

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр
фундаментальной и трансляционной медицины»



**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
Б1.В.1 «Онкоморфология и современные методы исследования
в патанатомии»**

ОСНОВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ –
ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ
В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

31.08.07 «Патологическая анатомия»

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
«Федеральный исследовательский центр
фундаментальной и трансляционной медицины»

«УТВЕРЖДАЮ»

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ ДИСЦИПЛИНЫ
Б1.В.1 «Онкоморфология и современные методы исследования
в патанатомии»**

ОСНОВНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ –
ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ
В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.07 «Патологическая анатомия»

Новосибирск
2023

1. Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения программы дисциплины

Индекс	Формулировка
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
ПК-3	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
ПК-4	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-5	готовность к применению патологоанатомических методов диагностики и интерпретации их результатов
ПК-6	готовность к формированию у населения мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

2. Показатель целевого уровня освоения компетенций (планируемый результат обучения)

Коды	Структурные элементы компетенции
УК-1	<i>Знать:</i> законы формальной логики, методы критического анализа и синтеза. <i>Уметь:</i> интерпретировать и анализировать информацию, полученную из медицинской документации и в ходе патологоанатомического исследования; анализировать структурно-функциональные взаимосвязи при установлении характера патологического процесса; анализировать альтернативные варианты принимаемых решений. <i>Владеть:</i> навыками анализа и синтеза, логическими методами и приемами при анализе медицинской документации и информации, полученной в ходе комплексного клинкоморфологического исследования.
ПК-1	<i>Знать:</i> группы химических, физических, биологических канцерогенов и обусловленные ими механизмы канцерогенеза; основные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья; хронические неинфекционные заболевания, вносящие наибольший вклад в структуру онкологической смертности; эпидемиологию онкологических заболеваний. <i>Уметь:</i> устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания; обучаться современным методам противораковой борьбы <i>Владеть:</i> методикой формирования и реализации профилактических программ, направленных на предупреждение возникновения злокачественных опухолей; методами первичной профилактики опухолевых и предопухолевых заболеваний.
ПК-3	<i>Знать:</i> структуру причин и уровни онкологической смертности; критерии оценки показателей, характеризующих состояние онкологической помощи населению; вопросы организации медицинской помощи населению с онкопатологией. <i>Уметь:</i> вычислять и давать оценку основным статистическим показателям, характеризующим уровень и структуру заболеваемости, смертности, состояние онкологической помощи населению. <i>Владеть:</i> методиками сбора, статистической обработки и анализа показателей, характеризующих заболеваемость, причины и уровни смертности от онкологических заболеваний, состояние онкологической помощи населению; навыками работы с канцер-регистрами.
ПК-4	<i>Знать:</i> современные представления об этиологии опухолей, морфологических проявлениях предопухолевых процессов, морфологической классификации опухолей, механизмах канцерогенеза на уровне клетки, органа, организма; клиническую анатомию основных областей тела, закономерности метастазирования опухолей; принципы выявления групп «риска» по онкопатологии; основы диагностики онкологических заболеваний (клинические, морфологические, цитологические, лучевые, иммунологические); факторы, способствующие прогрессированию новообразований и патогенез.

	<i>Уметь:</i> выявлять общие и специфические признаки заболевания; определить набор дополнительных методов исследования, необходимых для проведения дифференциальной диагностики; на основании комплексного клинико-морфологического анализа формулировать диагноз заболевания в соответствии с МКБ, Международной гистологической классификацией опухолей. <i>Владеть:</i> навыками анализа комплекса клинических, лабораторных, инструментальных и морфологических методов исследования, позволяющих диагностировать наличие злокачественной опухоли и определение степени ее распространенности; алгоритмами постановки диагноза (первичная и уточняющая диагностика злокачественных опухолей)
ПК-5	<i>Знать:</i> порядок подготовки биопсийно-операционного материала для гистологического исследования; морфологические и иммуногистохимические признаки предопухолевых состояний, доброкачественных и злокачественных новообразований; принципы формулирования патологоанатомического диагноза в онкопатологии. <i>Уметь:</i> определять набор необходимых маркеров и методов исследования и проводить дифференциальную морфологическую и иммуногистохимическую диагностику доброкачественных и злокачественных новообразований; определять гистогенетическую принадлежность и злокачественный потенциал опухолевых клеток; оценивать прогноз и лекарственную чувствительность опухоли; формулировать патогистологическое заключение и патологоанатомический диагноз опухолевых и предопухолевых заболеваний. <i>Владеть:</i> правилами маркировки и доставки биопсийного и операционного материала для патогистологического исследования; алгоритмом проведения дифференциально-диагностического поиска; навыками оформления документации патологоанатомического и патогистологического исследования при злокачественных новообразованиях.
ПК-6	<i>Знать:</i> основные факторы риска, оказывающие влияние на состояние здоровья; формы и методы санитарного просвещения населения. <i>Уметь:</i> устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья с воздействием факторов среды обитания; вести санитарно-просветительную работу по профилактике злокачественных новообразований среди населения. <i>Владеть:</i> этикой общения с онкологическими больными и их родственниками; методами первичной, вторичной, профилактики опухолевых и предопухолевых заболеваний; методикой проведения бесед и лекций по противораковой пропаганде среди населения.

3. Общие критерии оценивания компетенций

Показатель	Уровень			
	Подпороговый (неудовлетворительный)	Пороговый (удовлетворительный)	Достаточный (хороший)	Высокий (отличный)
Знание	Отсутствие знаний, фрагментарные знания	Наличие знаний, но знания не структурированы, иногда отсутствует применения знаний в ситуации, моделирующей профессиональную задачу, проблему	Знания полные, систематизированы, наблюдается применения знаний в ситуации, моделирующей профессиональную задачу, проблему	Знания полные, систематизированы, наблюдается творческое применения знаний из разных дисциплин в модели ситуации
Умение	Отсутствие умений, частично освоенное умение	В целом безошибочное	Безошибочное, но наблюдаются затруднения в ходе выполнения	Безошибочное, выполняется в заданном темпе
Владение практическими навыками	Отсутствие навыка / фрагментарное применение навыков	Имеется, но качество результата не всегда воспроизводится	Имеется, требуемое качество результата воспроизводится, но широко варьирует	Имеется, требуемое качество результата воспроизводится

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Индекс компетенции	Материалы оценки (средства контроля)		Форма контроля
	Наименование	№ заданий	
Раздел Б1.В.1.1. Общие вопросы онкологии и морфологической диагностики			
УК-1	Контрольные вопросы	1-7	собеседование
	Ситуационные задачи	1-23	собеседование
	Фонд тестовых заданий	1-112	тестирование
ПК-1	Контрольные вопросы	1, 4, 17-23	собеседование
	Ситуационные задачи	1-6, 12, 15, 19, 20	собеседование
	Фонд тестовых заданий	1-15, 23, 107	тестирование
ПК-3	Контрольные вопросы	18, 19-23	собеседование
ПК-4	Контрольные вопросы	1-9, 14, 15, 17, 20-24	собеседование
	Ситуационные задачи	1-23	собеседование
	Фонд тестовых заданий	1-112	тестирование
ПК-5	Контрольные вопросы	9-17, 23, 24	собеседование
	Ситуационные задачи	1-23	собеседование
	Фонд тестовых заданий	7, 14, 17-18, 26-29, 113-143	тестирование
ПК-6	Контрольные вопросы	1, 4, 19, 20	собеседование
	Фонд тестовых заданий	107	тестирование
Раздел Б1.В.1.2. Диагностика опухолей некоторых локализаций			
УК-1	Контрольные вопросы	1-25	собеседование
	Ситуационные задачи	1-33	собеседование
	Фонд тестовых заданий	2, 11, 14-15, 21-22, 29-30, 52-54, 58-59, 85, 92, 191-195, 201, 206, 211-212, 215-216, 225, 244-250, 255	тестирование
ПК-1	Контрольные вопросы	1, 3, 6, 7, 9-12, 15, 17-18, 20, 22-25	собеседование
	Ситуационные задачи	9-16, 21-25	собеседование
	Фонд тестовых заданий	5-6, 11-20, 44-45, 69-70, 84, 107-109, 132-141, 148-152, 201-203	тестирование
ПК-3	Контрольные вопросы	1, 3, 7, 9-11, 15, 17-18, 20, 22-25	собеседование
	Фонд тестовых заданий	4-5, 12-13, 28, 49, 71, 84, 111, 131, 222, 233	тестирование
ПК-4	Контрольные вопросы	2, 3-13, 15-25	собеседование
	Ситуационные задачи	1-33	собеседование
	Фонд тестовых заданий	1-4, 6-8, 12-15, 21-22, 24-32, 34-37, 44-61, 64-77, 79-107, 109-131, 136-172, 174-216, 218-258	тестирование
ПК-5	Контрольные вопросы	1, 3-4, 6-14, 16-20, 22-25	собеседование
	Ситуационные задачи	1-33	собеседование
	Фонд тестовых заданий	2-3, 9-10, 23, 33, 38-43, 46, 57, 61-68, 76-83, 86-91, 94-105, 109-114, 118-122, 124-125, 132-135, 145, 160-162, 173-190, 196-200, 202-203, 207, 214, 217, 224, 227-230, 234-237, 257	тестирование
ПК-6	Контрольные вопросы	1, 3, 6, 9, 10, 11-12, 14-15, 17, 18	собеседование
	Фонд тестовых заданий	5, 11, 16-20, 44-45, 108,	тестирование

ОПИСАНИЕ ШКАЛ КРИТЕРИЕВ И ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Вид оценочного средства: контрольные вопросы по темам/разделам дисциплины

Шкалы и критерии оценивания

Критерии: полнота и точность воспроизведения информации, последовательность и логичность изложения, понимание причинно-следственных связей, синтез

Характеристика ответа	Оценка (шкала)	
	балльная	традиционная
Объем информации, предусмотренный программой (полный), формулировки понятий точные, изложение последовательное и логичное, демонстрирует понимание причинно-следственных связей, аргументирует собственные выводы и суждения на основе междисциплинарных знаний	90-100	отлично
Объем информации, предусмотренный программой, с упущением мало-значимых элементов, формулировки понятий точные, не во всем ответе последовательное и логичное изложение, демонстрирует понимание причинно-следственных связей	70-89	хорошо
Объем информации не полный, формулировки части понятий точные, изложение последовательное и логичное, демонстрирует понимание причинно-следственных связей	50-69	удовлетворительно
Отдельные элементы информации предусмотренные программой, формулировки понятий неточные, изложение не последовательное и нелогичное, не демонстрирует понимания причинно-следственных связей	< 50	неудовлетворительно

Процедура оценивания: индивидуальное собеседование (перечень вопросов, обучающийся ознакомлен с вопросом в установленный срок до собеседования, время подготовки ответа не более 30 минут); преподаватель выслушивает устный ответ обучающегося на вопрос, возможны дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя, преподаватель выставляет оценку на основе своего мнения.

Вид оценочного средства: ситуационные задачи по темам/разделам дисциплины

Шкалы и критерии оценивания

Критерии: соответствие ответа на задачу эталону

Критерий	Оценка (шкала)	
	балльная	традиционная
Решение правильное и полное, включающее ответы на все элементы задачи соответствуют эталону	90-100	отлично
Решение правильное, в ответах на отдельные элементы задачи есть неточности	80-89	хорошо
Правильные ответы даны на большую часть элементов задачи	70-79	удовлетворительно
Отсутствуют правильные ответы на большую часть элементов задачи	< 70	неудовлетворительно

Процедура оценивания: индивидуальное собеседование (вопросы сформулированы по отдельным элементам задачи, обучающийся ознакомлен с аналогичной задачей в установленный срок до собеседования, время подготовки ответа не более 30 минут); преподаватель выслушивает устный ответ обучающегося на вопросы по отдельным элементам задачи, возможны дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя.

Вид оценочного средства: фонд тестовых заданий

Шкалы и критерии оценивания

Критерии: соответствие ответа на тестовое задание эталону

Характеристика выполнения теста	Оценка (шкала)	
	балльная	традиционная
Ответы на 90-100% тестовых заданий соответствуют эталону	90-100	отлично
Ответы на 70-89% тестовых заданий соответствуют эталону	80-89	хорошо
Ответы на 50-69% тестовых заданий соответствуют эталону	70-79	удовлетворительно
Ответы менее чем на 50% тестовых заданий соответствуют эталону	< 70	неудовлетворительно

Процедура оценивания: Тестирование; время выполнения тестового задания не более 1 минуты, тестовое задание считается выполненным только при правильном выборе (вводе) всех (одного или нескольких) ответов, предполагаемых тестовым заданием.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ПО РАЗДЕЛАМ ДИСЦИПЛИНЫ

Оценочные средства к разделу Б1.В.1.1. Общие вопросы онкологии и морфологической диагностики (2-й семестр)

Вид оценочного средства: контрольные вопросы к разделу Б1.В.1.1

1. Современные представления о механизмах канцерогенеза. Стадии канцерогенеза. Цитоканцерогенез, гистоканцерогенез, морфоканцерогенез.
2. Фенотипические признаки злокачественной клетки. Биологические особенности опухолевого роста.
3. Понятие о метаплазии, дисплазии и раке in situ. Периоды опухолевого роста.
4. Факультативные и облигатные предраковые заболевания. Примеры различных локализаций.
5. Гистогенез и морфогенез опухолей. Формы роста и распространения опухолей.
6. Морфологическая характеристика доброкачественных и злокачественных опухолей
7. Гистогенетический принцип построения классификации злокачественных опухолей. Международные гистологические классификации.
8. Принципы использования категорий pTNM.
9. Степень дифференцировки опухоли. Критерии и принципы оценки при опухолях различных локализаций.
10. Современные аналитические методы исследования в онкологии. Онкомаркеры.
11. «Жидкая биопсия». Методы, материалы, объекты исследования. Основные задачи и клинический потенциал.
12. Способы забора материала для верификации диагноза и оценки распространенности опухолевого процесса.
13. Эндоскопические и морфологические методы в диагностике онкологических заболеваний.
14. Цитологический метод в диагностике опухолей и опухолеподобных процессов. Способы получения материала. Критерии цитологической диагностики злокачественных новообразований
15. Иммунодиагностика опухолей. Иммуногистохимическое выявление гистогенетической принадлежности опухолевых клеток, характеристика рецепторных белков, белков-маркеров клеточного цикла, факторов апоптоза и пролиферации, факторов клеточной адгезии, факторов ангиогенеза.
16. Молекулярно-генетические методы исследования в онкологии: сравнительная геномная гибридизация (CGG), флюоресцентная гибридизация in situ (FISH), CISH, методы, в основе которых лежит полимеразная цепная реакция (ПЦР).
17. Диагностические, прогностические и предиктивные иммуногистохимические и молекулярно-генетические маркеры злокачественных опухолей молочной железы, простаты, легкого, прямой кишки.
18. Структура и задачи онкологической службы в Российской Федерации. РКОД. Раковый популяционный и госпитальные регистры.
19. Эпидемиология рака. Современные тенденции заболеваемости раком. Виды эпидемиологических исследований в онкологии.
20. Принципы профилактики злокачественных опухолей. Понятие о первичной, вторичной и третичной профилактике. Скрининг предраковых заболеваний и раннего рака.

21. Принципы хирургического лечения в онкологии. Радикальные, паллиативные и циторедуктивные операции. Ранние и поздние послеоперационные осложнения, отдаленные результаты.
22. Принципы и способы лучевой терапии злокачественных опухолей. Брахитерапия. Осложнения лучевой терапии и их профилактика.
23. Современные принципы лекарственной терапии в онкологии – химиотерапия, гормональная терапия, иммунотерапия, таргетная терапия. Наиболее важные молекулярно-генетические маркеры для выбора оптимальной противоопухолевой терапии.
24. Роль морфологического исследования в оценке эффекта лечения злокачественных опухолей. Оценка степени лечебного патоморфоза.

Вид оценочного средства: ситуационные задачи к разделу Б1.В.1.1

Оценочное средство	Эталон ответа
Задача 1. При морфологическом исследовании биоптата слизистой влагалищной части шейки матки пациентки 34 лет обнаружены следующие изменения многослойного плоского эпителия: потеря полярности эпителия при сохраненной базальной мембране, полиморфизм клеток с гиперхромией ядер и наличием большого числа митозов. 1. Дайте название данному патологическому процессу. 2. Назовите его стадии.	1. Дисплазия 2. Стадии (степени) дисплазии: I – легкая, II – умеренная, III – тяжелая.
Задача 2. При микроскопическом исследовании образования кожи правого предплечья пациента 37 лет обнаружено сосочкового вида разрастание многослойного плоского эпителия с увеличением количества его слоев, с разрастанием подлежащей ткани. В эпителии сохраняется полярность расположения клеток, комплексность, базальная мембрана. 1. Назовите данное образование. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Перечислите, какие образования еще относятся к данной группе опухолей?	1. Простая плоскоклеточная папиллома кожи. 2. Доброкачественные органонеспецифические эпителиальные опухоли. 3. Аденома, переходноклеточная папиллома.
Задача 3. Больной 60 лет обратился к врачу с жалобами на появление крови в моче в конце мочеиспускания. При обследовании в мочевом пузыре обнаружен узел опухоли, имеющей сосочковое строение, кровоточащий. При патогистологическом исследовании биоптата выявлены мелкие сосочковые разрастания, покрытые переходным эпителием, частично некротизированные. Строма сосочков полнокровна, с воспалительным инфильтратом. 1. Назовите вид опухоли. 2. Определите группу международной классификации, к которой относится опухоль. 3. Какие вторичные спонтанные изменения развились в опухолевой ткани? 4. Опишите изменения в моче больного.	1. Папиллома 2. Эпителиальная органонеспецифическая 3. Некроз, воспаление, кровотечение 4. Гематурия
Задача 4. У больной 30 лет, прооперированной 2 мес назад по поводу сосочковой цистаденомы яичника, при исследовании выявлен небольшой плотный подвижный опухолевидный узел в молочной железе. После иссечения опухоли ткань ее отправлена на гистологическое исследование. Паренхима опухоли представлена щелевидными железами, а строма – соединительной тканью, которая врастает в стенку протоков и сдавливает их. 1. Какая опухоль развилась в молочной железе? Дайте ее микроскопическую характеристику. Какой еще гистологический вариант данной опухоли известен? 2. Есть ли связь между возникновением опухоли в молочной железе и проведенной операцией по поводу сосочковой цистаденомы яичника?	1. Фиброаденома – опухоль из железистого эпителия, в которой строма значительно преобладает над паренхимой. Паренхима: трубчатые железы различной величины и формы; строма – внутридольковая соединительная ткань, которая, врастая в стенку протоков, сдавливает их, протоки приобретают вид узких щелей. Фиброаденома такого строения называется интраканаликулярной. В периканаликулярной фиброаденоме соединительная ткань растет вокруг протоков, не сдавливая их. 2. Связь есть, так как после операции на яичниках могли развиваться дисгормональные нарушения, которые явились фоном для развития опухоли молочной железы. 3. Фиброаденома молочной железы – это органонеспецифическая опухоль.

3. Обладает ли обнаруженная опухоль органоспецифичностью? 4. Дайте макроскопическую характеристику сосочковой цистаденомы яичника. 5. Опишите микропрепарат сосочковой цистаденомы яичника.	4. Кистозного вида образование, превосходящее по размерам яичник, с тонкими стенками, выполнено полупрозрачной беловатой жидкостью. Внутренняя поверхность кисты местами гладкая, местами с множеством бело-розовых разрастаний в виде сосочков. Опухоль четко отграничена от оставшейся ткани яичника. 5. Эпителий, выстилающий полость цистаденомы, образует многочисленные выросты в виде сосочков и сохраняет при этом базальную мембрану и полярность.
Задача 5. При микроскопическом исследовании хорошо отграниченного узла молочной железы мягкой консистенции пациентки 27 лет обнаружено образование, состоящее из желез, выстланных кубическим эпителием без явлений цитологической атипии и выраженным разрастанием соединительной ткани. 1. Назовите данное образование. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Перечислите, какие образования еще относятся к данной группе опухолей?	1. Фиброаденома молочной железы. 2. Доброкачественные органонеспецифические эпителиальные опухоли. 3. Папиллома (плоскоклеточная и переходноклеточная).
Задача 6. У больного при гастроскопическом исследовании в области малой кривизны желудка обнаружено опухолевидное образование диаметром 1,5 см на ножке. Удаленная опухоль хорошо отграничена, на разрезе серо-розового цвета. 1. Назовите вид опухоли. 2. Каковы особенности роста этой опухоли? 3. Определите возможную гистологическую разновидность этой опухоли. 4. Перечислите другие гистологические варианты этой опухоли? 5. Определите группу международной классификации, к которой относится опухоль.	1. Аденома 2. Экзофитный 3. Полип 4. Папиллярная, тубулярная, трабекулярная, аденокистома 5. Эпителиальные органонеспецифические
Задача 7. Больной 65 лет, поступил в больницу с явлениями кишечной непроходимости. При обследовании обнаружена опухоль нисходящего отдела ободочной кишки, суживающая ее просвет. В плановом порядке больной был прооперирован. При гистологическом исследовании операционного материала: опухоль состоит из разрастаний ветвящихся желез, состоящих из клеток различной величины и формы с полиморфными, гиперхромными ядрами. Комплексы опухолевых клеток проникают в мышечный слой стенки кишки. В двух лимфатических узлах, расположенных вблизи опухоли, метастазы аналогичного строения. 1. Клинико-анатомический вид опухоли? Обоснуйте. 2. Назовите гистологический тип опухоли. 3. Назовите осложнения, которые могут быть связаны с местным ростом этой опухоли. 4. Где следует искать первые метастазы? 5. Стадирование опухоли по системе TNM.	1. Злокачественная, о чем свидетельствует ее микроскопическая характеристика: опухоль состоит из разрастаний ветвящихся желез, состоящих из клеток различной величины и формы с полиморфными, гиперхромными ядрами (тканевой и клеточный атипизм), комплексы опухолевых клеток проникают вплоть до мышечного слоя стенки кишки (инвазивный тип роста), обнаружены метастазы в лимфатических узлах. 2. Аденокарцинома (толстой кишки). 3. Острая толстокишечная непроходимость, связанная с экзофитным ростом опухоли и обструкцией просвета кишки; изъязвление, кровотечение и перфорация кишки, связанные с деструктивными изменениями ее стенки. 4. В регионарных лимфатических узлах. 5. T3N1M0.

