

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н. И. ПИРОГОВА»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России)

**ФАКУЛЬТЕТ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**

«ОДОБРЕНО»

Председатель цикловой методической
комиссии факультета дополнительного
профессионального образования
д. м. н., профессор Харитонов Л. А.

«13» декабря 2021 г.

Протокол заседания цикловой методической
комиссии ФДПО от «13» декабря 2021 г. №

«УТВЕРЖДАЮ»

Декан факультета дополнительного
профессионального образования
д. м. н., профессор Сергеенко Е. Ю.

«13» декабря 2021 г.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ**

«ОНКОЛОГИЯ»

**По специальности: «Онкология»
Трудоемкость: 504 академических часа
Форма обучения: очная**

**Документ о дополнительном профессиональном образовании: диплом о
профессиональной переподготовке**

Москва, 2021

Дополнительная профессиональная образовательная программа профессиональной переподготовки «Онкология» со сроком освоения 504 академических часа по специальности «Онкология» обсуждена и одобрена на заседании кафедры онкологии ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России.

Протокол от 13.12.2021 г. № _____

Заведующий кафедрой _____ (Хайленко В. А.)

Программа рекомендована к утверждению рецензентом:

Сельчук В. Ю. д.м.н., профессор,
заведующий кафедрой онкологии ФДПО
ФГБУ ВО МГМСУ им. А. И. Евдокимова
Минздрава России.

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Дополнительная профессиональная образовательная программа профессиональной переподготовки «Онкология» (далее - Программа) разработана рабочей группой сотрудников кафедры онкологии ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, заведующий кафедрой Хайленко В.А.

Состав рабочей группы:

№ № п/ п	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая долж- ность	Место работы
1.	Хайленко Виктор Алексеевич	д.м.н., профессор	Заведующий кафед- рой онкологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России
2.	Ткачев Сергей Иванович	д.м.н., профессор	Профессор, кафедры онкологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России
3.	Карасева Вера Витальевна	д.м.н., профессор	Профессор, кафедры онкологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России
4.	Герасимов Сергей Семенович	д.м.н.	Доцент кафедры онкологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России
5.	Мустафина Екатерина Александровна	к.м.н.	Доцент кафедры он- кологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России
6.	Романов Илья Станиславо- вич	д.м.н.	Доцент кафедры он- кологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России
7.	Хайленко Денис Викторович	к.м.н.	Доцент кафедры он- кологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России
8.	Хайленко Алексей Викторович		Ассистент кафедры онкологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России
9.	Климов Алек- сей Вячеславо- вич	к.м.н.	Ассистент кафедры онкологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России
10.	Ковалева Юлия Юрьев- на		Ассистент кафедры онкологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России

11.	Назарова Валерия Витальевна	к.м.н.	Ассистент кафедры онкологии ФДПО	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России
-----	-----------------------------	--------	----------------------------------	--

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;

ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт

ПС - профессиональный стандарт

ОТФ - обобщенная трудовая функция

ТФ - трудовая функция

ЕКС – Единый квалификационный справочник

ПК - профессиональная компетенция

ЛЗ - лекционные занятия

СЗ - семинарские занятия

ПЗ - практические занятия

СР - самостоятельная работа

ОСК – обучающий симуляционный курс

ДОТ - дистанционные образовательные технологии

ЭО - электронное обучение

ПА - промежуточная аттестация

ИА - итоговая аттестация

УП - учебный план

АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ

1. Общая характеристика Программы

1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы

1.2. Цель реализации Программы

1.3. Характеристика нового вида профессиональной деятельности или присваиваемой квалификации

1.4. Планируемые результаты обучения

2. Содержание Программы

2.1. Учебный план

2.2. Календарный учебный график

2.3. Рабочие программы учебных модулей

2.3.1. Название учебного модуля

2.3.2. Цель учебного модуля

2.3.3. Коды компетенций, совершенствуемых или приобретаемых в процессе изучения модуля

2.3.4. Содержание рабочей программы модуля

2.3.5. Оценочные материалы

3. Оценка качества освоения Программы.

3.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации

3.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы

4. Организационно-педагогические условия реализации Программы

4.1. Материально-технические условия

4.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение

4.3. Кадровые условия

4.4. Организация образовательного процесса

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ

1.1 Нормативно-правовая основа разработки Программы

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76;
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»;
- Профессиональный стандарт «Врач - онколог» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 2 июня 2021 г. N 360н, регистрационный номер 1436).
- ФГОС ВО по специальности «Онкология» 31.0.57, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1100.
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России от 11 декабря 2019 г. № 2873.

1.3 Цель реализации программы

Цель программы заключается в приобретении врачами компетенций, необходимых для профессиональной деятельности в области охраны здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи по специальности врач-онколог.

Требования к уровню подготовки зачисляемых на обучение.

Уровень профессионального образования: Высшее образование - специалитет по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Педиатрия". Подготовка в интернатуре/ординатуре по специальности "Онкология".

1.3 Характеристика нового вида профессиональной деятельности или присваиваемой квалификации

Область профессиональной деятельности: охрана здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Вид профессиональной деятельности: врачебная практика в области онкологии.

Основная цель профессиональной деятельности: профилактика, диагностика, лечение онкологических заболеваний, медицинская реабилитация и паллиативная медицинская помощь пациентам.

Связь Программы с Профессиональным стандартом

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ Врач - онколог		
	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание медицинской помощи по профилю "онкология" в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	А/01.8	Диагностика в целях выявления онкологического заболевания, его прогрессирования
	А/02.8	Лечение пациентов с онкологическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности
	А/03.8	Направление на медицинскую реабилитацию пациентов с онкологическими заболеваниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	А/04.8	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с онкологическими заболеваниями
	А/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения с целью профилактики онкологических заболеваний, сопровождение и курирование программ, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний, организованных в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи
	А/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
	А/07.8 В/07.8 С/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме
	А/08.8 В/08.8 В/08.8	Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями
	В: Оказание специализированной, в том числе	В/01.8

высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю "онкология" (лекарственная терапия)		рования
	В/02.8	Лечение пациентов с онкологическими заболеваниями, включая проведение противоопухолевой лекарственной терапии и контроль его эффективности и безопасности
	В/03.8	Направление на медицинскую реабилитацию пациентов с онкологическими заболеваниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	В/04.8	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с онкологическими заболеваниями
	В/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения с целью профилактики онкологических заболеваний
	В/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
С: Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю "онкология" (хирургия)	А/01.8	Диагностика в целях выявления онкологического заболевания и его прогрессирования
	А/02.8	Хирургическое лечение пациентов с онкологическими заболеваниями и контроль его эффективности и безопасности
	А/03.8	Направление на медицинскую реабилитацию пациентов с онкологическими заболеваниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	А/04.8	Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с онкологическими заболеваниями
	А/05.8	Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения с целью профилактики онко-

		логических заболеваний
	A/06.8	Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала

1.4. Планируемые результаты обучения

В результате освоения программы у обучающегося формируются следующие профессиональные компетенции (далее ПК):

ПК-1 Назначение и проведение обследования пациентов с целью установления онкологического диагноза, диагностики прогрессирования

Код соответствующей ТФ: А/01.8, В/01.8, С/01.8

Должен знать:

- Порядки оказания медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями
- Стандарты оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе
 - Высокотехнологичной, медицинской помощи при онкологических заболеваниях
 - Федеральные клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказанию медицинской помощи пациентам с онкологическими заболеваниями
 - Основы законодательства о здравоохранении и нормативно-правовые документы, определяющие деятельность медицинских организаций
 - Методика сбора информации пациентов с онкологическими заболеваниями и их законных представителей
 - Методика осмотра пациентов при различных онкологических заболеваниях
 - Клинически значимые особенности морфологической иммуногистохимической, иммунологической, молекулярногенетической диагностики новообразований
 - Лечение пациентов с онкологическими заболеваниями, контроль его эффективности и безопасности
 - Этиология и патогенез онкологических заболеваний, включая клинически важные молекулярно-генетические нарушения
 - Современная классификация, симптоматика и особенности течения основных онкологических заболеваний: новообразованиях головы и шеи, легкого, средостения, молочной железы, пищевода, желудка, поджелудочной железы, печени, кишечника, матки и ее придатков, мочевого пузыря, предстательной железы, яичек, кожи, костей и мягких тканей.
 - Особенности инструментальной и лабораторной оценки распро-

страненности опухолевого процесса и особенности стадирования при основных онкологических заболеваниях

- Методику выполнения тонкоигольной аспирационной биопсии и кор-биопсии поверхностно расположенных опухолей (кожи и мягких тканей, периферических лимфоузлов, молочной железы, щитовидной железы)
- Методику выполнения лапароцентеза для получения материала
- Методику выполнения торакоцентеза для получения материала
- Современные методы клинической и параклинической диагностики основных нозологических форм и патологических состояний у пациентов с онкологическими заболеваниями
- Клиническую картину состояний, требующих направления пациентов к врачам-специалистам пациентов с онкологическими заболеваниями
- Показания и противопоказания к использованию современных методов лабораторной диагностики пациентов с онкологическими заболеваниями
- Показания и противопоказания к использованию современных методов инструментальной диагностики заболеваний у пациентов с онкологическими заболеваниями
- Международную классификацию злокачественных опухолей TNM

Должен уметь:

- анализировать и интерпретировать полученную информацию от пациентов (законных представителей);
- проводить и интерпретировать результаты физикального обследования пациентов;
- обосновывать необходимость и объем лабораторного обследования пациентов;
- интерпретировать результаты лабораторного обследования пациентов;
- обосновывать необходимость и объем морфологических, иммуногистохимических, иммунологических, молекулярно-генетических исследований и интерпретировать полученные результаты;
- обосновывать необходимость и объем инструментального обследования пациентов;
- интерпретировать результаты инструментального обследования пациентов;
- обосновывать необходимость направления пациентов на консультацию к врачам-специалистам;
- интерпретировать результаты осмотра пациентов врачами специалистами;
- выполнять тонкоигольную аспирационную биопсию и кор-биопсию поверхностно расположенных опухолей (кожи и мягких тканей, периферических лимфоузлов, молочной железы, щитовидной железы);

- выполнять лапароцентез для получения жидкости из полости;
- выполнять торакоцентез для получения жидкости из полости;
- выполнять мазки-отпечатки опухолей наружных локализаций с целью последующего цитологического исследования.

ПК-2 Назначение лечения пациентам с онкологическими заболеваниями и контроль его эффективности и безопасности

Код соответствующей ТФ: А/02.8, В/02.8, С/02.8

Должен знать:

- Организацию и реализацию лечебного питания, включая парентерального, пациентам с онкологическими заболеваниями в зависимости от вида и стадии заболевания, сопутствующей патологии
- Принципы медико-психологической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями в зависимости от стадии и вида заболевания, психологических особенностей пациента
- Клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания, правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации, принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции), правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания
- Методики и клинические рекомендации по проведению поддерживающей и паллиативной (включая противоболевую) терапии пациентам с онкологическими заболеваниями.
- Правила назначения и медицинского оборота наркотических лекарственных препаратов.
- Методики и клинические рекомендации по профилактике и коррекции осложнений проводимого противоопухолевого медикаментозного и лучевого лечения у пациентов с онкологическим заболеванием (тошнота и рвота, цитопения, фебрильная нейтропения, мукозит, диарея, дерматологическая токсичность, флебиты, экстравазация препаратов, синдром лизиса опухоли, токсические гепатиты, лекарственные и лучевые пульмониты, нейротоксичность)
- Механизм действия основных групп лекарственных препаратов; медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением
- Основные методики оценки эффективности (критерии RECIST) и безопасности (шкала NCI CTCAE) медикаментозной терапии у пациентов с онкологическим заболеванием
- Методику проведения лапароцентеза, торакоцентеза. Правила ухода за трахеостомой, эзофагостомой, гастростомой, еюностомой, илеостомой, колостомой, уростомой
- Правила работы с инфузоматами, внутривенными помпами
- Порядки оказания медицинской помощи пациентам с онкологи-

ческими заболеваниями

- Стандарты оказания медицинской помощи пациентам с основными онкологическими заболеваниями

- Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с основными онкологическими заболеваниями

- Правила ухода за центральным венозным катетером, имплантированным внутривенным портом

- Методику внутривенного введения препаратов через имплантированный подкожный венозный порт

- Принципы подбора лечебного питания у пациентов с онкологическими заболеваниями

- *Должен уметь:*

- Проводить стандартные режимы противоопухолевой медикаментозной терапии пациентам с онкологическим заболеванием

- Владеть методиками профилактики и коррекции осложнений проводимого противоопухолевого медикаментозного и лучевого лечения у пациентов с онкологическим заболеванием (тошнота и рвота, цитопения, фебрильная нейтропения, мукозит, диарея, дерматологическая токсичность, флебиты, экстравазация препаратов, синдром лизиса опухоли, токсические гепатиты, лекарственные и лучевые пневмониты, нейротоксичность)

- Оценивать эффективность и безопасность медикаментозной терапии у пациентов с онкологическим заболеванием

- Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозных методов лечения у пациентов с онкологическим заболеванием

- Устанавливать и удалять назогастральный зонд

- Проводить лапароцентез с целью удаления жидкости из брюшной полости

- Проводить торакоцентез с целью удаления жидкости из плевральной полости

- Осуществлять уход за трахеостомой, эзофагостомой, гастростомой, еюностомой, илеостомой, колостомой, уростомой.

- Проводить инфузии с использованием инфузоматов, внутривенных помп

- Осуществлять уход за центральным венозным катетером, имплантированным подкожным венозным портом

- Проводить введение препаратов через центральный венозный катетер, имплантированный подкожный венозный порт, в плевральную и брюшную полости

- Назначать и проводить поддерживающую и паллиативную терапию пациентам с онкологическими заболеваниями

- Назначать диетотерапию пациентам с онкологическим заболеванием в соответствии с видом и клинической картиной заболевания

- Выявлять клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания, выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией)
- Владеть основами проведения медико-психологической помощи пациентам с онкологическими заболеваниями

ПК-3 Реализация и контроль эффективности и индивидуальных реабилитационных программ для пациентов с онкологическими заболеваниями

Код соответствующей ТФ: А/03.8, В/03.8, С/03.8

Должен знать:

- Основы реабилитации и их реализация для пациентов с онкологическими заболеваниями
- Организация медико-социальной экспертизы для пациентов с онкологическими заболеваниями
- Основные программы медицинской, социальной, профессиональной и психологической реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями
- Основные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, профессиональные, психологические) у пациентов с онкологическими заболеваниями
- Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациентов с онкологическими заболеваниями
- Показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у онкологических пациентов

Должен уметь:

- Определять необходимость, целесообразность и своевременность проведения реабилитационных программ и мероприятий пациентам с онкологическими заболеваниями
- Оценивать эффективность реализации реабилитационных мероприятий пациентам с онкологическими заболеваниями
- Участвовать в проведении этапов медико-социальной экспертизы
- Определять специалистов для проведения реабилитационных мероприятий пациентам с онкологическими заболеваниями
- Назначать необходимые средства, протезы и услуги, необходимые для реабилитации пациентам с онкологическими заболеваниями

ПК-4 Проведение профилактических мероприятий и санитарно-просветительной работы по формированию здорового образа жизни у пациентов с онкологическими заболеваниями и контроль их эффективности

Код соответствующей ТФ: А/04.8, В/04.8, С/04.8

Должен знать:

- Основы реабилитации и их реализация для пациентов с онкологическими заболеваниями

- Организация медико-социальной экспертизы для пациентов с онкологическими заболеваниями
- Основные программы медицинской, социальной, профессиональной и психологической реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями
- Основные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, профессиональные, психологические) у пациентов с онкологическими заболеваниями
- Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм пациентов с онкологическими заболеваниями
- Показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у онкологических пациентов

Должен уметь:

- Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни
- Организовывать и проводить профилактические осмотры взрослых в соответствии с декретированными сроками, а также иные мероприятия по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний
- Разрабатывать и рекомендовать профилактические и оздоровительные мероприятия взрослым различного возраста и состояния здоровья
- Проводить диспансерное наблюдение за пациентами с онкологическими заболеваниями в зависимости от их стадии и вида
- Обучать здоровых, пациентов и членов их семей принципам здорового образа жизни, принципам самообследования и ранним клиническим симптомам онкологических заболеваний
- Консультировать здоровых, пациентов с онкологическими заболеваниями и членов их семей по вопросам индивидуального риска возникновения заболевания в зависимости от семейного анамнеза, индивидуальных факторов риска.

ПК-5 Проведение анализа медико-статистической информации и организация деятельности подчиненного медицинского персонала

Код соответствующей ТФ: А/05.8, В/05.8, С/05

Должен знать:

- Нормативно-правовые документы, определяющие деятельность органов здравоохранения и медицинских организаций
- Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях
- Стандарты оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при онкологических заболеваниях
- Федеральные клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказанию медицинской помощи пациентам с онкологическими заболева-

ниями

- Правила проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции
 - Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях онкологического профиля
 - Правила оформления и выдачи документов, удостоверяющих временную утрату трудоспособности пациентов с онкологическими заболеваниями
 - Должностные обязанности медицинского персонала в медицинских организациях онкологического профиля
 - Представление медикостатистических показателей для отчета о деятельности медицинской организации
 - Принципы оценки качества оказания медицинской помощи
 - Требования охраны труда, основы личной безопасности и конфликтологии
- Должен уметь:*
- Анализировать показатели заболеваемости, инвалидности и смертности среди прикрепленного контингента
 - Заполнять учетно-отчетные медицинские документы в медицинских организациях онкологического профиля и контролировать качество ведения медицинской документации
 - Оформлять и выдавать документы, удостоверяющие временную утрату трудоспособности пациентов с онкологическими заболеваниями
 - Проводить противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции
 - Владеть статистическими методами изучения заболеваемости в онкологии
 - Работать в информационно-аналитических системах (Единая государственная информационная система здравоохранения).

ПК-6 Назначение и проведение медикаментозной противоопухолевой терапии больным с онкологическим заболеванием

Код соответствующей ТФ: В06.8

Должен знать:

- Порядки оказания медицинской помощи пациентам с онкологическим заболеванием
- Стандарты оказания медицинской помощи пациентам с основными онкологическими заболеваниями
- Показания к назначению противоопухолевой медикаментозной терапии у больных в рамках комбинированного и комплексного лечения
- Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с основными онкологическими заболеваниями

- Методики и клинические рекомендации по профилактике и коррекции осложнений проводимого противоопухолевого медикаментозного и лучевого лечения у пациентов с онкологическим заболеванием (тошнота и рвота, цитопения, фебрильная нейтропения, мукозит, диарея, дерматологическая токсичность, флебиты, экстравазация препаратов, синдром лизиса опухоли, токсические гепатиты, лекарственные и лучевые пульмониты, нейротоксичность)
- Механизм действия основных групп лекарственных препаратов медицинские показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением
- Основные методики оценки эффективности (критерии RECIST) и безопасности (шкала NCI CTCAE) медикаментозной терапии у пациентов с онкологическим заболеванием
- Методики и клинические рекомендации по проведению поддерживающей и паллиативной (включая противоболевую) терапии пациентам с онкологическими заболеваниями.
- Правила назначения и медицинского оборота наркотических лекарственных препаратов.
- Требования охраны труда
Должен уметь:
 - Назначать и проводить все варианты противоопухолевой медикаментозной терапии пациентам с онкологическим заболеванием, включая наиболее токсичные
 - Предупреждать и корректировать осложнения проводимого противоопухолевого лечения у пациентов с онкологическим заболеванием
 - Оценивать эффективность и безопасность медикаментозной терапии у пациентов с онкологическим заболеванием
 - Оценивать эффективность и безопасность немедикаментозных методов лечения у пациентов с онкологическим заболеванием
 - Назначать и проводить поддерживающую и паллиативную терапии пациентам с онкологическими заболеваниями

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ

2.1 Учебный план

Учебный план дополнительной профессиональной программы профессиональной переподготовки «Онкология»,
504 ак.ч., форма обучения - очная.

