСТИ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ:

- А) левосторонней гемиколэктомии;
- Б) правосторонней гемиколэктомии;
- В) резекции поперечной ободочной кишки;
- Г) резекции сигмовидной кишки;
- Д) субтотальной колэктомии.

23. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В ОБЛАСТИ СЛЕПОЙ КИШКИ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ:

- А) левосторонней гемиколэктомии;
- Б) правосторонней гемиколэктомии;
- В) резекции купола слепой кишки;
- Г) резекции поперечной ободочной кишки;
- Д) субтотальной колэктомии

24. ПРИ МУТАЦИИ В ГЕНЕ «BRAF» В КАЧЕСТВЕ 1-Й ЛИНИИ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАЗНАЧАЕТСЯ СОЧЕТАНИЕ, ВКЛЮЧАЮЩЕЕ В СЕБЯ:

- А) Бевацизумаб;
- Б) Лейковорин;
- В) Оксалиплатин;
- Г) режим FLOT;
- Д) режим FOLFOXIRI.

25. ПРИ НАЛИЧИИ МЕТАСТАЗОВ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В ПЕЧЕНИ ДЛЯ ОЦЕНКИ ИХ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВЫПОЛНЕНИЕ:

- А) КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием;
- Б) МРТ брюшной полости с внутривенным контрастированием;
- В) ПЭТ-КТ всего тела;
- Г) УЗИ брюшной полости;
- Д) рентгенографии брюшной полости.

26. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ МЕСТНОГО ИССЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ Т1 ИСПОЛЬЗУЕТСЯ:

- А) КТ;
- Б) МРТ;
- В) ПЭТ-КТ;
- Г) УЗИ;
- Д) рентгеноскопия.

27. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СЕМЕЙНЫЙ АДЕНОМАТОЗ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

- А) молекулярно-генетическое исследование мутаций MLH1 в крови;
- Б) молекулярно-генетическое исследование мутаций MSH2 в крови;
- В) молекулярно-генетическое исследование мутаций MSH6 в крови;

- Г) молекулярно-генетическое исследование мутаций PMS2 в крови;
- Д) молекулярно-генетическое исследование мутаций в гене APC в крови.

28. ПРИ «pN2» ИЛИ «pT4N1» РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПО СХЕМЕ «FOLFOX» В ТЕЧЕНИЕ:

- А) 12 месяцев;
- Б) 18 месяцев;
- В) 4 месяцев;
- Г) 6 месяцев;
- Д) 8 месяцев.

29. ПРИ «pN2» ИЛИ «pT4N1» РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПО СХЕМЕ «XELOX» В ТЕЧЕНИЕ:

- А) 14 месяцев;
- Б) 4 месяцев;
- В) 5 месяцев;
- Г) 6 месяцев;
- Д) 9 месяцев.

30. ПРИ РАННЕМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ 0–I СТАДИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ РАССМОТРЕТЬ ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ:

- А) комбинированного метода лечения;
- Б) органосохраняющих и функционально-щадящих способов лечения;
- В) полихимиотерапии;
- Г) радикального хирургического лечения;
- Д) химиолучевой терапии.

31. ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ ЛОКАЛИЗОВАННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ I–III СТАДИЙ РЕКОМЕНДОВАНО НА 1 ЭТАПЕ ПРОВОДИТЬ:

- А) комбинирование лечение;
- Б) комплексное лечение;
- В) лучевую терапию;
- Г) химиотерапию;
- Д) хирургическое лечение.

32. ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ ЛОКАЛИЗОВАННОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ АДЪЮВАНТНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ:

- А) при pT1N0M0;
- Б) при pT2N0M0;
- В) при выявлении метастатического поражения регионарных лимфатических узлов;
- Г) при наличии сахарного диабета;
- Д) при отсутствии метастатического поражения регионарных лимфатических узлов.

33. ПРИ СТАДИРОВАНИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ СИМВОЛУ «N1b» СООТВЕТСТВУЕТ:

- А) наличие диссеминатов в брыжейке кишки без поражения регионарных лимфатических узлов;
- Б) наличие метастазов в 1 регионарном лимфатическом узле;
- В) наличие метастазов в 2–3 регионарных лимфатических узлах;
- Г) наличие метастазов в 4–6 регионарных лимфатических узлах;
- Д) наличие метастазов в 7 и более регионарных лимфатических узлах.

34. ПРОВЕДЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ДИССЕМИНАЦИЮ ОПУХОЛИ ПОКАЗАНО В СЛУЧАЕ:

- А) если ее выявление влияет на выбор режима полихимиотерапии;
- Б) если ее выявление влияет на объем хирургического вмешательства;
- В) если ее выявление принципиально меняет тактику лечения;
- Г) если ее выявление принципиально не меняет тактику лечения;
- Д) если ее выявление становится показанием к назначению лучевой терапии.

35. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВЫПОЛНЕНИЮ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) аденокарцинома с инвазией в пределах подслизистого слоя по данным эндоскопического УЗИ;
- Б) аденокарцинома с инвазией в пределах слизистого слоя по данным эндоскопического УЗИ;
- В) аденокарцинома с умеренной или высокой степенью дифференцировки;
- Г) стадия $\geq T1sm1$;
- Д) тубулярно-ворсинчатая аденома с дисплазией эпителия тяжелой степени.

36. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВЫПОЛНЕНИЮ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАННЕГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) аденокарцинома высокой степени дифференцировки;
- Б) аденокарцинома с инвазией в пределах слизистого слоя по данным эндоскопического УЗИ;
- В) аденокарцинома умеренной степени дифференцировки;
- Г) наличие лимфоваскулярной инвазии;
- Д) тубулярно-ворсинчатая аденома;

37. РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА НАЗЫВАЮТ:

- А) доброкачественную опухоль, исходящую из слизистой оболочки толстой кишки;
- Б) злокачественную опухоль, исходящую из мышечной оболочки толстой кишки;
- В) злокачественную опухоль, исходящую из подслизистого слоя толстой кишки;
- Г) злокачественную опухоль, исходящую из слизистой оболочки прямой кишки;
- Д) злокачественную опухоль, исходящую из слизистой оболочки толстой кишки.

38. РАКУ СИГМОВИДНОЙ КИШКИ «T2N0M0» СООТВЕТСТВУЕТ ХАРАКТЕРИСТИКА:

- А) опухоль прорастает в окружающие органы и ткани или серозную оболочку кишки;
- Б) опухоль прорастает во все слои стенки кишки с распространением в жировую клетчатку без поражения соседних органов;
- В) опухоль распространяется в подслизистый слой стенки кишки;
- Г) опухоль распространяется на мышечный слой без прорастания в стенку кишки;
- Д) преинвазивный рак.

39. РЕГИОНАРНЫМИ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ УЗЛАМИ ДЛЯ НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ УЗЛЫ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ ПО ХОДУ:

- А) a. colica dextra, a. colica media;
- Б) a. colica media, a. colica sinistra;
- В) a. colica sinistra, a. mesenterica inferior;
- Г) a. ileocolica;
- Д) a. ileocolica, a. colica dextra.