Задача 8. При микроскопическом исследовании биоптата из участка изъязвления нижней трети пищевода обнаружены тяжёлые атипичные эпителиальные клетки, разрушающих подлежащую ткань. При детальном исследовании определяются округлые эозинофильные образования (в виде «жемчужин»). 1. Дайте название данной опухоли. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Перечислите, какие образования ещё относятся к данной группе опухолей?	1. Плоскоклеточный ороговевающий рак. 2. Злокачественные органонеспецифические эпителиальные опухоли. 3. Рак на месте (carcinoma in situ), плоскоклеточный неороговевающий рак, аденокарцинома, слизистый (коллоидный), солидный (трабекулярный), мелкоклеточный, фиброзный (скирр) и медуллярный рак.
Задача 9. У больного, страдающего хроническим бронхитом, обнаружена опухоль легкого. Произведено хирургическое вмешательство, опухоль представлена округлым серо-белым образованием до 4 см в диаметре с нечеткими границами, исходит из стенки бронха. При микроскопическом исследовании опухоли обнаружены пласты атипичного плоского эпителия среди хорошо развитой стромы. 1. Дайте название опухоли. 2. Назовите виды опухоли в зависимости от способности эпителия к образованию кератина. 3. К какой группе опухолей в зависимости от особенностей течения и прогноза она относится? 4. Какой процесс предшествовал развитию опухоли? 5. Где будут обнаружены первые метастазы?	1. Плоскоклеточный рак 2. Ороговевающий, неороговевающий 3. Злокачественная 4. Метapлазия (дисплазия) 5. Регионарные лимфоузлы (перибронхиальные, бифуркации трахеи)
Задача 10. При микроскопическом исследовании субплеврального узлового образования правого легкого мягко-эластической консистенции без четких контуров выявлены хаотично расположенные железистые структуры различной формы и величины с явлениями клеточной атипичности и полиморфизма. 1. Назовите данную опухоль. 2. К какой группе опухолей она относится? 3. Какие еще образования относятся к этой группе?	1. Периферический рак легкого (аденокарцинома). 2. Злокачественные органонеспецифические эпителиальные опухоли. 3. Рак на месте (carcinoma in situ), плоскоклеточный ороговевающий и неороговевающий рак, слизистый (коллоидный), солидный (трабекулярный), мелкоклеточный, фиброзный (скирр) и медуллярный рак.
Задача 11. В гинекологическое отделение поступила женщина 62 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей. При диагностическом исследовании соскоба эндометрия обнаружено разрастание атипичных желез с выраженным полиморфизмом клеток и их ядер, обилием митозов. 1. Диагностируйте патологический процесс. 2. Укажите его разновидность. 3. На фоне каких изменений эндометрия наиболее часто развивается этот процесс. 4. Назовите вид биопсии.	1. Злокачественная опухоль 2. Аденокарцинома 3. а) Железистая гиперплазия; б) Дисплазия 4. Инцизионная
Задача 12. При гистологическом исследовании выступающего образования кожи туловища темного цвета в дерме определяются группы («гнезда») округлых клеток, содержащие пигмент темно-коричневого цвета, с наличием многоядерных гигантских клеток. 1. Назовите данное образование. 2. К какой группе опухолей оно относится? 3. Какие еще образования относятся к этой группе?	1. Внутридермальный невус. 2. Опухоли меланинообразующей ткани. 3. Невусы (пограничный, внутридермальный, сложный, эпителиоидный, голубой и т. д.), меланома.

Задача 13. К онкологу обратилась пациентка Д., 37 лет, у которой начало быстро увеличиваться и темнеть выбухающее родимое пятно на задней поверхности шеи. При гистологическом исследовании биоптата определяется образование, состоящее из веретенообразных, уродливых клеток с большим количеством пигмента, наличием митозов (в том числе и патологических). 1. Назовите данное образование. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование.	1. Меланома 2. Опухоли меланинообразующей ткани (злокачественные)
Задача 14. При микроскопическом исследовании округлого плотного подкожного образования правого плеча обнаружена структура, состоящая из множества капилляров с межсосудистыми ритмичными соединительнотканными структурами, содержащими клетки типа фибробластов и гистиоцитов. В образовании определяются крупные многоядерные клетки, содержащие липиды и гемосидерин. 1. Дайте название данной опухоли. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Перечислите, какие образования еще относятся к данной группе опухолей?	1. Фиброзная гистиоцитома (дерматофиброма). 2. Доброкачественные мезенхимальные опухоли из соединительной (фиброзной) ткани. 3. Фиброма и десмоид.
Задача 15. На задней поверхности шеи определяется мягкий узел, диаметром 4 см, желтого цвета. При микроскопическом исследовании биоптата определяется множество «пузырьковидных» разновеликих клеток со смещенным ядром. 1. Назовите данную опухоль. 2. С помощью каких дополнительных гистохимических окрасок необходимо верифицировать данное новообразование?	1. Липома. 2. Судан III, судан IV, шарлах, осмиевая кислота, сульфат нильского голубого.
Задача 16. У пациента 9 лет на щеке обнаружено возвышающееся красно-синее пятно, при надавливании бледнеющее. При микроскопическом исследовании биоптата щеки обнаружены крупные тонкостенные сосудистые полости с эндотелиальной выстилкой, заполненные кровью. 1. Назовите данную опухоль. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Перечислите, какие образования еще относятся к данной группе опухолей?	1. Кавернозная гемангиома. 2. Доброкачественные мезенхимальные опухоли сосудистого происхождения. 3. Капиллярная гемангиома, венозная гемангиома, доброкачественная гемангиоперицитома, гломусангиома
Задача 17. На плече пациента 37 лет определяется плотный узел, белесоватого цвета, плотной консистенции. При его микроскопическом исследовании видны пучки из веретеноподобных клеток, формирующие ритмичные структуры (определяется чередование участков параллельно лежащих ядер с участками, состоящими из волокон). 1. Дайте название данной опухоли. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Какие еще образования относятся к этой группе?	1. Неврилеммома (шваннома). 2. Опухоли периферической нервной системы. 3. Нейрофиброма, злокачественная шваннома (злокачественная опухоль оболочки периферического нерва).

Задача 18. У больного в коже определяется множество округлых узлов. Один из них был удален и прислан для гистологического исследования. При микроскопии обнаружена опухоль, построенная из соединительной ткани с примесью нервных волокон. 1. Назовите опухоль (диагноз)? 2. Как называется рост опухоли с образованием множественных узлов? 3. Каков гистиогенез этой опухоли? 4. Как эта опухоль растет в коже?	1. Нейрофиброма. 2. Мультицентрический рост. 3. Нейрофиброма – доброкачественная опухоль, развивается из фибробластов эндо- и периневрия. 4. Кожная нейрофиброма растет инфильтративно и не образует капсулу.
Задача 19. При гистологическом исследовании округлого образования тела матки (белесоватого цвета на разрезе) обнаружена опухоль пучково-волокнистого строения с прослойками соединительной ткани и толстостенными сосудами. 1. Дайте название данной опухоли. 2. Укажите группу опухолей, к которым относится данное образование. 3. Перечислите, какие образования еще относятся к данной группе опухолей?	1. Простая лейомиома матки. 2. Мезенхимальные гладкомышечные опухоли. 3. Лейомиосаркома.
Задача 20. Больной 42 лет, страдавшей менометроррагиями, произведена надвлагалищная ампутация матки. При макроскопическом исследовании обнаружены множественные интрамуральные и субмукозные плотные узлы в капсуле размерами от 1 до 5 см, на разрезе белесоватого цвета, волокнистого строения. 1. Ваш диагноз по макроскопической картине. 2. Каков гистиогенез этой опухоли? 3. Как растет эта опухоль в матке и что об этом свидетельствует? 4. Какой атипизм характерен для этой опухоли и чем он проявляется?	1. Множественная лейомиома. 2. Лейомиома – доброкачественная опухоль из гладкомышечной ткани. 3. Лейомиома растет экспансивно. Об этом свидетельствуют четкие границы узлов и наличие капсулы. 4. Характерен тканевой атипизм: опухоль представлена пучками гладкомышечных клеток, расположенных хаотично.
Задача 21. Больному А. 14 лет поставлен диагноз фибросаркомы мягких тканей бедра, подтвержденный морфологически. Проведена операция удаления опухоли, рентгено-химиотерапия. В течение года развился рецидив опухоли с распространенными метастазами 1. Опишите макропрепарат удаленной опухоли. 2. Опишите микропрепарат удаленной опухоли. 3. В каких органах обычно локализуются метастазы фибросаркомы бедра? 4. Чем представлена строма в фибросаркоме, механизмы ее образования?	1. Опухоль крупных размеров, не имеет четких границ. На разрезе ткань бело-розового цвета, напоминает «рыбье мясо», имеет очаги желто-коричневого цвета, некроза и кровоизлияния. 2. Опухоль состоит из клеток с выраженными признаками клеточного атипизма в виде клеточного и ядерного полиморфизма, гиперхромией ядер, содержащих крупные ядрышки, гигантских многоядерных клеток, большого количества фигур патологических митозов. Строма слабо развита и представлена тонкими пучками коллагеновых волокон и тонкостенными сосудами капиллярного типа. 3. Метастазы распространяются гематогенным путем и могут располагаться в легких, печени, костях и других органах. 4. Строма представлена сосудами капиллярного типа и внеклеточным матриксом. Сосуды формируются за счет неоангиогенеза под влиянием фактора роста фибробластов и других из сосудов прилежащих нормальных тканей. Внеклеточный матрикс, в основном, синтезируется клетками самой саркомы и частично клетками сосудов опухоли

Задача 22. В травматологическое отделение доставлен мальчик 10 лет с переломом бедренной кости. В области перелома костная ткань оказалась диффузно замещена кровоточащей опухолевой тканью красно-серого цвета. При гистологическом исследовании установлено, что опухоль построена из атипичных сосудистых образований, эндотелий которых резко гиперхромный, с множеством митозов. 1. Диагностируйте опухолевый процесс. 2. Назовите группу опухолей по международной классификации. 3. Определите тип роста опухоли. 4. Уточните источник развития опухоли. 5. Укажите преобладающий путь метастазирования таких опухолей.	1. Ангиосаркома (злокачественная гемангиоэндотелиома) 2. Мезенхимальные 3. Инфильтрирующий 4. Кровеносные сосуды 5. Гематогенный
Задача 23. При микроскопическом исследовании округлого образования правой доли печени размерами 6×8 см обнаружено, что оно построено из атипичных гепатоцитов, образующих тубулярно-ацинарные структуры со скудными прослойками соединительной ткани и тонкостенными кровеносными сосудами. 1. Назовите данную опухоль. 2. Укажите гистогенетический вариант, к которому она относится.	1. Печеночно-клеточный (гепатоцеллюлярный) рак. 2. Опухоли экзо- и эндокринных желез, а также эпителиальных покровов (органоспецифические).

Вид оценочного средства: фонд тестовых заданий к разделу Б1.Б.1.1

№	Оценочное средство	Эталон
1.	Опухоль - это 1. припухание тканей при воспалении 2. новообразованная ткань с нарушением регуляции роста и дифференцировки 3. уплотнение тканей при воспалении 4. припухание тканей при кровоизлиянии 5. новообразованная ткань без нарушения регуляции роста и дифференцировки	2
2.	Доброкачественные опухоли характеризуются: 1. построением из хорошо дифференцированных клеток 2. экспансивным ростом 3. отсутствием рецидивов после удаления 4. клеточным атипизмом 5. тканевым атипизмом	1, 2, 3, 5
3.	Злокачественные опухоли характеризуются: 1. выраженной анаплазией клеток 2. инфильтрирующим ростом 3. наличием метастазов и рецидивов после удаления опухоли 4. экспансивным медленным ростом 5. тканевым атипизмом	1, 2, 3, 5
4.	Основные теории опухолевого роста 1. воспалительная 2. дизонтогенетическая 3. вирусно-генетическая 4. химических канцерогенов 5. физических канцерогенов	3, 4, 5
5.	Механизмы активации клеточных онкогенов 1. альтерация 2. регенерация 3. пролиферация 4. точковая мутация	4
6.	Дисплазия – это 1. клеточная атипия эпителия с нарушением его гистоархитектоники 2. переход одного вида ткани в другой, неродственный ей 3. переход одного вида ткани в другой, родственный ей вид 4. вид метаплазии 5. вид компенсаторной регенерации	1
7.	Гистологические признаки дисплазии эпителия 1. элонгация ядер 2. атрофия клеток 3. очаговый клеточный полиморфизм 4. нарушение комплексности эпителия 5. диффузный клеточный полиморфизм	1, 3, 4
8.	К предопухолевым процессам относят 1. гипертрофию 2. гиперплазию 3. дисплазию 4. дистрофию 5. атрофию	3
9.	Предрак может быть: 1. факультативным, облигатным 2. инфильтрирующим, инвазивным 3. метастатическим, гематогенным 4. внутридермальным, субэпидермальным	1

10.	Цитоканцерогенез включает в себя 1. появление онкогена 2. взаимодействие онкогена с промотором 3. появление новых свойств у дочерних клеток	1, 2, 3
11.	Гистоканцерогенез включает в себя 1. замещение нормальных клеток ткани клоном малигнизирующихся элементов 2. селекцию и размножение опухолевых клеток 3. инфильтративный рост опухолевой ткани 4. экспансивный рост опухолевой ткани	1, 2, 3
12.	Морфоканцерогенез включает в себя 1. разрастание опухоли в органе или системе 2. метастазирование опухоли 3. прорастание опухоли в окружающие ткани	1, 2, 3
13.	Онкогенез (развитие опухоли в организме) включает в себя 1. цитоканцерогенез с появлением клона опухолевых клеток 2. гистоканцерогенез с иммунной реакцией 3. морфоканцерогенез с клинико-лабораторными проявлениями	1, 2, 3
14.	Морфологические признаки рака 1. экспансивный рост 2. клеточный атипизм 3. нарушение полярности эпителия 4. разрушение базальной мембраны	1, 2, 3, 4
15.	Наличие в паренхиме опухоли из эпителия полярности клеток является критерием 1. доброкачественности 2. низкой дифференцировки 3. высокой дифференцировки 4. морфологической зрелости 5. морфологической незрелости 6. более благоприятного прогноза 7. менее благоприятного прогноза	3, 4, 6
16.	Основной признак злокачественной опухоли 1. вторичные изменения 2. метастазирование 3. рецидивирование 4. тканевой атипизм	2
17.	Для клеточного атипизма в опухолях характерно: 1. отличие клеток по форме и размеру 2. гиперхроматоз ядер 3. увеличение ядерно-цитоплазматического отношения 4. нарушение полярности и комплексности клеток 5. метаплазия 6. патологические митозы	1, 2, 3, 4, 6
18.	Для тканевого атипизма в опухолях характерно: 1. формирование необычных для ткани структур 2. инфильтрация клетками окружающих тканей 3. изменение паренхиматозно-стромального соотношения 4. увеличение количества и необычное расположение сосудов 5. нарушение полярности и комплексности клеток	1, 2, 3, 4
19.	Строма опухоли 1. является необходимой поддерживающей структурой 2. обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода 3. развивается из нейронов 4. в ряде случаев не является обязательным компонентом новообразования 5. обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток	1, 2, 4, 5

20.	Паренхиму новообразований составляют 1. собственно опухолевые клетки 2. соединительная ткань 3. кровеносные и лимфатические сосуды 4. нервные и клеточные элементы стромы	1
21.	Виды недифференцированного рака по соотношению паренхимы и стромы 1. фиброзный 2. медуллярный 3. мелкоклеточный 4. крупноклеточный 5. овсяноклеточный 6. перстневидноклеточный	1, 2
22.	Для злокачественной опухоли наиболее характерен рост 1. аппозиционный 2. экспансивный быстрый 3. экзофитный 4. инвазивный 5. эндофитный медленный	4
23.	Для доброкачественной опухоли наиболее характерен рост 1. аппозиционный 2. экспансивный медленный 3. экзофитный быстрый 4. инвазивный 5. эндофитный медленный	2
24.	Рост опухоли в толщу стенки полого органа называют 1. аппозиционным 2. экспансивным 3. экзофитным 4. инвазивным 5. эндофитным	5
25.	Рост опухоли в просвет полого органа называют 1. аппозиционным 2. экспансивным 3. экзофитным 4. инвазивным 5. эндофитным	3
26.	Признаки экспансивного роста опухоли 1. опухоль имеет вид узла 2. вокруг опухоли образуется подобие капсулы 3. опухоль прорастает в окружающие ткани 4. опухоль растет сама из себя, оттесняя соседние ткани 5. опухоль прорастает стенку сосуда	1, 2, 4
27.	Признаки инфильтрирующего роста опухоли: 1. прорастание опухолевых клеток в капсулы и стенки сосудов 2. проникновение опухолевых клеток в соседние ткани и разрушение их 3. рост в виде узла 4. рост в стенку органа 5. мультицентричность поражения	1, 2, 4
28.	Основной ранний признак инфильтрирующего рака 1. выраженная дисплазия 2. рост опухоли в сосуды 3. прорастание капсулы органа 4. разрушение базальной мембраны 5. метастазы в регионарные лимфатические узлы	4

29.	Гистологические признаки рака in situ: 1. инвазивный рост 2. наличие метастазов 3. перинеуральное распространение 4. внутриэпителиальный злокачественный рост 5. все перечисленное верно	4
30.	Опухоли с местнодеструктивным ростом 1. рецидивируют и метастазируют 2. обладают клеточным атипизмом и метастазируют 3. обладают инфильтрирующим ростом и не рецидивируют 4. обладают инфильтрирующим ростом, но не метастазируют 5. метастазируют и обладают тканевым атипизмом	4
31.	Низкодифференцированные опухоли обладают 1. медленным ростом 2. резко выраженным клеточным атипизмом 3. экспансивным ростом 4. несущественным влиянием на организм 5. слабо выраженным клеточным атипизмом	2
32.	Митотическая активность в эпителии желез высокодифференцированной аденокарциномы: 1. выражена 2. умеренно выражена 3. отсутствует 4. слабо выражена	3
33.	Важнейшее значение при метастазировании эпителиальной опухоли играет 1. клеточный атипизм 2. прорастание базальной мембраны 3. экспансивный рост 4. тканевой атипизм 5. темп роста	2
34.	Пути метастазирования рака 1. гематогенный 2. лимфогенный 3. имплантационный	1, 2, 3
35.	Пути метастазирования саркомы 1. лимфогенный 2. гематогенный 3. перинеуральный	1, 2, 3
36.	Особенность органоидных опухолей 1. хорошо развитая паренхима 2. плохо развитая паренхима 3. хорошо развитая строма 4. плохо развитая строма	3
37.	К местным эффектам при опухолях относят 1. сдавление опухолью соседних органов и истощение 2. истощение и остеопороз 3. кровотечение и нарушение оттока секрета желез 4. метастазирование и гломерулонефрит 5. остеопороз и кровотечение	3
38.	К нарушениям гемостаза при опухолях относят 1. сдавление соседних органов 2. гематогенное метастазирование 3. тромбоз в сосудах опухоли и в других органах 4. анемию 5. остеопороз	3

39.	К системным воздействиям при опухолях относят 1. сдавление соседних органов и анемии 2. анемии, кахексию и остеопороз 3. остеопороз и нарушение оттока секрета желез 4. нарушение оттока секрета желез, иммунные нарушения и кахексию 5. истощение, кахексию и кровотечение	2
40.	Наиболее частые злокачественные опухоли 1. мезенхимальные 2. системы крови 3. эпителиальные 4. периферических нервов 5. параганглиев	3
41.	Рост опухоли в виде одного первичного узла называют 1. уницентрическим 2. унитипическим 3. мультицентрическим 4. метатипическим 5. микроузловым	1
42.	К вторичным изменениям в опухолях не относится 1. кровоизлияние 2. ослизнение 3. некроз 4. воспаление 5. дисплазия 6. петрификация	5
43.	Развитие кровотечения у онкологических больных может быть связано с 1. тканевым атипизмом и сдавлением органов 2. клеточным атипизмом и медленным ростом 3. инвазивным ростом и деструкцией тканей 4. экспансивным, быстрым ростом 5. клеточным и тканевым атипизмом	3
44.	К паранеопластическим синдромам относятся 1. уремия 2. метастазирование 3. кальциемия 4. дискинезия 5. оссификация	3
45.	Преимущественный путь метастазирования рака 1. контактный 2. гематогенный 3. лимфогенный 4. имплантационный	3
46.	Эмболия опухолевыми клетками лежит в основе 1. рецидивирования 2. некроза опухоли 3. метастазирования 4. пролиферации клеток	3
47.	Гематогенные метастазы опухолей не встречаются в 1. головном мозге 2. лёгких 3. лимфатических узлах 4. селезёнке 5. позвоночнике	3