№№	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Стажировка	Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				ПК	Форма контроля
				ЛЗ	СЗ	ПЗ	СО ¹			ЛЗ	СЗ	ПЗ	СО		
1.	Основы социальной гигиены и организация онкологической помощи в РФ	20	20	8	6	6	-	-	-	-	-	-	-	ПК-1	ПА
2.	Общие принципы диагностики и лечения злокачественных новообразований	50	40	10	16	14	-	-	10	8	2	-	-	ПК-1, ПК-2	ПА
3.	Злокачественные опухоли головы и шеи	50	44	-	12	12	2	18	6	6	-	-	-	ПК-1 – ПК6	ПА
4.	Злокачественные новообразования органов грудной клетки	50	44	-	12	12	4	16	6	4	2	-	-	ПК-1 – ПК6	ПА
5.	Злокачественные новообразования органов брюшной полости	80	70	14	10	10	10	26	10	8	2	-	-	ПК-1 – ПК6	ПА
6.	Злокачественные новообразования органов мочеполовой системы	60	50	4	10	12	4	20	10	8	2	-	-	ПК-1 – ПК6	ПА
7.	Злокачественные новообразования органов женской репродуктивной системы	70	58	4	16	24	2	12	12	10	2	-	-	ПК-1 – ПК6	ПА
8.	Злокачественные новообразования кожи и опорно-двигательного аппарата	70	58	4	18	22	2	12	12	10	2	-	-	ПК-1 – ПК6	ПА
9.	Лимфоидные новообразования	20	20	6	4	6	-	4	-	-	-	-	-	ПК-1 – ПК6	ПА
10.	Нейроонкология	30	22	2	-	14	-	6	8	8	-	-	-	ПК-1 – ПК6	ПА
II	Итоговая аттестация	4	4		4										ИА/Экзамен
III	Всего по Программе	504	430	52	108	132	24	114	74	62	12				

¹ СО - симуляционное обучение

2.2 КАЛЕНДАРНЫЙ УЧЕБНЫЙ ГРАФИК

Учебные занятия проводятся пять дней в неделю в течение 14 недель (3.5 месяцев), 5 дней в неделю, по 7,12 часов в день.

2.3. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ

МОДУЛЬ 1

Основы социальной гигиены и организация онкологической помощи в Российской Федерации.

Цель модуля: совершенствование имеющихся компетенций и формирование новых в области основ социальной гигиены и организация онкологической помощи в Российской Федерации.

Коды компетенций: ПК 1

Содержание примерной рабочей программы модуля 1:

Код	Наименование тем, подтем
1.1.	Национальная онкологическая программа, ее цели и задачи
1.2.	Структура учреждений онкологической службы (их функции и взаимодействие). Онкологический кабинет (штат, задачи)
1.3.	Диспансеризация как элемент клинической профилактики злокачественных новообразований
1.4.	Этика и деонтология в профессиональной деятельности врача-онколога
1.5.	Лечение болевого синдрома у онкологических больных

Оценка качества освоения модуля проводится в виде ПА (*зачет*). Оценочные материалы представлены в виде тестовых заданий (Приложение - комплект ФОС, раздел 1)

Организация образовательного процесса: см.п. 4.4. данной Программы.

МОДУЛЬ 2

Общие принципы диагностики и лечения злокачественных новообразований

Цель модуля: совершенствование имеющихся компетенций и формирование новых в области Общих принципы диагностики и лечения злокачественных новообразований

Коды компетенций: ПК 1, ПК 2

Содержание примерной рабочей программы модуля 2:

Код	Наименование тем, подтем
2.1.	Общие принципы диагностики злокачественных новообразований

2.2.	Общие принципы хирургического лечения злокачественных новообразований
2.3.	Общие принципы лекарственного лечения злокачественных новообразований
2.4.	Общие принципы лучевой терапии злокачественных новообразований

Оценка качества освоения модуля проводится в виде ПА (*зачет*). Оценочные материалы представлены в виде тестовых заданий (Приложение - комплект ФОС, раздел 2)

МОДУЛЬ 3

Злокачественные опухоли головы и шеи.

Цель модуля: совершенствование имеющихся компетенций и формирование новых в области Злокачественных опухолей головы и шеи

Коды компетенций: ПК 1 - ПК 6

Содержание примерной рабочей программы модуля 3:

Код	Наименование тем, подтем
3.1.	Рак щитовидной железы. Клиника, диагностика, лечение.
3.1.1	Модуль частично реализуется в виде стажировки. Задача стажировки: изучение передового опыта в диагностике и лечении злокачественных опухолей головы и шеи. Описание стажировки: стажировка носит групповой характер (до 2 человек) и предусматривает изучение организации и технологии проведения тонкоигольной пункции новообразований щитовидной железы под контролем УЗИ; ассистенцию в ходе операции Руководитель стажировки: д.м.н., профессор Хайленко В. А. Место проведения стажировки: НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина г. Москва, Каширское шоссе д. 23
3.2.	Рак гортани. Клиника, диагностика, лечение.
3.3.	Рак слизистой полости рта. Клиника, диагностика, лечение.
3.4.	Внеорганные опухоли головы и шеи. Клиника, диагностика, лечение.
3.5.	Модуль частично реализуется в виде симуляционного обучения - решения ситуационных задач составленных на основе архивных материалов специализированного отделения.

Оценка качества освоения модуля проводится в виде ПА (*зачет*). Оценочные материалы представлены в виде тестовых заданий (Приложение - комплект ФОС, раздел 3)

МОДУЛЬ 4

Злокачественные новообразования органов грудной клетки

Цель модуля: совершенствование имеющихся компетенций и формирование новых в области Злокачественных новообразований органов грудной клетки

Коды компетенций: ПК 1 - ПК6

Содержание примерной рабочей программы модуля 4:

Код	Наименование тем, подтем
4.1.	Рак легкого. Клиника, диагностика, лечение
4.1.1	Модуль частично реализуется в виде стажировки. Задача стажировки: изучение передового опыта в диагностике и лечении злокачественных новообразований органов грудной клетки. Описание стажировки: стажировка носит групповой характер (до 2 человек) и предусматривает изучение организации и технологии проведения пункция новообразований легкого под контролем КТ; ассистенцию в ходе операции. Руководитель стажировки: д.м.н., профессор Хайленко В. А. Место проведения стажировки: НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина г. Москва, Каширское шоссе д. 23
4.2.	Рак пищевода. Клиника, диагностика, лечение
4.3.	Опухоли средостения. Клиника, диагностика, лечение
4.4.	Модуль частично реализуется в виде симуляционного обучения - решения ситуационных задач составленных на основе архивных материалов специализированного отделения.

Оценка качества освоения модуля проводится в виде ПА (*зачет*). Оценочные материалы представлены в виде тестовых заданий (Приложение - комплект ФОС, раздел 4)

МОДУЛЬ 5

Злокачественные новообразования органов брюшной полости

Цель модуля: совершенствование имеющихся компетенций и формирование новых в области Злокачественных новообразований органов брюшной полости

Коды компетенций: ПК 1 - ПК 6

Содержание примерной рабочей программы модуля 5:

Код	Наименование тем, подтем
5.1	Рак желудка. Клиника, диагностика, лечение
5.2	Первичный и метастатический рак печени. Клиника, диагностика, лечение.
5.2.1.	Модуль частично реализуется в виде стажировки. Задача стажировки: изучение передового опыта в диагностике и лечении злокачественных новообразований печени. Описание стажировки: стажировка носит групповой характер (до 2 человек) и предусматривает изучение организации и технологии проведения пункции новообразований печени под контролем УЗИ; ассистенцию в ходе операции. Руководитель стажировки: д.м.н., профессор Хайленко В. А. Место проведения стажировки: НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина г. Москва, Каширское шоссе д. 23
5.3	Рак поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
5.3.1.	Модуль частично реализуется в виде стажировки.

Код	Наименование тем, подтем
5.1	Рак желудка. Клиника, диагностика, лечение
	<p>Задача стажировки: изучение передового опыта в диагностике и лечении злокачественных новообразований поджелудочной железы.</p> <p>Описание стажировки: стажировка носит групповой характер и предусматривает изучение организации и технологии проведения пункции новообразований поджелудочной железы под контролем УЗИ; ассистенцию в ходе операции.</p> <p>Руководитель стажировки: д.м.н., профессор Хайленко В. А.</p> <p>Место проведения стажировки: НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина г. Москва, Каширское шоссе д. 23</p>
5.4	Колоректальный рак. Клиника, диагностика, лечение
5.5	Модуль частично реализуется в виде симуляционного обучения - решения ситуационных задач составленных на основе архивных материалов специализированного отделения.

Оценка качества освоения модуля проводится в виде ПА (*зачет*). Оценочные материалы представлены в виде тестовых заданий (Приложение - комплект ФОС, раздел 5)

МОДУЛЬ 6

Злокачественные новообразования органов мочеполовой системы

Цель модуля: совершенствование имеющихся компетенций и формирование новых в области Злокачественных новообразований органов мочеполовой системы

Коды компетенций: ПК 1 - ПК 6

Содержание примерной рабочей программы модуля 6:

Код	Наименование тем, подтем
6.1.	Рак почки. Клиника, диагностика, лечение.
6.1.1	<p>Модуль частично реализуется в виде стажировки.</p> <p>Задача стажировки: изучение передового опыта в диагностике и лечении злокачественных новообразований почек.</p> <p>Описание стажировки: стажировка носит групповой характер и предусматривает изучение организации и технологии проведения пункции новообразований почек под контролем УЗИ; ассистенцию в ходе операции.</p> <p>Руководитель стажировки: д.м.н., профессор Хайленко В. А.</p> <p>Место проведения стажировки: НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина г. Москва, Каширское шоссе д. 23</p>
6.2.	Рак мочевого пузыря. Клиника, диагностика, лечение
6.3.	Рак предстательной железы. Клиника, диагностика, лечение.
6.3.1	<p>Модуль частично реализуется в виде стажировки.</p> <p>Задача стажировки: изучение передового опыта в диагностике и</p>

	лечении злокачественных новообразований предстательной железы. Описание стажировки: стажировка носит групповой характер и предусматривает изучение организации и технологии проведения пункции предстательной железы под контролем УЗИ; ассистенцию в ходе операции. Руководитель стажировки: д.м.н., профессор Хайленко В. А. Место проведения стажировки: НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина г. Москва, Каширское шоссе д. 23
6.4.	Рак яичка. Клиника, диагностика, лечение
6.5	Модуль частично реализуется в виде симуляционного обучения - решения ситуационных задач составленных на основе архивных материалов специализированного отделения.

Оценка качества освоения модуля проводится в виде ПА (*зачет*). Оценочные материалы представлены в виде тестовых заданий (Приложение - комплект ФОС, раздел 6).

МОДУЛЬ 7

Злокачественные новообразования органов женской репродуктивной системы

Цель модуля: совершенствование имеющихся компетенций и формирование новых в области Злокачественных новообразований органов женской репродуктивной системы.

Коды компетенций: ПК 1 - ПК 6

Содержание примерной рабочей программы модуля 7:

Код	Наименование темы, подтемы
7.1.	Рак молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
7.1.1.	Модуль частично реализуется в виде стажировки. Задача стажировки: изучение передового опыта в диагностике и лечении злокачественных новообразований молочной железы. Описание стажировки: стажировка носит групповой характер и предусматривает изучение организации и технологии проведения пункции новообразований молочной железы под контролем УЗИ; ассистенцию в ходе операции. Руководитель стажировки: д.м.н., профессор Хайленко В. А. Место проведения стажировки: НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина г. Москва, Каширское шоссе д. 23
7.2.	Рак тела матки. Клиника, диагностика, лечение
7.3.	Рак шейки матки. Клиника, диагностика, лечение
7.4.	Рак яичников. Клиника, диагностика, лечение
7.5.	Модуль частично реализуется в виде симуляционного обучения -

	решения ситуационных задач составленных на основе архивных материалов специализированного отделения.
--	--

Оценка качества освоения модуля проводится в виде ПА (*зачет*). Оценочные материалы представлены в виде тестовых заданий (Приложение - комплект ФОС, раздел 7).

МОДУЛЬ 8

Злокачественные новообразования кожи и опорно-двигательного аппарата

Цель модуля: совершенствование имеющихся компетенций и формирование новых в области Злокачественных новообразований кожи и опорно-двигательного аппарата

Коды компетенций: ПК 1 - ПК 6

Содержание примерной рабочей программы модуля 8:

Код	Наименование тем, подтем
8.1.	Рак кожи. Клиника, диагностика, лечение
8.1.1	Модуль частично реализуется в виде стажировки. Задача стажировки: изучение передового опыта в диагностике и лечении злокачественных новообразований кожи. Описание стажировки: стажировка носит групповой характер и предусматривает изучение организации и технологии проведения биопсии новообразований кожи. Руководитель стажировки: д.м.н., профессор Хайленко В. А. Место проведения стажировки: НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина г. Москва, Каширское шоссе д. 23
8.2.	Меланома и пигментные невусы. Клиника, диагностика, лечение
8.3.	Неэпителиальные опухоли кожи. Клиника, диагностика, лечение
8.4.	Злокачественные новообразования костей. Клиника, диагностика, лечение
8.5.	Злокачественные новообразования мягких тканей. Клиника, диагностика, лечение
8.6.	Модуль частично реализуется в виде симуляционного обучения - решения ситуационных задач составленных на основе архивных материалов специализированного отделения.

Оценка качества освоения модуля проводится в виде ПА (*зачет*). Оценочные материалы представлены в виде тестовых заданий (Приложение - комплект ФОС, раздел 8).

МОДУЛЬ 9

Лимфоидные новообразования

Цель модуля: совершенствование имеющихся компетенций и формирование новых в области диагностики и лечения лимфоидных новообразований

Коды компетенций: ПК 1 - ПК 6

Содержание примерной рабочей программы модуля 9:

Код	Наименование темы, подтемы
9.1.	Лимфома Ходжкина. Клиника, диагностика, лечение.
9.1.1	Модуль частично реализуется в виде стажировки. Задача стажировки: изучение передового опыта в диагностике и лечении лимфоидных новообразований. Описание стажировки: стажировка носит групповой характер и предусматривает изучение организации и технологии проведения пункции костного мозга и трепанобиопсии. Руководитель стажировки: д.м.н., профессор Хайленко В. А. Место проведения стажировки: НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина г. Москва, Каширское шоссе д. 23
9.2.	Неходжкинские лимфомы. Клиника, диагностика, лечение
9.3.	Острый лимфобластный лейкоз. Клиника, диагностика, лечение
9.4.	Плазмноклеточные опухоли. Клиника, диагностика, лечение

Оценка качества освоения модуля проводится в виде ПА (*зачет*). Оценочные материалы представлены в виде тестовых заданий (Приложение - комплект ФОС, раздел 9).

МОДУЛЬ 10

Нейроонкология

Цель модуля: совершенствование имеющихся компетенций и формирование новых в области нейроонкологии.

Коды компетенций: ПК 1 - ПК 6

Содержание примерной рабочей программы модуля 10:

Код	Наименование темы, подтемы
10.1.	Первичные опухоли головного мозга. Клиника, диагностика, лечение. Стажировка: Ассистенция в ходе операции
10.1.1.	Модуль частично реализуется в виде стажировки. Задача стажировки: изучение передового опыта в диагностике и лечении опухолей головного мозга. Описание стажировки: стажировка носит групповой характер и предусматривает ассистенцию в ходе операции. Руководитель стажировки: д.м.н., профессор Хайленко В. А. Место проведения стажировки: НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина г. Москва, Каширское шоссе д. 23
10.2.	Метастатические опухоли головного мозга. Клиника, диагностика, лечение.
10.3.	Паранеопластические неврологические синдромы

Оценка качества освоения модуля проводится в виде ПА (*зачет*). Оценочные материалы представлены в виде тестовых заданий (Приложение - комплект ФОС, раздел 10).

3. Оценка качества освоения программы

3.1. Контроль результатов обучения проводится:

– в виде ПА по каждому учебному модулю Программы. Форма ПА - зачёт. Зачет проводится посредством тестового контроля в автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (далее - АС ДПО) или письменно, и (или) в виде собеседования по темам учебного модуля;

– в виде итоговой аттестации (ИА). Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП). Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством: тестового контроля в АС ДПО и собеседования по условиям ситуационной задачи.

3.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся диплом о профессиональной переподготовке установленного образца.

3.2 Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы определяется Положением об организации итоговой аттестации обучающихся на факультете дополнительного профессионального образования в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

3.3 Оценочные материалы

Оценочные материалы представлены в виде тестов в приложении к Программе.

4. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1 Материально-технические условия

4.1.1 Перечень помещений медицинской организации, предоставленных образовательной организации в совместное пользование:

№№ п/п	Наименование учреждения здравоохранения, адрес	Этаж, кабинет
1.	НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина	Зона Б-2, 2 этаж, аудитория № 2091, 2091-А

г. Москва, Каширское шоссе д. 23	3 этаж, Конференц-зал
	3 этаж, отделение радиологии (совместное пользование)
	Операционный блок (совместное пользование)
	Ординаторские и учебные комнаты 16 клинических подразделений (совместное пользование)

4.1.2 Перечень используемого для реализации Программы медицинского оборудования и техники:

№№ п/п	Наименование медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения, наглядных пособий с указанием инвентарного номера	Балансодержатель медицинского оборудования, техники, аппаратуры, технических средств обучения, наглядных пособий
1.	Проектор мультимедийный Epson EB-G6900WU	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России
2.	Настенный экран Lumien Eco Picture [LEP-100103] Matte White	НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина
3.	Компьютер ноутбук Asus X751SJ (X751SJ-TY017T)	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова Минздрава России
4.	Мультиспиральный совмещенными ПЭТ/КТ томограф Siemens Biograph mCT	НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина
5.	Циклотрон с энергией ускоряемых протонов 18МэВ.	НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина
6.	MPT Siemens Magnetron (Avanto 1,5T, HARMONY 1.0T, ESPREE 1.5T, SKYPA 3T)	НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина
7.	КТ Siemens Somatom Emotion 6	НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина
8.	Ультразвуковая система ACUSON S2000	НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина

4.2 Учебно-методическое и информационное обеспечение

4.2.1. Литература

№№ п/п	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы
Основная литература:	
1.	Давыдов М.И. Ганцев Ш.Х. Онкология.: ГЭОТАР Медиа, 2020.- 920с.
2.	Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2018 году (заболеваемость и смертность). Москва: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2019. 4с
3.	Атлас дерматоонкология (злокачественные новообразования кожи, первичные лимфомы кожи) / под общ. ред. проф. Н. В. Кунгурова. – Екатеринбург : Издательско-полиграфическое предприятие «Макс-Инфо», 2016
4.	Атлас операций при злокачественных опухолях печени и поджелудочной железы. Под редакцией Каприна АД., Трахтенберга А.Х., Чиссова В.И. Авторы Кубышкин В.А., Джао А.В., Вишневский В.А. Издательство "Практическая медицина" 2017 г, 160 с.
5.	Классификация опухолей TNM 8-я редакция. Руководство и атлас. Том 1: опухоли торако-абдоминальной локализации. Под редакцией Поддубной И. В., Каприна А.Д., Лядова В.К. Издательство "Практическая медицина", 2019 год 424 с
Дополнительная литература:	
1.	Атлас онкологических операций: атлас / под ред. В.И. Чисова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2008. - 632 с
2.	Атлас операций при злокачественных опухолях органов мочеполовой системы Под редакцией Чиссова В.И. , Каприна А.Д, Трахтенберга А.Х., Алексеев Б.Я., Русаков Н.Г.Издательство "Практическая медицина" 2016 год. 120 с.
3.	Онкология. Национальное руководство. Под редакцией В.И. Чиссова., М.И. Давыдова. ГЕОТАР-Медиа. 2013 г.
4.	Клиническая онкология. Избранные лекции. Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - М. : ГЭОТАР- Медиа, 2009. - 496 с.
5.	Клиническая онкология. Избранные лекции. Под редакцией Вельшера Л.З., Полякова Б.И., Петерсона С.Б. Издательство "ГЭОТАР" , 496 с, 2014 год
6.	Лекарственная терапия рака молочной железы. Под редакцией Переводчиковой Н.И., издательство "Практика", 2014 год , 284 с.
7.	Онкология. Клинические рекомендации. Под редакцией В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. ГЕОТАР-Медиа. 2009 г.
8.	Рак прямой кишки и анального канала: перспективы комбинированного лечения. Автор: Барсуков Ю.А., Издательство: "Специальное

	издательство медицинских книг" 860 с. 2019 год.
9.	Энциклопедия хирургии рака желудка" / Давыдов М.И., Туркин И.Н., Давыдов М.М.—М. :Эксмо, 2011. — 536 с.

4.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы

Поисковик по клиническим исследованиям	http://www.medline-catalog.ru/
Американский поисковик биомедицинской литературы	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
Библиографическая и реферативная база данных	http://www.scopus.com/
База данных статей и исследований	https://www.elsevier.com/
Онкология.РУ (ONCOLOGY.RU®)	http://oncology.ru/
Информационный портал. Все об онкологии для специалистов онкологов и онкологических больных	http://www.doktor.ru/qa/onkolog/
Медицинская информационная система	http://www.medi.ru
Журнал клинической онкологии	http://www.rosoncweb.ru/library/journals/jco/
Русский медицинский журнал	http://www.rmj.ru/main.htm
Современная онкология	http://www.consilium-medicum.com/media/onkology/
Национальная всеобщая онкологическая сеть	https://www.nccn.org/
Европейское общество онкологов	https://www.esmo.org/

4.3 Кадровые условия

Реализация Программы, в т. ч., в сетевой форме, обеспечивается руководящими и научно-педагогическими работниками подразделения, реализующего Программу, а также лицами, привлекаемыми к реализации Программы на условиях гражданско-правового договора.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по онкология в общем числе научно-педагогических работников, реализующих. Программу, составляет 100 %.

Доля научно-педагогических работников, имеющих учёную степень (в том числе, учёную степень, присвоенную за рубежом и признаваемую в Российской Федерации) и (или) учёное звание (в том числе, учёное звание, полученное за рубежом и признаваемое в Российской Федерации), в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 90 процентов.

Доля работников из числа руководителей и работников кафедры, реализующей Программу, а также лиц, привлекаемых к реализации Программы на условиях гражданско-правового договора, деятельность которых связана с областью профессиональной деятельности, к которой готовится обучающийся (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее трёх лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 90 процентов.

3.4. Организация образовательного процесса

В программе используются следующие виды учебных занятий: лекция, семинар, практическое занятие (в том числе симуляционное), круглый стол, конференция, мастер-класс, деловая игра, ролевая игра, тренинг, консультация, стажировка.

1. Лекции проводятся:

- без ДОТ частично с использованием мультимедийных устройств и специально оборудованных компьютерных классов;
- с ДОТ и ЭО частично очно (синхронно) в виде вебинаров.

2. Семинары проводятся:

- без ДОТ частично в виде дискуссии, чтения первоисточников с комментариями слушателей и пояснениями педагога, ситуационного анализа (разбора кейсов), ответов на вопросы, с использованием мультимедийных устройств, специально оборудованных аудиторий, учебно-методической литературы.
- с ДОТ и ЭО частично очно (синхронно) в виде совместной работы в онлайн-чате.

3. Практические занятия (в том числе симуляционные) проводятся: без ДОТ полностью в виде отработки навыков и умений в пользовании графиками, лекарственными схемами, приборами, практической работы для отработки умений и навыков в выполнении определенных технологических приемов и функций, процедур, методик; решения ситуационных задач для отработки умений и навыков составляющих содержанию дисциплины.

3.4. Автоматизированная система АС ДПО.

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО). В АС ДПО размещены контрольно-измерительные

материалы.

После внесения данных обучающегося в систему дистанционного обучения слушатель получает идентификатор - логин и пароль, что позволяет ему входить в систему ДОТ и ЭО под собственными идентификационными данными.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной (при наличии) и итоговой аттестаций.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.

к дополнительной профессиональной образовательной программе
повышения квалификации врачей «ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ
ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬ-
НОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ ВРАЧЕЙ

трудоемкостью 504 академических часов по специальности «онкология»

1	Кафедра	Онкология ФДПО
2	Факультет	ФДПО
3	Адрес (база)	г. Москва Каширское шоссе 23
4	Зав.кафедрой	Хайленко Виктор Алексеевич
5	Ответственный составитель	Ковалева Юлия Юрьевна
6	Е-mail	mali62@mail.ru
7	Моб. телефон	89629855862
8	Кабинет №	2144 каб.
9	Учебная дисциплина	онкология
10	Учебный предмет	онкология
11	Учебный год составления	2021
12	Специальность	онкология
13	Форма обучения	Все
14	Модуль	
15	Тема	Итоговая аттестация
16	Подтема	
17	Количество вопросов	400
18	Тип вопроса	<i>Выбрать single</i>
19	Источник	

Список тестовых заданий

Список тестовых заданий Список тестовых заданий

1	2	3	4	5	6
1			ПРИ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННОМ РАКЕ ТЕЛА ЖЕЛУДКА СТАНДАРТНЫМ		

			ВИДОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ЯВЛЯЕТСЯ		
	*		гастрэктомия с лимфодиссекцией D2		
			дистальная субтотальная резекция желудка с лимфодиссекцией D1		
			клиновидная резекция желудка		
			эндоскопическая резекция слизистой желудка с диссекцией подслизистого слоя		
2			ПРИ РАКЕ ТЕЛА ЖЕЛУДКА РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ СЧИТАЕТСЯ		
			гастроэнтеростомия		
	*		гастрэктомия		
			дистальная субтотальная резекция		
			проксимальная субтотальная резек- ция		
3			ПРИ ОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ВЫХОД- НОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА С ЯВЛЕНИ- ЯМИ СТЕНОЗА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕ- НИЕ		
			гастродуоденостомии		
			гастроэнтеростомии		
			пилоропластики		
	*		субтотальной дистальной резекции желудка		
4			НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ГИСТОЛОГИЧЕ- СКОЙ ФОРМОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ВУЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ _____ РАК		
			аденосквамозный		
			железистый		
			низкодифференцированный		
	*		плоскоклеточный		
5			КАКИМ ХАРАКТЕРИСТИКАМ СООТ- ВЕТСТВУЕТ ТРОЙНОЙ НЕГАТИВНЫЙ ПОДТИП РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ?		

		РЭ(+), Her2neu (-), РП < 20% или Ki67 >30%		
		РЭ(+), РП >20%, Her2neu (-), Ki67 < 20%		
		РЭ(-), РП(-), Her2neu (+)		
	*	РЭ(-), РП(-), Her2neu (-)		
6		НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ РАКА ВЛАГАЛИЩА ЯВЛЯЕТСЯ РАК		
		аденосквамозный		
		железистый		
	*	плоскоклеточный		
		светлоклеточный		
7		ОДНОЙ ИЗ ХАРАКТЕРИСТИК Т4Б ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
		втяжение кожи над опухолью II степени		
	*	диффузный отек по типу лимонной корки		
		прорастание опухоли в грудную стенку		
		прорастание опухоли в грудные мышцы		
8		ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ ЗАБРЮШИННЫХ НЕОРГАНИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ _____ ДОСТУП		
		брюшно-промежностной		
		внебрюшинный		
		торакоабдоминальный		
	*	чрезбрюшинный		
9		ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМАХ САРКОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРЕДПОЧТЕНИЕ СЛЕДУЕТ ОТДАВАТЬ		
	*	комбинированному лечению		
		физиотерапии, включая рассасывающую		

			химиотерапии		
			экономному иссечению опухоли		
10			ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ САРКОМЫ ЮИНГА ЯВЛЯЮТСЯ		
	*		боль, лихорадка, определяемая опухоль		
			кожная сыпь, кашель, тошнота		
			патологический перелом, головокружение		
			повышение температуры, головная боль		
11			НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ ПРОГНОЗА ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ		
			лейкоцитоз		
			лимфоидное преобладание		
			повышение уровня АСТ, АЛТ		
	*		увеличение медиастинальных лимфоузлов > 1/3 диаметра грудной клетки		
12			ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ВЫШЕ ДИАФРАГМЫ И СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ ОТНОСЯТ К _____ СТАДИИ		
			I		
			II		
	*		III		
			IV		
13			В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБРЮШИННОЙ ПАРААНГЛИОМЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ		
			СА19-9		
	*		метайодбензилгуанидин		
			раковоэмбриональный антиген		
			щелочная фосфатаза		
14			РЕЗЕКЦИЯ ПИЩЕВОДА С ОДНОМО-		

		МЕНТНОЙ ВНУТРИПЛЕВРАЛЬНОЙ ПЛАСТИКОЙ ЖЕЛУДКОМ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЕЙ		
		Бильрот		
	*	Льюиса		
		Николаева		
		Пейти		
15		ПРИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ЛЁГКОГО 2 СТАДИИ МЕТОДОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ		
		лучевая терапия		
		химиолучевое лечение		
		химиотерапия		
	*	хирургическое лечение		
16		МЕТОДОМ ВЫБОРА ПРИ ЛЕЙОМИОМЕ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ		
		резекция грудного отдела пищевода с одномоментной эзофагопластикой		
		сегментарная резекция пищевода		
		эндоскопическая лазерная деструкция опухоли		
	*	энуклеация опухоли с сохранением целостности слизистой оболочки		
17		ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ГОРМОНОЗАВИСИМОМ (ЛЮМИНАЛЬНЫЙ А, ЛЮМИНАЛЬНЫЙ В ПОДТИПЫ) РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ В МЕНОПАУЗЕ ЭНДОКРИННОЕ ЛЕЧЕНИЕ I ЛИНИИ ПРОВОДЯТ		
		аналогами ЛГРГ		
		андрогенами		
	*	антиэстрогенами		
		прогестинами		
18		К ОРГАНСОХРАНЯЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ		

		мастэктомия по Урбану – Холдину		
		радикальная мастэктомия по Маддену		
		радикальная мастэктомия по Пейти		
	*	радикальная резекция		
19		ОСНОВНЫМ ВИДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИПРОТОВОКОВЫХ ПАПИЛЛОМ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ		
		гормональный		
		лекарственный		
		лучевой		
	*	хирургический		
20		ЧАСТОТА ЛОКАЛИЗАЦИИ БАЗАЛИОМЫ НА КОЖЕ ЛИЦА СОСТАВЛЯЕТ (В %)		
		01.10.15		
		50-55		
		60-70		
	*	94-97		
21		БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ		
		верхних конечностей		
	*	лица		
		нижних конечностей		
		туловища		
22		. ПРИ IV УРОВНЕ ИНВАЗИИ КОЖИ ПО КЛАРКУ МЕЛАНОМА		
	*	инфильтрирует глубокий ретикулярный слой дермы		
		инфильтрирует папиллярно-ретикулярный слой дермы		
		инфильтрирует подкожную клетчатку		
		располагается под базальной мембраной до папиллярного слоя дермы		

23		НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ СОЧЕТАНИЕМ ХИМИОПРЕПАРАТОВ ПРИ РАКЕ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ЯВЛЯЕТСЯ		
	*	блеомицин + цисплатин		
		доксорубицин + тегафур		
		оливомицин + циклофосфамид		
		циклофосфамид + фторурацил		
24		ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧКА СЧИТАЮТ		
		забрюшинную лимфаденэктомию		
		лучевую терапию		
		радикальную тунорэктомию		
	*	химиотерапию		
25		ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ НЕФРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПОЧКИ II СТАДИИ (T2N0M0) ПРОВОДИТСЯ		
	*	динамическое наблюдение		
		иммунотерапия		
		лучевая терапия		
		таргетная терапия		
26		К ФАКТОРУ РИСКА РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ		
		длительное вскармливание		
		мастопатия		
	*	наличие мутации генов BRCA-1/BRCA-2		
		раннее наступление менопаузы		
27		В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАНИМАЕТ _____ МЕСТО		
	*	1		
		2		
		3		
		4		
28		В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ У		

		ЖЕНЩИН РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАНИМАЕТ В РОССИИ _____ МЕСТО		
	*	1		
		2		
		3		
		4		
29		МЕТАСТАЗ КРУКЕНБЕРГА ЛОКАЛИЗУ- ЕТСЯ		
		в прямокишечно-пузырной складке		
		в пупке		
	*	в яичниках		
		между ножками кивательной мыш- цы		
30		К ПРИЗНАКУ КАХЕКСИИ ОТНОСИТСЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ		
		10% за последние 12 мес.		
		10% за последние 6 мес.		
		5% за последние 12 мес.		
	*	5% за последние 6 мес.		
31		МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКА- ЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПО СИ- СТЕМЕ TNM ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ХА- РАКТЕРИСТИКИ		
		врожденных новообразований		
		доброкачественных опухолей		
	*	злокачественных опухолей		
		предопухолевых состояний		
32		НАРУШЕНИЯ ГЛОТАНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОГО АППАРАТА ГЛОТКИ ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ РАКЕ _____ ПИЩЕВОДА		
		абдоминального сегмента		
		нижнегрудного отдела		
		среднегрудного отдела		
	*	шейного и верхнегрудного отделов		
33		НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ		

		ФОРМОЙ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ		
	*	блюдцеобразная		
		инфильтрирующая		
		папилломатозная		
		узловая		
34		МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ЛЕГКОГО, ПОВЫШАЮЩЕЙ УРОВЕНЬ НЕЙРОН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ _____ РАК		
		железистый		
	*	мелкоклеточный		
		недифференцированный		
		плоскоклеточный		
35		ОСНОВНЫМ НАЧАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ		
	*	деформация в области щитовидной железы		
		атруднение дыхания		
		наличие увеличенных регионарных лимфоузлов		
		общий опухолевый симптомокомплекс (вялость, слабость, адинамия)		
36		НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ, БЕСПОКОЯЩИМ БОЛЬНОГО РАКОМ РОТОГЛОТКИ, ЛОКАЛИЗУЮЩИМСЯ В ОБЛАСТИ КОРНЯ ЯЗЫКА И НЁБНЫХ МИНДАЛИН, НА РАННЕЙ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ		
		боль при глотании со стороны поражения		
		неприятный запах изо рта		
	*	неудобство при глотании со стороны поражения		
		трудности при открывании рта (тризм)		

37		ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ» НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ		
		ангиографию		
	*	биопсию с морфологическим исследованием		
		компьютерную томографию		
		сиалографию		
38		МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОБЛА- СТОМЫ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ		
		лучевая терапия + нефрэктомия		
	*	лучевая терапия + нефрэктомия + химиотерапия		
		только нефрэктомия		
		химиотерапия + нефрэктомия		
39		С ПОМОЩЬЮ ХИМИОТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО ПОЛНОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ		
		мелкоклеточного рака лёгкого		
		остеогенной саркомы		
	*	острого лимфобластного лейкоза у детей		
		рака яичников		
40		МЕСТНОЙ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ РЕАК- ЦИЕЙ НАЗЫВАЮТ		
	*	изменения в облученных тканях, возникшие в процессе лучевой тера- пии или в течение 3 мес. после ее окончания		
		изменения в облученных тканях, возникшие через 3 мес. после луче- вой терапии		
		реакцию всего организма на облу- чение		
		реакцию эндокринной системы на облучение		
41		К ДИСТАНЦИОННЫМ МЕТОДАМ		

		ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ		
		аппликационный		
		внутриполостной		
		внутриклеточной		
	*	гамма-терапия		
42		К КОНТАКТНОМУ МЕТОДУ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ		
	*	внутриклеточная гамма-терапия		
		нейтронная терапия		
		облучение тормозным излучением электронов высоких энергий		
		протонная терапия		
43		ИСТОЧНИКОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ТКАНЬ		
		внутренних органов		
		зрелая, хорошо специализированная		
	*	с выраженной физиологической пролиферацией		
		с пониженной пролиферативной активностью		
44		ПРЕИНВАЗИВНАЯ ФОРМА РАКА ТОЧНО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ		
	*	при прицельной биопсии		
		при проточной цитометрии		
		рентгенологически		
		эндоскопически		
45		ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЁРОМ ПРИ РАКЕ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ		
		β -хорионический гонадотропин		
	*	АФП (α -фетопротейн)		
		РЭА (раковый эмбриональный антиген)		
		кислая фосфатаза		
46		ЛАЗЕРНАЯ ВАПОРИЗАЦИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ЛЕЧЕНИИ		

		аденокарцином из придатков кожи		
	*	поверхностных форм базалиом		
		поверхностных форм плоскоклеточного рака		
		рака из клеток Меркеля		
47		ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ЭРИТРОПЛАЗИИ КЕЙРА ЗАВИСИТ ОТ		
		локализации поражения		
	*	размеров очага поражения		
		сроков заболевания		
		формы роста образования		
48		НАИБОЛЕЕ ПОКАЗАН КРИОГЕННЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА КОЖИ НА		
		верхних конечностях		
	*	лице		
		нижних конечностях		
		теле		
49		СУММАРНАЯ ОЧАГОВАЯ ДОЗА ЛУЧЕВОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ОБЫЧНО ДОСТАТОЧНАЯ ДЛЯ ПОЛНОГО РАЗРУШЕНИЯ РАКОВОЙ ОПУХОЛИ НИЖНЕЙ ГУБЫ СОСТАВЛЯЕТ (В ГР)		
		40		
		50		
	*	60		
		70		
50		МЕТОДОМ ВЫБОРА ЛЕЧЕНИЯ ПАПИЛЛЯРНОГО ИЛИ Фолликулярного РАКА Щитовидной ЖЕЛЕЗЫ СТАДИИ T1N0M0 У БОЛЬНЫХ В ВОЗРАСТЕ ДО 45 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ		
		лечение радиоактивным йодом		
		лучевая терапия		
		терапия тирозинкиназными ингибиторами		
	*	хирургический		