40. РЕГИОНАРНЫМИ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ УЗЛАМИ ДЛЯ СЛЕПОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ УЗЛЫ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ ПО ХОДУ:

- А) a. colica dextra, a. colica media;
- Б) a. colica media, a. colica sinistra;
- В) a. colica sinistra, a. mesenterica inferior;
- Г) a. ileocolica;
- Д) a. ileocolica, a. colica dextra.

41. СТАДИРОВАНИЕ ПО «NAGGITT» РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- А) I уровень;
- Б) II уровня;
- В) III уровня;
- Г) IV уровня;
- Д) VI уровней.

42. СТАДИРОВАНИЕ ПО «KIKUCHI» РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ОПУХОЛЯХ:

- А) T1;
- Б) T2;
- В) T3;
- Г) T4;
- Д) Tis.

43. СТАДИРОВАНИЕ ПО «KIKUCHI» РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:

- А) глубине инвазии всех слоев кишечной стенки;
- Б) глубине инвазии мышечного слоя;
- В) глубине инвазии подслизистого слоя;
- Г) глубине инвазии серозного слоя;
- Д) глубине инвазии слизистого слоя.

44. СТАНДАРТНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) КТ с внутривенным контрастированием;
- Б) МРТ;
- В) ПЭТ-КТ;
- Г) УЗИ;
- Д) рентгенография.

45. У 3–5 % ПАЦИЕНТОВ РАЗВИТИЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ СВЯЗАНО С:

- А) болезнью Крона;
- Б) курением;
- В) неспецифическим язвенным колитом;
- Г) синдромом Линча, семейными аденоматозом толстой кишки, MutYH-ассоциированным полипозом;
- Д) употреблением алкоголя.

46. ЦЕТУКСИМАБ МОЖЕТ НАЗНАЧАТЬСЯ В МОНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ С ОТСУТСТВИЕМ МУТАЦИИ ГЕНОВ:

- А) APC;
- Б) BRAF;
- В) BRCA1;
- Г) RAS;
- Д) UGT1A1*28.

47. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННЕГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ:

- А) аденокарциномах низкой степени дифференцировки;
- Б) аденокарциномах с инвазией в пределах мышечного слоя;
- В) перстневидноклеточном раке;
- Г) слизистой аденокарциноме;
- Д) тубулярно-ворсинчатых аденомах с дисплазией эпителия тяжелой степени.

48. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННЕГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ:

- А) аденокарциномах низкой степени дифференцировки;
- Б) аденокарциномах с инвазией в пределах мышечного слоя по данным эндоскопического УЗИ;
- В) аденокарциномах с инвазией в пределах слизистого и подслизистого слоя по данным эндоскопического УЗИ;
- Г) наличии лимфоваскулярной инвазии;
- Д) перстневидноклеточном раке.

49. ВРЕМЯ, ЧЕРЕЗ КОТОРОЕ НУЖНО ПРОВЕСТИ ОЦЕНКУ ОПЕРАБЕЛЬНОСТИ ОПУХОЛИ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ХЛТ ПРИ ИСХОДНО НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) через 10-12 недель;
- Б) через 2-3 недели;
- В) через 4-5 недель;
- Г) через 7-9 недель;
- Д) нет правильного ответа.

50. ГЕН, КОТОРЫЙ НУЖНО ИССЛЕДОВАТЬ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СИНДРОМ ЛИНЧА У БОЛЬНОГО РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) BRAF;

- Б) BRSA;
- В) MLH1;
- Г) MSI;
- Д) нет правильного ответа.

51. ГЕН, КОТОРЫЙ НУЖНО ТЕСТИРОВАТЬ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА СЕМЕЙНЫЙ АДЕНОМАТОЗ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) BRCA;
- Б) MLH1;
- В) MSI;
- Г) APC;
- Д) нет правильного ответа.

52. ГЕН, ПОДТВЕРЖДЕНИЕ/ИСКЛЮЧЕНИЕ МУТАЦИЙ В КОТОРОМ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) BRAF;
- Б) BRCA;
- В) MSI;
- Г) RAS;
- Д) нет правильного ответа.

53. ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ ГРАДАЦИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ/РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) 2-ступенчатая: низкая степень злокачественности (включает карциномы G1 G2), высокая степень злокачественности (включает карциномы G3 G4);
- Б) 2-ступенчатая: низкая степень злокачественности (включает карциномы G3 G4), высокая степень злокачественности (включает карциномы G1 G2);
- В) 3-ступенчатая: низкая степень злокачественности (G1), умеренная степень злокачественности (G2), высокая степень злокачественности (G3);
- Г) 3-ступенчатая: низкая степень злокачественности (G3), умеренная степень злокачественности (G2), высокая степень злокачественности (G1).

54. ГЛУБИНА ИНВАЗИИ В МЕЗОРЕКТАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ ПО ДАННЫМ МРТ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ «Т3d» СТАДИИ:

- А) 2 мм;
- Б) 5-15 мм;
- В) более 15 мм;
- Г) менее 1мм;
- Д) нет правильного ответа.

55. ГЛУБИНА ИНВАЗИИ В МЕЗОРЕКТАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ ПО ДАННЫМ МРТ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ «Т3а» СТАДИИ:

- А) 5 мм;
- Б) 5-15 мм;
- В) более 2 мм;
- Г) менее 1 мм;

Д) все ответы правильны.

56. ГРАНИЦЫ ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) 10–15 см от анокутанной линии;
- Б) 11–15 см от анокутанной линии;
- В) 12–15 см от анокутанной линии;
- Г) 13–15 см от анокутанной линии;
- Д) все ответы верные.

57. ГРАНИЦЫ НИЖНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) 0–5 см от анокутанной линии;
- Б) 1–5 см от анокутанной линии;
- В) 2–5 см от анокутанной линии;
- Г) 3–5 см от анокутанной линии;
- Д) нет правильного ответа.

58. ГРАНИЦЫ СРЕДНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) 5–10 см от анокутанной линии;
- Б) 6–10 см от анокутанной линии;
- В) 7–10 см от анокутанной линии;
- Г) 8–10 см от анокутанной линии;
- Д) все ответы верные.

59. ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРУЮ ВОЗМОЖНО ПОЛУЧИТЬ ПРИ ТОТАЛЬНОЙ КОЛОНОСКОПИИ С БИОПСИЕЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) наличие генетической мутации;
- Б) наличие отдаленных метастазов;
- В) определение локализации и гистогенеза опухоли;
- Г) поражение регионарных лимфатических узлов;
- Д) все ответы правильны.

60. ИССЛЕДОВАНИЕ, ДАЮЩЕЕ ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ МЕСТНОГО ИССЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ Т1 СТАДИИ:

- А) МРТ;
- Б) ПЭТ-КТ;
- В) УЗ-колоноскопия;
- Г) УЗИ внутренних органов;
- Д) все ответы правильны.