48.	Первые метастазы рака обычно являются 1. гематогенными 2. лимфогенными 3. контактными 4. имплантационными 5. ликворогенными	2
49.	Лимфогенным путём возникают первые метастазы 1. саркомы 2. меланомы 3. карциномы 4. тератомы 5. глиобластомы	3
50.	Регионарные метастазы возникают при метастазировании 1. имплантационном 2. ликворогенном 3. гематогенном 4. лимфогенном 5. контактном	4
51.	К путям метастазирования не относят 1. периневральный 2. перидуктальный 3. интраканаликулярный 4. контактный 5. лимфогенный	2
52.	Под прогрессией опухоли понимают 1. метастазирование 2. повторный рецидив 3. вторичные изменения 4. нарастание злокачественности	4
53.	Принципы классификации опухолей 1. гистогенез 2. размеры опухоли 3. степень дифференцировки 4. макроскопические признаки 5. ультраструктурные особенности	1, 3
54.	Международная классификация новообразований учитывает следующие признаки 1. место развития опухоли 2. гистологическую картину 3. источник развития опухоли 4. степень дифференцировки	1, 2, 3
55.	Доброкачественными опухолями мезенхимального происхождения являются 1. синовиома 2. фибросаркома 3. рабдомиосаркома 4. липома 5. остеома 6. остеосаркома	1, 4, 5
56.	Органоспецифическими называют опухоли 1. развивающиеся из многослойного плоского эпителия 2. развивающиеся из железистого эпителия 3. из эпителия определенного органа, сохраняющие его морфологические и функциональные признаки 4. дисэмбриопластического генеза 5. развивающиеся из нескольких зародышевых листков	3

57.	Укажите неверный ответ. К гистогенетическим разновидностям опухолей относят 1. тератомы 2. мезенхимальные 3. эпителиальные 4. местнодеструктурирующие 5. меланинообразующей ткани	4
58.	Укажите один неверный ответ. Мезенхимальные опухоли развиваются из ткани 1. костной 2. нервной 3. жировой 4. сосудистой 5. фиброзной	2
59.	К органоспецифическим опухолям относят 1. меланому 2. семиному 3. лимфому 4. ангиосаркому 5. невриному	2
60.	Гистогенетические типы рака: 1. аденокарцинома 2. скирр 3. плоскоклеточный рак 4. солидный рак	1, 3
61.	Аденома – это опухоль из 1. покровного эпителия 2. железистого эпителия 3. мезенхимы 4. участков метаплазии 5. меланинообразующей ткани	2
62.	Эпителий, выстилающий железы аденомы, является 1. мезотелием 2. эндотелием 3. кубическим 4. переходным 5. мерцательным 6. цилиндрическим	3, 6
63.	Наиболее частая локализация фиброаденомы: 1. почки 2. печень 3. яичники 4. молочная железа 5. поджелудочная железа 6. предстательная железа	4
64.	Фиброаденома – это опухоль из 1. покровного эпителия с выраженной стромой 2. покровного эпителия со слабо выраженной стромой 3. железистого эпителия с преобладанием железистого компонента 4. железистого эпителия с выраженной стромой 5. мезенхимы	4
65.	Признаки морфологического атипизма в аденоме 1. гиперплазия желез 2. полиморфизм желез 3. инфильтрирующий рост 4. увеличение размеров желез 5. хаотичное расположение эпителиальных структур	1, 4, 5

66.	К аденогенным ракам относят 1. плоскоклеточный рак 2. аденокарциному 3. переходноклеточный рак 4. фиброаденому 5. аденолимфому	2
67.	Наиболее частая локализация полипов 1. бронхи 2. желудок 3. пищевод 4. тонкий кишечник 5. толстый кишечник	1, 5
68.	Роговая дистрофия встречается в 1. плоскоклеточном раке 2. аденокарциноме 3. трабекулярной аденоме 4. недифференцированной саркоме 5. неврилеммме	1
69.	Базальноклеточный рак относится к 1. саркомам 2. опухолям из меланинообразующей ткани 3. доброкачественным опухолям 4. злокачественным опухолям 5. мезенхимальным опухолям	4
70.	"Раковые жемчужины" встречаются в 1. остеосаркоме 2. фиброме 3. плоскоклеточном раке 4. мозговидном раке 5. скирре	3
71.	Скиррозный рак – это 1. рак с выраженным слизееобразованием 2. редкий вариант саркомы 3. рак с преобладанием паренхимы над стромой 4. рак с преобладанием стромы над паренхимой 5. рак с отсутствием стромы	4
72.	Медуллярный (мозговидный) рак – это 1. рак спинного мозга 2. редкий вариант саркомы 3. рак с преобладанием паренхимы над стромой 4. рак с преобладанием стромы над паренхимой 5. рак с отсутствием стромы	3
73.	Папиллома – это опухоль из 1. покровного эпителия 2. железистого эпителия 3. мезенхимы 4. участков метаплазии 5. меланинообразующей ткани	1
74.	Укажите один неверный ответ. Папиллома может встречаться 1. на коже 2. в желудке 3. в полости рта 4. в мочевом пузыре 5. в мочеточниках	2

75.	Виды рака из покровного эпителия 1. трабекулярный 2. плоскоклеточный 3. переходноклеточный 4. полиморфноклеточный 5. перстневидноклеточный	2, 3
76.	Плоскоклеточный рак характеризуется 1. развитием как в коже, так и в слизистых оболочках 2. наличием атипичных клеток эпителия, гнездными скоплениями 3. частокольным расположением клеток 4. образованием кист 5. образованием раковых «жемчужин»	1, 2, 5
77.	Укажите один неверный ответ. Плоскоклеточный рак встречается в 1. лёгком 2. вилочковой железе 3. тонкой кишке 4. пищеводе 5. влагалище	3
78.	К гистологическим разновидностям рака относится 1. саркома 2. тератома 3. меланома 4. глиобластома 5. аденокарцинома	5
79.	Укажите один неверный ответ. Карцинома может развиваться в 1. головном мозге 2. молочной железе 3. коже 4. матке 5. пищеводе	1
80.	Укажите один неверный ответ. Рак может метастазировать 1. гематогенно 2. лимфогенно 3. ликворогенно 4. контактно 5. перинеурально	3
81.	Укажите один неверный ответ. Гистологические разновидности рака 1. саркома 2. скирр 3. аденокарцинома 4. плоскоклеточный 5. медуллярный	1
82.	Гистологические варианты аденокарциномы 1. солидная 2. ацинарная 3. тубулярная 4. папиллярная 5. светлоклеточная 6. переходноклеточная	2, 3, 4
83.	Гистологический вариант мелкоклеточного рака: 1. овсяноклеточный 2. зернистоклеточный 3. плоскоклеточный 4. темноклеточный 5. крупноклеточный	1

84.	Саркома может возникнуть из 1. многослойного плоского эпителия 2. жировой ткани 3. железистого эпителия 4. меланинообразующей ткани 5. переходного эпителия	2
85.	Укажите один неверный ответ. Опухоли эндокринных желез 1. α-инсулома 2. феохромоцитомы 3. гидраденома 4. тимомы 5. G-инсулома	3
86.	Лейомиома чаще локализуется в 1. желудке 2. кишке 3. матке 4. коже 5. пищеводе	3
87.	Для лейомиомы характерны 1. доброкачественное течение 2. быстрый рост 3. клеточный атипизм 4. инфильтративный рост 5. тканевой атипизм 6. строение из пучков гладкомышечных клеток, идущих в разных направлениях	1, 5, 6
88.	Фибромиома матки может вызывать наружное кровотечение, если она локализуется 1. субсерозно 2. интрамурально 3. субсерозно-интрамурально 4. субмукозно	4
89.	Меланома - это опухоль 1. доброкачественная нервной системы 2. злокачественная кожи любого гистогенеза 3. злокачественная из меланинообразующей ткани 4. доброкачественная из меланинообразующей ткани 5. любая доброкачественная опухоль кожи	3
90.	Опухоль периферической нервной системы 1. астроцитомы 2. ганглионевромы 3. скирры 4. миеломы 5. шванномы	5
91.	Для узловой липомы характерен 1. клеточный атипизм 2. тканевой атипизм 3. гиперхромия ядер 4. клеточный полиморфизм 5. инвазивный тип роста	2
92.	К мезенхимальным опухолям относят 1. папиллому 2. семиному 3. фиброзный рак 4. ангиосаркому 5. астроцитому	4

93.	К нейрогенным опухолям относят 1. хорионэпителиому 2. семиному 3. сирингоаденому 4. пинеалому 5. астроцитому	5
94.	Гемангиома это опухоль 1. нейроэктодермального происхождения 2. построена из лимфатических сосудов, заполненных лимфой 3. мезенхимального происхождения 4. часто наблюдается у людей пожилого возраста 5. капиллярного, венозного, кавернозного вида 6. построенная из сосудов различных размеров, выстланных эндотелиальными клетками	3, 5, 6
95.	Первые гематогенные метастазы саркомы бедра локализируются в 1. печени 2. почках 3. легких 4. головном мозге	3
96.	Полиморфизм и клеточный атипизм характерен для 1. липомы 2. ангиосаркомы 3. фибромиомы 4. гемангиомы 5. лейомиомы	2
97.	Опухоли центральной нервной системы метастазируют в 1. печень 2. лимфатические узлы 3. легкие 4. кости 5. центральную нервную систему	5
98.	Нарушение оттока ликвора при опухолях головного мозга может приводить к 1. ишемическому инфаркту мозга 2. гидроцефалии 3. геморрагическому инфаркту головного мозга 4. энцефалиту 5. менингоэнцефалиту	2
99.	Индекс Бреслоу – это 1. уровень инвазии меланомы в дерму 2. степень клеточного полиморфизма 3. процент митозов в клетках опухоли 4. толщина меланомы в мм 5. соотношение стромального и паренхиматозного компонентов опухоли	4
100.	Саркомой является 1. гемангиома 2. фиброзный рак 3. лимфангиома 4. злокачественная гибернома 5. лейомиома	4
101.	Саркомой является 1. фиброзный рак 2. остеома 3. аденокарцинома 4. гломус-ангиома 5. злокачественная гистиоцитома	5

102.	Саркомой является 1. злокачественная мезотелиома 2. озлокачествленный пигментный невус 3. фиброзный рак 4. рабдомиома 5. злокачественная кортикально-клеточная тимома	1
103.	Саркомой является 1. недифференцированная гемангиоперицитомы 2. гемангиома 3. фиброламеллярная карцинома 4. лимфангиома 5. остеома	1
104.	Первые метастазы саркомы обычно являются 1. гематогенными 2. лимфогенными 3. контактными 4. имплантационными 5. ликворогенными	1
105.	Тератома – это опухоль из 1. мягкой мозговой оболочки 2. твёрдой мозговой оболочки 3. многослойного плоского эпителия 4. производных нескольких зародышевых листков 5. оболочек периферических нервов	4
106.	Гемобластозы - это 1. только лейкозы 2. анемии и лимфомы 3. лимфомы и лейкозы 4. только лимфомы 5. анемии и лейкозы	3
107.	Основные мутагены по мутационной теории лейкозов 1. грибы и ионизирующее излучение 2. ионизирующее излучение и стрептококки 3. ионизирующее излучение, вирусы и грибы 4. химические вещества, ионизирующее излучение и вирусы 5. вирусы, грибы и стрептококки	4
108.	Лейкемическим провалом характеризуются 1. анемии 2. острые лейкозы 3. любые хронические лейкозы 4. любые лимфомы 5. только болезни Рустицкого-Калера и Ходжкина	2
109.	Лимфомы - это вид 1. анемий 2. регионарных опухолевых заболеваний кроветворной ткани 3. лейкозов 4. рака 5. лимфангиом	2
110.	Укажите один неверный ответ. Миеломная болезнь проявляется в 1. челюстях 2. лимфоузлах 3. головном мозге 4. селезенке 5. печени	3

111.	В группу лимфом не входит 1. лимфаденит 2. лимфосаркома 3. грибовидный микоз 4. ретикулосаркома 5. лимфогрануломатоз	1
112.	К опухолям кроветворной ткани не относится 1. острый недифференцированный лейкоз 2. лимфома Беркитта 3. лимфангиосаркома 4. лимфогрануломатоз 5. хронический миелолейкоз	3
113.	Подтвердить соединительнотканное происхождение опухоли можно при помощи следующей окраски 1. гематоксилин-эозин 2. пикрофуксином 3. суданом III 4. толуидиновым синим 5. реакцией Перлса	2
114.	Иммуногистохимическая реакция с виментином используется для диагностики 1. липосаркомы 2. ангиосаркомы 3. фибросаркомы 4. злокачественной шванномы 5. миосаркомы	3
115.	Иммуногистохимическая реакция с десмином используется для диагностики 1. липосаркомы 2. ангиосаркомы 3. фибросаркомы 4. злокачественной шванномы 5. миосаркомы	5
116.	С помощью какого антитела/антител при ИГХ-исследовании лучше всего верифицировать кровеносные сосуды при наличии в них раковых эмболов: 1. CD34 2. Desmin 3. CD31 4. D2-40	1, 3
117.	Для аденокарциномы лёгкого у некурящей женщины характерны мутации в генах: 1. EGFR, ALK 2. KRAS, NRAS 3. BRCA1/2 4. MSH2, MSH6	1
118.	Наиболее частая мутация в гене EGFR, обуславливающая резистентность к ингибиторам тирозинкиназ первого поколения у пациентов с аденокарциномой лёгкого: 1. T790M 2. L858R 3. делеция 19 экзона 4. инерция 20 экзона	1
119.	Наиболее частые мутации в гене EGFR, обуславливающие чувствительность к ингибиторам тирозинкиназ первого поколения у пациентов с аденокарциномой лёгкого: 1. T790M 2. L858R 3. делеция 19 экзона 4. инерция 20 экзона	2, 3

120.	При исследовании плазмы крови у пациента с диссеминированной аденокарциномой лёгкого активирующие мутации в гене EGFR выявляют методом: 1. флюоресцентная гибридизация in situ (FISH) 2. иммуногистохимический метод 3. фрагментный анализ 4. цифровая ПЦР	4
121.	При исследовании тканевого биоптата с аденокарциномой лёгкого активирующие мутации в гене EGFR выявляют методом: 1. флюоресцентная гибридизация in situ (FISH) 2. иммуногистохимический метод 3. аллельспецифическая ПЦР 4. фрагментный анализ	3
122.	В случае морфологической картины низкодифференцированного рака в бронхобиоптате для иммуногистохимического подтверждения аденокарциномы легкого следует использовать: 1. TTF1 2. p40/p63 3. хромогранин А 4. цитокератины 7 и 20	1
123.	В случае морфологической картины низкодифференцированного рака в бронхобиоптате для иммуногистохимического подтверждения плоскоклеточного рака следует использовать: 1. TTF1 2. p40/p63 3. хромогранин А 4. цитокератин 7	2
124.	В случае морфологической картины низкодифференцированного рака в бронхобиоптате для иммуногистохимического подтверждения нейроэндокринного рака следует использовать: 1. TTF1 и напсин А 2. p40/p63 3. хромогранин А и CD56 4. цитокератины 7 и 20	3
125.	Для иммуногистохимического подтверждения солитарной фиброзной опухоли следует использовать: 1. гладкомышечный актин и десмин 2. CD34 и STAT6 3. CD31 и ERG 4. TTF1 и p40	2
126.	Для определения рациональной тактики лекарственного лечения у пациента с ПИВ-IV стадией центрального плоскоклеточного рака лёгкого необходимо определить: 1. активирующие мутации в гене EGFR 2. экспрессию PD-L1 3. перестройку гена ALK 4. перестройку гена ROS1	2
127.	Для воспалительной миофибробластической опухоли лёгкого характерны мутации в генах: 1. BRAF (V600E) 2. ALK, ROS1, RET 3. KRAS, NRAS 4. PD-L1	2
128.	С помощью какого антитела/антител при ИГХ-исследовании лучше всего выявлять целостность мышечной пластинки слизистой оболочки при раннем раке желудка: 1. S-100 2. Collagen-IV 3. Desmin 4. цитокератин 8/18	3

129.	Если у женщины рак молочной железы в анамнезе, а в биоптате из желудка обнаружен рост рака из дискретно лежащих клеток с перстневидной морфологией, то в панель антител для иммуногистохимической диагностики следует включить: 1. GATA3 2. цитокератин 7 3. Ki67 4. p53	1
130.	С какими антителами необходимо провести ИГХ-исследование опухоли желудка для подтверждения диагноза гастроинтестинальная стромальная опухоль: 1. S100, гладкомышечный актин, десмин 2. панцитокератин, виментин, Ki67 3. цитокератины 7 и 20, CDX2 4. CD34, CD117, DOG-1	4
131.	При метастатическом колоректальном раке резистентность к анти-EGFR терапии связана с мутациями в генах: 1. KRAS/NRAS 2. EGFR L858R/del19 3. ALK/ROS1 4. BRCA1/2	1
132.	Для аденокарциномы кишки со спорадической микросателлитной нестабильностью характерны мутации в гене: 1. KRAS 2. BRCA2 3. BRAF (V600E) 4. MSH6	3
133.	Для дифференциальной диагностики инвазивного рака молочной железы и рака <i>in situ</i> используются иммуногистохимические тесты: 1. Цитокератин 7 2. Цитокератин 5 3. Her2 4. Виментин	2
134.	Исследование экспрессии рецепторов андрогенов и Цитокератина 5 необходимо при раке молочной железы со следующим иммунофенотипом: 1. ER+, PR+, Her 2. ER+, PR+, Her 3. ER 4. ER	4
135.	Для дифференциальной диагностики между тубулярным раком молочной железы и склерозирующим аденозом используются иммуногистохимические маркеры: 1. ER, PR 2. Цитокератин 5, p63 3. Цитокератины 7 и 18 4. Ki-67	2
136.	Для дифференциальной диагностики между аденокарциномой простаты и аденозом следует использовать комбинацию из следующих маркеров: 1. рецепторы андрогенов и p63 2. цитокератин 5 и AMACR (P504S) 3. гладкомышечный актин и цитокератин 5 4. гладкомышечный актин и AMACR (P504S)	2
137.	Для дифференциальной диагностики меланомы и светлоклеточной саркомы, локализующейся в дерме кожи, используется следующий молекулярный тест: 1. EWSR1 (FISH) 2. определение мутации в гене GNAS 3. определение мутации в гене SKIT 4. ничего из вышеперечисленного	1

138.	Для дифференциальной диагностики между дерматофибромой и дерматофибросаркомой наиболее предпочтительна следующая иммуногистохимическая панель: 1. Podoplanin (D2-40), CD34 2. CD34, S100 3. INI1, виментин 4. десмин, S100	1
139.	Для иммуногистохимического подтверждения солитарной фиброзной опухоли следует использовать: 1. гладкомышечный актин и десмин 2. CD34 и STAT6 3. CD31 и ERG 4. TTF1 и p40	2
140.	Для диагностики аденокистозного рака наиболее диагностически значимыми являются маркеры: 1. ER, PR, Her2 2. цитокератин 5, p63 3. CD117, p63 4. S-100	3
141.	Иммуногистохимическим маркером, указывающим на ассоциацию плоскоклеточного рака орофарингеальной зоны с ВПЧ, является: 1. p53 2. p63 3. p16 4. все вышеперечисленные	3
142.	Что такое "дикий" тип окрашивания p53: 1. диффузное выраженное ядерное окрашивание 80-100% опухолевых клеток 2. очаговое различной степени выраженности ядерное окрашивание опухолевых клеток 3. диффузное выраженное цитоплазматическое окрашивание опухолевых клеток 4. негативное окрашивание опухолевых клеток	2
143.	Основные гистологические признаки терапевтического патоморфоза опухолей 1. дистрофия опухолевых клеток 2. некроз опухолевых клеток 3. фиброз	1, 2, 3

Оценочные средства к разделу Б1.В.1.2. Диагностика опухолей некоторых локализаций (2-й семестр)

Вид оценочного средства: контрольные вопросы к разделу Б1.В.1.2

1. Рак щитовидной железы – эпидемиология, факторы риска, ранняя диагностика.
2. Рак щитовидной железы: классификация, гистологические типы и варианты. Особенности метастазирования, осложнения, прогноз.
3. Рак легкого. Эпидемиология. Фоновые и предраковые изменения бронхов и легкого.
4. Рак легкого: принципы международной классификации. Макроскопические варианты, гистологические типы, иммунофенотипические особенности. Особенности проявлений в зависимости от локализации и стадии процесса.
5. Рак легкого: особенности клинического течения мелкоклеточного рака, закономерности метастазирования. Выбор метода лечения, осложнения, прогноз.
6. Опухоли желудка. Фоновые и предраковые состояния.
7. Рак желудка: эпидемиология, этиология, принципы классификации. Макроскопические и гистологические формы.
8. Рак желудка. Особенности проявлений в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Закономерности метастазирования. Виды радикальных оперативных вмешательств.
9. Рак шейки матки. Факторы риска, предраковые состояния, патогенез. Морфологическая характеристика, методы диагностики. Прогноз, особенности метастазирования.
10. Рак эндометрия. Предрасполагающие факторы, этапы развития, макроскопическая характеристика, гистологические формы, закономерности метастазирования, прогноз.
11. Рак предстательной железы. Пато- и морфогенез. Классификация, гистологические варианты.
12. Предопухолевые изменения предстательной железы. ПИН высокой степени. Дифференциальный диагноз.
13. Морфологические критерии и молекулярные маркеры в диагностике ограниченного рака предстательной железы. Модифицированная шкала Глисона.
14. Методы и этапы диагностики опухолей предстательной железы. Основные принципы комбинированного и комплексного лечения.
15. Рак кожи. Заболеваемость, факторы риска. Факультативные и облигатные предраки кожи.
16. Базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи. Клинические формы, морфологическая характеристика, течение, прогноз.
17. Меланома. Предмеланоматозные состояния. Классификация, морфологическая характеристика, метастазирование.
18. Рак молочной железы: эпидемиология, факторы риска, патогенез. Морфологические типы и их характеристика. Стадии распространения по TNM. Особенности метастазирования, прогноз.
19. Молекулярно-генетическая классификация рака молочной железы. Особенности метастазирования, прогноз.
20. Острые лейкозы. Классификация, патогенез, прижизненная диагностика, морфологические проявления. Морфологические и иммунофенотипические варианты.
21. Острые лейкозы. Стадии развития, общие закономерности клинических проявлений. Особенности течения у детей.
22. Хронические лейкозы: классификация, стадии течения, клинико-морфологическая характеристика.
23. Паранепротеинемические гемобластозы. Миеломная болезнь: классификация, патологическая анатомия, осложнения.
24. Регионарные опухолевые заболевания кроветворной ткани (лимфомы). Общая характеристика, локализация, клинические стадии, гистологические типы. Иммуногистохимические маркеры в диагностике Т- и В-лимфом.
25. Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина). Клинические стадии, патогистологические типы, клинико-морфологическая характеристика, прогноз.