51		ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА С ПАПИЛЛЯРНЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УЗЕЛ ДО 6 СМ, ОПУХОЛЬ ПРОРАСТАЕТ ТРАХЕЮ ДО КАРИНЫ, МЕТАСТАЗЫ В ЛЁГКИХ И КОСТЯХ, ТО ЕМУ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ		
		лучевую терапию		
	*	сорафениб или ленватиниб		
		тиреоидэктомия с последующей радиойодтерапией		
		химиотерапию (доцетаксел+доксорубицин)		
52		КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ РАКЕ _____ КИШКИ		
	*	левой половины ободочной		
		поперечной ободочной		
		правой половины ободочной		
		прямой		
53		К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ МОЖНО ОТНЕСТИ		
		болезнь Крона		
		гиперпластический полип		
	*	диффузный семейный полипоз толстой кишки		
		неспецифический язвенный колит		
54		ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ РАКА ЖЕЛУДКА G1 ОЗНАЧАЕТ		
		высокую злокачественность		
		недифференцированную опухоль		
	*	низкую злокачественность		
		умеренную злокачественность		
55		ПАССИВНОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ОПУХОЛИ ПОЧКИ В ПОЧЕЧНУЮ ИЛИ ПОЛУЮ ВЕНЫ ОТНОСЯТСЯ К СИМ-		

			ВОЛУ		
			М1		
			Н1		
	*		Т3		
			Т4		
56			НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ		
			одиночный очаг поражения слизистой		
			редкое рецидивирование		
			частое отдалённое метастазирование		
	*		частое рецидивирование		
57			ФАКТОРОМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЯИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ		
			гипоспадия		
			инфекционный паротит в анамнезе		
	*		крипторхизм		
			ожирение		
58			«НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ» (УЧЕТНАЯ ФОРМА N 057/У-04) ПОДПИСЫВАЕТСЯ		
			главным врачом		
	*		заведующим отделением		
			заместителем главного врача по лечебной работе		
			председателем врачебной комиссии		
59			ДЛЯ РАСЧЕТА ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕОБХОДИМЫ ДАННЫЕ		
	*		О		
			заболеваемости в данном году и в предыдущие годы		
			заболеваемости конкретным видом и общей заболеваемости		

		числе случаев заболеваний, выявленных при медосмотре, и числе лиц, прошедших медосмотр		
		числе случаев конкретного заболевания и среднегодовой численности населения		
60		ОТНОШЕНИЕМ КОЛИЧЕСТВА ВСЕХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЯВЛЕННЫХ В ДАННОМ ГОДУ, К СРЕДНЕГОДОВОЙ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ВЫРАЖЕННОЕ В ПРОМИЛЛЕ, НАЗЫВАЮТ		
		исчерпанной заболеваемостью		
	*	общей заболеваемостью		
		патологической поражённостью		
		первичной заболеваемостью		
61		ГАСТРЭКТОМИЯ С РЕЗЕКЦИЕЙ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ОПЕРАЦИЕЙ		
	*	комбинированной		
		расширенной		
		симультантной		
		сочетанной		
62		МЕТОДОМ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ		
		иммунотерапия		
		лучевая терапия		
		химиотерапия		
	*	хирургический		
63		ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ РАКЕ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА С ЯВЛЕНИЯМИ СТЕНОЗА ПОКАЗАНА		
		гастродуоденостомия		
		гастростомия		
		пилоропластика		
	*	субтотальная дистальная резекция желудка		

64		ВНУТРИСТЕНОЧНЫЕ ПРОСОВИДНЫЕ МЕТАСТАЗЫ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ ПРИ		
		париетографии		
		рентгеновской компьютерной томо- графии		
		рентгенографии пищевода		
	*	эзофагоскопии		
65		НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ СИМПТОМОМ ДОБРОКАЧЕСТВЕН- НЫХ ОПУХОЛЕЙ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯ- ЕТСЯ		
		боль в эпигастральной области и в правом подреберье		
	*	дисфагия		
		респираторное нарушение		
		субиктеричность склер		
66		СМЕЩЕНИЕ ОПУХОЛИ В ПРОСВЕТЕ ПИЩЕВОДА ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕ- СКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЧАЩЕ ВСЕГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ		
		аденомы		
		кисты		
		лейомиомы		
	*	полипа		
67		НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛИМФОГЕННОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРИ РАКЕ МО- ЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОИСХОДИТ ПО _____ ПУТИ		
		парастеральному		
		подключичному		
	*	подмышечному		
		транспекторальному		
68		МАРКЕРОМ ТРОФОБЛАСТНЫХ ЗА- БОЛЕВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ		
		альфа-фетопротеин		

		лютеинизирующий гормон		
	*	хорионический гонадотропин		
		хорионический тиреотропин		
69		ХОРИОКАРЦИНОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)		
	*	20-40		
		40-50		
		до 20		
		после 50		
70		К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ГЕНИТАЛИЙ У ДЕВОЧЕК ОТНОСЯТ		
	*	опухоли яичников		
		рак тела матки		
		рак шейки матки		
		саркомы влагалища		
71		РАЗВИТИЕ ВТОРИЧНОЙ ОСТЕОСАРКОМЫ АССОЦИИРОВАНО С НАСЛЕДСТВЕННЫМ СИНДРОМОМ		
		Дауна		
		Линча		
	*	Ротмунда – Томсона		
		Шершевского – Тернера		
72		НАИБОЛЕЕ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ		
		остеогенная саркома		
		ретикулосаркома		
	*	саркома Юинга		
		фибросаркома		
73		ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ		
		гигантоклеточной опухоли		
	*	остеоме		
		ретикулосаркоме		
		эозинофильной гранулеме		

74		МЕСТНОДЕСТРУИРУЮЩЕЙ ОПУХО- ЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ		
		болезнь Педжета		
	*	десмоид		
		меланоз Дюбрея		
		эритроплазия Кейра		
75		СИНДРОМ АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ НАИБОЛЕЕ ВЫРАЖЕН ПРИ РАКЕ		
	*	желудка, поджелудочной железы		
		кожи, меланоме		
		почек, надпочечников		
		шейки матки, раке эндометрия		
76		ПОРАЖЕНИЕ ПО ТИПУ «ПЕСОЧНЫХ ЧАСОВ» У ДЕТЕЙ СВОЙСТВЕННО		
		гепатобластоме		
		дисгерминоме яичника		
	*	нейробластоме		
		нефробластоме		
77		ПРИ II УРОВНЕ ИНВАЗИИ КОЖИ ПО КЛАРКУ МЕЛАНОМА		
		инфильтрирует глубокий ретикуляр- ный слой дермы		
		инфильтрирует папиллярно- ретикулярный слой дермы		
		инфильтрирует подкожную клетчат- ку		
	*	располагается под базальной мем- браной до папиллярного слоя дер- мы		
78		К ПЯТОМУ УРОВНЮ ИНВАЗИИ МЕ- ЛАНОМЫ ПО КЛАРКУ ОТНОСЯТ ОПУ- ХОЛЬ С		
		клетками, находящимися в сетчатом слое дермы		
		клетками, начинающими прорастать в верхний, сосочковый слой дермы		
		клетками, располагающимися в пре-		

		делах эпидермального слоя		
	*	ростом опухолевых клеток в подкожной жировой клетчатке		
79		НА КОЖЕ ЛИЦА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РАЗВИВАЕТСЯ _____ МЕЛАНОМА		
		беспигментная		
	*	лентигиозная		
		поверхностно-распространяющаяся		
		узловая		
80		ОНКОГЕННЫМ ВИРУСОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С РАЗВИТИЕМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ, ЯВЛЯЕТСЯ		
		вирус гепатита В		
		вирус гепатита С		
	*	вирус папилломы человека		
		цитомегаловирус		
81		К МЕТОДАМ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСЯТ		
		ежегодное проведение ультразвукового исследования органов малого таза		
		ежегодное проведение цервикометрии		
		регулярное самообследование молочных желез		
	*	своевременное выявление и лечение фоновых и предраковых заболеваний шейки матки		
82		ХИМИОТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ _____ ЛЁГКОГО		
		аденокарциноме		
	*	мелкоклеточном раке		
		плоскоклеточном неороговевающем раке		
		плоскоклеточном ороговевающем раке		

83		БОЛЬНЫМ С ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМОЙ ПЛЕВРЫ РЕКО- МЕНДУЕТСЯ		
		лучевое лечение		
		наблюдение		
		химиотерапия		
	*	хирургическое лечение		
84		ЛОКО-РЕГИОНАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НО- ВООБРАЗОВАНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ		
		гормонотерапия		
		таргетная терапия		
		химиотерапия		
	*	хирургическое лечение		
85		НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ПОЧЕК В ПРОЦЕССЕ ХИМИОТЕРАПИИ НАИБО- ЛЕЕ ВЫРАЖЕНО ПРИ ИСПОЛЬЗОВА- НИИ		
		ифосфамида		
		митомицина		
		нитрозометилмочевины		
	*	производных платины		
86		СИМВОЛ «М» В КЛАССИФИКАЦИИ ТНМ ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ метастазов в отдалённые группы лимфатических узлов		
	*	метастазов в отдалённых органах первичной опухоли		
		регионарных лимфатических узлов		
87		АДЪЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ		
		для лечения местно- распространённого рака		
		для лечения рецидивов и метаста- зов, возникших после локального лечения		
		до локального противоопухолевого		

		воздействия		
	*	после локального лечения с целью профилактики возникновения рецидивов и метастазов опухоли		
88		ОСНОВНОЙ ЦЕЛЮ АДЪЮВАНТНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ		
		изучение лекарственного патоморфоза для планирования дальнейшего лечения		
		уменьшение размеров опухолевой массы		
		усиление степени повреждения опухоли		
	*	эрадикация микрометастазов		
89		ДЛЯ ХОНДРОСАРКОМЫ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ СВОЙСТВЕННО		
		быстрый рост		
	*	медленное развитие с малой выраженностью симптомов		
		наличие сильных постоянных болей		
		частые патологические переломы		
90		К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОСТИ ОТНОСЯТ		
		диафизы длинных трубчатых костей		
	*	метаэпифизы длинных трубчатых костей		
		плоские кости		
		позвоночник		
91		В СТАНДАРТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ УСРЕДНЁННЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЧАСТОТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ, РАВНЫЙ 1, ОЗНАЧАЕТ, ЧТО УСЛУГА ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ _____ % ПАЦИЕНТОВ, СО-		

		ОТВЕТСТВУЮЩИХ ДАННОЙ МОДЕЛИ		
		1		
		10		
	*	100		
		50		
92		МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ		
		за счёт кредитов банков		
		местной администрацией		
	*	на общих основаниях		
		предприятиями, расположенными на обслуживаемой территории		
93		ОТДАЛЁННЫЕ МЕТАСТАЗЫ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК		
		G1		
	*	M1		
		N1		
		T1		
84		ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА, ПРИ КОТОРОЙ ПОКАЗАНО УДАЛЕНИЕ ЗАБРЮШИННЫХ ЛИМФОУЗЛОВ, ЯВЛЯЕТСЯ		
		семинома		
		тератома		
		хорионэпителиома		
	*	эмбриональная карцинома		
95		ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ В 5 РАЗ УРОВНЯ АЛЬФА-ФЕТОПРОТЕИНА У БОЛЬНОГО, 6 МЕСЯЦЕВ НАЗАД ПЕРЕНЁСШЕГО ОРХОФУНИКУЛЭКТОМИЮ, СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ		
		динамическое наблюдение		
		лучевую терапию на подвздошные, парааортальные, медиастинальные и надключичные лимфоузлы		

		химиолучевое лечение		
	*	химиотерапию		
96		НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИССЕМНИРОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
	*	гормонотерапия		
		иммунотерапия		
		лучевая терапия		
		химиотерапия		
97		УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ С СЕМЕЙНЫМИ СЛУЧАЯМИ НЕФРОБЛАСТОМЫ ВЫПОЛНЯЕТСЯ КАЖДЫЕ ___ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ ДО ДОСТИЖЕНИЯ РЕБЁНКОМ 6-7 ЛЕТНЕГО ВОЗРАСТА		
	*	3		
		4		
		5		
		6		
98		ДЛЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРНА КОНСИСТЕНЦИЯ ОРГАНА		
		мягкая		
		плотная		
	*	хрящевидная (деревянистая)		
		эластичная		
99		КЛАССИЧЕСКАЯ ТРИАДА КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ РАКА ПОЧКИ СОСТОИТ ИЗ		
		боли, гипертермии, гематурии		
		боли, похудения, макрогематурии		
	*	гематурии, боли, прощупывания опухоли		
		гематурии, варикозного расширения вен семенного канатика, гипертер-		

			мии		
10 0			ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕЛАНОМЫ НА КОЖЕ I ПАЛЬЦА СТОПЫ ПОКАЗАНО		
	*		ампутация I пальца (экзартикуляция)		
			иссечение опухоли с пластикой кожным лоскутом		
			иссечение опухоли с пластикой местными тканями		
			лазерное или криогенное воздействие		
10 1			МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАН ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ДИАГНОЗЕ МЕЛАНОМЫ БЕЗ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ		
			иммунотерапия		
			лучевая терапия		
			полихимиотерапия		
	*		хирургическое иссечение		
10 2			К ЛОКАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ НЕ ОТНОСИТСЯ		
			иссечение опухоли		
			криотерапия		
			лучевая терапия		
	*		системная химиотерапия		
10 3			РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ		
	*		безболезненный узел		
			болезненный узел		
			коллоидные очаги		
			обширный инфильтрат		
10 4			МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО, ЯВЛЯЕТСЯ _____ РАК		
			медуллярный		

		недифференцированный		
	*	папиллярный		
		фолликулярный		
10 5		ПРИ РЕЦИДИВЕ ИЛИ МЕТАСТАЗИРОВАНИИ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ТИРЕОИДЭКТОМИИ И РАДИОЙОДАБЛАЦИИ ВОЗМОЖНО ПОВЫШЕНИЕ		
		кальцитонина		
		раково-эмбрионального антигена		
	*	тиреоглобулина		
		тиреотропного гормона		
10 6		ПРИ III СТАДИИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ		
		гормональное лечение		
	*	сочетанное лучевое лечение		
		химиотерапия		
		хирургическое лечение		
10 7		ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ		
		гормональный		
		лекарственный		
		лучевой		
	*	хирургический		
10 8		ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ УЗЛОВЫХ ФОРМ МАСТОПАТИИ ЯВЛЯЕТСЯ		
		консервативный		
		криодеструкция		
		лучевой		
	*	хирургический		
10 9		ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБ-		

		СЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ С		
		ангиографии		
		дуоденоскопии и РХПГ		
		компьютерной томографии		
	*	ультразвуковой томографии		
110		ДИАГНОСТИКА РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ВОЗМОЖНА В _____ % СЛУЧАЕВ		
		10		
		100		
		50		
	*	80		
111		ОСНОВНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ГЕМАТОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРОИСХОДИТ В		
		костях		
		лёгких		
	*	печени		
		селезёнке		
112		РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
		гормонотерапия		
		лучевая терапия		
	*	оперативное вмешательство		
		химиотерапия		
113		БОЛЬНОМУ ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫМ НЕОРОГОВЕВАЮЩИМ РАКОМ ГОРТАНИ IА СТАДИИ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛЕВОЙ ГОЛОСОВОЙ СВЯЗКИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ		
		боковую резекцию гортани с послеоперационной лучевой терапией		
		боковую резекцию гортани с предоперационной лучевой терапией		

			ей		
			ларингэктомию		
	*		самостоятельную дистанционную лучевую терапию		
11 4			НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ МЕ- ТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА НОСОГЛОТ- КИ ЯВЛЯЕТСЯ		
			иммунотерапия		
			лучевой		
	*		химиолучевой		
			хирургический		
11 5			ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЕРОМ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТ- СЯ		
			адренокортикотропный гормон		
	*		простатспецифический антиген		
			трофобластический бета-глобулин		
			хорионический гонадотропин		
11 6			НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕ- ТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАЗОВ В КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ		
			компьютерная томография		
			магнитно-резонансная томография		
			рентгенологическое исследование		
	*		сцинтиграфия		
11 7			САМУЮ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ГЕМАТОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ САР- КОМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НАБЛЮДАЮТ В		
			головном мозге		
			костях		
	*		лёгких		
			печени		
11 8			В МЕЛАНОМУ ТРАНСФОРМИРУЕТСЯ		
			«монгольское» пятно		
	*		меланоз Дюбрея		

			невус Ито		
			папилломатозный невус		
11 9			ЕСЛИ У БОЛЬНОЙ 32 ЛЕТ НА КОЖЕ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПИГМЕНТНЫЕ ПЯТНА ТИПА «КОФЕ С МОЛОКОМ», В ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МНОЖЕСТВЕННЫЕ МЯГКОТКАННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ РАЗМЕРОМ ДО 10,0 СМ, ТО ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕЗНЬ		
			Горлин – Гольца		
			Маделунга		
			Пейтца – Егерса		
	*		Реклингхаузена		
12 0			РЕЗИСТЕНТНОЙ К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ФОРМОЙ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ		
			пигментированная		
			поверхностная		
	*		склеродермоподобная		
			язвенная		
12 1			ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСОБРАЗНО ПОДВЕДЕНИЕ СУММАРНОЙ ДОЗЫ (В ГР)		
			20-30		
			30-50		
	*		50-70		
			70-90		
12 2			ПО МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ СТРОЕНИЮ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФОРМОЙ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ		
	*		аденокарцинома различной степени зрелости		
			диморфный рак		
			перстневидноклеточный рак		

			плоскоклеточный рак		
12	3		КАРЦИНОИДНЫЙ СИНДРОМ ОБУСЛОВЛЕН ВЫБРОСОМ В КРОВОТОК		
			гастрина		
			глюкагона		
			инсулина		
	*		серотонина		
12	4		АСПИРАЦИОННЫЙ (ПУНКЦИОННЫЙ) МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ _____ ОПУХОЛЕЙ		
			дисэмбриональных		
			мезенхимальных		
			нейрогенных		
	*		эпителиальных		
12	5		СТАНДАРТОМ В ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ С НИЗКИМ И УМЕРЕННЫМ РИСКОМ ЯВЛЯЕТСЯ		
			дистанционная лучевая терапия		
			неoadьювантная химиотерапия		
			трансуретральная резекция мочевого пузыря		
	*		трансуретральная резекция мочевого пузыря + адьювантная внутрипузырная химиотерапия		
12	6		ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОРХОФУНИКУЛЭКТОМИИ?		
			множественные метастазы в забрюшинные лимфоузлы		
			множественные метастазы в лёгкие		
			молодой возраст больного		
	*		тяжесть состояния больного		
12			НАИБОЛЬШИМ ЭФФЕКТОМ ПРИ ЛЕ-		