61. ИССЛЕДОВАНИЕ, ДАЮЩЕЕ ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ПЛАНИРОВАНИЯ МЕСТНОГО ИССЕЧЕНИЯ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ Т3 СТАДИИ:

- А) МРТ;
- Б) ПЭТ-КТ;
- В) УЗ-колоноскопия;
- Г) УЗИ внутренних органов;

Д) все верно.

62. ИССЛЕДОВАНИЕ, ПОКАЗАННОЕ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ МЕСТНОГО ИССЕЧЕНИЯ «T1sm1» И ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) КТ малого таза;
- Б) ПЭТ-КТ;
- В) УЗ-колоноскопия;
- Г) остеосцинтиграфия.
- Д) нет правильного ответа.

63. ИССЛЕДОВАНИЕ, ПОКАЗАННОЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА:

- А) КТ головного мозга;
- Б) МРТ грудной клетки;
- В) ЭЭГ;
- Г) ангиография головного мозга;
- Д) все ответы правильны.

64. ИССЛЕДОВАНИЕ, ПОКАЗАННОЕ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОСТЕЙ СКЕЛЕТА ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) КТ;
- Б) МРТ;
- В) остеосцинтиграфия;
- Г) рентгенография костей таза;
- Д) все ответы верные.

65. ИССЛЕДОВАНИЕ, ПРОВОДЯЩЕЕСЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ОПЕРАБЕЛЬНОСТИ ОПУХОЛИ ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ХЛТ ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) МРТ малого таза;
- Б) ирригоскопия;
- В) колоноскопия;
- Г) рентгенография желудка;
- Д) все ответы правильны.

66. ИССЛЕДОВАНИЯ, НА ОСНОВАНИИ КОТОРЫХ ПРОВОДИТСЯ ДЕТАЛЬНОЕ СТАДИРОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ МЕСТНОГО ИССЕЧЕНИЯ T1 РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) МРТ малого таза;
- Б) УЗ-колоноскопия;
- В) УЗИ органов брюшной полости;
- Г) УЗИ органов малого таза.
- Д) нет правильного ответа.

67. КОМБИНАЦИЯ ПРЕПАРАТОВ, ОПТИМАЛЬНАЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ III СТАДИИ:

- А) Иринотекан с фторпиримидинами;
- Б) Оксалиплатин с фторпиримидинами;
- В) таксаны с препаратами платины;
- Г) таксаны с фторпиримидинами;
- Д) все ответы верные.

68. КОМБИНАЦИЯ ПРЕПАРАТОВ, СООТВЕТСТВУЮЩАЯ РЕЖИМУ 2FOLFOX6» ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) Иринотекан, Капецитабин, Оксалиплатин;
- Б) Ифосфамид, Доксорубицин;
- В) Оксалиплатин, Кальций фолинат, 5-фторурацил;
- Г) Оксалиплатин, Капецитабин;
- Д) все ответы верные.

69. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ, ВОЗМОЖНЫЕ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) болевой синдром;
- Б) опухолевый стеноз;
- В) острое кровотечение;
- Г) почечная недостаточность;
- Д) все ответы верные.

70. ОБЪЁМЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, РЕКОМЕНДУЕМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки;
- Б) низкая чрезбрюшная резекция прямой кишки;
- В) субтотальная резекция прямой кишки;
- Г) чрезбрюшная резекция прямой кишки;
- Д) все ответы верные.

71. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ, ВЫПОЛНЯЮЩАЯСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОМ И МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННОМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ II–III СТАДИЙ ПРИ УСЛОВИИ ОТСУТСТВИЯ ВОВЛЕЧЕНИЯ ЦИРКУЛЯРНЫХ КРАЁВ РЕЗЕКЦИИ (НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ МРТ):

- А) иммунотерапия;
- Б) лучевая терапия;
- В) таргетная терапия;
- Г) химиотерапия;
- Д) правильного ответа нет.

72. ПРЕИМУЩЕСТВО ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) большее использование опиоидных анальгетиков;
- Б) высокая частота развития и выраженность спаечного процесса;
- В) ранняя реабилитация пациентов;
- Г) удобство хирурга;
- Д) правильного ответа нет.

73. ПРЕПАРАТ «МКА», КОТОРЫЙ МОЖНО ДОБАВИТЬ К ТЕРАПИИ ПРИ ОТСУТСТВИИ МУТАЦИИ «RAS» ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) Бевацизумаб;
- Б) Ниволумаб;
- В) Панитумумаб;
- Г) Цетуксимаб;
- Д) правильного ответа нет.

74. ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЙСЯ В АДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ФТОРПИРИМИДИНАМИ В МОНОРЕЖИМЕ ПРИ «урT1–2N0» СТАДИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) Винкристин;
- Б) Доксорубицин;
- В) Капецитабин;
- Г) Топотекан;
- Д) нет правильного ответа.

75. ПРЕПАРАТ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЙСЯ В РЕЖИМЕ «XELOX» ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) 5-фторурацил;
- Б) Иринотекан;
- В) Кальция фолинат;
- Г) Оксалиплатин;
- Д) все ответы верные.

76. ПРЕПАРАТЫ - ИНГИБИТОРЫ «BRAF», ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) Биниметиниб;
- Б) Дабрафениб;
- В) Траметиниб;
- Г) Энкорафениб.
- Д) все ответы верные.

77. ПРЕПАРАТЫ «МКА», ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) бевацизумаб;
- Б) панитумумаб;
- В) ритуксимаб;
- Г) цетуксимаб;
- Д) все ответы верные.

78. ПРЕПАРАТЫ «МКА», ПРОЯВЛЯЮЩИЕ САМОСТОЯТЕЛЬНУЮ АКТИВНОСТЬ, ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ РЕКОМЕНДОВАТЬ ИХ В МОНОТЕРАПИИ В III–IV ЛИНИЯХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) Алемтузумаб;
- Б) Иматиниб;

- В) Панитумумаб;
- Г) Цетуксимаб;
- Д) все вышеперечисленные препараты.

79. ПРЕПАРАТЫ В АДЬЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ВХОДЯЩИЕ В СХЕМУ МОДИФИЦИРОВАННОГО РЕЖИМА «DE GRAMONT»:

- А) 5-фторурацил;
- Б) Кальций фолинат;
- В) Капецитабин;
- Г) Паклитаксел;
- Д) все вышеперечисленные препараты.

80. ПРЕПАРАТЫ, ВХОДЯЩИЕ В РЕЖИМ «FOLFIRI», ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) 5-фторурацил;
- Б) Доцетаксел;
- В) Иринотекан;
- Г) Оксалиплатин;
- Д) Инсулин.

81. ПРЕПАРАТЫ, ВХОДЯЩИЕ В РЕЖИМ «mDCF», ПРИМЕНЯЕМЫЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА:

- А) 5-фторурацил;
- Б) Доцетаксел;
- В) Паклитаксел;
- Г) Цисплатин;
- Д) все вышеперечисленные препараты.