Вид оценочного средства: ситуационные задачи к разделу Б1.В.1.2

Оценочное средство	Эталон ответа
Задача 1. При гистологическом исследовании кистозного образования щитовидной железы выявлено, что оно состоит из сосочков, выстланных атипичным эпителием, с врастанием сосочков в стенку полости, очаговыми кальцинатами. 1. Дайте название данному образованию. 2. Укажите гистогенетический вариант, к которому она относится.	1. Папиллярный рак щитовидной железы. 2. Опухоли экзо- и эндокринных желез, а также эпителиальных покровов (органоспецифические).
Задача 2. При гистологическом исследовании образования щитовидной железы выявлено, что оно состоит из атипичных веретеновидных клеток с гомогенными полями аморфного вещества, имеющего положительную окраску конго красным. 1. Назовите данную опухоль. 2. К какому гистогенетическому варианту она относится?	1. Медуллярный рак щитовидной железы. 2. Опухоли экзо- и эндокринных желез, а также эпителиальных покровов (органоспецифические).
Задача 3. Больная 49 лет обратилась с жалобами на потерю аппетита, слабость, снижение массы тела, боли в эпигастрии, постоянное подташнивание, частую рвоту непереваренной пищей. Симптомы нарастали в течение 2 лет, по данным гастроскопии с биопсией был установлен диагноз – хронический поверхностный гастрит. Больная госпитализирована. При рентгенологическом исследовании выявлен утолщенный нерастяжимый желудок в виде «кожаного мешка». При гастроскопии – утолщение складок слизистой оболочки желудка во всех отделах, взята биопсия, в которой выявлены признаки рака. 1. Назовите макроскопическую форму рака желудка. 2. Характер роста по отношению к просвету желудка? 3. Какой гистологический тип (типы) рака чаще всего находят при этой форме рака желудка? 4. Какие изменения найдены в левом надключичном лимфатическом узле? 5. Вероятная причина поздней диагностики опухоли?	1. Диффузный рак желудка. 2. Эндофитный. 3. Перстневидноклеточный или скирр. 4. Ретроградный лимфогенный метастаз рака - вирховская железа. 5. Особенность диффузного рака – длительный рост в глубоких отделах слизистой оболочки и по ходу подслизистой основы без изъязвлений, что затрудняет гистологическое исследование.
Задача 4. Больная 65 лет поступила с жалобами на потерю массы тела, слабость, периодические боли в эпигастрии, изменение цвета кала. По данным рентгенологического исследования и гастроскопии на малой кривизне желудка – образование размером 6х4 см, с валикообразными краями и западающей центральной частью, покрытой серым налетом. При исследовании биоптатов выявлена картина рака. Проведена операция резекции желудка, большого и малого сальников. 1. Назовите макроскопическую форму рака желудка. 2. Характер роста по отношению к просвету? 3. Какой гистологический тип рака чаще всего находят при этой форме рака желудка? 4. Почему вместе с желудком удалены большой и малый сальники? 5. Где еще можно искать лимфогенные метастазы? 6. Почему изменился цвет кала, о каких осложнениях рака это свидетельствует?	1. Блюдцеобразный. 2. Экзофитный. 3. Аденокарцинома. 4. Так как в них располагаются регионарные лимфатические узлы, в которые, в первую очередь, метастазирует рак желудка. 5. В отдаленных лимфатических узлах. Кроме того, рак желудка может давать метастазы ретроградным лимфогенным путем в оба яичника (крукенберговские метастазы), в параректальную клетчатку (шницлеровские метастазы), и в левый надключичный лимфатический узел (вирховская железа). 6. Цвет кала мог измениться в связи с кровотечением из изъязвленной опухоли. Хроническое кровотечение и нарушение всасывания пищи приводит к развитию железодефицитной анемии.

Задача 5. Труп истощенного мужчины 65 лет. Из истории болезни: болен опухолью желудка (гистологически аденокарцинома), 4 клиническая группа. <i>Вскрытие:</i> в пилорическом отделе желудка опухолевый узел белесовато-серого цвета на разрезе. В воротах печени аналогичная опухолевая ткань с единичными мелкими округлыми узелками в паренхиме печени. В правом легком очаговые светло-серые уплотнения, с поверхности разреза которых выделяется мутная белесоватая жидкость. <i>Микроскопически</i> в ткани опухолевых узлов желудка и печени картина аденокарциномы. В легких слизистая оболочка бронхов полнокровная, в просвете слизь, гной, слущенные эпителиальные клетки. В просвете альвеол скопление распадающихся нейтрофилов, эритроциты. 1. Назовите основное заболевание. 2. Объясните механизм развития патологического процесса в печени. 3. Назовите отличительные морфологические критерии первичной и вторичной злокачественной опухоли. 4. Какое осложнение явилось причиной смерти?	1. Злокачественная эпителиальная опухоль желудка (аденокарцинома). 2. Метастазы рака в печень. Гематогенное распространение опухоли. 3. Первичная злокачественная опухоль – чаще имеет одиночный характер, как правило, характеризуется нечеткостью границ узла, инфильтративным ростом. Вторичная (метастатическая) злокачественная опухоль – множественные узлы различных размеров, с четкими границами, неправильной округлой или овальной формы. 4. Очаговая пневмония.
Задача 6. При рентгенологическом обследовании больного 55 лет, поступившего с жалобами на боли в эпигастриальной области, рвоту, потерю массы тела, диагностирована злокачественная эпителиальная опухоль в области малой кривизны желудка. 1. Дайте название опухоли. 2. Возможные гистологические варианты опухоли. 3. Где могут быть обнаружены первые метастазы?	1. Рак (аденокарцинома) желудка 2. Аденокарцинома, плоскоклеточный, железисто-плоскоклеточный 3. Регионарные лимфоузлы
Задача 7. К онкологу направлен пациент М., 37 лет, с увеличенным левым надключичным лимфатическим узлом, при гистологическом исследовании которого обнаружены комплексы атипичных крупных клеток с эксцентричным ядром, дающих положительную ШИК-реакцию, по форме напоминающие «перстни». 1. Назовите данную опухоль. 2. К какому гистогенетическому варианту она относится? 3. Укажите наиболее частую локализацию первичной опухоли, которая характерна для данного метастаза.	1. Метастаз Вирхова (перстневидно-клеточного рака). 2. Эпителиальные опухоли без специфической локализации (органонеспецифические). 3. Рак желудка.
Задача 8. При гистологическом исследовании яичников, удаленных по поводу миомы матки больших размеров, обнаружены комплексы атипичных крупных клеток с эксцентричным ядром, дающих положительную ШИК-реакцию, по форме напоминающие «перстни». 1. Назовите данную опухоль. 2. К какому гистогенетическому варианту она относится? 3. Укажите наиболее частую локализацию первичной опухоли, которая характерна для данного метастаза.	1. Метастаз Крукенберга (перстневидно-клеточного рака). 2. Эпителиальные опухоли без специфической локализации (органонеспецифические). 3. Рак желудка.
Задача 9. Женщина 36 лет, с отягощенным акушерским анамнезом (ранние роды, затяжное хроническое воспаление шейки матки), обратилась с жалобами на обильные водянистые бели и контактные кровянистые выделения. При кольпоскопии – расширенные, неправильно ветвящиеся сосуды в патологически измененном участке эпителия, имеющем беловатую окраску. <i>При гистологическом исследовании:</i> нарушение	1. Дисплазия шейки матки. 2. Причины дисплазии: вирус папилломы человека; раннее начало половой жизни (до 18 лет); роды в очень раннем возрасте (до 16 лет); курение; репродуктивные токсиканты. 3. Фоновые процессы для дисплазии: эндоцервикоз; полип; эктопия; метаплазии плоского эпителия.

ние стратификации многослойного плоского эпителия, пролиферация базальных и парабазальных клеток с нарушением их дифференцировки, гиперхромией и полиморфизмом ядер. Митотически делящиеся клетки захватывают 1/2 толщины эпителиального пласта. Видны единичные атипические митозы. В поверхностных слоях выявляются клетки с крупным гиперхромным ядром и глыбками хроматина, ядерная мембрана утолщена, неправильной формы; вокруг ядра – широкий ободок просветлённой цитоплазмы. 1. Назовите патологический процесс шейки матки. 2. Перечислите причины для его развития. 3. Фоновые состояния для данного процесса. 4. Перечислите исходы.	4. Исходы дисплазии: - тяжелая дисплазия трансформируется в рак в 40 – 60% случаев; - беременность и дисплазия очень неблагоприятное сочетание.
Задача 10. У женщины 35 лет при цитологическом исследовании мазка из шейки матки на профилактическом осмотре выявлены патологические изменения плоского эпителия в виде многоядерных клеток, чешуек, увеличения ядер с их гиперхромией, много зерен кератина. При кольпоскопии на влажной порции шейки матки – белые лакированные пятна в виде мозаики. <i>Микроскопически в биоптате:</i> акантоз плоского эпителия, дискератоз, паракератоз, 2-3 слоя зернистых клеток с базофильными гранулами. В подэпителиальном слое очаговая лимфо-лейкоцитарная инфильтрация. 1. Назовите патологический процесс шейки матки. 2. Назовите причины для ее развития. 3. Гормональные нарушения при данной патологии. 4. Гистологические изменения эндометрия, сопровождающие этот патологический процесс.	1. Лейкоплакия шейки матки. 2. Причины лейкоплакии шейки матки. - воспалительные процессы - нарушения иммунного статуса - гормональные нарушения - травма (частые аборты) 3. Нарушение менструального цикла: олигоменорея, контактные кровотечения у 30%, повышение ФСГ, снижение уровней ЛГ/ФСГ и прогестерона. 4. Неполноценная фаза секреции.
Задача 11. Женщина 34 лет с жалобами на бели, кровоточивость при контакте. При морфологическом исследовании биоптата шейки матки в базальных и парабазальных слоях многослойного плоского эпителия выраженная пролиферация гиперхромных и полиморфных клеток с их дезорганизацией, нарушением полярности, но без нарушения базальной мембраны. Атипические клетки проникают в промежуточные и поверхностные слои эпителиального пласта, имеется умеренное количество атипических митозов. 1. Поставьте гистологический диагноз. 2. Объясните особенность данной патологии. 3. В чем отличие 3 степени дисплазии от Cancer in situ? 4. Самая частая локализация рака шейки матки? 5. Факторы, влияющие на локализацию зоны трансформации.	1. Неинвазивный рак шейки матки. 2. Внутриэпителиальный рак. Cancer in situ. Характеризуется сохранением базальной мембраны. 3. При III степени дисплазии остается слой нормальных клеток. 4. Самая частая локализация рака шейки матки – зона стыка эпителиев. 5. Факторы, влияющие на локализацию зоны трансформации: возраст; гормональный фон; воспалительные изменения.
Задача 12. Женщина 34 лет с жалобами на нарушение менструальной функции была осмотрена гинекологом. При исследовании цервикального канала был выявлен очаг экзофитного разрастания слизистой оболочки. Произведена прицельная биопсия. <i>Микроскопически:</i> опухолевая ткань представлена железами различной формы и величины с многорядным атипичным эпителием, полиморфные клетки с гиперхромией ядер, наличием множественных митозов.	1. Высокодифференцированная аденокарцинома цервикального канала шейки матки. 2. Злокачественная эпителиальная опухоль. 3. Фоновые процессы для развития рака шейки матки: псевдоэрозии, лейкоплакия, полипы, папиломы, кондиломы 4. ВПЧ 16 и 18 типы, типы 31, 33, 35 – возможные канцерогены. 5. Особенности развития рака шейки матки:

1. Поставьте гистологический диагноз. 2. К какому виду патологического процесса относится данная патология? 3. Фоновые процессы для развития заболевания? 4. Назовите известную достоверную причину заболевания шейки матки. 5. Перечислите особенности данной патологии.	- не встречается у девственниц; - раннее начало половой жизни; - обилие и частая смена партнеров; - роды в очень молодом возрасте; - курение; - применение барьерных и оральных контрацептивов.
Задача 13. У женщины средних лет, длительно наблюдаемой по поводу эндоцервикоза, после появления мажущих кровянистых выделений произведена биопсия шейки матки. Гистологически в пластах многослойного плоского эпителия обнаружены дисплазия и группы атипических клеток среди клеток зажившего эндоцервикоза. 1. Какую патологию заподозрил лечащий врач? 2. Что диагностировал патологоанатом при гистологическом исследовании биоптата? 3. Дальнейшая тактика лечащего врача.	1. Злокачественное новообразование шейки матки 2. Плоскоклеточный рак шейки матки 3. Консультация онколога. Ампутация шейки, матки.
Задача 14. Девочка 14 лет, жалобы на боли внизу живота, повышение температуры до 39°C, постоянные кровянистые выделения. Нарушения менструального цикла начались 8 месяцев назад, была диагностирована дисфункция яичников, лечение кровоостанавливающими и гормональными средствами безуспешно. При госпитализации: в крови лейкоцитоз, увеличенная СОЭ и гипохромная анемия. При кольпоскопии шейка матки гипертрофирована, плотная, бочкообразная. Верхняя и средняя трети полости влагалища заняты экзофитной опухолью, «вколоченной» в просвет влагалища. Проведена тотальная гистерэктомия с 2/3 влагалища. Макроскопически: правый яичник замещен кистой, заполненной соломенно-желтой жидкостью, с гладкими блестящими внутренней и наружной оболочками капсулы. Шейка матки представлена опухолью 8х6 см, исходящей из слизистой цервикального канала, инфильтрирующей тотально всю мышцу и прорастающую в задний влагалищный свод. <i>При гистологическом исследовании</i> в яичнике фолликулярная киста. Эндометрий – без особенностей. Опухолевая ткань состоит из крупных светлых клеток типа сапожного гвоздя с большой шляпкой, с выраженной атипией и многочисленными митозами, в строме гиалиноз. 1. Поставьте гистологический диагноз. 2. Назовите разновидность опухолевого процесса. 3. Объясните механизм развития патологии. 4. Объясните, с чем может быть связана поздняя диагностика данной патологии. 5. Определите прогноз заболевания.	1. Светлоклеточная аденокарцинома шейки матки. 2. Злокачественная эпителиальная опухоль. 3. Трансплацентарный эстрогенный канцерогенез. Тератогенный эффект эстрогенов при лечении в сроки до 8 нед беременности, в период эмбриональной закладки нижнего отдела женских половых органов. 4. Поздняя диагностика связана с недостаточным обследованием и постановкой нередко ошибочного диагноза «ювенильное кровотечение». 5. Прогноз зависит от стадии опухолевого процесса. При неэффективности лечения обычно находят рецидивы в малом тазу и легочные метастазы.
Задача 15. У женщины 43 лет на фоне внутриматочного контрацептива задержка месячных на 14 дней, появились мажущие кровянистые выделения перешедшие затем в маточное кровотечение. При выскабливании получен обильный соскоб. <i>Микроскопически:</i> деление на компактный и спонгиозный слой отсутствует, клубки сосудов не определяются. Железы	1. Атипическая железистая гиперплазия эндометрия. 2. Дисгормональное заболевание. 3. Тканевой и клеточный атипизм. 4. Период менопаузы – после 45 лет, связанный с физиологическим завершением менструального цикла и угасанием репродуктивной функ-

разной величины и формы располагаются очень тесно, «спинка к спинке», эпителий желез активно пролиферирует. Отмечается ветвление желез, многорядность эпителия, в крупных гиперхромных ядрах обилие митозов. 1. Назовите патологический процесс в эндометрии. 2. Назовите разновидность патологического процесса. 3. Какие виды атипизма для него характерны. 4. Назовите возрастной период женщины, характеризующийся возрастанием этой патологии. 5. Назовите возможный неблагоприятный исход заболевания матки.	ции. Падает уровень половых гормонов, и внутри матки создаются благоприятные условия для развития патологии под влиянием дефицита прогестерона. 5. При отсутствии лечения в 30% случаев атипическая железистая гиперплазия эндометрия переходит в аденокарциному.
Задача 16. Женщина 55 лет оступила в отделение с жалобами на интенсивное кровотечение. В анамнезе: сахарный диабет, отсутствие родов, рецидивирующая гиперплазия эндометрия. УЗИ: новообразование в полости матки и кистозно-измененные яичники. Произведена экстирпация матки с придатками. В полости матки узел 3 см пестрого вида, мягкой консистенции, не прорастающий стенку матки. В левом яичнике множественные кисты до 1 см, с гладкой внутренней поверхностью и серозным содержимым. <i>При микроскопии</i> в эндометрии обилие железистых структур альвеолярного, трубчатого и папиллярного строения. Эпителий высоко- и низкопризматический с умеренным клеточным и ядерным атипизмом, небольшим количеством патологических митозов. Стенка кистозных образований яичника образована фиброзной тканью, внутренняя выстилка – цилиндрическим реснитчатым эпителием. 1. Назовите патологический процесс эндометрия. 2. Назовите гистологическую форму. 3. Факторы риска гормонозависимого рака тела матки. 4. Причина развития гормонозависимого рака матки. 5. Особенности развития гормонозависимого рака матки и степень его дифференцировки.	1. Злокачественная эпителиальная опухоль эндометрия. 2. Высокодифференцированная аденокарцинома. 3. Факторы риска гормонозависимого рака тела матки: бесплодие, отсутствие родов в анамнезе, поздняя менопауза, ожирение, сахарный диабет, артериальная гипертензия, наследственная отягощенность по раку с эндокринно-метаболическим патогенезом, гормонопродуцирующие опухоли яичника. 4. Длительная гиперэстрогения. 5. Предшествует последовательное возникновение гиперпластических и предраковых процессов эндометрия. Высокодифференцированный рак.
Задача 17. У женщины 68 лет, пониженного питания, на фоне аменореи, длящейся 25 лет, начались мажущие, чередующиеся с более интенсивными кровотечения, не прекращающиеся в течение последних 6 месяцев. УЗИ органов малого таза: патологии не выявлено. При диагностическом выскабливании полости матки получен обильный соскоб. <i>При гистологическом исследовании</i> обилие железистых структур альвеолярного, трубчатого и папиллярного строения. Эпителий высоко- и низкопризматический с выраженным клеточным и ядерным атипизмом, наличием патологических митозов. 1. Назовите патологический процесс эндометрия. 2. Назовите гистологическую форму. 3. Патогенетические варианты рака эндометрия. 4. Основная причина развития негормонозависимого рака матки. 5. Особенности развития негормонозависимого рака матки и степень его дифференцировки.	1. Злокачественная эпителиальная опухоль эндометрия. 2. Низкодифференцированная аденокарцинома. 3. Гормонозависимый рак и автономный (негормонозависимый). 4. Выраженная депрессия Т-системы иммунитета на фоне нарушений адаптационного гомеостаза и гиперкортицизма. 5. Развивается в более старшем возрасте, без предшествующих гиперпластических процессов, на фоне атрофии эндометрия, в отсутствие гиперэстрогении и обменно-эндокринных нарушений. Опухоль имеет низкую дифференцировку, низкую чувствительность к гормонотерапии, раннюю инвазию в миометрий и метастазирование.