7		ЧЕНИИ ДИССЕМНИРОВАННОГО РАКА ПОЧКИ ОБЛАДАЕТ		
		гормональная терапия		
		иммунотерапия		
		лучевая терапия		
	*	таргетная терапия		
12 8		ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЦИДИВА ЗАБРЮШИННОЙ НЕОРГАННОЙ ОПУХОЛИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ		
		лучевого лечения		
		симптоматической терапии		
		химиотерапевтического лечения		
	*	хирургического удаления		
12 9		ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОСАРКОМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ РАДИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ		
		²⁰¹ Tl-хлорид		
		^{99m} Tc-DMSA		
		^{99m} Tc-Технетрил		
	*	^{99m} Tc-Фосфотех		
13 0		ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЛУЧЕВЫХ РЕАКЦИЙ ПРИ ОБЛУЧЕНИИ ЖЕЛУДКА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ ОБЛУЧЕНИЕ В СОЧЕТАНИИ С		
	*	кратковременной газовой гипоксией		
		кратковременной искусственной гипергликемией		
		локальной гипертермией		
		электроноакцепторными соединениями		
13 1		НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ		
		лучевой		
		регионарная химиотерапия		

		системная химиотерапия		
	*	хирургический		
13 2		НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ		
		пневмомедиастинография		
		радиоизотопное исследование пищевода		
		рентгенография пищевода		
	*	фиброэзофагоскопия с биопсией		
13 3		ЭКТОПИЧЕСКИЕ ЭНДОКРИННЫЕ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ У БОЛЬНЫХ _____ ЛЁГКОГО		
		аденокарциномой		
		бронхиоло-альвеолярным раком		
	*	мелкоклеточным раком		
		плоскоклеточным раком		
13 4		НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ		
	*	компьютерная томография органов грудной клетки		
		рентгенография органов грудной клетки		
		фибробронхоскопия		
		флюорография		
13 5		ЕСЛИ У ДЕВОЧКИ 7 ЛЕТ НАБЛЮДАЮТСЯ ЛИХОРАДКА В ТЕЧЕНИЕ 10 ДНЕЙ, ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, ГЕПАТОСПЛЕНОМЕГАЛИЯ, ПОДКОЖНЫЕ КРОВОИЗЛИЯНИЯ И КРОВОИЗЛИЯНИЯ В СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА, ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В РОТОГЛОТКЕ, ТО ВЕРОЯТНЫМ ДИА-		

			ГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ		
			геморрагический васкулит		
			инфекционный мононуклеоз		
	*		острый лейкоз		
			тромбоцитопеническая пурпура		
13			К НАИБОЛЕЕ ЧАСТОМУ СИМПТОМУ		
6			ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КО-		
			СТИ ОТНОСЯТ		
	*		боль		
			наличие опухолевидного образо-		
			вания		
			ограничение подвижности в суставе		
			- патологический перелом		
13			ДЛЯ СКРИНИНГА РАКА МОЛОЧНОЙ		
7			ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН В МЕНОПАУЗЕ		
			НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕ-		
			НИЕ		
	*		маммографии		
			пальпации		
			самообследования молочных же-		
			лез		
			ультразвуковой томографии		
13			К ОПУХОЛЯМ ВНУТРЕННЕЙ ЛОКАЛИ-		
8			ЗАЦИИ ОТНОСЯТ РАК		
			прямой кишки		
			слизистой полости рта		
	*		тела матки		
			шейки матки		
13			ДЛЯ МАССОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПА-		
9			ТОЛОГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ		
			ПРОВЕДЕНИИ ПРОФОСМОТРОВ		
			ПРИМЕНИМА		
			компьютерная томография		
	*		маммография		
			пункционная биопсия		
			флюорография		

14 0		РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВА- ЕТСЯ ИЗ		
		гладкой или поперечнополосатой мышцелатуры		
	*	железистого эпителия протоков		
		кровеносных сосудов		
		незрелой соединительной ткани		
14 1		РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕ- ГО МЕТАСТАЗИРУЕТ В		
	*	кости		
		надпочечники		
		почки		
		средостение		
14 2		ДЛЯ РАКА ЯИЧНИКА IV СТАДИИ ХА- РАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ		
	*	двух яичников без прорастания капсулы		
		одного яичника		
		одного яичника и асцит		
		одного яичника и прорастанием капсулы		
14 3		РАК ВУЛЬВЫ I СТАДИИ ХАРАКТЕРИ- ЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ НОВООБРАЗОВА- ВАНИЯ РАЗМЕРОМ ДО (В СМ)		
	*	2		
		3		
		4		
		5		
14 4		ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ НАИБО- ЛЕЕ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЮТСЯ ПО- ВЫШЕНИЕМ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УРОВНЯ		
	*	альфа-фетопроотеина, хориониче- ского гонадотропина		
		антигена плоскоклеточной карци- номы, СА 242		
		общего и свободного простата- специфического антигена		

			ракового эмбрионального антигена, СА 19-9		
14	5		НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ		
			аденокарцинома		
			мелкоклеточный		
	*		переходноклеточный		
			плоскоклеточный		
14	6		НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И		
			гематурия		
			гипертермия		
	*		дизурия		
			ишурия		
14	7		НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ		
			лапароскопия		
			ультразвуковое исследование		
	*		фиброколоноскопия		
			физикальное обследование		
14	8		КАКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ФОРМА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ РАКА НИСХОДЯЩЕЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ?		
			диспесическая		
	*		обтурационная		
			токсико-анемическая		
			энтероколитическая		
14	9		НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ГЕМАТОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ НАБЛЮДАЮТ В		
			костях		
			лёгких		

	*		печени		
			селезёнке		
15 0			ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ НЕОБХОДИМО ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ		
	*		гормонотерапии		
			лучевой терапии		
			химиотерапии		
			хирургического лечения		
15 1			ПРИ ВСЕХ СТАДИЯХ РАКА ЯИЧНИКОВ ЛЕЧЕНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С ПРОВЕДЕНИЯ		
			3 циклов платиносодержащей химиотерапии		
			4 циклов платиносодержащей химиотерапии		
			6 циклов платиносодержащей химиотерапии		
	*		циторедуктивной операции в полном или оптимальном объёме		
15 2			ОПЕРАЦИЕЙ ВЕРТГЕЙМА НАЗЫВАЮТ		
			надвлагалищную ампутацию матки с придатками		
	*		расширенную экстирпацию матки с придатками		
			экстирпацию матки с придатками - резекцию большого сальника		
			экстирпацию придатков матки		
15 3			В ЛИСТКЕ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ИСПРАВЛЕНИЯ		
			допускается не более двух исправлений		
			допускается одно исправление		
			допускаются не более трех исправлений по разрешению врачебной комиссии		

	*	не допускаются		
15 4		ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ ПОМОЩИ паллиативной первичной медико-санитарной скорой специализированной		
15 5	*	ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ (ОМС) РЕГУЛИРУЕТСЯ государством медицинскими учреждениями страховыми организациями (компаниями) фондами ОМС		
15 6	*	СИМПТОМАТИЧЕСКИМ НАЗЫВАЕТСЯ ВИД ЛЕЧЕНИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ после проведения которого в организме больного не выявляются клинические, рентгенологические, эндоскопические и морфологические признаки опухолевого процесса при проведении которого все мероприятия направлены только на устранение тягостных или угрожающих жизни симптомов и осложнений заболевания при проведении которого продолжительность жизни больного составляет менее одного года при проведении которого сочетаются хирургический, лучевой и лекарственный методы лечения		
15 7		КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППОЙ БОЛЬНОГО, ИЗЛЕЧЕННОГО ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ, ЯВЛЯЕТСЯ II		

	*		III		
			Ia		
			Iб		
15 8			НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЯВЛЯЕМЫМ СИМПТОМОМ У БОЛЬНЫХ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫМ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
			изменение голоса		
			наличие болей в шее с иррадиацией в плечо		
	*		наличие пальпируемого узла на шее		
			нарушение глотания		
15 9			К ПИГМЕНТНЫМ НЕВУСАМ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТ		
			внутридермальные		
	*		голубые		
			пограничные		
			сложные		
16 0			ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ» НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ		
			ангиографию		
			компьютерную томографию		
	*		пункцию опухоли с последующим цитологическим исследованием		
			сиалографию		
16 1			НЕЗАВИСИМО ОТ ОБЪЁМА ВЫПОЛНЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМА ДЛИТЕЛЬНАЯ		
	*		заместительная терапия йодсодержащими препаратами		
			лучевая терапия		
			полихимиотерапия		
			радиойодтерапия		

16 2			ХЕМОДЕКТОМЫ ШЕИ ПО ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ ОТНОСЯТСЯ К ОПУХОЛЯМ		
			дисэмбриональным		
			мезенхимальным		
	*		нейрогенным		
			неклассифицируемым		
16 3			ЕСЛИ У БОЛЬНОЙ 58 ЛЕТ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ВЫЯВЛЕН ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С МЕТАСТАЗАМИ В ЛЁГКИХ ТЗНОМ1, ТО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ ТИРЕОИДЭКТОМИЮ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ПРОВЕДЕНИЕМ		
			гормонотерапии L-тироксином		
	*		лечения радиоактивным йодом		
			лечения сорафенибом		
			химиотерапии (доцетаксел-доксорубицин)		
16 4			ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЗАДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ		
			лучевая терапия		
			полихимиотерапия		
			таргетная терапия		
	*		хирургический		
16 5			В ОСНОВЕ ЛЕЧЕНИЯ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО РАКА ПИЩЕВОДА III СТАДИИ ЛЕЖИТ		
	*		комбинированное лечение		
			лучевая терапия		
			химиоиммунотерапия		
			хирургический метод		
16 6			ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ТЕРАТОМ, ТИМОМ, ФИБРОМ, ЛИПОМ И НЕЙРОГЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ		

			СРЕДОСТЕНИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ		
			гормонотерапия		
			лучевая терапия		
			химиотерапия		
	*		хирургический метод		
16 7			МЕТОД ДИСТАНЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ		
			источников излучения, вводимых в естественные полости человека		
	*		облучения внешними пучками		
			облучения радиоактивными препаратами, имеющими тропность к опухоли		
			эндолимфотического введения радионуклидов		
16 8			ПРАВИЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ IIIБ СТАДИИ, СМЕШАННО-КЛЕТОЧНОМ ВАРИАНТЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛИМФОУЗЛОВ ШЕЙНО-НАДКЛЮЧИЧНЫХ ЗОН, СРЕДОСТЕНИЯ И ПАХОВОПОДВЗДОШНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ СПРАВА ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ		
			параллельно с проведением курсов химиотерапии		
			по радикальной программе на все группы лимфоузлов		
	*		после химиотерапии на все бывшие зоны поражения		
			после химиотерапии на остающиеся зоны поражения		
16 9			В СХЕМУ ФАМ ПРИ ХИМИОТЕРАПИИ РАКА ЖЕЛУДКА ВКЛЮЧАЮТСЯ ЦИТОСТАТИКИ		
			фарестон - аселей - митрамицин		
	*		флюороурацил - адриамицин - ми-		

		томицин С		
		флюороурацил - акларубицин - митоксантрон		
		фторафур - алкеран - метотрексат		
17 0		К РАННЕМУ РАКУ ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСЯТ		
	*	интраэпителиальный рак (сг in situ)		
		рак шейки матки I а стадии		
		рак шейки матки II стадии		
		тяжелую степень дисплазии		
17 1		ПАЛЬПАТОРНО УЗЛОВОЙ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБЫЧНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ОБРАЗОВАНИЕ		
		мягкоэластической консистенции, с чёткими границами		
		плотно-эластической консистенции с гладкой поверхностью, чёткими границами, смещаемое		
		плотно-эластической консистенции, без чётких границ с зернистой поверхностью		
	*	плотной консистенции, бугристое, безболезненное, с чёткими границами		
17 2		РАК ВЛАГАЛИЩА I СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ		
	*	изолированным поражением влагалища		
		инфильтрацией клетчатки		
		инфильтрацией стенки мочевого пузыря		
		инфильтрацией уретры		
17 3		НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ВНУТРИПРОТОВЫХ ПАПИЛОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
	*	дуктография		

			стандартная маммография		
			термография		
			ультразвуковая томография		
17			ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФОУЗЛОВ ВЫШЕ		
4			ДИАФРАГМЫ И СЕЛЕЗЁНКИ ПРИ		
			ЛИМФОМЕ СООТВЕТСТВУЕТ _____		
			СТАДИИ		
			I		
			II		
	*		III		
			IV		
17			ПОРАЖЕНИЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФО-		
5			УЗЛОВ СЛЕВА, МЕДИАСТИНАЛЬНЫХ,		
			ПАХОВЫХ ЛИМФОУЗЛОВ И СЕЛЕ-		
			ЗЁНКИ ПРИ ЛИМФОМЕ СООТВЕТ-		
			СТВУЕТ _____ СТАДИИ		
			I		
			II		
	*		III		
			IV		
17			НАИБОЛЕЕ ЧАСТО САРКОМЫ КОСТЕЙ		
6			ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В		
	*		бедренной кости		
			локтевой кости		
			плечевой кости		
			рёбрах		
17			ПОД ДОЗНЫМ ПОЛЕМ ПОНИМАЮТ		
7					
			коридор доз, в пределах которого		
			может быть реализован тумороцид-		
			ный эффект лучевой терапии		
			объем облучаемого объекта		
			площадь облучаемого объекта		
	*		пространственное распределение		
			поглощенной дозы в облучаемой ча-		
			сти тела больного		

17 8		ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ДИСТАНЦИОННОГО И КОНТАКТНОГО МЕТОДОВ ОБЛУЧЕНИЯ НАЗЫВАЮТ <u>ЛУЧЕВЫМ ЛЕЧЕНИЕМ</u>		
		комбинированным		
	*	сочетанным		
		суммарным		
		универсальным		
17 9		ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ III А, III Б СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ		
		комбинированный (химиолучевой)		
		лучевая терапия		
	*	химиотерапия		
		хирургический		
18 0		СИМВОЛ «N» В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ		
		всех групп лимфатических узлов вы- ше или ниже диафрагмы		
		любых групп лимфатических узлов		
		метастазов в отдалённые органы		
	*	только регионарных лимфатических узлов		
18 1		ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТАДИИ ОПУХОЛИ ПО СИСТЕМЕ TNM И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ		
	*	выработка плана лечения		
		определение прогноза трудоспособ- ности		
		оценка эффективности лечения		
		проведение обмена медицинской информацией		
18 2		РАК ПОЛОВОГО ЧЛЕНА МЕТАСТАЗИ- РУЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В		
		кости		

			лёгкие		
			печень		
	*		регионарные лимфоузлы		
18			ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКА НА ДО-ОПЕРАЦИОННОМ УРОВНЕ ЯВЛЯЕТСЯ		
3			МРТ органов малого таза, брюшной полости		
			УЗИ органов малого таза, брюшной полости		
	*		диагностическая пункция опухоли яичника		
			исследование уровня маркера СА-125		
18			ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ НАЧАЛЬНЫХ СТАДИЯХ (I, II) РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ		
4			гормонотерапия		
	*		лучевая терапия		
			химиотерапия		
			хирургическое лечение		
18			МИНИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ		
5			гемитиреоидэктомию		
	*		гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка		
			резекцию доли		
			энуклеацию узла		
18			НАИЛУЧШИМ ПЛАСТИЧЕСКИМ МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ПИЩЕВОДА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СЧИТАЕТСЯ		
6	*		желудок		
			толстая кишка		

			тонкая кишка		
			трубчатый трансплантат из кожи		
18			ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕ-		
7			МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО		
			ЯВЛЯЕТСЯ		
			комбинированный		
			лучевая терапия		
			химиотерапия		
	*		хирургический		
18			ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ		
8			ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ		
			ПЕРЕДНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ		
			лучевая терапия		
			полихимиотерапия		
			таргетная терапия		
	*		хирургический		
18			ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ОРТОГРАДНОГО		
9			ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВА-		
			НИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЁГ-		
			КИХ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ МЕТАСТАЗЫ В		
			_____ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ		
			бронхопульмональные		
			нижние трахеобронхиальные (би-		
			фуркационные)		
			паратрахеальные		
	*		пульмональные		
19			СИМПТОМЫ ГЛОТОЧНОЙ НЕДОСТА-		
0			ТОЧНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ПОРАЖЕ-		
			НИЯ НЕРВНОГО АППАРАТА ГЛОТКИ		
			РАЗВИВАЮТСЯ ПРИ РАКЕ _____		
			ПИЩЕВОДА		
			абдоминального сегмента		
			нижнегрудного отдела		
			среднегрудного отдела		
	*		шейного и верхнегрудного отделов		
19			К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙ-		

1		СЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ РАКА ПИЩЕВОДА ОТНОСИТСЯ		
		аденоакантома		
		аденокарцинома		
		меланома		
	*	плоскоклеточная		
19 2		ПАРЕНХИМУ НОВООБРАЗОВАНИЯ СОСТАВЛЯЮТ		
		кровеносные и лимфатические сосуды		
		нервные и клеточные элементы стромы		
	*	собственно опухолевые клетки		
		соединительные ткани		
19 3		К НЕИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСЯТ		
		аортографию		
		веноазигографию		
	*	компьютерную томографию		
		лимфографию		
19 4		ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ МОЖЕТ БЫТЬ ЗАКРЫТ		
		по просьбе больного		
		по просьбе родственников		
		по требованию администрации с места работы больного		
	*	при наступлении клинической ремиссии		
19 5		В ГРУППУ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ОТНОСЯТСЯ ЖЕНЩИНЫ С _____ В АНАМНЕЗЕ		
		3 и более родами		
		диатермокоагуляцией шейки матки		
	*	ожирением		
		эрозией шейки матки		

19 6		КО II КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОТНОСЯТСЯ		
		больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования		
		больные с предопухолевыми заболеваниями		
	*	больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования, подлежащие радикальному лечению		
		лица, излеченные от злокачественных новообразований		
19 7		АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ВЫПОЛНЕНИЮ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ		
	*	значительное снижение или отсутствие функции контралатеральной почки		
		наличие метастазов в забрюшинных лимфатических узлах		
		опухолевое образование до 4 см в диаметре, без признаков инвазии паранефральной клетчатки		
		хронический пиелонефрит, гломерулонефрит или мочекаменная болезнь в анамнезе		
19 8		ОСНОВНЫМ ВИДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОМ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
		брахитерапия		
		гормональная терапия		
		дистанционная лучевая терапия		
	*	радикальная простатэктомия		
19 9		НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ		

	*		базальноклеточный рак		
			карцинома из клеток Меркеля		
			меланома		
			плоскоклеточный рак		
20 0			САМЫМ ВАЖНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКУЮ СТАДИЮ ПРИ МЕЛАНОМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ		
			глубина инвазии по Кларку		
			наличие лимфоплазмочитарной инфильтрации		
			наличие митозов		
	*		толщина опухоли по Бреслау		
20 1			ЛЮПУС-КАРЦИНОМОЙ НАЗЫВАЮТ		
			наличие двух самостоятельных очагов туберкулеза и рака кожи		
			одновременное появление у больного красной волчанки и рака кожи		
			одновременное появление у больного туберкулезной и красной волчанки		
		*	появление в старом очаге туберкулезной волчанки рака кожи		
20 2			НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
			возраст до 45 лет		
			высокодифференцированный рак		
			женский пол		
	*		мужской пол		
20 3			ОТДАЛЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В		
			головном мозге		
			костях		