82. ПРЕПАРАТЫ, ВХОДЯЩИЕ В СХЕМУ «XELOX»:

- А) 5-фторурацил;
- Б) Иринотекан;
- В) Капецитабин;
- Г) Оксалиплатин;
- Д) все вышеперечисленные препараты.

83. ПРЕПАРАТЫ, ВХОДЯЩИЕ В СХЕМУ ХИМИОТЕРАПИИ «XELIRI»:

- А) Доцетаксел;
- Б) Иринотекан;
- В) Капецитабин;
- Г) Оксалиплатин.
- Д) все вышеперечисленные препараты.

84. ПРЕПАРАТЫ, ВХОДЯЩИЕ В СХЕМУ ХИМИОТЕРАПИИ «НИГРО» ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА:

- А) 5-фторурацил;

- Б) Карбоплатин;
- В) Митомицин;
- Г) Оксалиплатин;
- Д) Не один из вышеперечисленных препаратов.

85. ПРИ «рТ3–4N0» ИЛИ «рТ1–4N+» РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРОВОДИТСЯ АДЬЮВАНТНАЯ ХТ ПО СХЕМЕ:

- А) FOLFIRINOX;
- Б) FOLFOX;
- В) XELIRI;
- Г) XELOX;
- Д) по схемам «FOLFOX» и «XELOX».

86. ПРИ «Т1» РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОПУХОЛЬ:

- А) распространяется в адвентиционный слой стенки кишки;
- Б) распространяется в мышечный слой стенки кишки;
- В) распространяется в подслизистый слой стенки кишки;
- Г) распространяется на собственную пластинку слизистой стенки кишки;
- Д) нет верного ответа.

87. ПРИ «Т2» РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОПУХОЛЬ:

- А) распространяется в адвентиционный слой стенки кишки;
- Б) распространяется в подслизистый слой стенки кишки;
- В) распространяется на мышечный слой, без прорастания стенки кишки;
- Г) распространяется на собственную пластинку слизистой стенки кишки;
- Д) все ответы правильные.

88. ПРИ «Т3» ВЕРХНЕАМПУЛЯРНОГО ОТДЕЛА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ И РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ОПУХОЛЬ:

- А) прорастает все слои стенки кишки с распространением в жировую клетчатку, без поражения соседних органов;
- Б) распространяется в адвентиционный слой стенки кишки;
- В) распространяется до субсерозной оболочки;
- Г) распространяется на мышечный слой, без прорастания стенки кишки;
- Д) все перечисленные ответы не верны.

89. ПРИ «Т3» РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОПУХОЛЬ:

- А) прорастает все слои стенки кишки с распространением в жировую клетчатку, без поражения соседних органов;
- Б) распространяется в адвентиционный слой стенки кишки;
- В) распространяется на мышечный слой, без прорастания стенки кишки;
- Г) распространяется на собственную пластинку слизистой стенки кишки;
- Д) все ответы правильные.

90. ПРИ «Т4а» РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОПУХОЛЬ:

- А) прорастает в другие органы и структуры;
- Б) прорастает висцеральную брюшину;
- В) распространяется в подслизистый слой стенки кишки;
- Г) распространяется в пределах слизистой кишки.
- Д) все ответы правильные.

91. ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ МРТ МАЛОГО ТАЗА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ:

- А) гистологический тип опухоли;
- Б) глубину инвазии опухоли;
- В) мутации генов;
- Г) наличие отдалённых метастазов в печени
- Д) все перечисленные ответы не верны.

92. ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ОБЪЁМ ОБЛУЧЕНИЯ ЗОНЫ РЕГИОНАРНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ДОЛЖЕН ВКЛЮЧАТЬ:

- А) нижние брыжеечные лимфоузлы;
- Б) obturatorные лимфоузлы;
- В) пресакральные лимфоузлы;
- Г) селезеночные лимфоузлы;
- Д) все ответы правильные.

93. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ III СТАДИИ СОСТАВЛЯЕТ:

- А) 12 месяцев;
- Б) 3 месяца;
- В) 6 месяцев;
- Г) 9 месяцев;
- Д) 2 года.

94. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ СТАДИИ «pT3–4N0» ИЛИ «pT1–4N+» РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) 1год;
- Б) 2 месяца;
- В) 3 месяца;
- Г) 6 месяцев;
- Д) 9 месяцев.

95. СЛУЧАЙ, В КОТОРОМ ПРОВОДИТСЯ АДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИ «pT3–4N0» ИЛИ «pT1–3N1–2» СТАДИЯХ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ:

- А) если ЛТ была проведена до операции;
- Б) если ЛТ не была проведена до операции;
- В) если неадъювантная ХТ была проведена до операции;
- Г) если неадъювантная ХТ не была проведена до операции;
- Д) нет верного ответа.

96. СТАДИИ «M1b» РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ СООТВЕТСТВУЕТ:

- А) наличие отдаленных метастазов более чем в одном органе или по брюшине;
- Б) наличие отдаленных метастазов в одном органе;
- В) прорастание висцеральной брюшины;
- Г) прорастание всей стенки кишки.
- Д) все ответы правильные.

97. СТАДИИ «N1b» РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ СООТВЕТСТВУЕТ:

- А) наличие диссеминатов в брыжейке без поражения регионарных лимфатических узлов;
- Б) наличие метастаза в 1 регионарном лимфатическом узле;
- В) наличие метастазов в 2–3 регионарных лимфатических узлах;
- Г) наличие метастазов в 3–4 регионарных лимфатических узлах;
- Д) нет верного ответа.

98. СТАДИИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ПРИ КОТОРЫХ АДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ НЕ ПРОВОДИТСЯ:

- А) pT0N0;
- Б) pT1–2N0;
- В) pT3–4N0;
- Г) pT1–4N+;
- Д) нет верного ответа.

99. УРОВЕНЬ, КОТОРОМУ СООТВЕТСТВУЕТ ГЛУБИНА ИНВАЗИИ ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ ДО 1/3 ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ (ПО СТАДИИ KIKUCHI «T1sm1»):

- А) I уровень;
- Б) II–IV уровень;
- В) IV уровень;
- Г) I–II уровень;
- Д) II–III уровень.

100. ФАКТОРЫ НЕГАТИВНОГО ПРОГНОЗА ПРИ РАННЕМ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ 0 - I СТАДИИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕННОЙ ОПЕРАЦИИ:

- А) высокодифференцированная аденокарцинома;
- Б) поражение краёв резекции;
- В) сосудистая или периневральная инвазия;
- Г) стадия $\geq pT1sm3.+$;
- Д) нет правильного ответа.

101. БОЛЬНЫМ МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА В КАЧЕСТВЕ ВТОРОЙ ЛИНИИ ХИМИОТЕРАПИИ ВВОДЯТ ПРЕПАРАТ/ПРЕПАРАТЫ:

- А) Митомицин + Цисплатин;
- Б) Фторурацил;
- В) Фторурацил + Оксалиплатин;
- Г) Фторурацил + Цисплатин;
- Д) Цисплатин.