Задача 18. У девочки 14 лет два года после удаления дермоидной кисты левого яичника и клиновидной резекции правого яичника появилось образование в малом тазу диаметром 20,0 см. Во время срочного интраоперационного исследования обнаружена опухоль кистозно-солидного строения мягкой консистенции с множественностью кист разного размера, часть из которых выполнена мутным геморрагическим содержимым. <i>При гистологическом исследовании</i> в стенке кисты и солидных участках найдены зрелые эмбриональные структуры нескольких типов тканей и незрелая глиозная ткань. 1. Назовите разновидность опухолевидного образования. 2. Назовите тип данного новообразования. 3. Укажите источник его развития. 4. Назовите особенность течения новообразования. 5. Дайте морфологическую характеристику дермоидной кисты яичника.	1. Незрелая тератома 2. Относится к типу злокачественных герминогенных опухолей. 3. Развивается из зародышевых листков. 4. Растет быстро и нередко дает метастазы. 5. Дермоидная киста представлена однокамерной кистой с фиброзной стенкой содержит сальный материал и волосы, хрящевую ткань, с участками обызвествления, иногда зубы. Относится к зрелым тератомам.
Задача 19. У женщины 44 лет на фоне отсутствия месячных появились тянущие боли в поясничной области. УЗИ: оба яичника увеличены. Произведена экстирпация матки с придатками. При макроскопии правый яичник 6,5 см, левый 12,0 см, поверхность крупнобугристая, на разрезе ткань пестрого вида с кистозными полостями разной величины со слизисто-гнойно-геморрагическим содержимым. Внутренняя поверхность с сосочковыми разрастаниями желто-белого цвета с кровоизлияниями и некрозами. <i>Микроскопически:</i> строение яичника полностью нарушено за счет разрастания опухолевой ткани образованной атипичными сосочковыми структурами, построенными из атипических клеток с выраженным клеточным и ядерным атипизмом. Строма большей части сосочков фиброзная. 1. Поставьте гистологический диагноз. 3. Назовите разновидность опухолевого процесса. 3. Назовите особенности данной патологии яичников. 4. Причины поздней диагностики опухолей яичников.	1. Серозная цистаденокарцинома. 2. Злокачественная эпителиальная опухоль яичника. 3. Особенности опухолей яичников: - обладают мультицентрическим ростом, - характеризуются диссеминацией по брюшине, - в яичниках рак минимальных размеров (макроскопически яичники не изменены), а диссеминация по брюшине обширная. 4. У 80% больных заболевание диагностируется на поздних стадиях вследствие: - малосимптомности, - отсутствия способов ранней диагностики, - невозможности повторных биопсий, - грация опухоли по злокачественности очень условна.
Задача 20. Женщина 35 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота, утомляемость, нарушения менструального цикла. УЗИ: новообразование правого яичника. Произведена овариоэктомия. Макроскопически опухоль 10 см, с гладкой белесоватой фиброзной капсулой, мягкой консистенции, на разрезе – светло-коричневого цвета, полностью замещает паренхиму яичника. <i>Микроскопически:</i> ткань опухоли представлена крупными округлыми клетками, сходными с зародышевыми клетками примордиальных фолликулов, цитоплазма которых содержит гликоген. Группы опухолевых клеток окружены тонкими прослойками соединительной ткани со скоплением лимфоцитов. 1. Разновидность опухоли по степени дифференцировки и происхождению. Гистологический вариант. 2. Особенность клинического течения данной опухоли по сравнению с другими из этой группы. 3. С какой опухолью часто сочетается? 4. Что ещё взять для гистологического исследования?	1. Злокачественная опухоль яичника герминогенного происхождения. Дисгерминома. 2. Течение менее агрессивное по сравнению с опухолями этой группы, метастазы дает поздно. 3. С доброкачественной опухолью – гонадобластомой. 4. Парааортальные лимфатические узлы и лимфатические узлы сальника, для исключения лимфогенных метастазов.

Задача 21. У мужчины 50 лет на коже нижней губы около 3-х месяцев назад появился и начал увеличиваться возвышающийся над кожей плотный узел серого цвета, достигнув 2 см в диаметре. На разрезе серо-розового цвета. <i>Микроскопически</i> – массивный кератоз, умеренно выраженный папилломатоз, резко выраженный акантоз в виде тяжелой многослойного плоского эпителия, разрастающегося до уровня потовых желез. В акантотических тяжках местами плохо различим базальный слой эпителия. В периферических отделах опухоли – дезорганизация базального слоя, с ядерным полиморфизмом, много митозов. Встречаются участки менее дифференцированного эпителия шиповатого типа с мелкими базофильными кератоцитами, имеется кератинизация отдельных клеток, а также их групп с образованием гнезд дискератоза и роговых кист. 1. Поставьте гистологический диагноз. 2. Назовите предрасполагающие факторы. 3. Назовите наиболее частую локализацию данного новообразования. 4. Назовите патологические процессы, с которыми дифференцируют данную патологию. 5. Назовите разновидность данной опухоли, более неблагоприятную в прогностическом отношении.	1. Ороговевающий плоскоклеточный рак. 2. Предраковые заболевания: пигментная ксеродерма, болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра. Хронические воспалительные процессы: ожоги, лучевой дерматит; хроническая пиодермия; хроническая язва; дискоидная красная волчанка. Рубцовый процесс. 3. Наиболее частая локализация плоскоклеточного рака: лицо, нижняя губа, спинка носа, скуловая дуга, ушные раковины, открытые части тела. 4. Различные хронические воспалительные процессы (туберкулез, сифилис, глубокий микоз). Злокачественная меланома. Саркома кожи. Доброкачественные опухоли кожи (папилломы, фибромы). 5. Неороговевающий плоскоклеточный рак.
Задача 22. У мужчины 23 лет на коже шеи слегка возвышающееся пятно 0,2×0,5 см светло-коричневого цвета, которое за 2 месяца приобрело темно-коричневый цвет. <i>Гистологически</i> в базальном слое эпидермиса на уровне эпидермо-дермального соединения крупные гнезда и шаровидные структуры из морморфных клеток с оптически пустой цитоплазмой, нечеткими границами. Кое-где содержат пылевидные мелкие зерна коричневого цвета. Редко встречаются одиночные митозы. Отдельные светлые клетки находятся в дерме. 1. Поставьте гистологический диагноз. 2. Клинико-морфологические разновидности данной патологии. 3. Отличия невусных клеток от меланоцитов. 4. Патологические процессы, с которыми дифференцируют данную патологию.	1. Внутридермальный невус. 2. Пигментный невус; пограничный (юнкциональный) невус; внутридермальный невус; дермоэпидермальный (сложный) невус; галоневус (невус Сеттона); гигантский пигментный невус; эпителиоидный, или веретёноклеточный невус; голубой невус (синий невус Ядассона, монгольское пятно); клеточный голубой невус. 3. Отличия невусных клеток от меланоцитов: а) отсутствие отростков, б) способность группироваться в «гнезда», в) способность накапливать пигмент в цитоплазме, г) обладают тенденцией к миграции из базального слоя эпидермиса в дерму. 4. Трихоэпителиома, базалиома, гиперплазии сальных желез, нейрофиброма, доброкачественные меланоцитарные новообразования.
Задача 23. У женщины 66 лет на коже лица новообразование, представленное пигментированной дольчатой бляшкой 2 см с телеангиэктазиями и изъязвлением на поверхности. <i>Микроскопически:</i> тяж и комплексы мелких интенсивно окрашенных клеток, напоминающих клетки базального слоя эпидермиса. Отмечается палисадообразное расположение опухолевых клеток, по периферии тяжа клетки имеют высокую призматическую форму, в толще – полигональную. Кое-где видны межклеточные «мостики», изредка встречаются митозы. Скопления и тяжи опухолевых клеток «сползают» с базальных слоёв эпителия, как капли, проникая в дерму.	1. Базалиома. 2. Опухоль с местнодеструктивным ростом, обладает выраженным инфильтрирующим ростом, часто рецидивирует, но, как правило, не даёт метастазов. 3. Длительное пребывание на солнце, воздействие высоких температур и ионизирующего излучения, воздействие канцерогенных веществ, пожилой возраст, пониженный иммунитет. 4. Чаще всего поражаются носогубные складки, крылья носа, верхняя губа, внутренние и наружные уголки глаз, виски.

1. Поставьте гистологический диагноз. 2. Назовите разновидность опухолевого процесса. 3. Назовите этиологические факторы заболевания. 4. Излюбленная локализация данного новообразования. 5. Назовите возможный прогноз.	5. Прогноз благоприятный. В случае запущенных язвенных форм возможно прорастание базалиомой костей черепа, что значительно ухудшает прогноз.
Задача 24. У женщины 55 лет на коже плеча в коричневом образовании 1 см в диаметре, с шероховатой поверхностью, появилось изъязвление. При гистологическом исследовании эпидермис утолщен, с массивными акантотическими разрастаниями. Имеется кератоз с небольшими гнездами дискератоза. В базальном слое, а также в вышележащих слоях имеется большое количество полиморфных крупных клеток, содержащих меланин. Атипичные клетки имеют большие ядра с неровными контурами, с краевым расположением хроматина, а также чётко заметные эозинофильные ядрышки. Группы светлых клеток, с оптически пустой цитоплазмой обнаруживаются в сосочковом слое дермы, где имеется густой лимфоидноклеточный инфильтрат. 1. Поставьте гистологический диагноз. 2. Перечислите предрасполагающие факторы для развития данной патологии. 3. назовите стадии морфогенеза данной опухоли. 4. Назовите основные типы данной опухоли.	1. Меланома. 2. Предрасполагающие факторы для развития данной патологии: - наличие невуса (особенно диспластического); - наследственная предрасположенность; - ультрафиолетовое облучение; - воздействие канцерогенов. 3. Радиальный рост – распространение опухолевых клеток в эпидермисе и поверхностных слоях дермы. Вертикальный рост – атипичные меланоциты врастают в глубокие слои дермы и обладают метастатическим потенциалом. 4. Основные типы данной опухоли: - злокачественное лентиго, - акральная лентигиозная меланома, - меланома с поверхностным (радиальным) распространением, - нодулярная меланома (с вертикальным ростом)
Задача 25. У женщины 45 лет после удаления доброкачественной опухоли в молочной железе, развился рецидив заболевания. Макроскопически опухоль представлена хорошо отграниченными плотными массами, на разрезе желто-коричневого цвета, с щелями, напоминающими прожилки листа. <i>Микроскопически:</i> протоки выстланы эпителиальными и миоэпителиальными клетками с интраканаликулярным врастанием в них стромы, которая характеризуется повышенной клеточностью. 1. Назовите основное заболевание. 2. Назовите гистологический его вариант. 3. Перечислите возможные провоцирующие факторы имеющие роль в развитии опухоли. 4. В каком возрастном периоде наиболее часто встречается данная патология. 5. Перечислите особенности течения и прогноз данной патологии.	1. Доброкачественная опухоль молочной железы. 2. Филлоидная опухоль. 3. Провоцирующие факторы: беременность, аборт, лактация, фиброзно-кистозная мастопатия, а также экстрагенитальные эндокринопатии и нарушения обмена – сахарный диабет, опухоли надпочечников, гипофиза и щитовидной железы, ожирение. 4. Пики выявления – гормонально активные переходные периоды жизни женщин: 11-20 лет и, наиболее часто, 40 – 50 лет. 5. Характерен внезапный, быстрый рост, возможны множественные узлы в обеих молочных железах. После удаления нередко рецидивирует. Имеет высокий потенциал озлокачествления, малигнизации подвергается стромальный компонент – в 10% случаев переходит в саркому.
Задача 26. Ребенок 6 лет поступил в стационар с жалобами на частые носовые кровотечения, лихорадку. При обследовании в периферической крови установлено увеличение количества лейкоцитов до $72 \times 10^9/\text{л}$ за счет лимфоцитов с преобладанием лимфобластных форм. Выявлены сплено- и гепатомегалия. Смерть наступила при явлениях нарушения мозгового кровообращения. 1. Какое заболевание диагностировано у ребенка? 2. Назовите форму гемобластоза. 3. Какие изменения свидетельствуют об увеличении печени? 4. Объясните наиболее вероятные причины возникновения неврологических симптомов у ребенка.	1. Гемобластоз. 2. Острый (лимфобластный) лейкоз. 3. Лейкозная инфильтрация стромы. 4. Нейролейкемия с некрозом и кровоизлияниями.

Задача 27. У мужчины 35 лет появились петехиальные кровоизлияния на коже, носовые кровотечения. Госпитализирован в стационар с признаками септического состояния. В крови увеличено количество лейкоцитов до $70 \times 10^9/\text{л}$, 78% из которых миелобласты. 1. Диагностируйте гемобластоз. 2. Классифицируйте гемобластоз по количеству клеточных элементов. 3. Какие изменения при клиническом обследовании больного могут быть обнаружены со стороны печени и селезенки? 4. Какие микроскопические изменения могут быть выявлены в этих органах? 5. Объясните причину возникновения сепсиса.	1. Острый миелобластный лейкоз. 2. Лейкемический. 3. Гепато- и спленомегалия. 4. Инфильтрация лейкозными клетками. 5. Вторичный иммунный дефицит.
Задача 28. Больная хроническим лейкозом погибла от массивного кишечного кровотечения. При последней гемограмме на фоне зрелых клеточных элементов миелоидного ряда были найдены недифференцированные формы клеток. 1. Назовите острый процесс, меняющий клеточный состав крови. 2. Объясните причины развития геморрагического синдрома. 3. Какой наибольшей массы достигает увеличенная селезенка?	1. Бластный криз 2. Тромбоцитопения, лейкозная инфильтрация сосудистой стенки, лейкозная инфильтрация печени 3. 6–8 килограммов
Задача 29. Женщина 47 лет поступила в хирургическое отделение с желудочным кровотечением. При фиброгастроскопии обнаружены множественные острые язвы желудка. В общем анализе крови – анемия, тромбоцитопения при увеличении количества лейкоцитов до $4,6 \times 10^9/\text{л}$ за счет лимфоцитарных элементов и единичных бластных форм. При обследовании обнаружено увеличение периферических лимфатических узлов, печени и селезенки. После остановки кровотечения больная переведена в гематологическое отделение. 1. Какой метод морфологической диагностики может быть использован при дальнейшем обследовании? 2. Какое заболевание может быть диагностировано? 3. Предположите вариант болезни. 4. Объясните причины возникновения кровотечения из острых эрозий желудка у данной больной.	1. Трепанобиопсия 2. Гемобластоз 3. Хронический лимфолейкоз 4. Тромбоцитопения, лейкозная инфильтрация сосудистой стенки, лейкозная инфильтрация печени
Задача 30. У больного 70 лет обнаружено увеличение нескольких групп периферических лимфоузлов. Рентгенологически выявлено увеличение лимфоузлов средостения. При исследовании биоптата подмышечного лимфатического узла отмечена выраженная пролиферация лимфоцитов с примесью лимфобластных элементов со стиранием рисунка лимфоидной ткани. В общем анализе крови существенных изменений не отмечено. Диагностирован лимфогранулематоз. 1. Предположительный вариант заболевания с учетом распространенности поражения? 2. Гистологический вариант с учетом современной классификации? 3. Диагностически значимые клеточные элементы?	1. Региональный лимфогранулематоз (с поражением лимфоузлов выше диафрагмы) 2. С преобладанием лимфоидной ткани 3. Клетки рида – Березовского – Штернберга 4. Злокачественные лимфомы (Т и В-клеточные) 5. Генерализация процесса

4. Какие еще заболевания входят в эту группу гемобластозов? 5. Какие особенности клинического течения болезни нередко отмечаются в терминальном периоде?	
Задача 31. У женщины 23 лет диагностирован лимфогранулематоз на основании микроскопического исследования удалённого увеличенного лимфатического узла шеи. Выявлена I стадия заболевания. 1. Дайте название врачебного вмешательства, использованного у этой больной. 2. Опишите I стадию болезни. 3. Классифицируйте данный гемобластоз. 4. Укажите ведущие диагностические критерии при прогрессировании лимфогранулематоза по данным микроскопического исследования.	1. Биопсия лимфатического узла (инцизионная) 2. С преобладанием лимфоидной ткани (локализованный) 3. Злокачественная лимфома 4. Клетки Рида – Березовского – Штернберга
Задача 32. Больная 39 лет поступила в стационар с жалобами на слабость, боли в костях. При рентгенологическом обследовании обнаружены очаги пазушного рассасывания в ребрах и костях таза. При исследовании трепанобиоптата выявлена массивная пролиферация плазматических клеток. 1. Диагностируйте заболевание. 2. Классифицируйте данный гемобластоз. 3. Определите сущность изменений костной ткани. 4. Назовите наиболее частую причину смерти больных с этой патологией.	1. Плазмоцитома (миеломная болезнь) 2. Зрелая опухоль из лимфоидных клеток (В-клеточный вариант) 3. Остеолизис (остеопороз) 4. Хроническая почечная недостаточность (миеломная нефропатия, амилоидоз)
Задача 33. Мужчина 60 лет поступил в травматологическое отделение с переломом плеча, возникшим при бытовой травме. При рентгенологическом обследовании выявлено изменение плечевой кости, ключицы, позвонков в виде очагов разрушения костной ткани, имеющих вид округлых зон диаметром 1,5–2 см. Диагностирована плазмоцитома. 1. Определите место заболевания в классификации опухолей кроветворного и лимфатического аппарата. 2. Назовите клетки, формирующие узлы опухоли. 3. Опишите особенности гемограммы. 4. Охарактеризуйте изменения белковых фракций плазмы крови. 5. Назовите патологические белки, обнаруживаемые в анализах мочи.	1. Зрелые лимфоцитарные опухоли 2. Миеломные клетки 3. Изменения отсутствуют 4. Гиперпродукция иммуноглобулинов G и A 5. Белок Бенс-Джонса

Вид оценочного средства: фонд тестовых заданий к разделу Б1.В.1.2

	Оценочное средство	Эталон
1.	Различают аденомы щитовидной железы: 1. фолликулярную 2. папиллярную 3. трабекулярную	1
2.	Гистологические признаки малигнизации аденом щитовидной железы: 1. гиперхроматоз ядер 2. клеточный полиморфизм 3. инфильтрирующий рост в капсулу и стенки сосудов 4. активизация ядрышкового организатора	1, 2, 3, 4
3.	Сосочковые структуры с выраженной стромой и сосудами являются признаками малигнизации: 1. базедова зоба 2. аденомы 3. гиперпластического зоба	2
4.	Из злокачественных эпителиальных опухолей в щитовидной железе чаще обнаруживают карциному: 1. папиллярную 2. фолликулярную 3. недифференцированную	1
5.	В каком возрасте отмечается пик заболеваемости раком щитовидной железы 1. 10-20 лет и 45-65 лет 2. старше 35 лет 3. старше 55 лет 4. 20-30 лет и 65-75 лет	1
6.	Перечислите фоновые заболевания для рака щитовидной железы 1. аутоиммунный тиреоидит 2. узловой зоб 3. аденома щитовидной железы	1, 2, 3
7.	Соответствие между стадиями при папиллярном раке щитовидной железы старше 45 лет и их классификацией по TNM: 1. I а) T1N1aM0 2. II б) T1N0M0 3. III в) T2N0M0 4. IVB г) T4bN1aM0	1 б 2 в 3 а 4 г
8.	Соответствие между стадиями при анапластическом раке щитовидной железы и их классификацией по TNM: 1. IVA а) T2N1bM1 2. IVB б) T4bN0M0 3. IVC в) T4aN1aM0	1 в 2 б 3 а
9.	Последовательность этапов морфологической диагностики рака щитовидной железы (1, 2, 3, 4): а) послеоперационный, б) предоперационный, в) интраоперационный, г) диспансеризации	1 б 2 в 3 а 4 г
10.	Какое исследование позволяет окончательно поставить диагноз рак щитовидной железы: 1. пункционная биопсия 2. интраоперационное гистологическое исследование 3. плановое гистологическое исследование	3

11.	Укажите соответствие 1) прогностически неблагоприятных факторов и 2) благоприятных факторов при раке щитовидной железы: а) возраст детский и старше 45 лет б) возраст 40 лет в) мужской пол г) женский пол д) малодифференцированный рак, е) высокодифференцированный рак ж) распространение опухоли за пределы щитовидной железы з) локализация опухоли в пределах щитовидной железы	1 а, в, д, ж 2 б, г, е, з
12.	Соответствие между 1) фолликулярным и 2) папиллярным раком щитовидной железы и их клиническими особенностями: а) составляет 25% от всех форм рака б) встречается в регионах, эндемичных по зобу в) составляет 70-80% от всех форм рака г) растет медленно, редко метастазирует в л/узлы д) растет медленно, распространяется по лимфатической системе е) наиболее частая локализация метастазов в легких и костях	1 а, б, г, е 2 в, д
13.	Соответствие между 1) медуллярным и 2) анапластическим раком щитовидной железы и их клиническими особенностями: а) встречается в виде наследственных разновидностей б) встречается в регионах, эндемичных по зобу в) маркером опухоли служит кальцитонин г) наличие диареи у 25-32% больных д) опухоль состоит из нескольких слившихся между собой узлов без четких границ е) большинство больных в 40-50-летнем возрасте ж) чаще встречается у пожилых (65-70 лет)	1 а, в, г, е 2 б, д, ж
14.	К гистологически выявляемому процессу в эпителии бронхов, предшествующему раку (фоновый процесс), относится: 1. метаплазия 2. экзоцитоз 3. дисплазия 4. гиперплазия 5. хроническое воспаление	1
15.	Возможный тип метаплазии эпителия бронхов: 1. крупноклеточная 2. фибробластическая 3. плоскоклеточная 4. мелкоклеточная	3
16.	Эколого-географические факторы риска рака легкого: 1. перемена климатических зон 2. неблагоприятная экологическая ситуация (загрязнение воздуха, воды, почвы) 3. смена часовых поясов 4. наличие геопатогенных зон	2
17.	Бытовые факторы риска рака легкого: 1. физические (простудные) 2. химические (бытовая химия) 3. курение 4. физическое перенапряжение	3
18.	Факторы риска рака легкого у хронического курильщика: 1. гипоксия 2. снижение иммунитета 3. гиповентиляция 4. хронические заболевания легких	4