	*		легких		
			печени		
20 4			ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИТОНИНА, ОПРЕДЕЛЯЕМОГО РАДИОИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ		
	*		медуллярного		
			недифференцированного		
			папиллярного		
			фолликулярного		
20 5			ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АДЪЮВАНТНОЙ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ) ХИМИОТЕРАПИИ ПО СХЕМЕ СМФ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ _____ КУРСА/КУРСОВ		
			2		
			4		
	*		6		
			8		
20 6			ЛЕЧЕНИЕМ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ		
			гормонотерапия		
			гормонотерапия и операция		
	*		операция		
			операция и гормонотерапия		
20 7			ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТАХ ЯИЧНИКОВ У МОЛОДЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ		
			радикальная + химиотерапия		
	*		сберегательная		
			сберегательная + лучевая терапия		
			сберегательная + химиотерапия		
20			ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРО-		

8		МАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В		
	*	желудке		
		поджелудочной железе		
		толстой кишке		
		толстой кишке		
209		РЕНТГЕНОГРАФИЮ ПРИ РАКЕ ЗАДНЕЙ СТЕНКИ ТЕЛА ЖЕЛУДКА, ВЫЯВЛЕННОМ ГАСТРОСКОПИЕЙ С БИОПСИЕЙ, ВЫПОЛНЯЮТ ДЛЯ		
	*	определения возможного прорастания опухоли в забрюшинное пространство		
		определения границ опухоли в стенке желудка		
		определения эвакуаторной функции желудка		
		уточнения диагноза		
210		ВТОРЫМ ПО ЧАСТОТЕ ТИПОМ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ		
		карциноид		
	*	лимфома		
		меланома		
		плоскоклеточный рак		
211		ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ		
		лучевая терапия		
		химиотерапия		
	*	хирургический		
		электрокоагуляция		
212		АДЕКВАТНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФОЦИТАРНОЙ ЛИМФОСАРКОМЫ II СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ		
		лучевая терапия		
		химио-иммунотерапия		
	*	химио-лучевое лечение		
		химиотерапия		

21			ЕСЛИ У БОЛЬНОЙ 48 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНА ХОНДРОСАРКОМА БЕДРЕННОЙ КОСТИ II СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ, ТО НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ		
3			комплексного лечения		
			лекарственного лечения		
			лучевого лечения		
	*		только хирургического лечения		
21			ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БАЗАЛИОМЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПОДВЕДЕНИЕ СУММАРНОЙ ДОЗЫ (В ГР)		
4			30-35		
			40-45		
	*		50-60		
			60-70		
21			ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ		
5			лучевая терапия		
			монокимиотерапия		
			полихимиотерапия		
	*		хирургический		
21			ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ 2 СТАДИИ НА 15 СМ ОТ АНУСА ПОКАЗАНА		
6			брюшно-анальная резекция прямой кишки		
			брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки		
			операция Гартмана		
	*		передняя резекция прямой кишки		
21			ПЛАНИРОВАТЬ РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССАХ МОЖНО БОЛЬНЫМ С ДИАГНОЗОМ		
7					

		мелкоклеточный рак лёгкого с метастазами в головном мозге		
		рак желудка с метастазами в головном мозге		
		рак щитовидной железы с метастазами в лёгких и костях		
	*	резектабельный рак желудка с метастазом в яичнике		
21		БОЛЬНОМУ С ЗАПУЩЕННЫМ СТЕНОЗИРУЮЩИМ РАКОМ ПИЛОРИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ПОКАЗАНО		
8		проведение лучевой терапии		
		химиотерапевтическое лечение		
		хирургическое лечение		
	*	эндоскопическое стентирование		
21		ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ДИСГЕРМИНОМЫ ЯИЧНИКА IA СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИИ		
9		радикальная + химиотерапия		
	*	сберегательная		
		сберегательная + облучение		
		сберегательная + химиотерапия		
22		ГОРМОНОТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАЗНАЧАЕТСЯ БОЛЬНЫМ С		
0		РА+ и РГ+		
		РА- и РЭ-		
	*	РЭ+ и РП+		
		РЭ- и РП-		
22		ОБЪЁМОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ МУЛЬТИЦЕНТРИЧНОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ I СТАДИИ (T1N0M0) ЯВЛЯЕТСЯ		
1		мастэктомия в модификации Маддена		
	*	мастэктомия в модификации Урбана – Холдина		

		операция в модификации Холстеда – Майера		
		радикальная резекция молочной железы		
22 2		ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ДЛЯ НАЧАЛА ЛЮБОГО СПЕЦИАЛЬНОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
	*	морфологическая верификация диагноза		
		отсутствие выраженной лейкопении		
		отсутствие признаков врастания опухоли в грудные мышцы		
		отсутствие признаков отдаленных метастазов		
22 3		КАКАЯ ТАКТИКА ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНОЙ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ЛОКАЛЬНОГО УПЛОТНЕНИЯ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ СПУСТЯ 2 ГОДА ПОСЛЕ ЗАВЕРШЕНИЯ ЛАКТАЦИИ?		
		вскрытие и дренирование		
		магнитотерапия зоны уплотнения		
	*	пункционная биопсия		
		согревающие компрессы		
22 4		РАК ЯИЧНИКА IIС СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ		
	*	метастазами в малом тазу и асцитом		
		метастазами в паховом лимфатическом узле		
		поражением обоих яичников и асцитом		
		поражением одного яичника и метастазами в парааортальном лимфатическом узле		
22 5		ЕСЛИ ЧЕРЕЗ 2 ГОДА ПОСЛЕ ИЗЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У		

		ЖЕНЩИНЫ ПОЯВИЛАСЬ СТОЙКАЯ, НО НЕИНТЕНСИВНАЯ БОЛЬ В ПОЗВОНОЧНИКЕ, ТО СЛЕДУЕТ		
		лечить остеохондроз нестероидными противовоспалительными средствами		
		назначить динамическое наблюдение с контролем через 1 месяц		
		назначить физиотерапевтические процедуры		
	*	направить на рентгенологическое и изотопное исследование		
22 6		РАК В ОБЛАСТИ РУБЦА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ЧАЩЕ ВСЕГО НА ФОНЕ		
		псориаза		
	*	склероатрофического лишая		
		склеродермии		
		туберкулёзной волчанки		
22 7		МЕТАСТАЗ ШНИЦЛЕРА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ		
		в печени		
	*	в прямокишечно-пузырной складке		
		в яичниках		
		между ножками кивательной мышцы		
22 8		ЕСЛИ У БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ ВЫЯВЛЕН НЕОПЕРАБЕЛЬНЫЙ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ (АНАПЛАСТИЧЕСКИЙ) РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ T4N0M0, ТО СЛЕДУЕТ		
		выполнить гемитиреоидэктомию		
		выполнить нерадикальную (циторедуктивную) тиреоидэктомию с последующим лечением радиоактивным йодом		
		назначить гормонотерапию L-тироксином в максимально переносимых дозах		

	*	назначить полихимиотерапию с последующим решением вопроса о проведении лучевой терапии		
22 9		НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ		
	*	антральный отдел		
		большая кривизна		
		кардиальный отдел		
		тело		
23 0		МЕТАСТАЗ ВИРХОВА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ		
		в лёгких		
		в печени		
		в прямокишечно-пузырной складке		
	*	между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы		
23 1		ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ		
	*	по ночам		
		под влиянием физиотерапии		
		при иммобилизации		
		при ходьбе		
23 2		КОСТНЫЕ САРКОМЫ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ В ___ КОСТЯХ		
		губчатых		
	*	длинных трубчатых		
		плоских		
		сесамовидных		
23 3		САРКОМЫ ЮИНГА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ ОТ _____ ДО (В ГОДАХ)		
	*	10; 25		
		30; 40		
		40; 50		
		50; 60		

23			НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ СИМПТОМАМИ ПРИ ОСТЕОСАРКОМЕ ДЛИННЫХ КОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ		
4			анемия и тошнота		
	*		боль и снижение функции		
			отек мягких тканей и гиперемия кожи		
			потеря массы тела и лихорадка		
23			НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ МНОЖЕСТВЕННОЙ МИЕЛОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
5			кисть и стопа		
			крестец и бедренная кость		
			плечо и ключица		
	*		череп и таз		
23			РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ		
6			лучевая терапия		
			регионарная химиотерапия		
			системная химиотерапия		
	*		хирургический		
23			ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ ИНФИЛЬТРАТИВНОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА ПОКАЗАНА		
7	*		гастрэктомия		
			резекция поражённого участка желудка		
			субтотальная резекция желудка		
			эзофагогастростомия		
23			НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ МАЛИГНИЗАЦИИ _____ ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА		
8	*		аденоматозные		
			гиперплазиогенные		
			гиперпластические		
			ювенильные		

23		ЭЛЕКТРОННОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЙ НА		
9		гамма-терапевтическом аппарате		
	*	линейном ускорителе		
		рентгенотерапевтическом аппарате		
		синхротроне		
24		САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ОПУХОЛЯМ		
0		высоко чувствительным к лучевой терапии		
		- высоко чувствительным к химиотерапии		
	*	мало чувствительным к лучевой терапии		
		мало чувствительным к химиотерапии		
24		КАКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕХОДЖКИНСКИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЛИМФОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ СТРАТЕГИЮ ЛЕЧЕНИЯ?		
1		наличие или отсутствие симптомов интоксикации		
		наличие экстранодальных поражений		
	*	степень злокачественности по морфологическим критериям		
		степень распространения процесса (стадия)		
24		К ЦИТОСТАТИКАМ, КОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ УРОТОКСИЧНОСТЬЮ, ВЫЗЫВАЮТ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ЦИСТИТ, ОТНОСЯТ		
2		адриамицин (доксорубицин)		
		вепезид (VP-16-213)		
	*	ифосфамид		
		цисплатин (CDDP)		

24			ОСНОВНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К НЕРВО-СБЕРЕГАЮЩЕЙ ПРОСТАТЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ		
3			молодой возраст пациентов		
	*		объем предстательной железы не более 50 см ³		
			степень распространенности опухолевого процесса T1-2N0M0		
			уровень ПСА более 10 нг/мл		
24			ПОКАЗАТЕЛЬ ГЛИСОНА ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СООТВЕТСТВУЕТ		
4			отношению объёма опухоли к нормальной ткани предстательной железы		
			отношению уровня свободного простатспецифического антигена к связанному		
			проценту метастатически изменённых регионарных лимфоузлов		
	*		сумме двух наиболее часто встречающихся в гистологическом препарате степеней опухолевой дифференцировки		
24			НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ САРКОМЫ ЮИНГА ЯВЛЯЕТСЯ		
5			«луковичный» периостит		
	*		«слоистый» периостит		
			«спикулообразный» периостит		
			симптом «козырька Кодмана»		
24			У ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАНОМОЙ НАБЛЮДАЕТСЯ СОМАТИЧЕСКАЯ МУТАЦИЯ ГЕНА		
6			BRAF		
	*		EGFR		
			KIT		

KRAS				
24	7		ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ СМЕШАННОЙ ДИСГЕРМИНОМЫ IA СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ	
			радикальная	
			радикальная + лучевая терапия	
			радикальная + химиотерапия	
	*		сберегательная + химиотерапия	
24	8		МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОПЛАКИИ ВУЛЬВЫ ЯВЛЯЕТСЯ	
	*		иссечение	
			лучевая терапия	
			обработка облепиховым маслом	
			химиотерапия	
24	9		НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСТРАЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ	
	*		комбинированной пневмонэктомии	
			лобэктомии	
			сегментэктомии	
			типичной пневмонэктомии	
25	0		У БОЛЬНОГО 62 ЛЕТ С ВЫЯВЛЕННОЙ РАКОВОЙ ОПУХОЛЬЮ, РАСПОЛОЖЕННОЙ В СРЕДНЕЙ ТРЕТИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА Т3N1M0, ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ	
			операция Гарлока	
	*		операция Льюиса	
			резекция пищевода с пластикой толстой кишкой	
			реканализация опухоли	
25	1		ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛУЧЕВОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ	

		ишемическая болезнь сердца		
		кахексия		
	*	трахеопищеводный свищ		
		хроническая пневмония		
25 2		ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗАМИ ПОРАЖАЮТСЯ _____ ГРУППЫ ЛИМФОУЗЛОВ		
	*	внутригрудные		
		забрюшинные		
		надключичные		
		паховые		
25 3		НАИБОЛЕЕ СПЕЦИФИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ		
	*	дисфагия		
		кашель		
		повышенное слюноотделение		
		тошнота		
25 4		НА МЕДИКО-СОЦИАЛЬНУЮ ЭКСПЕРТИЗУ ПАЦИЕНТА НАПРАВЛЯЕТ		
	*	врачебная комиссия медицинской организации		
		главный врач		
		лечащий врач		
		лечащий врач и заведующий отделением		
25 5		ДАТА ЗАКРЫТИЯ ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ПАЦИЕНТА, ЯВИВШЕГОСЯ НА ПРИЕМ К ВРАЧУ С ОПОЗДАНИЕМ НА 5 ДНЕЙ, БУДЕТ СООТВЕТСТВОВАТЬ ДНЮ		
		когда он должен был явиться на прием		
		когда он должен был явиться на прием с отметкой о нарушении режима		
		предшествующему дню явки		

	*	явки с отметкой о нарушении режима		
25 6		В СЛУЧАЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УЗИ ИМЕЕТ ПРЕИМУЩЕСТВО ПЕРЕД МАММОГРАФИЕЙ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ		
		минимального рака		
		неинвазивного рака		
	*	у женщин моложе 35 лет		
		у женщин старше 35 лет		
25 7		ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ АГЕНТОМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ ВИРУС		
		иммунодефицита человека		
		папилломы человека		
		простого герпеса 1 типа		
		простого герпеса 2 типа		
25 8		СРЕДИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕОБЛАДАЕТ		
		аденокарцинома		
		инвазивный дольковый рак		
	*	инвазивный протоковый рак		
		медуллярный рак		
25 9		ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА РАК ЯЧНИКОВ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С		
		абдоминальной ультрасонографии		
		бимануального ректо-вагинального обследования		
	*	прецизионного сбора анамнеза		
		трансвагинальной ультрасонографии		
26 0		МНОГООБРАЗИЕ ГИСТОГЕНЕЗА И МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ОТЛИЧАЕТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ		
		влагалища		
		тела матки		

			шейки матки		
	*		яичников		
26 1			ЭНДОФИТНОЙ НАЗЫВАЮТ ОПУХОЛЬ		
			растущую в просвет полого органа		
	*		растущую вдоль стенки органа		
			с низкой дифференцировкой клеток		
			с четкими границами		
26 2			ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ КОЖИ С МЕТАСТАЗАМИ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
	*		комбинированный		
			криодеструкция		
			лучевой		
			хирургический		
26 3			ОПТИМАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ У БОЛЬНОГО С ОПУХОЛЬЮ ПОЧКИ, НЕ ВЫХОДЯЩЕЙ ЗА ЕЁ ПРЕДЕЛЫ И НЕ ПРОРАСТАЮЩЕЙ КАПСУЛУ, ПРИ ОТСУТСТВИИ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ		
			проведение послеоперационной лучевой терапии		
			проведение предоперационной лучевой терапии концентрированной интенсивной		
			проведение предоперационной лучевой терапии пролонгированным курсом		
	*		только хирургическое лечение		
26 4			ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ ИЗ		
			А-клеток		
			С-клеток		
			бронхогенной кисты		

	*	эпителия щитоподъязычного протока		
26 5		ТОКСИКОАНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОПУХОЛИ _____ КИШКИ		
	*	восходящей		
		поперечной		
		прямой		
		сигмовидной		
26 6		РАЗВИТИЕ МЕТАСТАЗОВ В ПАХОВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ МОЖНО ОЖИДАТЬ ПРИ РАКЕ		
	*	анального канала		
		нижнеампулярного отдела прямой кишки		
		ректосигмоидного отдела прямой кишки		
		среднеампулярного отдела прямой кишки		
26 7		ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ ОТДАЛЁННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ В		
		головном мозге		
		забрюшинных лимфоузлах		
		костях		
	*	легких		
26 8		К МЕТОДУ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ		
		обучение самообследованию молочных желез		
		овариэктомия		
		проведение скринингов		
	*	пропаганда здорового образа жизни		
26 9		ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В		

		диафизе плечевой кости		
	*	дистальном метаэпифизе бедренной кости		
		костях черепа		
		позвоночнике		
27 0		НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ		
		лимфоидное истощение		
		лимфоидное преобладание		
		нодулярный склероз		
		смешанно-клеточный вариант		
27 1		КОСТНАЯ ОПУХОЛЬ, ОБЛАДАЮЩАЯ ПРОМЕЖУТОЧНЫМ ПОТЕНЦИАЛОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ		
		адамантинома		
	*	гигантоклеточная		
		остеохондрома		
		остеохондрома		
27 2		НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА МЕТАСТАЗИРУЕТ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ		
	*	в корне языка		
		в мягком и твердом нёбе		
		на слизистой альвеолярных отростков		
		на слизистой щеки		
27 3		К НОВООБРАЗОВАНИЯМ АПУДСИСТЕМЫ ОТНОСЯТ		
		бранхиогенный рак		
	*	медуллярный рак щитовидной железы		
		менингиому		
		рак большой слюнной железы		

27 4		К ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТЕО- ГЕННОЙ САРКОМЫ ОТНОСЯТ		
		бедренную кость		
	*	метаэпифизарную зону		
		плечевую кость		
		плоские кости		
27 5		ПОРАЖЕНИЕ АКСИЛЯРНЫХ ЛИМФО- УЗЛОВ С ДВУХ СТОРОН ПРИ ЛИМ- ФОМЕ СООТВЕТСТВУЕТ ____ СТА- ДИИ		
		I		
	*	II		
		III		
		IV		
27 6		ЕСЛИ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПРЕД- ОПЕРАЦИОННОГО ОБЛУЧЕНИЯ В ДОЗЕ 40 ГР У БОЛЬНОГО ПЛОСКО- КЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ГОРТАНИ IIIA СТЕПЕНИ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЭК- ЗОФИТНОЙ ФОРМОЙ РОСТА ЧЕРЕЗ 2 НЕДЕЛИ ОТМЕЧЕНО КЛИНИЧЕСКИ ПОЛНОЕ ИСЧЕЗНОВЕНИЕ ОПУХОЛИ, ТО СЛЕДУЕТ		
		выполнить ларингэктомию		
		выполнить резекцию гортан		
	*	продолжить лучевую терапию по радикальной программе		
		продолжить наблюдение		
27 7		ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РА- КА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТ- СЯ		
		комбинированный		
		лекарственный		
		лучевой		
	*	хирургический		
27 8		СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ РАКА ПИЩЕВОДА ПО СИСТЕМЕ TNM T1		

		СООТВЕТСТВУЕТ ПРОРАСТАНИЕ		
		адвентиции		
		клетчатки средостения		
		мышечного слоя		
	*	слизистого и подслизистого слоя		
27		РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ		
9		РАКА ЛЁГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ		
		иммунотерапия		
		лучевая терапия		
	*	оперативное вмешательство		
		химиотерапия		
28		КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СЕМИНО-		
0		МЫ ВКЛЮЧАЕТ		
	*	высокую фуникулорхэктомию + хи-		
		миотерапию + лучевую терапию		
		орхэктомию + химиотерапию		
		резекцию опухоли + химиотерапию		
		только фуникулорхэктомию		
28		ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ		
1		КОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПОКАЗАНО		
		ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ		
		забрюшинной неорганической опухоли		
		нейробластомы		
		опухолей коркового вещества		
		надпочечников		
		опухоли Вильмса		
28		ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ		
2		ОПУХОЛЕЙ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ		
		лекарственный		
		лучевой		
		симптоматическая терапия		
	*	хирургический		
28		УЗИ ЯВЛЯЕТСЯ ИНФОРМАТИВНЫМ		
3		МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОПУ-		
		ХОЛЕЙ		
		желудка		