102. В КАЧЕСТВЕ АЛЬТЕРНАТИВНОГО РЕЖИМА ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА T1-2 N0-2 M0 ПРОВОДИТСЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В КОМБИНАЦИИ С ХИМИОТЕРАПИЕЙ ПРЕПАРАТАМИ:

- А) Иринотекан;
- Б) Капецитабин;
- В) Лейковорин;
- Г) Митомицин;
- Д) Оксалиплатин.

103. В КАЧЕСТВЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ РЕЦИДИВА/ПРОДОЛЖЕННОГО РОСТА РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА В ОБЛАСТИ ПАХОВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ:

- А) Брикера;
- Б) Гартмана;
- В) Дюкена;
- Г) Льюиса;
- Д) Уиппла.

104. В КАЧЕСТВЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ РЕЦИДИВА/ПРОДОЛЖЕННОГО РОСТА РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА В ОБЛАСТИ ТАЗОВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ:

- А) бедренной лимфодиссекции;
- Б) парааортальной лимфодиссекции;
- В) паховой лимфодиссекции;
- Г) тазовой и парааортальной лимфодиссекцию;
- Д) тазовой лимфодиссекции.

105. ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ПОЛЯ ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА УРОВНЕ:

- А) L1-S3 позвонков;
- Б) L2 позвонка;
- В) L4-S2 позвонков;
- Г) L5-S1 позвонков;
- Д) S5 позвонка.

106. ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ, СТРАДАЮЩИМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ДЛЯ ЛОКАЛЬНОГО СТАДИРОВАНИЯ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ:

- А) КТ органов малого таза;
- Б) МРТ органов малого таза;
- В) ПЭТ-КТ;
- Г) УЗИ органов малого таза;
- Д) рентгенографии органов малого таза.

107. ВЫПОЛНЕНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ИССЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО ПАЦИЕНТАМ С ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА «T1N0M0» ПРИ УСЛОВИИ:

- А) возможности достижения расстояния от границ опухоли до краёв резекции не менее 0,3 см;
- Б) возможности достижения расстояния от границ опухоли до краёв резекции не менее 0,5 см;
- В) высокой степени дифференцировки опухоли;
- Г) низкой степени дифференцировки опухоли;
- Д) отсутствия инвазии сфинктерного аппарата.

108. ВЫПОЛНЕНИЕ ЛОКАЛЬНОГО ИССЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО ПАЦИЕНТАМ С ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА T1N0M0 ПРИ УСЛОВИИ:

- А) возможности достижения расстояния от границ опухоли до краёв резекции не менее 0,3 см;
- Б) возможности достижения расстояния от границ опухоли до краёв резекции не менее 0,5 см;
- В) возможности достижения расстояния от границ опухоли до краёв резекции не менее 1 см;
- Г) высокой степени дифференцировки опухоли;
- Д) низкой степени дифференцировки опухоли.

109. ВЫСОКИМ ОНКОГЕННЫМ РИСКОМ ОБЛАДАЕТ ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА:

- А) 13 типа;
- Б) 18 типа;
- В) 19 типа;
- Г) 22 типа;
- Д) 38 типа.

110. ВЫСОКИМ ОНКОГЕННЫМ РИСКОМ ОБЛАДАЕТ ВИРУС ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА:

- А) 16 типа;
- Б) 17 типа;
- В) 19 типа;
- Г) 21 типа;
- Д) 22 типа.

111. ДИАГНОЗ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

- А) КТ и МРТ;
- Б) физикального осмотра;
- В) УЗИ;
- Г) анамнеза;
- Д) патолого-анатомического исследования биопсийного материала.

112. ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОСТАТОЧНОГО КОЛИЧЕСТВА МАТЕРИАЛА ДЛЯ ПАТОЛОГО-АНАТОМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ТРЕБУЕТСЯ ВЫПОЛНИТЬ:

- А) 1 биопсия стандартными эндоскопическими щипцами;
- Б) 10 биопсий стандартными эндоскопическими щипцами;
- В) несколько (3–5) биопсий стандартными эндоскопическими щипцами;
- Г) полное удаление образования;
- Д) частичное удаление образования.

113. ДЛЯ ЭТИОЛОГИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЗНАЧИМЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕХАНИЗМ ЗАРАЖЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОСИТЕЛЬСТВА ВИРУСА ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА В ПОПУЛЯЦИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЧЕРЕЗ:

- А) анальный половой контакт;
- Б) аэрогенный путь;
- В) бытовой контакт;
- Г) гемоконтактный путь;
- Д) фекально-оральный путь.

114. КАТЕГОРИИ «N1b» ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА СООТВЕТСТВУЕТ:

- А) наличие метастазов в лимфатических узлах мезоректума, паховых, внутренних подвздошных;
- Б) наличие метастазов в наружных и внутренних подвздошных / паховых / мезоректальных лимфатических узлах;
- В) наличие метастазов в наружных подвздошных лимфатических узлах;
- Г) наличие метастазов в парааортальных лимфатических узлах;
- Д) наличие метастазов в чревных лимфатических узлах.

115. КАТЕГОРИИ «T2» ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА СООТВЕТСТВУЕТ:

- А) опухоль больше 2 см, но не больше 5 см в наибольшем измерении;
- Б) опухоль больше 5 см в наибольшем измерении;
- В) опухоль до 2 см в наибольшем измерении;
- Г) опухоль любого размера, прорастающая в окружающие органы и ткани;
- Д) преинвазивный рак.

116. КРИТЕРИЙ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА РЕЦИДИВА/ПРОДОЛЖЕННОГО РОСТА ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА:

- А) данные КТ;
- Б) данные ПЭТ-КТ;
- В) данные УЗИ;
- Г) результат визуального осмотра;
- Д) сочетание данных МРТ малого таза + решение мультидисциплинарной команды о наличии остаточной опухоли.

117. КРИТЕРИЙ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА РЕЦИДИВА/ПРОДОЛЖЕННОГО РОСТА ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА:

- А) данные КТ;
- Б) данные ПЭТ-КТ;
- В) данные УЗИ;
- Г) результат визуального осмотра;
- Д) рост остаточной опухоли при проведении 2-х последовательных МРТ малого таза/эндоректального УЗИ с интервалом не менее 4 недель.

118. КРИТЕРИЙ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА РЕЦИДИВА/ПРОДОЛЖЕННОГО РОСТА ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА:

- А) данные КТ;
- Б) данные ПЭТ-КТ;
- В) данные УЗИ;
- Г) морфологическая верификация рецидива/продолженного роста опухоли;
- Д) результат визуального осмотра.

119. КРИТЕРИЯМИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА РЕЦИДИВА ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) визуально определяемое образование;
- Б) морфологическая верификация рецидива;
- В) пальпаторно определяемое образование;
- Г) рост остаточной опухоли по данным 2-х последовательных МРТ малого таза;
- Д) увеличение ракового эмбрионального антигена.