19.	Предраковые заболевания легких: 1. хроническая пневмония 2. пневмосклероз 3. гамартома 4. абсцесс	1
20.	Соответствие между мерами и видами профилактики рака легкого: 1. борьба с курением 2. предупреждение хронических заболеваний легких и бронхов 3. нормализация экологической обстановки	а) личная б) первичная в) вторичная 1 а 2 в 3 б
21.	Центральный рак легкого: 1. рак исходящий из эпителия крупных бронхов 2. рак исходящий из эпителия трахеи 3. рак органов средостения	1
22.	Периферический рак легкого: 1. разветвленный рак 2. рак из эпителия мелких бронхов 3. рак с метастазами в плевру	2
23.	Выполнение чрезкожной пункционной биопсии возможно при наличии 1. периферической опухоли 2. центральной 3. смещении средостения	1
24.	В легких может встречаться: 1. плоскоклеточный рак 2. железистый рак 3. мелкоклеточный рак 4. карциноид	1, 2, 3, 4
25.	Наиболее неблагоприятный гистотип рака легкого: 1. мелкоклеточный 2. крупноклеточный 3. железистый 4. плоскоклеточный	1
26.	Особенности мелкоклеточного рака легкого: 1. медленный рост 2. позднее метастазирование 3. единичное метастазирование 4. обширное и раннее метастазирование	4
27.	Рак легкого для которого характерно формирование раковых жемчужин» 1. мелкоклеточный рак 2. крупноклеточный 3. плоскоклеточный 4. бронхо-альвеолярный рак 5. аденокарцинома	3
28.	К преимущественной гистологической форме центрального рака легкого относится: 1. плоскоклеточный 2. железистый 3. мелкоклеточный 4. недифференцированный 5. бронхоалоальвеолярный	1
29.	Какие характеристики рака легкого влияют на прогноз течения заболевания: 1. морфологическое строение опухоли 2. наличие инвазии опухоли в плевру 3. наибольший размер опухолевого узла 4. все вышеперечисленное	4
30.	Основные пути метастазирования в лимфоузлы при раке легкого 1. надключичные 2. смежных сегментов легкого 3. средостения	3

31.	Злокачественной опухолью бронхиальных желез является (ются) 1. смешанная опухоль 2. аденокистозная опухоль 3. базалиома 4. карциноид	2, 4
32.	Гистологический вариант карциноида легких: 1. ворсинчатый 2. фолликулярный 3. трабекулярный 4. кистозный 5. узловой	3
33.	Гистологическая реакция, уточняющая гистологический диагноз «карциноид легкого»: 1. окраска по Ван-Гизону 2. окраска по Перлсу 3. окраска по Вейгерту 4. реакция Гримелиуса	4
34.	Какое определение соответствует эпителиальной опухоли лёгкого со стелющимся характером роста, 4 см в наибольшем измерении: 1. атипическая аденоматозная гиперплазия 2. немущинозная аденокарцинома in situ лёгкого 3. микроинвазивная аденокарцинома со стелющимся характером роста 4. инвазивная аденокарцинома со стелющимся характером роста	4
35.	В какой пункт при стадировании по pTNM рака легкого стоит относить прямое прорастание опухоли в прилежащие лимфатические узлы: 1. pT, так как это влияет на общий размер опухолевого узла 2. pT, так как это влияет на прогноз 3. pN 4. ничего из вышеперечисленного	3
36.	У пациента с центральным плоскоклеточным раком правого лёгкого (6,5 см в наибольшем измерении) обнаружен узел в левом лёгком схожего гистологического строения (2,0 см). В трёх лимфатических узлах корня правого лёгкого обнаружены метастазы плоскоклеточного рака. Какую стадию по TNM следует поставить? 1. pT3pN2pM0 2. pT3pN1pM1a 3. pT4pN1pM0 4. ничего из вышеперечисленного	2
37.	Соответствие между стадиями при раке легкого и их классификацией по TNM: 1. 0 а) T3N1 2. IA б) T1N1 3. IIA в) T1N0 4. IIIA г) TisN0	1 г 2 в 3 б 4 а
38.	Наиболее частые мутации в гене EGFR, обуславливающие чувствительность к ингибиторам тирозинкиназ первого поколения у пациентов с аденокарциномой лёгкого: 1. T790M 2. L858R 3. делеция 19 экзона 4. инерция 20 экзона	2, 3
39.	У пациентов с аденокарциномой лёгкого наиболее частой мутацией в гене EGFR, обуславливающей резистентность к ингибиторам тирозинкиназ первого поколения, является: 1. T790M 2. L858R 3. делеция 19 экзона 4. инерция 20 экзона	1

40.	Для аденокарциномы лёгкого у некурящей женщины характерны мутации в генах: 1. EGFR, ALK 2. KRAS, NRAS 3. BRCA1/2 4. MSH2, MSH6	1
41.	При исследовании плазмы крови у пациента с диссеминированной аденокарциномой лёгкого активирующие мутации в гене EGFR выявляют методом: 1. флюоресцентная гибридизация in situ (FISH) 2. иммуногистохимический метод 3. фрагментный анализ 4. цифровая ПЦР	4
42.	При исследовании тканевого биоптата с аденокарциномой лёгкого активирующие мутации в гене EGFR выявляют методом: 1. флюоресцентная гибридизация in situ (FISH) 2. иммуногистохимический метод 3. аллельспецифическая ПЦР 4. фрагментный анализ	3
43.	В случае морфологической картины низкодифференцированного рака в бронхобиоптате для иммуногистохимического подтверждения аденокарциномы легкого следует использовать: 1. TTF1 2. p40/p63 3. хромогранин А 4. цитокератины 7 и 20	1
44.	Предраковое состояние в желудке 1. хронический атрофический гастрит с дисплазией 2. фибринозный гастрит 3. плоскоклеточная метаплазия покровно-ямочного эпителия 4. хронический гастрит с повышенной кислотностью 5. синдром Мэллори-Вейсса	1
45.	Наибольший риск развития рака желудка существует при: 1. хроническом поверхностном гастрите 2. рецидивирующем остром эрозивном гастрите 3. гипертрофической гастропатии Менетрие 4. хроническом атрофическом гастрите с кишечной метаплазией и дисплазией эпителия 5. аденоматозном полипе желудка	4
46.	Для дисплазии эпителия слизистой оболочки желудка второй стадии характерно 1. наличие бокаловидных клеток 2. наличие перстневидных клеток 3. наличие клеток с «выскальзывающимися» ядрами 4. свободный апикальный отдел клеток	3, 4
47.	Клинические последствия морфологического заключения «неинвазивная неоплазия низкой степени» в соответствии с Венской классификацией эпителиальных неоплазий 1. показаний для динамического наблюдения нет 2. необходима повторная биопсия 3. эндоскопическое удаление 4. динамическое наблюдение 5. хирургическая резекция	3
48.	Злокачественные эпителиальные опухоли желудка: 1. аденокарцинома 2. перстневидно-клеточный рак 3. слизистый рак 4. фиброзный рак 5. крупноклеточный рак	1, 2, 3, 4

49.	Из опухолей желудка чаще встречается: 1. аденокарцинома 2. плоскоклеточный рак 3. лимфосаркома 4. карциноид 5. гастроинтестинальная стромальная опухоль	1
50.	Варианты роста рака желудка по отношению к его просвету 1. экзофитный, эндофитный 2. экспансивный, инфильтрирующий 3. инвазивный, неинвазивный 4. аппозиционный, эндофитный	1
51.	Язвой-раком называют 1. изъязвление экзофитно растущей опухоли 2. первично-язвенный рак 3. рак, развивающийся из хронической язвы 4. инфильтративно - язвенный рак 5. блюдцеобразный рак	3
52.	Первые гематогенные метастазы рака желудка можно обнаружить в 1. печени 2. регионарных лимфатических узлах 3. головном мозге 4. легких	1
53.	Кахексия при раке желудка вызвана 1. интоксикацией, алиментарной недостаточностью и пептическими нарушениями 2. только пептическими нарушениями 3. интоксикацией и пептическими нарушениями 4. пептическими нарушениями и алиментарной недостаточностью	1
54.	Карциноматоз брюшины возникает при метастазировании рака желудка 1. имплантационном 2. периканаликулярном 3. гематогенном 4. перинеуральном	1
55.	Вирховский метастаз - это метастаз рака желудка в 1. левый надключичный лимфатический узел 2. параректальные лимфатические узлы 3. левый подключичный лимфатический узел 4. лёгкие	1
56.	Опухоль Крукенберга – это: 1. тератобластома почки 2. рак молочной железы 3. метастаз рака желудка в яичник 4. остеосаркома 5. гормоноактивная опухоль яичника	3
57.	Для уточнения диагноза "перстневидноклеточный рак" желудка следует провести окраску срезов на: 1. жир 2. железо 3. амилоид 4. слизь	4
58.	Характерная локализация ретроградных метастазов рака желудка 1. надключичные лимфоузлы 2. кости 3. почки 4. околоушные слюнные железы 5. матка	1

59.	Укажите наиболее частую локализацию гематогенных метастазов рака желудка 1. печень 2. яичники 3. надпочечники 4. кости	1
60.	Ранний рак желудка – это: 1. инвазивная аденокарцинома, ограниченная слизистой оболочкой или слизистой оболочкой и подслизистой основой, без метастазов в регионарных лимфатических узлах 2. инвазивная аденокарцинома, ограниченная слизистой оболочкой, независимо от вовлечения регионарных лимфатических узлов 3. инвазивная аденокарцинома, ограниченная слизистой оболочкой или слизистой оболочкой и подслизистой основой, независимо от вовлечения регионарных лимфатических узлов 4. инвазивный рак любого гистологического типа, ограниченный слизистой оболочкой или слизистой оболочкой и подслизистой основой, без метастазов в регионарных лимфатических узлах	3
61.	Типичными морфологическими чертами рака желудка, ассоциированного с вирусом Эпштейна-Барр, являются: 1. солидный тип строения 2. выраженная лимфоидная инфильтрация 3. высокая частота экспрессии PD-L1	1, 2, 3
62.	С помощью какого антитела/антител при ИГХ-исследовании лучше всего выявлять целостность мышечной пластинки слизистой оболочки при раннем раке желудка: 1. S-100 2. Collagen-IV 3. Desmin 4. цитокератин 8/18	3
63.	Возможна ли оценка HER2-статуса рака желудка по гистобиоптатам: 1. да, если есть хоть одна опухолевая клетка 2. нет 3. да, если имеется опухолевый кластер из 5 и более тесно расположенных клеток 4. да, если имеется опухолевый кластер из 10 и более тесно расположенных клеток	3
64.	Наследственный рак желудка, связанный с мутацией гена CDH1 (E-кадгерин), имеет следующее гистологическое строение: 1. перстневидноклеточный рак 2. муцинозная аденокарцинома 3. тубулярная аденокарцинома 4. медуллярная аденокарцинома	1
65.	Если у женщины рак молочной железы в анамнезе, а в биоптате из желудка обнаружен рост рака из дискретно лежащих клеток с перстневидной морфологией, то в панель антител для иммуногистохимической диагностики следует включить: 1. GATA3 2. цитокератин 7 3. Ki67 4. p53	1
66.	С какими антителами необходимо провести ИГХ-исследование опухоли желудка для подтверждения диагноза гастроинтестинальная стромальная опухоль: 1. S100, гладкомышечный актин, десмин 2. панцитокератин, виментин, Ki67 3. цитокератины 7 и 20, CDX2 4. CD34, CD117, DOG-1	4
67.	Полип эндометрия характеризуется: 1. воспалительной инфильтрацией стромы 2. частой малигнизацией 3. кровотечением 4. дисгормональными нарушениями	1, 3

68.	Наиболее характерным гистологическим признаком полипа эндометрия является: 1. увеличение количества желез 2. наличие фиброзно-сосудистой ножки или площадки 3. формирование сосочковых структур	2
69.	Предопухолевыми изменениями эндометрия для эндометриоидной аденокарциномы тела матки являются: 1. атипическая гиперплазия эндометрия 2. серозная эндометриальная интраэпителиальная карцинома 3. аденомиоз тела матки 4. атрофия эндометрия	1
70.	Самый высокий риск малигнизации наблюдается при 1. простой гиперплазии эндометрия 2. сложной гиперплазии эндометрия 3. сложной атипической гиперплазии эндометрия 4. простой атипической гиперплазии эндометрия 5. хроническом эндометрите	3
71.	Укажите наиболее частый гистологический тип рака тела матки 1. аденокарцинома 2. плоскоклеточный рак с ороговением 3. плоскоклеточный рак без ороговения 4. железисто-плоскоклеточный рак 5. недифференцированный рак	1
72.	Для рака эндометрия характерно: 1. развитие в молодом возрасте 2. преимущественно эндофитный рост 3. преимущественно экзофитный рост 4. гистологически представлен плоскоклеточным раком	3
73.	Высокодифференцированная аденокарцинома тела матки чаще растет: 1. в виде узла 2. диффузно 3. в виде полипа	3
74.	Эпителий желез в высокодифференцированных аденокарциномах эндометрия 1. плоский 2. цилиндрический 3. многорядный цилиндрический и плоский 4. все перечисленное верно	4
75.	Какая аденокарцинома тела матки чаще всего возникает на фоне атрофических полипов эндометрия? 1. серозная аденокарцинома 2. эндометриоидная карцинома 3. муцинозная аденокарцинома 4. светлоклеточная аденокарцинома	1
76.	Для эндометриоидной аденокарциномы тела матки НЕ характерно: 1. перименопаузальный и ранний постменопаузальный период 2. ассоциация с мутациями в генах PTEN, KRAS, ARID1A 3. микросателлитная нестабильность 4. ассоциация с мутациями в гене p53, PPP2R1A	4
77.	Для серозной аденокарциномы тела матки характерно: 1. поздний постменопаузальный период 2. поздняя стадия заболевания на момент диагноза 3. ассоциация с мутациями в гене p53, PPP2R1A 4. плохой прогноз заболевания	1, 2, 3, 4
78.	Что такое "дикий" тип окрашивания p53: 4. диффузное выраженное ядерное окрашивание 80-100% опухолевых клеток 5. очаговое различной степени выраженности ядерное окрашивание опухолевых клеток 6. диффузное выраженное цитоплазматическое окрашивание опухолевых клеток 4. негативное окрашивание опухолевых клеток	2

79.	Какой паттерн окрашивания p53 характерен для эндометриоидных аденокарцином матки: 1. "дикий" тип 2. мутантный тип 3. смешанный тип 4. негативное окрашивание	1
80.	Какой паттерн окрашивания p53 характерен для серозных аденокарцином матки: 1. "дикий" тип 2. мутантный тип 3. смешанный тип 4. негативное окрашивание	2
81.	Классический иммунофенотип эндометриоидной аденокарциномы тела матки: 1. ER-, PR-, p53 "мутантный тип", p16 диффузный выраженный/"block-type" 2. ER+, PR+, p53 "дикий тип", p 16 очаговый/мозаичный 3. ER+, PR-, p53 "дикий тип", напсин A+ 4. ER+, PR+, p53-, p16-	2
82.	Классический иммунофенотип серозной аденокарциномы тела матки: 1. ER-, PR-, p53 "мутантный тип", p16 диффузный выраженный/"block-type" 2. ER+, PR+, p53 "дикий тип", p 16 очаговый/мозаичный 3. ER+, PR-, p53 "дикий тип", напсин A+ 4. ER+, PR+, p53-, p16-	1
83.	Характеристиками недифференцированного рака тела матки являются: 1. солидное строение опухоли с отсутствием явных морфологических признаков эпителиальной дифференцировки 2. эпителиальная опухоль с выраженным ядерным полиморфизмом и высокой митотической активностью, а также с наличием высокодифференцированного компонента. 3. сочетание как минимум двух гистологических типов аденокарциномы тела матки с различным иммунофенотипом 4. бифазная опухоль с наличием эпителиального и мезенхимального компонентов	1
84.	Лейомиомы матки чаще возникают: 1. в детском возрасте 2. в детородном возрасте 3. в климактерическом возрасте 4. в менопаузальном возрасте 5. в любом возрасте	2
85.	Под слизистой оболочкой матки расположены множественные шарообразные белесоватые узлы, четко отграниченные от окружающей ткани. Микроскопически узлы построены из пучков, состоящих из гладкомышечных элементов со слабыми явлениями тканевого атипизма. Указанная картина характерна для: 1. субмукозной лейомиомы 2. субмукозной лейомиосаркомы 3. субмукозной нейрофибросаркомы	1
86.	Для клеточной лейомиомы характерны узловатые разрастания с формированием: 1. четкой капсулы 2. имитации капсулы 3. без капсулы	2
87.	Наиболее типичными гистологическими признаками клеточной лейомиомы являются 1. наличие вытянутых клеток с пенистой цитоплазмой 2. пучковые разрастания вытянутых клеток с обильной розовой цитоплазмой 3. наличие многоядерных симпластов	2
88.	Для "причудливой" лейомиомы матки отличительным признаком является: 1. выраженный клеточный полиморфизм с формированием многоядерных симпластов 2. клеточный полиморфизм с появлением фигур митоза 3. обилие многоядерных клеток с дистрофически измененными (пикнотизированными) ядрами среди разрастающихся лейомиоцитов	3

89.	Внутрисосудистый лейомиоматоз наиболее типичен для: 1. клеточной лейомиомы 2. лейомиобластомы 3. причудливой лейомиомы 4. эпителиоидноклеточной лейомиомы	1
90.	Назовите наиболее типичный гистологический признак лейомиосаркомы матки: 1. появление выраженного клеточного полиморфизма 2. увеличение количества митозов (до 2-х в 10 полях зрения) 3. увеличение количества митозов (больше 5-ти в 10 полях зрения) 4. отчетливый инвазивный рост 5. массивные поля некрозов.	3
91.	Для лейомиосаркомы характерно: 1. наличие множественных очагов некроза и кровоизлияний 2. наличие четко отграниченного узла 3. редкое рецидивирование 4. преимущественно лимфогенное метастазирование 5. развитие в молодом возрасте	1
92.	Лейомиосаркома матки возникает чаще: 1. в сочетании с лейомиомой 2. независимо от предшествующей лейомиомы 3. в результате малигнизации лейомиомы	1, 3
93.	Какую стадию pT необходимо выставить для лейомиосаркомы тела матки, максимальным размером 4,5 см, захватывающей всю толщу стенки тела матки без инвазии серозной оболочки: 1. pT1a 3. pT2a 2. pT1b 4. pT2b	1
94.	Лейомиосаркома тела матки с наличием зон некроза, занимающих 30% опухоли, с высокой митотической активностью (65 митозов в 50 полях зрения 40х), соответствует: 1. grade 1 3. grade 3 2. grade 2 4. не оценивается по grade	4
95.	К вариантам роста эндометриальной стромальной саркомы относится: 1. полиповидный 2. узловатый 3. эндолимфатический стромальный миоз 4. звездчатый	1, 2, 3
96.	Клеточные разрастания эндометриальной саркомы могут быть представлены: 1. мономорфными мелкими клетками 2. полиморфными вытянутыми клетками 3. вакуолизированными звездчатыми клетками	1
97.	Влагалищная часть шейки матки покрыта эпителием: 1. переходноклеточным 2. многослойным плоским ороговевающим 3. многослойным плоским неороговевающим 4. железистым	3
98.	Цервикальный канал шейки матки выстлан: 1. многослойным плоским неороговевающим эпителием 2. многослойным плоским ороговевающим эпителием 3. многослойным плоским ороговевающим эпителием 4. цилиндрическим железистым эпителием	4
99.	Для эндоцервикоза характерны: 1. наличие плоского ороговевающего эпителия 2. наличие истонченного плоского неороговевающего эпителия 3. замещение переходноклеточным эпителием 4. замещение цилиндрическим эпителием 5. отсутствие эпителия	4