			кишечника		
			легкого		
	*		почки		
28			СРЕДИ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ		
4			ОПУХОЛЕЙ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ		
			ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ		
			аденокарцинома		
			лейомиосаркома		
	*		папиллярный переходно-клеточный		
			рак		
			плоскоклеточный рак		
28			ОСНОВНОЙ ЗАДАЧЕЙ РАДИКАЛЬНОЙ		
5			ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ		
			вызов гибели наиболее чувствитель-		
			ных опухолевых клеток		
	*		достижение полной регрессии опу-		
			холи		
			достижение частичной регрессии		
			опухоли		
			снижение биологической активности		
			опухолевых клеток		
28			СИМВОЛ «Т» В КЛАССИФИКАЦИИ		
6			ТНМ ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ		
			локализации первичной опухоли от-		
			носительно диафрагмы		
			метастазов в отдалённые органы		
	*		первичной опухоли		
			регионарных лимфатических узлов		
28			НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ ФА-		
7			ЗОЙ КЛЕТОЧНОГО ЦИКЛА К ЛУЧЕВОЙ		
			ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ ФАЗА		
			митоза		
			покоя		
			пресинтетическая		
			синтетическая		
28			СТУДЕНТАМ В СЛУЧАЕ ЗАБОЛЕВА-		

8		НИЯ С УТРАТОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ВЫДАЁТСЯ		
		выписной эпикриз		
		листок нетрудоспособности		
		справка произвольной формы		
	*	справка установленной формы		
28 9		МЕДИЦИНСКИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ ВЫДАЮТСЯ БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ		
		мужу или жене		
	*	органам, организациям, суду, имеющим право на получение сведений о факте состояния его здоровья и диагнозе		
		работодателю		
		родителям		
29 0		ПРИ ИССЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЛИЦА ПОКАЗАНО ОТСТУПАТЬ ОТ ЕЁ КРАЕВ НЕ МЕНЕЕ (В СМ)		
	*	1		
		3		
		4		
		5		
29 1		ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО, ОБРАТИВШЕГОСЯ С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЯ СО СТОРОНЫ КИШЕЧНИКА, СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С		
		УЗИ брюшной полости		
		ирригографии		
	*	ректального пальцевого исследования		
		фиброколоноскопии		
29 2		ПРИ РАКЕ СРЕДНЕГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ		
		боль за грудиной		

	*	дисфагия		
		кашель		
		срыгивание		
29 3		К СИМПТОМАМ, ОБУСЛОВЛЕННЫМ ФЕНОМЕНОМ ОБТУРАЦИИ, ХАРАК- ТЕРНЫМ ДЛЯ РАКА ПИЛОРИЧЕСКО- ГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА, ОТНОСЯТ		
		жидкий стул		
		изжогу		
		резкую слабость		
	*	тошноту, рвоту		
29 4		ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЁРОМ ДЛЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ		
		АПФ		
		ЛГ		
		РГЛГ		
	*	ХГ		
29 5		НА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЙ ХАРАКТЕР ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ УКА- ЗЫВАЕТ		
		втяжение кожи над опухолью		
		звёздчатый контур образования на маммограмме		
	*	наличие макрокальцинатов на мам- мограмме		
		отёчность кожи по типу лимонной корки		
29 6		САМОЙ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
		маститоподобная		
		отёчно-инфильтративная		
		рак Педжета		
	*	узловая		
29		АСЦИТ И ПЛЕВРИТ ЧАЩЕ РАЗВИВА-		

7			ЮТСЯ У БОЛЬНЫХ		
			раком молочной железы		
			раком толстой кишки		
	*		раком яичников		
			хориокарциномой		
29			СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ РАКА		
8			ПИЩЕВОДА ПО СИСТЕМЕ TNM ТЗ		
			СООТВЕТСТВУЕТ ПРОРАСТАНИЕ		
	*		адвентиции		
			и врастание в соседние органы		
			мышечного слоя		
			слизистого и подслизистого слоя		
29			НАИБОЛЕЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННО ТЕКУ-		
9			ЩИМ ВАРИАНТОМ РАКА ЛЁГКОГО		
			ЯВЛЯЕТСЯ _____ РАК		
			железистый		
			крупноклеточный		
			мелкоклеточный		
			плоскоклеточный		
30			НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ГЕМАТОГЕННЫЕ		
0			МЕТАСТАЗЫ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО		
			РАКА ЛЁГКОГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В		
			головном мозге		
			костях		
			надпочечниках		
	*		печени		
30			НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ		
1			ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ БАЗАЛЬНО-		
			КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ		
			КОЖА		
			конечностей		
			ладоней и стоп		
	*		лица		
			туловища		

			НОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЮТ		
			доксорубин		
			метотрексат		
			сарколизин		
	*		фторурацил		
305			ЛОКАЛЬНОЕ КРИОГЕННОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ПОДЖЕ- ЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИВОДИТ К		
			включению желчи в процессе пищева- рения		
	*		снятию болей		
			улучшению пассажа кишечного содер- жимого		
			устранению желтухи		
306			ДЛЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЁРОМ ЯВЛЯЕТСЯ		
	*		β -хорионический гонадотропин		
			АФП (α -фетопротеин)		
			РЭА (раковый эмбриональный антиген)		
			кислая фосфатаза		
307			ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАН- НЕЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ		
			иммунотерапия		
			лучевая терапия		
			химиотерапия		
	*		хирургический		
308			НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ПЛОСКО- КЛЕТОЧНОМ РАКЕ КОЖИ		
	*		блеомицин		
			винкристин		
			доксорубин		
			циклофосфамид		
309			ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ НАЗЫВАЮТ ОПУ- ХОЛЬ		
	*		доброкачественную надпочечника		
			доброкачественную		

			злокачественную надпочечника		
			злокачественную почки		
310			ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ МЕТАСТАЗАХ В		
			головной мозг		
	*		кости		
			легкие		
			печень		
311			РАСЧЁТ ДОЗЫ ПРЕПАРАТА ПО ПЛОЩАДИ ПОД ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЙ КРИВОЙ НЕОБХОДИМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ		
			доксорубицина		
	*		карбоплатина		
			циклоплатана		
			цисплатина		
312			ХИМИОПРЕПАРАТОМ С ТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ НА ЛЁГКИЕ ЯВЛЯЕТСЯ		
	*		блеомицин		
			гемцитабин		
			доксорубицин		
			паклитаксел		
313			ПОД СОЧЕТАННЫМ ЛУЧЕВЫМ ЛЕЧЕНИ- ЕМ ПОНИМАЮТ СОЧЕТАНИЕ		
	*		близкофокусной рентгенотерапии и гамма-терапии		
			близкофокусной рентгенотерапии и хи- рургического лечения		
			терапии электронным пучком и химио- терапии		
			терапии электронным пучком и хирур- гического лечения		
314			НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ ЖАЛОБАМИ БОЛЬНЫХ РАКОМ БИЛИОПАНКРЕАТО- ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ В ПЕРВОМ ПЕ-		

			РИОДЕ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ		
	*		боли в эпигастрии и спине, потеря массы тела		
			горячие приливы		
			жажда, повышенный аппетит		
			частая рвота, анорексия, диарея		
315			КРУКЕНБЕРГОВСКИМ НАЗВАН МЕТАСТАЗ РАКА ЖЕЛУДКА С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В брюшине Дугласового пространства надключичном лимфоузле слева		
			печени		
	*		яичниках		
316			ИЗ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МАЛИГНИЗИРУЮТСЯ		
	*		лейомиомы		
			миомы		
			нейрофибромы		
			фибромы		
317			4S СТАДИЯ НЕЙРОБЛАСТОМЫ ПРЕДПОЛАГАЕТ НАЛИЧИЕ МЕТАСТАЗОВ В КОСТЯХ И		
			головном мозге		
			легких, лимфоузлах		
			лимфоузлах, печени, лёгких		
	*		печени, костном мозге, коже		
318			ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ		
			компьютерная томография органов малого таза		
			магнитно-резонансная томография органов малого таза		
			ультразвуковое исследование органов малого таза		
	*		фракционное диагностическое выскабливание		

319			ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБ- ХОДИМО		
			определить число ретикулоцитов		
			провести биопсию лимфатического узла		
			провести биопсию селезёнки		
	*		провести исследование костного мозга		
320			НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ ДИССЕМИ- НИРОВАННОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НИЗКОГО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПОТЕНЦИАЛА СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ		
			введение системных радионуклидов		
	*		гормонотерапию		
			иммунотерапию		
			химиотерапию		
321			ПОСЛЕ НЕФРОУРЕТЕРЭКТОМИИ С РЕЗЕК- ЦИЕЙ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРИ ПАПИЛ- ЛЯРНОМ РАКЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ МОЧЕ- ТОЧНИКА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ		
			гормонотерапии		
	*		диспансерного наблюдения		
			лучевой терапии		
			химиотерапии		
322			ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО СЕМИНОМНОЙ ЛЕВОГО ЯИЧКА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ЛЁГКИЕ И ЗАБРЮШИННЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
			иммунотерапия		
			лучевая терапия		
			симптоматическая терапия		
	*		химиотерапия		
323			НАИБОЛЕЕ ВЫСОКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗА- БОЛЕВАЕМОСТИ РАКОМ КОЖИ ОТМЕ- ЧЕНЫ СРЕДИ		
	*		белого населения Африки и Австралии		
			жителей северных широт		

			лиц монголоидной расы		
			лиц негроидной расы		
324			ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ		
			лучевая меланурия (реакция Якша)		
	*		морфологический		
			радиофосфорная проба		
			термография		
325			ПРИ V УРОВНЕ ИНВАЗИИ КОЖИ ПО КЛАРКУ МЕЛАНОМА		
			инфильтрирует глубокий ретикулярный слой дермы		
			инфильтрирует папиллярно- ретикулярный слой дермы		
	*		инфильтрирует подкожную клетчатку		
			располагается под базальной мембра- ной до папиллярного слоя дермы		
326			ПОКАЗАТЕЛЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХАРАК- ТЕРИЗУЕТ КОЛИЧЕСТВО		
			больных в I и II стадиях		
			больных в III и IV стадиях		
	*		заболевших в течение года на 100000 населения		
			умерших больных в течение года на 100000 населения		
327			ПРИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, ВОЗ- НИКШЕЙ ВСЛЕДСТВИЕ АЛКОГОЛЬНОГО, НАРКОТИЧЕСКОГО ИЛИ ТОКСИЧЕСКОГО ОПЬЯНЕНИЯ, ВЫДАЁТСЯ		
			выписной эпикриз		
	*		листок нетрудоспособности с отметкой		
			справка о нетрудоспособности		
			справка произвольной формы		
328			В СООТВЕТСТВИИ С ПОСТАНОВЛЕНИЕМ ПРАВИТЕЛЬСТВА ОТ 07.04.2008 №247 БОЛЬНЫМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВО-		

			ОБРАЗОВАНИЯМИ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА, У КОТОРЫХ ИМЕЮТСЯ СТОЙКИЕ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИЙ ОРГАНИЗМА, УСТАНОВЛИВАЕТСЯ СРОК ИНВАЛИДНОСТИ		
			бессрочно		
	*		на 1-2 года		
			на 3 года		
			на 5 лет		
329			ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА, КАК ПРАВИЛО, МЕТАСТАЗИРУЕТ В		
			кости		
	*		легкие		
			лимфоузлы		
			печень		
330			К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ		
			болезнь Педжета		
			диффузная мастопатия		
			узловая фиброзно-кистозная мастопатия		
	*		фиброаденома		
331			НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКНОВЕНИЕ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ СВЯЗЫВАЮТ С НАЛИЧИЕМ		
			вируса Эпштейна – Барр		
	*		вируса папилломы человека		
			уреаплазмы		
			хламидиоза		
332			МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕИНВАЗИВНОГО РАКА ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА ПОСЛЕ 50 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ		
			ампутация шейки матки		
			лучевая терапия		
			операция Вертгейма		
	*		экстирпация матки		

333			ЕСЛИ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У ЖЕНЩИНЫ 35 ЛЕТ НА ФОНЕ ДИФFUЗНОЙ МАСТОПАТИИ ПАЛЬПИРУЕТСЯ ПЛОТНОВАТОЕ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДИАМЕТРОМ МЕНЬШЕ 2 СМ, ТО НЕОБХОДИМО		
			назначить гормонотерапию		
			назначить контрольный осмотр через 1 месяц		
			назначить лечение йодистым калием и другими негормональными препаратами		
	*		сделать маммографию и пунктировать уплотнение		
334			ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКОМ НИЖНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
			кератоакантома		
			лейкоплакия		
			постлучевой стоматит		
	*		хейлит Манганотти		
335			ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯЗЫКА III СТАДИИ (Т3НОМО) ЯВЛЯЕТСЯ		
			внутриканевая лучевая терапия		
			сочетанная лучевая терапия		
			химиолучевая терапия		
	*		хирургический		
336			ПРИ АДЕНОКАРЦИНОМЕ ЛЁГКИХ I–II СТАДИИ ПОКАЗАНО _____ ЛЕЧЕНИЕ		
			комбинированное		
			лучевое		
			химиотерапевтическое		
	*		хирургическое		
337			ПРАВСТОРОННЯЯ ПНЕВМОНЭКТОМИЯ С УДАЛЕНИЕМ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ, ЧАСТИ ПЕРИКАРДА И ГРУДНОЙ СТЕНКИ В СВЯЗИ С ПРОРАСТАНИЕМ В НИХ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ		

			_____ ОПЕРАЦИЕЙ		
			диагностической		
			паллиативной		
	*		расширенно-комбинированной		
			циторедуктивной		
338			ГОРМОНОТЕРАПИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ		
			ПРОВОДИТСЯ		
			андрогенами		
			глюкокортикоидами		
			прогестероном		
	*		производными прогестеронов		
339			ПАЛЛИАТИВНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ РАКЕ		
			МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
			радикальная мастэктомия по Маддену		
			радикальная мастэктомия по Холстеду		
			радикальная резекция молочной желе-		
			зы		
	*		широкая резекция молочной железы		
340			ОПТИМАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ		
			ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ РЕЦИДИВА ЗА-		
			БРЮШИННОЙ НЕОРГАННОЙ ОПУХОЛИ		
			ЯВЛЯЕТСЯ		
			ликвидация осложнений заболевания		
			системная химиотерапия		
			фотодинамическая терапия		
	*		хирургическое лечение		
341			ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ СЕРДЦА		
			МИКСОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧА-		
			ЕТСЯ В		
			левом желудочке		
	*		левом предсердии		
			правом желудочке		
			правом предсердии		
342			ЗРЕЛЫЕ ТЕРАТОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ РАС-		
			ПОЛАГАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В		
			_____ СРЕДОСТЕНИИ		

			заднем верхнем		
			заднем нижнем		
	*		переднем верхнем		
			переднем нижнем		
343			ПРИ НАЛИЧИИ МАЛИГНИЗИРОВАННОГО ПОЛИПА ЖЕЛУДКА БЕЗ ИНВАЗИИ В ПОДСЛИЗИСТЫЙ СЛОЙ НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ		
			клиновидная резекция желудка		
			субтотальная резекция желудка		
			экономная резекция желудка		
	*		эндоскопическая подслизистая полипэктомия		
344			ЧАСТОТА МАЛИГНИЗАЦИИ ПОЛИПОЗА ЖЕЛУДКА СОСТАВЛЯЕТ (%)		
			15		
			25		
	*		50		
			60		
345			ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ ДЛЯ ВЫНЕСЕНИЯ ЗАКЛЮЧЕНИЯ О ПРИЗНАНИИ ИНВАЛИДОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
			возраст пациента		
			допущенные дефекты в лечении		
	*		неблагоприятный трудовой прогноз		
			ходатайство предприятия, на котором работает больной		
346			К ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ОТНОСИТСЯ		
			ПСА-скрининг		
			гемокульт-тест		
	*		отказ от курения		
			скрининговая маммография		
347			ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОФОРМЛЕНИЯ		

			ЛИСТКА НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ		
			диспансеризация по поводу хронического заболевания		
			прохождение обследования по направлению военных комиссариатов		
			прохождение профилактической диспансеризации		
	*		установление острого заболевания		
348			ЧАСТО БЕССИМПТОМНО ПРОТЕКАЮЩАЯ ХРЯЩЕОБРАЗУЮЩАЯ ОПУХОЛЬ, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПЕРЕЛОМОМ, ЯВЛЯЕТСЯ		
			гигантоклеточной		
			хондробластомой		
			хондросаркомой		
	*		энхондромой		
349			ПАТОГНОМОНИЧНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КЛАССИЧЕСКОЙ ОСТЕОСАРКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
			«вздутие кости»		
	*		козырек Кодмана		
			луковичный периостит		
			хаотичная минерализация		
350			НАИБОЛЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКИ БЛАГОПРИЯТНЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ		
			лимфоидное истощение		
	*		лимфоидное преобладание		
			нодулярный склероз		
			смешанно-клеточный вариант		
351			НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ		
			изменение ритма сердца		
			нагноение раны		

	*		отёк руки на стороне операции		
			тромбоэмболия лёгочной артерии		
352			ПОКАЗАНИЕМ К МОДИФИЦИРОВАННОЙ РАСШИРЕННОЙ ЭКСТИРПАЦИИ МАТКИ С ПРИДАТКАМИ ЯВЛЯЕТСЯ		
			инфильтрация влагалища		
			инфильтрация параметриев		
	*		опухоль, занимающая всю полость матки		
			переход опухоли на шейку матки		
353			НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ВИДОМ ЗАБРЮШИННЫХ САРКОМ ЯВЛЯЕТСЯ		
			ганглионейробластома		
			лейомиосаркома		
	*		липосаркома		
			рабдомиосаркома		
354			В МЕТАЭПИФИЗАРНОМ ОТДЕЛЕ ДЛИННОЙ ТРУБЧАТОЙ КОСТИ ОБЫЧНО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ		
	*		остеогенная саркома		
			саркома Юинга		
			фибросаркома		
			хондросаркома		
355			ПАЛЛИАТИВНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В ПИЛOROАНТРАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЯВЛЯЕТСЯ		
			гастродуоденоанастомоз		
			гастростомия		
	*		гастроэнтероанастомоз		
			пилоропластика		
356			ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЗАБОРА МАТЕРИАЛА ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ		