120. КРИТЕРИЯМИ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА РЕЦИДИВА ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) визуально определяемое образование;
- Б) морфологическая верификация продолженного роста;
- В) сочетание данных МРТ малого таза и решения мультидисциплинарной команды о наличии остаточной опухоли;
- Г) увеличение маркера SCC;
- Д) нет верного ответа.

121. ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ДОЛЖНО СОСТОЯТЬ ИЗ:

- А) иммунотерапии;
- Б) лучевой терапии;
- В) лучевой терапии и химиотерапии;
- Г) химиотерапии;
- Д) хирургического лечения.

122. ЛОКАЛЬНОЕ ИССЕЧЕНИЕ ОПУХОЛИ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО:

- А) всем пациентам с плоскоклеточным гистотипом опухоли анального канала;
- Б) на первом этапе лечения больных раком анального канала с последующим проведением химиолучевой терапии;
- В) при интраэпителиальном раке анального канала, анального края или перианальной кожи;
- Г) при раке анального канала T2N0M0;
- Д) при рецидивах/продолженном росте рака анального канала.

123. НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПРОВОДИТСЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ:

- А) РОД 1,8-2 Гр, СОД 100 Гр;

- Б) РОД 1,8-2 Гр, СОД 40-46 Гр;
- В) РОД 2 Гр, СОД 20 Гр;
- Г) РОД 3 Гр, СОД 70 Гр;
- Д) РОД 5 Гр, СОД 25 Гр.

124. НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЕ РАЗГРУЗОЧНОЙ ДВУСТВОЛЬНОЙ ТРАНСВЕРЗОСТОМЫ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ПРОВЕДЕНИЕМ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПОКАЗАНО ПРИ:

- А) кахексии;
- Б) морфологически подтверждённом диагнозе (любому больному карциномой этой локализации);
- В) наличии отдалённых метастазов;
- Г) острой кишечной непроходимости;
- Д) подозрении на кровотечение.

125. НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ФОРМИРОВАНИЕ РАЗГРУЗОЧНОЙ ДВУСТВОЛЬНОЙ ТРАНСВЕРЗОСТОМЫ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ПРОВЕДЕНИЕМ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПОКАЗАНО ПРИ:

- А) астении;
- Б) наличии отдалённых метастазов;
- В) подозрении на кровотечение;
- Г) морфологически подтверждённом диагнозе (любому больному карциномой этой локализации);
- Д) ректовагинальном/наружном кишечном свище, связанном с опухолью анального канала.

126. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА:

- А) выделение крови и слизи с калом, боли в области заднего прохода, усиливающиеся при дефекации;
- Б) кишечная непроходимость;
- В) общая усталость;
- Г) отдышка в покое;
- Д) тошнота, рвота.

127. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ТИПОМ ОПУХОЛИ АНАЛЬНОГО КАНАЛА (70% –80% СЛУЧАЕВ) ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) аденокарцинома;
- Б) базальноклеточный рак;
- В) меланома;
- Г) мелкоклеточный рак;
- Д) плоскоклеточный рак.

128. НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ПОЛЯ ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА:

- А) 0,5 см ниже дистального края первичной опухоли;

- Б) 1 см ниже дистального края первичной опухоли;
- В) 2,5 см выше дистального края первичной опухоли;
- Г) 2,5 см ниже дистального края первичной опухоли;
- Д) 5 см ниже дистального края первичной опухоли.

129. ОБЪЕМ ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- А) весь малый таз;
- Б) первичную опухоль;
- В) первичную опухоль и регионарные лимфоузлы;
- Г) первичную опухоль и регионарные лимфоузлы с зонами возможного гематогенного метастазирования;
- Д) регионарные лимфоузлы.

130. ОБЪЁМ ОБЛУЧЕНИЯ НА ЗОНУ РЕГИОНАРНОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ДОЛЖЕН ВКЛЮЧАТЬ:

- А) нижние брыжеечные, паховые лимфоузлы;
- Б) obturatorные, внутренние подвздошные лимфоузлы;
- В) параректальные, obturatorные лимфоузлы;
- Г) пресакральные, параректальные лимфоузлы;
- Д) пресакральные, параректальные, obturatorные, внутренние подвздошные, нижние брыжеечные, паховые лимфоузлы.

131. ОДНИМ ИЗ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В КАЧЕСТВЕ КОМПОНЕНТА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) Иринотекан;
- Б) Митомицин;
- В) Оксалиплатин;
- Г) Паклитаксел;
- Д) Цисплатин.

132. ОДНИМ ИЗ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В КАЧЕСТВЕ КОМПОНЕНТА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) Иринотекан;
- Б) Капецитабин;
- В) Оксалиплатин;
- Г) Паклитаксел;
- Д) Цисплатин.

133. ПАЦИЕНТАМ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЛЕЧЕНИЯ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ:

- А) иммунотерапии;
- Б) лучевой терапии;
- В) химиолучевой терапии;

- Г) химиотерапии;
- Д) хирургического лечения.

134. ПАЦИЕНТАМ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ХИМИОТЕРАПИИ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ:

- А) 5-фторурацил + Цисплатин;
- Б) Иронотекаан + Карбоплатин;
- В) Митомидин + Карбоплатин;
- Г) Оксалиплатин + Карбоплатин;
- Д) Паклитаксел + Капецитабин.

135. ПАЦИЕНТАМ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА В СОСТАВ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ХИМИОТЕРАПИИ ВКЛЮЧАЮТ:

- А) 5-фторурацил;
- Б) Иринотекан;
- В) Карбоплатин;
- Г) Лейковорин;
- Д) Паклитаксел.

136. ПОНЯТИЕ ИНТРАЭПИТЕЛИАЛЬНЫЙ РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- А) анальную интраэпителиальную неоплазию I степени;
- Б) анальную интраэпителиальную неоплазию II-III степени;
- В) дисплазию анального эпителия лёгкой степени;
- Г) интраэпителиальный плоскоклеточный рак;
- Д) плоскоклеточную папиллому.

137. ПРЕДЛУЧЕВАЯ ТОПОМЕТРИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- А) КТ;
- Б) КТ и МРТ;
- В) МРТ;
- Г) ПЭТ-КТ;
- Д) УЗИ.

138. ПРИ ВЫБОРЕ ОБЪЁМА ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО ПОВОДУ РЕЦИДИВА/ПРОДОЛЖЕННОГО РОСТА ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ВЕРОЯТНОСТИ ДОСТИЖЕНИЯ РЕЗЕКЦИИ В ОБЪЁМЕ «R0» СЛЕДУЕТ ОТДАТЬ ПРЕДПОЧТЕНИЕ:

- А) брюшно-анальной резекции прямой кишки;
- Б) низкой резекции прямой кишки;
- В) резекции прямой кишки;
- Г) трансанальной резекции прямой кишки;
- Д) экстралеваторной брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

139. ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРОВОДИТСЯ ХИМИОТЕРАПИЯ:

- А) Бевацизумабом;
- Б) Митомицином;
- В) Оксалиплатином;
- Г) Цисплатином;
- Д) Эверолимусом.

140. ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НА ФОНЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРОВОДИТСЯ ХИМИОТЕРАПИЯ:

- А) Бевацизумабом;
- Б) Капецитабином;
- В) Оксалиплатином;
- Г) Цисплатином;
- Д) Эверолимусом.

141. ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА «Т1-2 N0-2 M0» ПРОВОДИТСЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ В КОМБИНАЦИИ С ХИМИОТЕРАПИЕЙ ПРЕПАРАТАМИ:

- А) Иринотекан;
- Б) Лейковорин;
- В) Митомицин;
- Г) Оксалиплатин;
- Д) Фторурацил.

142. ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА «Т1-2 N0-2 M0» ПРОВОДИТСЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПО ПРОГРАММЕ:

- А) РОД 1.8-2.0 Гр, СОД 40–42 Гр на первичную опухоль и зону регионарного метастазирования;
- Б) РОД 5.0 Гр, СОД 50 Гр на первичную опухоль и зону регионарного метастазирования;
- В) дополнительно буст на первичную опухоль РОД 1.8-2 Гр, СОД 6–10 Гр;
- Г) дополнительно буст на первичную опухоль РОД 1.8Гр, СОД 6–50 Гр;
- Д) дополнительно буст на первичную опухоль РОД 8 Гр, СОД 10 Гр.

143. ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА Т1-Т2 БУСТ ПРОВОДИТСЯ С:

- А) СОД 30-44;
- Б) СОД 40;
- В) СОД 50-54;
- Г) СОД 60-64;
- Д) СОД 70.

144. ПРИ РАКЕ АНАЛЬНОГО КАНАЛА Т3-Т4 БУСТ ПРОВОДИТСЯ С:

- А) СОД 30-44;
- Б) СОД 40;
- В) СОД 50-54;

- Г) СОД 56-60;
- Д) СОД 70.

145. РАЗВИТИЕ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА СВЯЗАНО С:

- А) курением;
- Б) наличием другого онкологического заболевания в анамнезе;
- В) наличием хронических воспалительных заболеваний;
- Г) носительством вирусов папилломы человека онкогенных типов;
- Д) характером питания.

146. РАК АНАЛЬНОГО КАНАЛА - ЭТО НОВООБРАЗОВАНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ:

- А) в области аноректальной линии;
- Б) в области соединения анодермы с перианальной кожей;
- В) в области, проксимальной границей которой является верхний край аноректальной линии, а дистальной – место соединения анодермы с перианальной кожей;
- Г) выше зубчатой линии;
- Д) из перианальной области.

147. У ПАЦИЕНТОВ С ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПОКАЗАНО ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ОНКОМАРКЕРА:

- А) SCC;
- Б) РЭА;
- В) СА-125;
- Г) СА-199;
- Д) ХГЧ.

148. ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СХЕМА «MDCF» ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПРЕПАРАТЫ:

- А) Доцетаксел;
- Б) Иринотекан;
- В) Карбоплатин;
- Г) Оксалиплатин;
- Д) Цисплатин.

149. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ВЫПОЛНЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ:

- А) первичного лечения;
- Б) предшествующего проведения химиолучевой терапии;
- В) продолженного роста;
- Г) рецидива;
- Д) рецидива или продолженного роста.

150. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО У БОЛЬНЫХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ АНАЛЬНОГО КАНАЛА ПОСЛЕ ОКОНЧАНИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ХИМИОЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

- А) через 15-30 недель;

- Б) через 20-25 недель;
- В) через 25-50 недель;
- Г) через 26-29 недель;
- Д) через 30-40 недель.

151. ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОТ ВСЕХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПРЯМОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ:

- А) 12–31 %;
- Б) 19–62 %;
- В) 1–6 %;
- Г) 20–60 %;
- Д) 6–22 %.

152. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКЕ И ЕЕ СТАДИИ С «T2N1aM0», ОПЕРАЦИЮ В КАКОМ ОБЪЕМЕ СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ ПАЦИЕНТУ:

- А) левосторонняя гемиколэктомия;
- Б) диагностическая лапароскопия, смывы брюшины;
- В) правосторонняя гемиколэктомия;
- Г) эндоскопическое удаление опухоли;
- Д) все ответы неправильные.

153. ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ПОЛИПА ПРЯМОЙ КИШКИ РАЗМЕРОМ 1 СМ НЕОБХОДИМО:

- А) удалить полип через ректоскоп
- Б) направить больного к онкологу
- В) произвести колоноскопию, гастроскопию и удалить полип
- Г) направить больного на ирригоскопию
- Д) направить больного на госпитализацию

154. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕКТОРОМАНОСКОПИИ В ПРЯМОЙ КИШКЕ НА ВЫСОТЕ 10 СМ ОТ КРАЯ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ОБНАРУЖЕН ВОРСИНЧАТЫЙ ПОЛИП РАЗМЕРОМ 3x2 СМ. НА ОСНОВАНИИ ПРОВЕДЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ УСТАНОВЛЕНО, ЧТО ВОРСИНЧАТЫЙ ПОЛИП ИМЕЕТ ДОБРОКАЧЕСТВЕННУЮ СТРУКТУРУ. В ЭТОМ СЛУЧАЕ СЛЕДУЕТ:

- А) рекомендовать повторную явку на приём через 6 месяцев
- Б) экстренно госпитализировать больного в стационар
- В) госпитализировать больного в стационар в плановом порядке для оперативного удаления полипа
- Г) направить к специалисту онкологу
- Д) назначить лечебные микроклизмы

155. КОМБИНИРОВАННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПО ПОВОДУ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ СЧИТАЕТСЯ ТАКОЕ ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, КОГДА:

- А) наряду с опухолью удаляется желчный пузырь с камнями
- Б) наряду с удалением опухоли выполняется аортоподвздошнотазовая лимфаденэктомия
- В) наряду с опухолью удаляется другой орган по поводу неопухолевого заболевания
- Г) наряду с опухолью удаляются соседние органы или ткани, вовлеченные в опухолевый процесс или производится резекция печени по поводу метастазов рака
- Д) одновременно удаляется матка из-за наличия крупных миом

2.2. Промежуточный контроль

Примеры вопросов для собеседования:

1. Назовите схему химиотерапии «xelox» при раке ободочной кишки
2. Какой лечебно-диагностический метод используют для исключения случаев синхронных образований толстой кишки?
3. Какое самое распространенное злокачественное новообразование ободочной кишки?
4. Что относится к органосохраняющим и функционально щадящим способам лечения, при раннем раке ободочной кишки 0–I стадии?
5. В каком случае показана консультация генетика у пациентов при раке ободочной кишки?
6. Что является негативным фактором прогноза рака ободочной кишки после эндоскопического удаления?
7. Что является негативным фактором прогноза рака ободочной кишки после эндоскопического удаления?
8. Что является негативным фактором прогноза рака ободочной кишки после эндоскопического удаления?
9. Что является негативным фактором прогноза рака ободочной кишки после эндоскопического удаления?
10. Какой срок начала адъювантной терапии при раке ободочной кишки является оптимальным?
11. Что является опухолевыми маркерами для ободочной кишки?
12. Какой стадия рака ободочной кишки соответствуют опухоли «T₂N₀M₀»?
13. С какими мутации генов может назначаться панитумумаб как в монотерапии, так и в комбинации с химиотерапией у пациентов при раке ободочной кишки?
14. Каким образом пациентам с «pT₁₋₃N₁M₀» стадией рака ободочной кишки рекомендуется проводить адъювантную химиотерапию?
15. С какими режимами Препараты цетуксимаб и панитумумаб при раке ободочной кишки не должны применяться?
16. Какие гены исследуются при полипозе ободочной кишки?
17. Лигирование чего является обязательным условием при выполнении расширенной правосторонней гемикол-эктомии?
18. Лигирование чего у ее/их основания является обязательным условием при выполнении расширенной правосторонней гемикол-эктомии?
19. Выполнение чего показано при выявлении мутации гена «арс» рака ободочной кишки?
20. Какова тактика лечение при метастатических очагах рака ободочной кишки?
21. Какое хирургическое вмешательство показано при локализации опухоли в области восходящего отдела ободочной кишки?

22. Какое хирургическое вмешательство показано при локализации опухоли в области сигмовидной кишки?
23. Какое хирургическое вмешательство показано при локализации опухоли в области слепой кишки?
24. Что включает в себя сочетание, которое назначается при мутации в гене «braf» в качестве 1-й линии при метастатическом раке ободочной кишки?
25. Выполнение какого вида диагностики рекомендуется при наличии метастазов рака ободочной кишки в печени?
26. Какое исследование проводится при подозрении на семейный аденоматоз?
27. Проведение какой схемы адъювантной химиотерапии рекомендуется при «pN2» или «pT4N1» раке ободочной кишки?
28. Что используется при планировании местного иссечения рака ободочной кишки t1?
29. В течение какого времени рекомендуется проведение адъювантной химиотерапии по схеме «xelox» при «pN2» или «pT4N1» раке ободочной кишки?
30. Рекомендуется рассмотреть возможность применения какой тактики при раннем раке ободочной кишки 0–i стадии?
31. Какое лечение рекомендовано проводить на 1 этапе при резектабельном локализованном раке ободочной кишки i–iii стадий?
32. В каком случае рекомендуется проводить адъювантную химиотерапию при резектабельном локализованном раке ободочной кишки?
33. Что соответствует символу «N1b» при стадировании рака ободочной кишки?
34. Проведение диагностической лапароскопии при подозрении на диссеминацию опухоли показано в случае
35. Противопоказанием к выполнению эндоскопического лечения раннего рака ободочной кишки является
36. Противопоказанием к выполнению эндоскопического лечения раннего рака ободочной кишки является
37. Риск развития рака толстой кишки очень высок у больных
38. Раку сигмовидной кишки «t2n0m0» соответствует характеристика
39. Регионарными лимфатическими узлами для нисходящей ободочной кишки являются узлы, расположенные по ходу
40. Регионарными лимфатическими узлами для слепой кишки являются узлы, расположенные по ходу
41. Стадирование по «haggitt» рака ободочной кишки включает в себя
42. Стадирование по «kikuchi» используется при опухолях
43. Стандартным исследованием для верификации диагноза при раке ободочной кишки является
44. У 3–5 % пациентов развитие рака ободочной кишки связано с
45. Цетуксимаб может назначаться в монотерапии у пациентов при раке ободочной кишки
46. Эндоскопическое лечение раннего рака ободочной кишки рекомендуется при
47. Эндоскопическое лечение раннего рака ободочной кишки рекомендуется при
48. Ген, который нужно исследовать при подозрении на синдром Линча у больного раком прямой кишки
49. Ген, который нужно тестировать при подозрении на семейный аденоматоз при раке прямой кишки
50. Гены подтверждение/исключение мутаций в котором обязательно при метастатическом раке прямой кишки
51. Гистологическая градация аденокарциномы/рака прямой кишки
52. По какой классификации происходит стадирование опухоли ободочной кишки
53. Границы верхнеампулярного отдела рака прямой кишки
54. Границы нижнеампулярного отдела рака прямой кишки
55. Границы среднеампулярного отдела рака прямой кишки

56. Информация, которую возможно получить при тотальной колоноскопии с биопсией при раке прямой кишки
57. Перечислите препараты и кратность, входящие в режим «folfigi», применяемый при раке прямой кишки
58. Причины возникновения рака ободочной кишки
59. Определение синдрома Линча
60. Методы лечения при раке прямой кишки
61. Основные таргетные препараты используемые при лечении рака прямой кишки
62. Объёмы оперативных вмешательств, рекомендуемые при лечении рака прямой кишки
63. Неотложные состояния, возможные при раке прямой кишки
64. Преимущество лапароскопических операций при раке прямой кишки
65. Преимущество лапароскопических операций при раке прямой кишки перед открытой
66. Исследование, показанное при подозрении на метастатическое поражение костей скелета при раке прямой кишки
67. Препараты - ингибиторы «BRAF», используемые в лечении рака прямой кишки
68. Препараты и кратность в адъювантной химиотерапии рака прямой кишки, входящие в схему модифицированного режима «DE GRAMONT»
69. Ослабленным пациентам (ECOG > 2 балла) с метастатическим раком ободочной кишки какое лечение проводят
70. Тактика лечения при опухолевом стенозе
71. Критерии BETHESDA для тестирования MSI
72. Исследования, на основании которых проводится детальное стадирование заболевания при планировании местного иссечения T1 рака прямой кишки
73. Исследование, показанное при подозрении на метастатическое поражение головного мозга
74. Препарат «МКА», который можно добавить к терапии при отсутствии мутации «RAS» при раке прямой кишки
75. Какой препарат платины, дозы, использующийся в режиме «XELOX» при раке прямой кишки
76. Методы наблюдения после завершения лечения по раку прямой кишки
77. Предоперационная лучевая терапия, выполняющаяся при локализованном и местнораспространённом раке прямой кишки II–III стадий при условии отсутствия вовлечения циркулярных краёв резекции (на основании данных МРТ)
78. комбинация препаратов, соответствующая режиму «2FOLFOX6» при раке прямой кишки
79. Исследование, дающее основание для планирования местного иссечения рака прямой кишки T1 стадии
80. Комбинация препаратов, оптимальная при проведении адъювантной химиотерапии при раке прямой кишки III стадии

2.3. Виды и задания по самостоятельной работе ординатора (примеры)

1. Подготовка доклада на конференцию (реферативную, клиническую).
2. Учебно-исследовательская работа по научной тематике дисциплины.
3. Подготовка письменных аналитических работ.
4. Подготовка и защита докладов.
5. Подготовка литературных обзоров.