100.	Для простого (стационарного) эндоцервикоза характерны: 1. ровный пласт цилиндрического эпителия 2. погружной рост цилиндрического эпителия 3. формирование железистых структур 4. замещение переходно-клеточным эпителием 5. отсутствие эпителия	3
101.	Для пролиферирующего (прогрессирующего) эндоцервикоза характерны: 1. ветвящиеся железы, складки, часть из которых имеет характер замкнутых полостей 2. многочисленные сосочковые выросты, наряду с железистыми разрастаниями 3. железистые образования, растянутые и переполненные слизью, с образованием полостей и кист 4. ничего из перечисленного	1, 2, 3
102.	Заживающий (эпидермизирующий) эндоцервикоз может характеризоваться: 1. базально-клеточной гиперактивностью 2. резервно-клеточной гиперактивностью 3. подрастанием "языков" плоского эпителия со стороны влажной порции шейки матки	3
103.	Плоская (простая) лейкоплакия шейки матки характеризуется: 1. нарушением созревания эпителия с преобладанием незрелых клеточных форм 2. увеличением дифференцировки клеточных элементов с тенденцией к ороговению клеток сквамозного эпителия 3. появлением железистых структур в эктоцервиксе	2
104.	Для истинной эрозии шейки матки характерно: 1. увеличение дифференцировки клеточных элементов с тенденцией к ороговению сквамозного эпителия 2. деструкция эпителия с воспалительной инфильтрацией подлежащих тканей 3. пролиферация резервных клеток	2
105.	Под дисплазией слизистой оболочки шейки матки подразумевается: 1. наличие железистых структур в эктоцервиксе 2. повышение пролиферации клеточных элементов эктоцервикса без тенденции их к созреванию 3. увеличение дифференцировки клеточных элементов с тенденцией к ороговению клеток сквамозного эпителия	2
106.	Источником развития аденокарциномы шейки матки служит 1. плоский эпителий 2. высокий цилиндрический эпителий 3. трофобласт 4. децидуальная ткань	2
107.	Зона наиболее подверженная для развития дисплазии и рака шейки матки 1. влажная часть шейки матки 2. цервикальный канал 3. место стыка цервикального и плоского эпителия 4. многослойный плоский эпителий	3
108.	Наиболее вероятный этиологический фактор рака шейки матки 1. вирус Эпштейна - Барра 2. вирус герпеса 3. вирус папилломы человека 4. вирус Эбола	3
109.	Для микрокарциномы шейки матки характерно: 1. наличие атипичных клеток в области нижней трети эпителиального пласта 2. наличие одиночных комплексов рака с признаками стратификации в строме шейки матки 3. рост опухолевой ткани на глубину более 3 мм 4. рост опухолевой ткани на глубину менее 3 мм 5. прорастание опухоли до серозного покрова	4

110.	Для рака шейки матки характерно: 1. гематогенное и лимфогенное метастазирование 2. гистологически представлен плоскоклеточным раком 3. фактором риска является неупорядоченная половая жизнь 4. развитие в неизмененной шейке матки	1, 2, 4
111.	Укажите наиболее частый гистологический тип рака шейки матки 1. аденокарцинома 2. плоскоклеточный рак 3. аденосквамозный рак 4. мелкоклеточный рак 5. недифференцированный рак	2
112.	Что из нижеперечисленного верно для плоскоклеточного интраэпителиального поражения шейки матки высокой степени (HSIL): 1. Диффузная выраженная экспрессия p53 в опухолевых клетках 2. Ассоциация с HPV 6 и 11 типа 3. Пролиферация незрелых базалоидных клеток, распространяющихся менее чем на 1/3 плоскоэпителиального пласта 4. Диффузная выраженная ядерно-цитоплазматическая экспрессия p16 в опухолевых клетках	4
113.	Какой иммунофенотип характерен для аденокарциномы шейки матки желудочного типа (adenoma malignum): 1. ER+, PR+, p16+, CK7+ 2. ER-, PR-, p16-, CK7+ 3. ER+, PR+, p16+, CK7- 4. ER-, PR-, p16-, CK7-	2
114.	Какой иммунофенотип характерен для светлоклеточных аденокарцином женской репродуктивной системы: 1. ER+, PR+, p53+, napsin A+ 2. ER-, PR-, p53-, napsin A- 3. ER+, PR+, p53-, napsin A- 4. ER-, PR-, p53-, napsin A+	4
115.	К мезенхимиальным опухолям шейки матки относится 1. эндоцервикальный полип 2. лейомиома 3. аденомиома 4. аденофиброма	2
116.	Доброкачественная опухоль яичника: 1. серозная цистаденокарцинома 2. муцинозная цистаденокарцинома 3. серозная цистаденома 4. аденокарцинома 5. тератобластома	3
117.	Из перечисленных новообразований истинным новообразованием яичника является: 1. лютеома беременности 3. фолликулярная киста 2. киста желтого тела 4. муцинозная киста	4
118.	Основные внешние признаки малигнизации серозной цистаденомы яичника: 1. гигантские размеры опухоли с наличием мелких дочерних камер 2. кровянистое содержание в просвете 3. множественные плотные сосочки на внутренней поверхности 4. множественные мягкие сосочки с формированием грибовидного узла	1, 2, 3, 4
119.	Что характерно для эндометриоидных аденокарцином яичника: 1. связь с трижды негативным раком молочных желез 2. молодой возраст пациенток 3. эпителиальные импланты на серозных оболочках 4. одностороннее поражение	4

120.	Какие морфологические признаки характерны для серозной аденокарциномы яичников низкой степени злокачественности: 1. солидный рост, выраженный полиморфизм ядер, высокая митотическая активность 2. микропапиллярный рост, умеренный полиморфизм ядер, низкая митотическая активность 3. макропапиллярный рост, выраженный полиморфизм ядер, высокая митотическая активность 4. микроинвазивный рост, слабый полиморфизм ядер, низкая митотическая активность	2
121.	Какой морфологический критерий является основным для постановки диагноза пограничная серозная опухоль яичника, микропапиллярный вариант (неинвазивная серозная аденокарцинома низкой степени): 1. наличие папилл, длина которых не менее чем в 5 раз больше их ширины 2. наличие инвазивных микропапиллярных структур, окруженных оптически пустыми пространствами 3. наличие толстых фиброваскулярных стержней в составе папиллярных структур 4. наличие выраженного фиброза и псаммомных телец в составе опухоли	1
122.	Косвенный признак гормональной активности опухоли яичников 1. аденомиоз матки 2. эндоцервикоз шейки матки 3. железистая гиперплазия эндометрия 4. все перечисленное не верно	3
123.	Опухоль Бреннера - это 1. метастаз рака желудка в яичник 2. органотипическая эпителиальная опухоль яичника 3. смешанная мезодермальная опухоль матки	2
124.	При гистологическом исследовании гормонально-активная текома характеризуется 1. усилением митотической активности клеток опухоли 2. накоплением липидов в цитоплазме опухолевых клеток 3. лимфоидноклеточной инфильтрацией опухолевых клеток 4. появлением некрозов в опухоли	2
125.	Для текомы яичника характерно: 1. развитие преимущественно в молодом возрасте 2. двустороннее поражение 3. отсутствие гормональной активности 4. кистозное строение 5. желтый цвет на разрезе	5
126.	Из перечисленных опухолей производными стромы полового тяжа не является 1. клеточная фиброма 2. опухоли из группы Сертоли-Лейдига 3. текома 4. опухоль Бреннера 5. гранулезоклеточная опухоль	4
127.	Гранулезоклеточная опухоль может метастазировать в 1. сальник 2. брюшина 3. легкие 4. печень	1, 2, 3, 4
128.	Строение, сходное с семиномой яичка, имеет опухоль яичника: 1. эмбриональная карцинома 2. лейдигома 3. дисгерминома 4. гонадобластома	3
129.	Для первичного рака маточной трубы характерной локализацией является: 1. промежуточная часть 2. истмическая часть 3. ампула 4. фимбриальный отдел	3

130.	Укажите предраковый процесс в предстательной железе 1. нодулярная гиперплазия предстательной железы 2. простатическая интраэпителиальная неоплазия (PIN) 3. острый простатит 4. хронический простатит 5. базально-клеточная гиперплазия предстательной железы	2
131.	Наиболее часто встречаемой формой рака простаты является: 1. плоскоклеточный рак 2. аденокарцинома 3. мелкоклеточный рак 4. недифференцированный рак	2
132.	ПСА – это: 1. патологический пептид, вырабатываемый только клетками опухоли простаты, у здоровых мужчин не определяется 2. специфический пептид, вырабатываемый клетками протоков предстательной железы, определяется как у здоровых, так и у больных раком простаты мужчин 3. специфический пептид, вырабатываемый клетками протоков предстательной железы, определяется только у здоровых мужчин 4. специфический пептид, вырабатываемый клетками протоков предстательной железы, определяется только у больных раком простаты мужчин	2
133.	Нормальным уровнем ПСА у здоровых мужчин в возрасте от 50 до 70 лет является: 1. менее 1,0 нг/мл 2. 1,0-4,0 нг/мл 3. более 10 нг/мл 4. более 15 нг/мл	2
134.	Повышение уровня ПСА может быть обусловлено: 1. воспалительными заболеваниями простаты 2. гипертрофией простаты 3. проведением пальпации простаты или выполнением инструментальных воздействий непосредственно на предстательную железу 4. все перечисленное	1, 2, 3
135.	Шкала Глисона это: 1. система определения степени инвазии опухоли капсулу простаты 2. вид гистологического исследования тканей предстательной железы определяющий степень дифференцировки клеток опухоли предстательной железы, имеет прогностическое значение 3. специфическая система определения стадии рака предстательной железы 4. вид гистологического исследования тканей предстательной железы определяющий степень дифференцировки клеток опухоли предстательной железы, не имеет прогностическое значение	2
136.	Наиболее благоприятным прогностическим фактором является сумма баллов по Глисон: 1. не более 6 2. 7 баллов 3. 8 баллов 4. 9-10 баллов	1
137.	Соответствие между морфологическими прогностическими группами (ВОЗ, 2016) и суммой баллов по шкале Глисона при раке простаты: 1. Группа 1 а) Глисон ≤6 2. Группа 2 б) Глисон 7 (3+4) 3. Группа 3 в) Глисон 7 (4+3) 4. Группа 4 г) Глисон 8 5. Группа 5 д) Глисон 9 е) Глисон 10	1 а 2 б 3 в 4 г 5 д, е

138.	К группе промежуточного риска по D'Amico относят пациентов, имеющих сумму баллов по Глисон: 1. не более 4 2. не более 6 3. 7 баллов 4. от 8 до 10	3
139.	К группе высокого риска по D'Amico относят пациентов, имеющих сумму баллов по Глисон: 1. не более 6 2. 7 баллов 3. от 8 до 10 4. не более 5	3
140.	Основными факторами для оценки прогноза при раке простаты служат: 1. ПСА до лечения 2. сумма Глисона 3. стадия заболевания TNM	1, 2, 3
141.	При выборе тактики лечения рака предстательной железы основное значение имеет: 1. только стадия заболевания TNM 2. только уровень ПСА 3. только сумма баллов по Глисон 4. определение степени риска по номограммам, учитывающим все перечисленные факторы	4
142.	Лимфоотток от предстательной железы происходит преимущественно в: 1. внутренние подвздошные лимфоузлы 2. наружные подвздошные лимфоузлы 3. запирательные лимфоузлы 4. все перечисленные группы	4
143.	Согласно классификации TNM 7 (2010 г) опухоль простаты относят к T1 если: 1. опухоль не пальпируемая, протекает бессимптомно, сопровождается только ростом ПСА 2. опухоль не распространяется за пределы капсулы железы 3. опухоль прорастает капсулу железы 4. опухоль, фиксированная к соседним органам или прорастает их (кроме семенных пузырьков)	1
144.	Наименее характерной гистологической формой рака предстательной железы является: 1. крупноацинарная аденокарцинома 2. мелкоацинарная аденокарцинома 3. переходноклеточный рак 4. плоскоклеточный рак 5. гигантоклеточный рак	5
145.	Для дифференциальной диагностики между аденокарциномой простаты и аденозом следует использовать комбинацию из следующих маркеров: 1. рецепторы андрогенов и p63 2. цитокератин 5 и AMACR (P504S) 3. гладкомышечный актин и цитокератин 5 4. гладкомышечный актин и AMACR (P504S)	2
146.	К доброкачественным эпителиальным опухолям относят 1. себацеому 2. рабдомиому 3. фиброму 4. гемангиому	1
147.	Как в настоящее время рассматривается болезнь Боуэна? 1. внутриэпидермальный рак 2. злокачественная опухоль 3. доброкачественная опухоль 4. предраковое поражение кожи	1

148.	К предраковым заболеваниям слизистой оболочки относят: 1. плоский лишай 2. фиброму 3. кератоз 4. болезнь Боуэна	2
149.	Дисплазия начинается со следующего слоя многослойного плоского эпителия 1. рогового 2. базального 3. шиповатоклеточного 4. все перечисленное верно	2
150.	Опухоли меланинообразующей ткани 1. невус 2. астроцитомы 3. фиброма 4. меланома 5. менингиома	1, 4
151.	К косвенным макроскопическим признакам малигнизации невуса могут относиться: 1. асимметрию, нечеткие границы 2. геморрагии, перифокальное воспаление 3. болезненность и отек невуса 4. появление волос на поверхности невуса	1, 2, 3
152.	Ранними макроскопическими признаками малигнизации пигментных пятен являются признаки: 1. появления бляшковидного утолщения на фоне пятна 2. потери "кожного рисунка" в области бляшки 3. изменения окраски в области бляшки 4. розоватого припухлого венчика вокруг пятна	1, 2, 3, 4
153.	Злокачественными вариантами пигментообразующих опухолей являются: 1. поверхностно распространяющаяся меланома 2. лентиго-меланома 3. акральная меланома 4. меланоз Дюбрейля	1, 2, 3
154.	Клетки меланомы от клеток других злокачественных опухолей отличаются: 1. полиморфизмом 2. анаплазией 3. содержанием меланина 4. гиперхромией 4. наличием гемосидерина	3
155.	Выделяют следующее количество уровней инвазии меланомы (по Кларку): 1. один 2. два 3. три 4. четыре 5. пять	5
156.	Какие из нижеперечисленных характеристик меланомы кожи являются прогностически важными: 1. изъязвление поверхности 2. толщина опухоли 3. лимфоваскулярная инвазия	1, 2, 3
157.	Основной признак, определяющий прогноз меланомы: 1. уровень инвазии 2. клеточный состав 3. реактивный лимфоплазмочитарный инфильтрат	1

158.	Третьим уровнем инвазии (по Кларку) считается прорастание меланомы: 1. внутриэпидермально 2. до уровня потовых желез 3. в сосочковый слой дермы 4. в верхнюю половину ретикулярного слоя дермы 5. в подкожножировую клетчатку	4
159.	Четвертым уровнем инвазии (по Кларку) считается прорастание меланомы: 1. внутриэпидермально 2. до уровня потовых желез 3. в сосочковый слой дермы 4. в верхнюю половину ретикулярного слоя дермы 5. в подкожножировую клетчатку	2
160.	Для меланомы кожи характерны мутации в гене: 1. SKIT 2. BRAF (V600E) 3. BRCA2 4. GNAS	2
161.	Опухоль, расположенная в дерме, имеющая иммунофенотип HMB45+, MelanA+, S-100+ может соответствовать: 1. меланоме 2. голубому клеточному невусу 3. светлоклеточной саркоме 4. базалиоме	1, 2, 3
162.	Для дифференциальной диагностики меланомы и светлоклеточной саркомы, локализующейся в дерме кожи, используется следующий молекулярный тест: 1. EWSR1 (FISH) 2. определение мутации в гене GNAS 3. определение мутации в гене SKIT 4. ничего из вышеперечисленного	1
163.	К макроскопическим формам рака молочной железы не относится 1. грибовидный 2. узловатый 3. болезнь Педжета 4. диффузный	1
164.	Для рака Педжета молочной железы характерна локализация в: 1. долях 2. протоках 3. области соска и около сосковой зоны 4. верхненаружном квадранте 5. нижне-наружном квадранте	3
165.	Какая стадия pN при раке молочной железы является верной для пациента с макрометастазом в одном регионарном подмышечном лимфатическом узле, кроме того с микрометастазами ещё в двух лимфатических узлах, и с двумя лимфатическими узлами с изолированными опухолевыми клетками: 1. pNx 2. pN1a 3. pN2a 4. pN3a	3
166.	Какую стадию pT необходимо выставить пациенту при наличии единичного узла в молочной железе максимальным размером 3,5 см, с наличием микроскопического прорастания в дерму без отёка и изъязвления кожи: 1. pT2 2. pT3 3. pT4b 4. pT4a	1

167.	Какой pT необходимо выставить пациенту с раком молочной железы, с наличием опухолевого узла в верхне-наружном квадранте размерами 1,5 см в наибольшем измерении, и с наличием опухолевого узла в нижне-наружном квадранте 0,5 см в наибольшем измерении: 1. pT1a 2. pT1b 3. pT1c(m) 4. pT2	3
168.	Регионарные метастазы рака молочной железы не встречаются в лимфоузлах 1. шейных 2. надключичных 3. подмышечной области 4. парастернальных	1
169.	Первые метастазы при раке молочной железы, локализуемом в верхне-внутреннем квадранте, следует искать в лимфоузлах: 1. подмышечных 2. надключичных 3. подключичных 4. все перечисленное верно	3
170.	Среди раков молочной железы более благоприятным клиническим прогнозом отличается: 1. неинвазивный протоковый 2. медуллярный 3. слизистый	1
171.	Что из перечисленного является прогностическим параметром для рака молочной железы: 1. размер опухоли 2. статус регионарных лимфатических узлов 3. гормональный статус опухоли	1, 2, 3
172.	При секторальной резекции в молочной железе обнаружена зернистоклеточная опухоль. Какая нозологическая единица не входит в список для дифференциального диагноза: 1. метастаз меланомы 2. метастаз почечноклеточного рака 3. рак молочной железы с апокриновой дифференцировкой 4. тубулярный рак	4
173.	Какая задача не является типовой для интраоперационного исследования при раке молочной железы: 1. исследование сторожевых лимфатических узлов 2. исследование хирургических краёв при секторальной резекции 3. исследование хирургического края при удалении соска по поводу рака Педжета 4. установление гистологического диагноза в день операции	4
174.	Какое утверждение ложно: 1. потеря экспрессии E-кадгерина происходит в результате мутации в гене CDH1 2. для долькового рака молочной железы характерна потеря ядерной экспрессии E-кадгерина 3. для долькового рака не характерны зародышевые мутации в гене BRCA2 4. дольковый рак in situ является поражением молочной железы с низким потенциалом злокачественности	2
175.	Что характерно для рака молочной железы с медуллярными чертами: 1. выраженная лимфоидная инфильтрация преимущественно из В-лимфоцитов 2. наиболее часто опухоль выявляется как кальцинаты на маммографии 3. трижды негативный суррогатный молекулярный тип 4. плохой прогноз	3

176.	Зародышевые мутации в генах BRCA1/2 обуславливают повышенную частоту у носителей следующих раков: 1. рака толстой кишки 2. рака молочной железы 3. плеоморфноклеточной липосаркомы 4. гастроинтестинальной стромальной опухоли	2
177.	У носителей зародышевых мутаций в генах BRCA1/2 наиболее частым суррогатным молекулярным типом рака молочной железы является: 1. люминальный тип А 2. люминальный тип Б 3. Her2-позитивный тип 4. трижды негативный тип	4
178.	Какое из следующих утверждений о BRCA1-ассоциированном раке молочной железы является ложным: 1. демонстрирует высокий индекс пролиферативной активности (Ki-67) 2. преобладает трижды негативный иммунофенотип 3. демонстрирует выраженную экспрессию цитокератина CK5 4. часто является инвазивным дольковым раком	4
179.	Для инвазивного долькового рака молочной железы наиболее характерно: 1. мембранная экспрессия Е-кадгерина 2. мембранная экспрессия катенина p120 3. цитоплазматическая экспрессия Е-кадгерина 4. цитоплазматическая экспрессия катенина p120	4
180.	Для дифференциальной диагностики инвазивного рака молочной железы и рака <i>in situ</i> используются иммуногистохимические тесты: 1. Цитокератин 7 2. Цитокератин 5 3. Her2 4. Виментин	2
181.	Исследование экспрессии рецепторов андрогенов и Цитокератина 5 необходимо при раке молочной железы со следующим иммунофенотипом: 1. ER+, PR+, Her 2. ER+, PR+, Her 3. ER 4. ER	4
182.	Для дифференциальной диагностики между тубулярным раком молочной железы и склерозирующим аденозом используются иммуногистохимические маркеры: 1. ER, PR 2. Цитокератин 5, p63 3. Цитокератины 7 и 18 4. Ki-67	2
183.	Экспрессия какого маркера с большей степенью вероятности будет наблюдаться при болезни Педжета молочной железы: 1. ER 3. CK20 2. CK5/6 4. Her-2	4
184.	Частота встречаемости Her2-позитивного рака молочной железы в Российской популяции составляет: 1. 5% 3. 17% 2. 12% 4. 25%	3
185.	На долю какого рецепторного типа рака молочной железы в постменопаузальном возрасте приходится более 75% случаев: 1. люминальный тип 2. Her2-позитивный тип 3. трижды негативный тип 4. ничего из вышеперечисленного	3

186.	Для инвазивного рака молочной железы с Her-2 статусом (2+) характерно: 1. слабая/умеренная полная мембранная экспрессия более, чем в 10% опухолевых клеток 2. умеренная/выраженная неполная мембранная экспрессия в 20% опухолевых клеток 3. выраженная полная мембранная экспрессия в 10% опухолевых клеток 4. слабая/умеренная неполная мембранная экспрессия в 20% опухолевых клеток	1
187.	Выберите некорректную комбинацию признаков для рака молочной железы: 1. ER+, Her2 1+, grade2, Ki67 20% 2. ER-, Her2 0, grade 3, Ki67 10% 3. ER-, Her2 3+, grade 2, Ki67 27% 4. ER+, Her2 3+, grade 3, Ki67 45%	2
188.	Какая комбинация рецепторного статуса и паттерна метастазирования наиболее типична для рака молочной железы после менопаузы 1. ER+, PR+, Her2 1+, метастазы в костях в течение 10 лет после установки диагноза 2. ER-, PR-, Her2 0, метастазы в костях в течение 10 лет после установки диагноза 3. ER+, PR+, Her2 1+, метастазы в головном мозге через 2 года после установки диагноза 4. ER-, PR-, Her2 0, метастазы в яичниках через 10 лет после установки диагноза	1
189.	Какая комбинация рецепторного статуса и паттерна метастазирования наиболее типична для Her2-позитивного рака молочной железы 1. ER+, PR+, Her2 3+, метастазы в костях через 10 лет после установки диагноза 2. ER-, PR-, Her2 3+, метастазы в костях через 10 лет после установки диагноза 3. ER-, PR-, Her2 3+, метастазы в головном мозге в течение 2 лет после установки диагноза 4. ER-, PR-, Her2 2+, метастазы в яичниках через 10 лет после установки диагноза	3
190.	Какое изменение опухоли в ответ на предоперационную эндокринную терапию можно считать предиктором ответа на назначение эндокринной терапии в адъювантном режиме: 1. снижение Ki67 в два и более раза 2. снижение числа тубулярных структур 3. снижение экспрессии рецепторов эстрогенов 4. снижение клеточности опухоли	1
191.	В основе деления лейкозов на острые и хронические лежит 1. гистогенез лейкозных клеток 2. лейкоэмический провал 3. появление опухолевых клеток в периферической крови 4. степень дифференцировки опухолевых клеток 5. интенсивность пролиферации	4
192.	К гистогенетическим формам острого лейкоза относятся 1. эритромиелобластный лейкоз 2. лимфолейкоз 3. миелобластный лейкоз 4. лимфобластный лейкоз 5. болезнь Сезари 6. гистиоцитозы	3, 4
193.	Основным патогенетическим условием развития лейкоза является: 1. первичное поражение костного мозга 2. первичное поражение лимфатических узлов 3. первичное поражение вилочковой железы 4. метастазирование	1
194.	У больного некротический гингивит и тонзиллит. На коже множественные кровоизлияния. В периферической крови 100000 лейкоцитов в 1 мкл, из них 90% – незрелые клетки, не поддающиеся цитохимической идентификации. Вероятный диагноз: 1. лимфобластный лейкоз 2. миелобластный лейкоз 3. недифференцированный лейкоз 4. миеломная болезнь 5. эритролейкоз	3

195.	Лейкемическим провалом характеризуются 1. острые лейкозы 2. любые хронические лейкозы 3. любые лимфомы 4. анемии	1
196.	Лейкемический инфильтрат это: 1. очаг экстрамедуллярного кроветворения 2. метастатический очаг разрастания лейкозных клеток 3. очаг воспаления 4. очаг пролиферации	2
197.	Морфологические признаки недифференцированного острого лейкоза: 1. геморрагический диатез 2. невозможность морфологической идентификации клеток в пунктатах костного мозга 3. некротический гингивит и тонзиллит 4. включения в лейкемические инфильтраты клеток миелоидного ряда	1, 2, 3
198.	Изменения характерные для острого миелобластного лейкоза 1. костный мозг темно бурый цвет 2. лейкозная инфильтрация выражена в селезенке, печени 3. костный мозг пиоидный, зеленоватый оттенок 4. резко выражен геморрагический диатез 5. дети погибают от пневмонии 6. желудочно-кишечный тракт не страдает	
199.	Характерные морфологические признаки лимфоцитарного лейкоза: 1. наличие инфильтратов из лимфоцитов 2. увеличение селезенки, печени 3. увеличение лимфоузлов 4. присутствие в периферической крови увеличенного количества лимфоцитов	1, 3, 4
200.	Укажите лейкоз, при котором в мазках крови обнаруживают тени Боткина-Гумпрехта 1. эритремия 2. хронический миелолейкоз 3. хронический лимфолейкоз 4. хронический моноцитарный лейкоз 5. острый лимфобластный лейкоз	
201.	В онкогенезе у человека при лейкозах и лимфомах принимают участие вирусы 1. герпеса – HHV-8 2. гепатита В – HBV 3. иммунодефицита – HIV 4. Эпштейна-Барр – EBV 5. Т-лимфотропный человека – HTLV-1	1, 4, 5
202.	Филадельфийская хромосома характерна для: 1. миеломной болезни 2. лимфолейкоза 3. миелолейкоза 4. эритремии 5. макроглобулинемии	3
203.	Филадельфийская хромосома - это 1. амплификация хромосомы 21 2. амплификация хромосомы 9 3. укороченная хромосома 14 4. укороченная хромосома 22 5. укороченная хромосома 9	4
204.	К хроническим лейкозам не относится 1. гистиоцитоз Х 2. эритремия 3. болезнь Вакеза-Ослера 4. ретикулосаркома 5. миеломная болезнь	4

205.	В группу миелоидных новообразований входят 1. миелодиспластические/миелопролиферативные заболевания 2. хронические миелопролиферативные заболевания 3. миелодиспластические синдромы 4. острые миелоидные лейкозы 5. острые лимфолейкозы	1, 2, 3, 4
206.	Злокачественный клон при миелопролиферативных заболеваниях характеризуется 1. способностью к терминальной дифференцировке 2. снижением пролиферативной активности 3. преобладанием миелобластов 4. усиленным ростом 5. унипотентностью	1, 4
207.	Костный мозг при хроническом миелоидном лейкозе характеризуется 1. зеленовато-серым цветом на разрезе («пипидный») 2. видом "малинового желе" 3. ярко-красным цветом 4. фокусами некроза 5. миелофиброзом	1
208.	Хронический миелоцитарный лейкоз характеризуется значительным увеличением 1. печени и лимфатических узлов 2. лимфатических узлов и селезенки 3. селезенки и печени 4. печени и поджелудочной железы 5. главным образом лимфатических узлов	3
209.	К миелопролиферативным заболеваниям относят 1. идиопатический миелофиброз 2. хронический миелолейкоз 3. панмиелофтиз 4. миеломную болезнь 5. эритремию 6. эссенциальную тромбоцитемию	1, 2, 5, 6
210.	Стадии течения хронического миелоидного лейкоза 1. распространенных изменений в органах 2. метастазирования 3. бластного криза 4. акселерации 5. хроническая	3, 4, 5
211.	Причина бластного криза при хроническом лейкозе 1. опухолевая прогрессия 2. усиление анаплазии 3. метастазирование	1, 2
212.	У больного с клинической картиной лейкоза в пунктате грудины наряду с наличием миелоцитов, промегакариоцитов и мегакариоцитов обнаружено преобладание клеток эритробластического ряда: пронормоцитов и нормоцитов. Вероятный диагноз: 1. лимфолейкоз 2. миелолейкоз 3. эритремия 4. миеломная болезнь 5. недифференцированный лейкоз	3
213.	К миелодиспластическим синдромам относят 1. первичную приобретенную сидеробластную анемию 2. хронический миеломоноцитарный лейкоз 3. истинную полицитемию 4. апластическую анемию 5. рефрактерную анемию	1, 2, 5

214.	Для миелодиспластических синдромов характерно 1. дефекты созревания клеток костного мозга 2. цитопения в периферической крови 3. цитологические отклонения 4. лейкомоидные реакции 5. эритремия	1, 2, 3
215.	Характеристика миелодиспластических синдромов: 1. неполноценный гемопоэз 2. встречаются после радиотерапии 3. не прогрессируют в острый лейкоз 4. развиваются на уровне стволовых клеток 5. встречаются после лечения цитостатиками	1, 2, 4, 5
216.	Печень и селезенка увеличены. В костном мозге: пролиферация всех трех отростков, увеличение числа ядерных форм красного ряда, большое количество мегакариоцитов, почти полное исчезновение жировых клеток, очаговое рассасывание костных балок. Эта картина наблюдается при: 1. малярии 2. симптоматическом эритроцитозе 3. сепсисе 4. миеломной болезни 5. эритремии	5
217.	Для диагностики миелофиброза используют: 1. трепанобиопсию 2. окраску суданом III 3. аспирационную биопсию 4. хирургическую биопсию костного мозга	1, 4
218.	Хронический лимфоцитарный лейкоз характеризуется значительным увеличением 1. печени и лимфатических узлов 2. главным образом лимфатических узлов 3. селезенки и печени 4. печени и поджелудочной железы 5. лимфатических узлов и селезенки	2
219.	Низкая степень злокачественности характерна для неходжкинских лимфом: 1. Беркитта 2. плазмочитарной 3. центробластной 4. лимфобластной 5. лимфоцитарной 6. лимфоплазмочитарной	2, 5, 6
220.	Промежуточная степень злокачественности характерна для неходжкинских лимфом: 1. Беркитта 2. плазмочитарной 3. центробластной 4. лимфоплазмочитарной 5. иммунобластной полиморфной 6. полиморфной из малых клеток	3, 6
221.	Высокая степень злокачественности характерна для неходжкинских лимфом: 1. Беркитта 2. плазмочитарной 3. лимфобластной 4. лимфоцитарной 5. лимфоплазмочитарной 6. иммунобластной полиморфной	1, 3, 6
222.	Какой вариант первичной лимфомы молочной железы встречается наиболее часто: 1. лимфома Беркитта 2. диффузная В-крупноклеточная лимфома 3. лимфома Ходжкина 4. MALT-лимфома	2
223.	Укажите лейкемическую фазу грибовидного микоза 1. лимфома Бёркитта 2. синдром Сезари 3. В-клеточный хронический лимфолейкоз 4. диффузная крупноклеточная лимфома 5. плазмочитома	2

224.	Наиболее важным в диагностике лимфом является 1. торакоскопия 2. УЗИ органов брюшной полости 3. исследование мазков периферической крови 4. биопсия лимфатических узлов 5. биопсия костного мозга	4
225.	Особенности неходжкинских лимфом: 1. трансформируются в лейкозы 2. морфологическое разнообразие 3. происходят из Т- или В- клеток 4. происходят из стволовых клеток костного мозга 5. происходят из клеток костной ткани 6. осложняют иммунодефицитные состояния	1, 2, 3, 5, 6
226.	Лимфогранулематоз - это 1. неходжкинская лимфома 2. болезнь Ходжкина 3. острый лейкоз 4. болезнь Рустицкого-Калера 5. опухоль Абрикосова	2
227.	Клетки Рид-Березовского-Штернберга характерны для 1. анемии Аддисона - Бирмера 2. лимфомы Беркитта 3. болезни Рустицкого-Калера 4. болезни Ходжкина 5. болезни Альберса-Шенберга	4
228.	Макроскопическая характеристика селезенки при болезни Ходжкина: 1. размер увеличен 2. консистенция плотная 3. поверхность морщинистая 4. дает обильный соскоб пульпы 5. на разрезе красная с бело-желтыми очагами	1, 2, 5
229.	Морфологическая диагностика болезни Ходжкина основана на 1. биопсии лимфатического узла 2. мазке костного мозга 3. биопсии печени 4. трепанобиопсии	1
230.	В лимфоузлах при лимфогранулематозе не отмечают 1. поля некроза 2. поля склероза 3. пролиферативно-опухолевые клеточные элементы 4. обширные абсцессы 5. клеточный полиморфизм	4
231.	Патогистологические типы болезни Ходжкина: 1. лимфогистиоцитарный 2. смешанно-клеточный 3. нодулярный склероз 4. круглоклеточный 5. гранулематозный	2, 3
232.	Патогистологические типы болезни Ходжкина: 1. с преобладанием лимфоцитов 2. с истощением лимфоцитов 3. лимфогистиоцитарный 4. смешанно-клеточный 5. нодулярный склероз	1, 2, 4, 5

233.	Наиболее распространенный в Европе тип болезни Ходжкина 1. нодулярный склероз 2. смешанно-клеточный 3. лимфоцитарное истощение 4. лимфоцитарное преобладание	1
234.	Клеточный состав ткани опухоли при смешанно-клеточном типе болезни Ходжкина 1. клетки Рид-Штернберга 2. плазматические клетки 3. дискоидные клетки 4. нейтрофилы 5. эозинофилы 5. лимфоциты	1, 2, 4, 5, 6
235.	Клетки Березовского-Штернберга бывают: 1. «типичные» 2. лакунарные 3. плеоморфного типа	1, 2, 3
236.	Лакунарные клетки характерны для: 1. болезни Ходжкина с лимфоцитарным преобладанием 2. фолликулярной нсходжкинской злокачественной лимфомы 3. болезни Ходжкина с нодулярным склерозом 4. болезни Ходжкина смешанно-клеточного типа 5. болезни Ходжкина с лимфоцитарным истощением	3
237.	Типичным иммунофенотипом клеток Рида-Штернберга при классической лимфоме Ходжкина является следующий: 1. CD79a+, BOB1+, выраженная ядерная экспрессия PAX5 2. CD30-, CD15+, выраженная ядерная экспрессия PAX5 3. CD30+, CD15+, слабая ядерная экспрессия PAX5 4. CD45+, CD30+, MUM1+	3
238.	Для первой стадии болезни Ходжкина характерно вовлечение 1. печени 2. селезенки 3. костного мозга 4. одной группы лимфатических узлов 5. нескольких групп лимфатических узлов 6. лимфатических узлов по одну сторону от диафрагмы	4
239.	Для второй стадии болезни Ходжкина характерно вовлечение 1. одной группы лимфатических узлов или внеузловой зоны 2. лимфатических узлов по одну сторону от диафрагмы 3. нескольких групп лимфатических узлов, селезенки 4. костного мозга 5. печени	2, 3
240.	Для третьей стадии болезни Ходжкина характерно вовлечение 1. одной группы лимфатических узлов или внеузловой зоны 2. лимфатических узлов по обе стороны от диафрагмы 3. нескольких групп лимфатических узлов 4. костного мозга 5. селезенки 6. печени	2, 3, 5
241.	Для четвертой стадии болезни Ходжкина характерно вовлечение 1. одной группы лимфатических узлов или внеузловой зоны 2. лимфатических узлов по обе стороны от диафрагмы 3. нескольких групп лимфатических узлов 4. костного мозга 5. селезенки 6. печени	2, 3, 4, 5, 6

242.	Худший прогноз при болезни Ходжкина имеют больные: 1. нодулярным склерозом 2. смешанно-клеточным типом 3. лимфоцитарным истощением 4. лимфоцитарным преобладанием	2, 3
243.	Болезнь Ходжкина заканчивается при неблагоприятном исходе смертью от 1. кахексии и инфекционных осложнений 2. инфекционных осложнений и анемии 3. анемии и хронической почечной недостаточности 4. хронической почечной недостаточности 5. острой печеночной недостаточности	1
244.	В лимфатическом узле крупные неправильной формы фолликулы с плеоморфными светлыми клетками, среди которых имеются макрофаги. Большое количество фигур митоза. Хорошо выражена мантийная зона. Такая картина характерна для: 1. реактивной фолликулярной гиперплазии 2. фолликулярной неходжкинской злокачественной лимфомы 3. гранулематозного лимфаденита 4. туберкулезного лимфаденита инфекционного мононуклеоза	1
245.	У больного лимфоузлы резко увеличены, располагаются пакетами, не спаяны между собой, на разрезе серого цвета. Гистологически: мономорфная картина, представленная клетками типа В-лимфоцитов. Эта картина наблюдается при: 1. хроническом лимфолейкозе 2. лимфогранулематозе 3. хроническом миелолейкозе 4. ретикулосаркоме 5. хроническом неспецифическом лимфадените	1
246.	У больного 36 лет отмечается шейная лимфаденопатия. Рисунок лимфатического узла стерт, ткань его представлена относительно мономорфными крупными и средней величины клетками с эксцентрично расположенным ядром и выраженной базофильной цитоплазмой. Встречаются двоядерные клетки. Это может быть: 1. хронический лимфаденит 2. экстрамедулярная плазмоцитома 3. миеломная болезнь 4. болезнь Ходжкина 5. диффузная злокачественная неходжкинская лимфома из средних и крупных клеток	2
247.	У больного 38 лет одиночный лимфоузел в подключной области. Симптомов интоксикации нет. Рисунок лимфатического узла на большом протяжении стерт, ткань его представлена малыми лимфоцитами, единичными плазмócитами и эозинофилами. В небольшом количестве обнаруживаются крупные одно-, двух- и многоядерные клетки с крупным ядрышком. Ваш диагноз: 1. болезнь Ходжкина, лимфоцитарное преобладание 2. диффузная гиперплазия ткани лимфатического узла 3. болезнь Ходжкина, смешанноклеточный тип 4. хронический лимфаденит 5. диффузная злокачественная неходжкинская лимфома	3
248.	Лимфатический узел характеризуется наличием фиброза, располагающегося пальцевидно вокруг узелков гранулематозной ткани. В узелках - различное количество лимфоцитов, плазмócитов, нейтрофилов; имеются диагностические и лакунарные клетки Березовского-Штернберга. Вероятнее всего это: 1. болезнь Ходжкина, лимфоцитарное истощение 2. болезнь Ходжкина, нодулярный склероз 3. болезнь Ходжкина, смешанный тип 4. болезнь Ходжкина, лимфоцитарное преобладание 5. гранулематозный лимфаденит	2

249.	У больного 40 лет конгломерат лимфоузлов в подмышечных, надключичных и паховых областях. Температура тела 38°C в течение нескольких недель, потеря массы тела более чем на 10%. При микроскопии в лимфоузле замещение волокнистой фиброзной тканью и отложение аморфного эозинофильного вещества. Клеточных элементов мало. Среди них крупные одноядерные, двоядерные и многоядерные клетки с выраженным ядрышком, а также лимфоциты, плазмциты, эозинофилы. Наиболее вероятна: 1. болезнь Ходжкина, смешанноклеточный тип 2. болезнь Ходжкина, лимфоцитарное истощение 3. неходжкинская злокачественная лимфома 4. болезнь Ходжкина, нодулярный склероз 5. болезнь Ходжкина, лимфоцитарное преобладание	2
250.	У мужчины 46 лет в подмышечной области пакет спаянных между собой безболезненных лимфатических узлов диаметром до 3 см. Симптомов интоксикации нет. Микроскопически - увеличение числа мелких мономорфных клеток. Макрофагов нет. Мантийная зона не выражена. Ваш диагноз: 1. фолликулярная гиперплазия 2. гранулематозный лимфаденит 3. нодулярная неходжкинская злокачественная лимфома 4. болезнь Ходжкина 5. ангиофолликулярная гиперплазия	3
251.	Новообразования гистиоцитарного происхождения: 1. нодулярный склероз 2. гранулематоз Вегенера 3. синусовый гистиоцитоз 4. хронический гранулематоз 5. гистиоцитоз из клеток Лангерганса	5
252.	К опухолям из плазматических клеток относят: 1. макроглобулинемию Вальденстрема 2. множественную миелому 3. синусовый гистиоцитоз 4. болезнь тяжелых цепей 5. плазмцитому 6. лимфоплазмочитарную лимфому	1, 2, 4, 5, 6
253.	К группе парапротеинемических гемобластозов относят: 1. миеломную болезнь 2. макроглобулинемию (болезнь Вальденстрема) 3. болезнь тяжелых цепей 4. болезнь легких цепей	1, 2, 3, 4
254.	Морфологические признаки множественной миеломы: 1. патологические переломы 2. поражение трубчатых костей 3. поражение позвонков и плоских костей 4. диффузный остеопороз 5. анкилоз	1, 2, 3, 4
255.	Укажите причину диспротеинемии при миеломной болезни 1. гиперкальциемия 2. метастатическое обызвествление 3. выработка миеломными клетками парапротеинов 4. появление миеломных клеток в периферической крови 5. АА-амилоидоз	3
256.	Миеломная болезнь с дискразией иммуноцитов сопровождается накоплением в тканях 1. АА-амилоида 2. гиалина 3. AL-амилоида 4. гемосидерина 5. липофусцина	3

257.	У пожилого пациента с множественными литическим очагами в костях, выявленным лабораторно высоким уровнем М-протеина в сыворотке крови и в моче, в материале биоптата обнаружена злокачественная опухоль из атипичных овальных и округлых клеток с эксцентричными ядрами. Наиболее вероятным иммунофенотипом опухоли будет являться: 1. CD138+, MUM-1+, CD45- 2. CD45+, CD19-, CD20+ 3. CD138-, CD79a+, CD3+ 4. CD138+, CD45+, CD20+	1
258.	Миеломная болезнь протекает по типу 1. сублейкемическому 2. лейкемическому 3. лейкопеническому 4. алейкемическому 5. как лейкемическому, так и алейкемическому	4

Журнал регистрации изменений в ФОС

[illegible]