			поднарковая бронхоскопия		
			получение мокроты		
			трансторакальная пункция		
	*		фибробронхоскопия		
357			РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ		
			бронхография		
			компьютерная томография		
			рентгенография		
	*		фибробронхоскопия с биопсией		
358			НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАКА ПАНКОСТА ЯВЛЯЕТСЯ		
			боль за грудиной		
			кровохарканье		
			отёк в области шеи и лица		
	*		синдром Горнера		
359			К СИМПТОМАМ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАКА ПРАВОЙ ПОЛОВИНЫ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОТНОСЯТ		
			запоры		
			обтурационную кишечную непроходимость		
			примесь крови в каловых массах, диарею		
	*		слабость, похудание, потерю аппетита		
360			СЕМЕЙНЫЙ ПОЛИПОЗ ПЕРЕДАЕТСЯ		
	*		доминантно		
			рецессивно		
			рецессивный ген сцеплен с 21 хромосомой		
			сцеплен с X хромосомой		
361			ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ		
			ангиография		
	*		гастроскопия с биопсией		

			радиоизотопный метод		
			рентгеноскопия		
362			ПРИ III УРОВНЕ ИНВАЗИИ КОЖИ ПО КЛАРКУ МЕЛАНОМА		
			инфильтрирует глубокий ретикулярный слой дермы		
	*		инфильтрирует папиллярно- ретикулярный слой дермы		
			инфильтрирует подкожную клетчатку		
			располагается под базальной мембра- ной до папиллярного слоя дермы		
363			К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСЯТ		
			аутоиммунные нарушения		
	*		вирус папилломы человека		
			инфекционные заболевания		
			психоэмоциональные нарушения		
364			ЕСЛИ У ПАЦИЕНТКИ ПОСЛЕ КОМБИНИ- РОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ СВЕТЛОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ ЯИЧ- НИКОВ IIIВ СТАДИИ ЧЕРЕЗ 9 МЕСЯЦЕВ ПРИ ОТСУТСТВИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРО- ЯВЛЕНИЙ БОЛЕЗНИ УРОВЕНЬ СА-125 ВЫРОС С 19 ДО 65 ЕД/МЛ, ТО СЛЕДУЕТ		
			начать химиотерапию карбоплатином		
	*		провести повторное определение уровня СА-125 через 2 месяца		
			провести повторное определение уровня СА-125 через 6 месяцев		
			провести повторную КТ		
365			САРКОМЫ У ВЗРОСЛЫХ ЖЕНЩИН ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ В		
			влагалище		
	*		теле матки		
			шейке матки		
			яичниках		

366			НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕД- СТАВЛЕНЫ		
			мелкоэпидермоидной опухолью		
			плоскоклеточным раком		
			раком из смешанных опухолей		
	*		цистаденокарциномой		
367			НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ НЕИНВА- ЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛИ ВИЛЬМСА ЯВЛЯЕТСЯ		
	*		компьютерная томография		
			почечная ангиография		
			реносцинтиграфия		
			ультразвуковое исследование		
368			ПОРАЖЕНИЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИ- ЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУ- ЗЫРЯ ОТНОСЯТ К СТАДИИ		
			I		
			II		
			III		
	*		IV		
369			ОПУХОЛЬЮ КОЖИ С МЕДЛЕННЫМ РО- СТОМ И РЕДКИМ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ		
	*		базальноклеточный рак		
			карцинома из клеток Меркеля		
			меланома		
			плоскоклеточный ороговевающий рак		
370			ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В СТАДИИ T4 ПРИМЕНЯЕТСЯ		
			трансуретральная электрорезекция		
	*		химиотерапия		
			цистэктомия		
			электрокоагуляция		
371			ОПТИМАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ У БОЛЬНОГО ЛОКАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ		

			ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С НАЛИЧИЕМ ТЯЖЁЛОГО ИНТЕРКУРРЕНТНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ		
			внутриклеточная лучевая терапия		
	*		динамическое наблюдение		
			дистанционная лучевая терапия		
			радикальная простатэктомия		
372			НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ _____ РАК		
			медуллярный		
			недифференцированный		
	*		папиллярный		
			плоскоклеточный		
373			ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ ГИГАНТСКИХ КЛЕТОК		
	*		Березовского – Штернберга		
			Пирогова – Лангханса		
			Ходжкина		
			плазмочитарного типа		
374			МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЮЩИМСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ МАССОВЫХ ПРОФОСМОТРАХ, ЯВЛЯЕТСЯ		
			анализ крови на РЭА		
	*		гемокульттест		
			ирригография		
			колоноскопия		
375			ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ РАДИКАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ		
			вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток		
	*		достижение полной регрессии опухоли		

			достижение частичной регрессии опухоли		
			снижение биологической активности опухолевых клеток		
376			В ХИМИОТЕРАПИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ ПРИМЕНЯЮТ		
			актиномицин D		
			нитрозометилмочевину		
			хлодитан		
	*		цисплатин (CDDP)		
377			НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ		
			ангиосаркома		
			лимфома		
		*	рабдомиосаркома		
			рак		
378			МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА АМБУЛАТОРНОГО БОЛЬНОГО (ФОРМА №025/У) ОФОРМЛЯЕТСЯ В ПОЛИКЛИНИКЕ НА ПАЦИЕНТА		
			один раз в год		
			один раз в пять лет		
			при каждом обращении		
	*		при первичном обращении		
379			ПРИЗНАКОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ЗАПОДОЗРИТЬ НАЛИЧИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО ПРОЦЕССА В УЗЛОВОМ ОБРАЗОВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАДИОИЗОТОПНОМ СКАНИРОВАНИИ С I-123 ИЛИ ТС-99М-ПЕРТЕХНЕТАТОМ, ЯВЛЯЕТСЯ		
			множественный характер узлового поражения щитовидной железы		
			наличие «горячего» узла		
	*		наличие «холодного» узла		
			наличие узла больших размеров		

380			ЕСЛИ БОЛЬНОЙ 65 ЛЕТ ОПЕРИРУЕТСЯ В ЭКСТРЕННОМ ПОРЯДКЕ ПО ПОВОДУ РАКА РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННОГО ПЕРФОРАЦИЕЙ, ТО СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ		
			брюшно-анальную резекцию		
			брюшно-промежностную экстирпацию		
	*		операцию Гартмана		
			переднюю резекцию		
381			ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЧАСТО ПРИМЕНЯЮТ		
			доксорубицин		
			метотрексат		
			сарколизин		
	*		фторурацил		
382			ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПОРАЖЕНИИ ПОЧЕК ОПУХОЛЬЮ ВИЛЬМСА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С		
			иммунотерапии		
			лучевой терапии		
	*		неoadьювантной химиотерапии		
			удаления первичной опухоли		
383			ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МЕСТНОРАСПРОСТРАНЕННЫМ РАКОМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ		
			резекция мочевого пузыря		
			транспузырное удаление опухоли		
			трансуретральная резекция мочевого пузыря		
	*		цистэктомия		
384			ПРИ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ		
	*		2-4 курса неoadьювантной химиотерапии с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией		

			предоперационная лучевая терапия с ампутацией и адъювантной химиотерапией		
			предоперационная лучевая терапия с отсроченной ампутацией		
			предоперационная химио-лучевая терапия с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией		
385			МЕТАСТАЗЫ ПРИ САРКОМАХ КОСТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЮТ В		
			других костях скелета		
			лимфатических узлах		
	*		лёгких		
			печени		
386			ПОРАЖЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОУЗЛОВ ВЫШЕ И НИЖЕ ДИАФРАГМЫ ПРИ ЛИМФОМЕ СООТВЕТСТВУЕТ _____		
			СТАДИИ		
			I		
			II		
	*		III		
			IV		
387			НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ		
			блеомицин		
	*		дакарбазин		
			доксорубицин		
			фторурацил		
388			МИНИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ		
			гемитиреоидэктомия		
	*		гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка		
			резекция доли		
			энуклеация узла		

389			ТОНКОИГОЛЬНУЮ ПУНКЦИОННУЮ БИОПСИЮ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ЦИТОЛО- ГИЧЕСКИМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ОБЫЧНО ПРИМЕНЯЮТ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ		
			меланомы кожи		
	*		рака молочной железы		
			ретинобластомы		
			саркомы мягких тканей		
390			ЗАСТЫВШИЙ ЛОКАЛЬНО РЕЛЬЕФ СЛИ- ЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА ПОДОЗРИТЕЛЕН НА		
			атрофический гастрит		
			гипертрофический гастрит		
	*		инфильтративный рак		
			ригидный гастрит		
391			В ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬ- НЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЬШЕЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИМЕЕТ		
	*		доксорубицин		
			митомицин		
			тегафур		
			циклофосфамид		
392			ОСНОВНЫМ УСЛОВИЕМ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЛЁГКОГО ЯВЛЯЕТ- СЯ ОТСТУП ЛИНИИ ПЕРЕСЕЧЕНИЯ БРОН- ХА НА _____ СМ ОТ ВИДИМОГО КРАЯ ОПУХОЛИ		
			0,5-1		
	*		1,5-2		
			2,5-3		
			3,5-4		
393			ЛЕЧЕБНЫЕ СУММАРНЫЕ ОЧАГОВЫЕ ДО- ЗЫ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НЕХОДЖ- КИНСКОЙ ЛИМФОМЫ СОСТАВЛЯЮТ _____ ГРЕЙ		
			25-29		
			30-35		
	*		36-40		

			более 40		
394			ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОЧАГОВ СКВАМОЗНОЙ МЕТАПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ БРОНХОВ ПРЕДШЕСТВУЕТ РАЗВИТИЮ _____ РАКА ЛЁГКИХ		
			железистого		
			крупноклеточного		
			мелкоклеточного		
	*		плоскоклеточного		
395			РАК ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)		
			30-40		
			40-50		
			50-60		
	*		60-70		
396			РАК ПИЩЕВОДА ПРОТЯЖЁННОСТЬЮ 4 СМ БЕЗ СУЖЕНИЯ ПРОСВЕТА, С ИНФИЛЬ- ТРАЦИЕЙ СЛИЗИСТО-ПОДСЛИЗИСТОГО СЛОЯ И ОТСУТСТВИЕМ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ ОТНОСИТСЯ К _____ СТА- ДИИ		
	*		I		
			IIIa		
			IIa		
			IIб		
397			НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ		
	*		гепатомегалия		
			иктеричность кожных покровов		
			лихорадка		
			синдром астении-кахексии		
398			МЕТАСТАЗ ВИРХОВА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В		
			клетчатке малого таза		
	*		надключичном лимфоузле		

			пупке		
			яичниках		
399			ОПЕРАЦИЯ, ВЫПОЛНЯЕМАЯ ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ ОСЛОЖНЁННОМ РАКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ		
			диагностической		
	*		паллиативной		
			радикальной		
			симптоматической		
400			УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ В ПРЕДЕЛАХ ЗДОРОВЫХ ТКАНЕЙ ВМЕСТЕ С РЕГИОНАРНЫМ ЛИМФАТИЧЕСКИМ БАРЬЕРОМ И ВСЕМИ ДОСТУПНЫМИ ЛИМФОУЗЛАМИ И КЛЕТЧАТКОЙ В ЗОНЕ ОПЕРАЦИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ОПЕРАЦИИ		
			комбинированной		
			радикальной		
	*		расширенной		
			симптоматической		

2.Фонд ситуационных задач

Ситуационная задача №1

58-летний мужчина получил одновременное химиолучевое лечение с применением цисплатина и 5-фторурацила по поводу плоскоклеточного рака гортани IVA стадии 12 месяцев назад. При осмотре выявлен увеличенный лимфатический узел в области шеи. У пациента объективный статус по шкале ECOG 0, отсутствует выраженная сопутствующая патология.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз

Неспецифический лимфаденит

Лимфома

Прогрессирование рака гортани*

2. Какие методы обследования необходимо выполнить

Осмотр гортани*

Клинический и биохимический анализ крови*

Гастроскопия

Биопсия или пункция лимфатического узла на шее с последующим морфологическим исследованием*

Компьютерная томография органов грудной и брюшной полости*

3. При КТ обследовании обнаружены множественные метастазы в легкие с двух сторон. При биопсии лимфатического узла подтвержден метастаз плоскоклеточного рака гортани. Какое лечение может быть наиболее эффективно?

Карбоплатин или цисплатин

Метотрексат

Доцетаксел

Терапия ингибиторами иммунных контрольных точек анти PD-1*

Ситуационная задача №2

У 20-летнего мужчины появились боли в области правого колена. Рентгенологически – определяется дефект костной ткани в дистальном отделе правой бедренной кости.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз

Посттравматические изменения кости

Остеома бедренной кости

Остеогенная саркома*

Метастаз в кости из невыявленного первичного очага

2. Какие методы обследования необходимо выполнить

Компьютерная томография органов грудной и брюшной полости*

Биопсия кости с гистологическим исследованием*

Колоноскопия

Гастроскопия

Сцинтиграфия костей скелета*

3. По данным морфологического исследования биоптата кости выявлена остеогенная саркома высокой степени злокачественности. Признаком отделившегося метастазирования не обнаружено. Какая лечебная тактика в таком случае?

Резекция бедренной кости с эндопротезированием

Резекция бедренной кости с эндопротезированием, адъювантная химиотерапия

Неoadъювантная химиотерапия, резекция бедренной кости с эндопротезированием, адъювантная химиотерапия*

Ситуационная задача №3

У 40-летней женщины год назад выполнено иссечение меланомы кожи голени, установлена II стадия, объективный статус по шкале ECOG 1, отсутствует выраженная сопутствующая патология.

Вопросы:

1. Какие плановые методы обследования выполняются при контрольном обследовании пациентки через 1 год.

Сцинтиграфия костей скелета

Физикальный осмотр и УЗИ обследование лимфатических узлов*

КТ органов грудной полости*

КТ головного мозга

КТ органов брюшной полости*

2. У больной выявлены метастазы в легкие. Какое следующее обследование необходимо выполнить?

КТ головного мозга

Молекулярно-генетический анализ опухоли*

Гастроскопию

Колоноскопию

3. У больной не выявлена мутация BRAF V600 и c-Kit. Какая последующая лечебная тактика?

Назначение химиотерапии

Назначение иммунотерапии*

Назначение ингибитора BRAF/MEK

Иматиниб

Ситуационная задача №4

Женщина, 54 лет. Жалобы на затруднение дефекации и чувство переполнения прямой кишки в течение 2 месяцев. Анализ кала на скрытую кровь оказался положительным.

Вопросы:

1. Какой может быть предварительный диагноз?

Полип прямой кишки

Язвенный колит

Рак прямой кишки*

2. Какие методы диагностики необходимо выполнить с целью дообследования

Клинический и биохимический анализ крови*

Колоноскопия с биопсией из патологического очага*

Компьютерная томография органов брюшной полости и малого таза*

МРТ органов малого таза*

Компьютерная томография головного мозга

Компьютерная томография органов грудной клетки*

3. При колоноскопии выявлена опухоль размером 4 см на расстоянии 8 см от ануса. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружена аденокарцинома. Эндоскопическое ультразвуковое исследование показало, что образование прорастает мышечный слой, а также 4 регионарных лимфатических узла увеличены. Компьютерная томография грудной клетки, брюшной полости, малого таза не показала наличия отдаленных ме-

тастазов.

Какая стадия заболевания?

IIA

IIB

IIC

IIIA

IIIB*

IIIC

4. Какое лечение может быть рекомендовано в этом случае рака прямой кишки?

Лучевая или химиолучевая терапия с последующей хирургической резекцией и послеоперационной химиотерапией*

Хирургическая резекция прямой кишки

Химиолучевая терапия опухоли

Ситуационная задача №5

У 72-летней пациентки обнаружено опухолевое образование в молочной железе. Из жалоб отмечает боли в позвоночнике. Объективный статус по шкале ECOG 0 баллов. Незначительная сопутствующая патология.

Вопросы:

1. Какие методы обследования необходимо выполнить для уточнения рас-пространенности заболевания

Маммография обеих молочных желез*

КТ органов грудной и брюшной полости*

КТ головного мозга

Сцинтиграфия костей скелета*

Колоноскопия

Биопсия образования в молочной железы с морфологическим исследованием*.

2. На основании обследования у больной выявлен рак молочной мо-

лочной железы, солитарный метастаз в печень. Какие молекулярные маркеры необходимо протестировать для определения лечебной тактики?

Рецепторы эстрогенов*

Рецепторы прогестерона*

BRAF

HER-2*

Ki 67*

ALK

3. У больной была выявлена экспрессия рецепторов эстрогенов, HER-2 не экспрессировался, Ki 67 ниже 15%. Какая терапия показана пациентке?

Химиотерапия

Таргетная анти HER-2 терапия

Иммунотерапия

Гормональная терапия*

Ситуационная задача №6

У 40-летней некурящей женщины установлен диагноз рак легкого, IV стадия, метастазы в противоположное легкое. При гистологическом исследовании обнаружена аденокарцинома. Объективный статус по шкале ECOG 0 баллов.

Вопросы:

1. Исследование каких молекулярно-генетических маркеров планируется для определения лечебной тактики?

EGFR*

ALK*

ROS 1*

PD-L1*

2. У пациентки выявлена мутация EGFR в 19 экзоне. Какая терапия будет патогенетически обоснованной для этого клинического случая?

Цитостатическая химиотерапия

Терапия ингибиторами иммунных контрольных точек

Терапия ингибиторами тирозинкиназы EGFR*

3. Через год у больной выявлено прогрессирование заболевания, метастазы в печень, отклонений в биохимических показателях не обнаружено. Каков наиболее частый механизм резистентности к тирозинкиназным ингибиторам, определяемый при молекулярно-генетическом исследовании (биопсии опухоли на момент прогрессирования или в циркулирующей опухоли ДНК)?

Экспрессия PD-L1

Мутация BRAF

Мутация в гене EGFR T790M*

Мутация RET

4. Какой препарат может быть назначен в этом случае?

Пембролизумаб

Трастузумаб

Эрлотиниб

Осимертиниб*

Ситуационная задача №7.

Пациентка 53 лет получает платиносодержащую химиотерапию 1 линии по поводу серозного рака яичников III стадии. Переносит лечение хорошо. Объективный статус по шкале ECOG 1 балл, выраженная сопутствующая патология отсутствует.

Вопросы:

1. Какой молекулярно-генетический тест может быть рекомендован для определения дальнейшей лечебной тактики?

Экспрессия HER-2

Экспрессия PD-L1

Мутация в гене EGFR

Мутация в гене BRCA1/2*

2. У больной обнаружена соматическая патогенная мутация в гене

BRCA1. В результате 1 линии платиносодержащей терапии достигнут частичный ответ. Какая дальнейшая тактика?

Наблюдение до прогрессирования

Назначение поддерживающей терапии бевацизумабом

Назначение поддерживающей терапии ПАРП-ингибитором олапарибом*

3. Какая длительность поддерживающей терапии олапарибом?

Два года или до прогрессирования заболевания*

Пять лет

До развития непереносимости*

Ситуационная задача №8.

Больная 57 лет, пять месяцев назад закончила курс химиолучевой терапии с использованием цисплатина по поводу рака шейки матки, IIIc1 стадия. Результат терапии – стабилизация заболевания. В настоящее время появились жалобы на боли внизу живота. Объективный статус по шкале ECOG 1, отсутствует выраженная сопутствующая патология, аллергологический анамнез отсутствует.

Вопросы:

1. Какие методы обследования необходимы для уточнения состояния заболевания

Компьютерная томография органов малого таза и брюшной полости*

МРТ органов малого таза*

КТ органов грудной полости*

КТ головного мозга

2. У пациентки по данным обследования выявлено прогрессирование в области первичной опухоли и метастазы в легкие. Какие дополнительные обследования необходимы для решения вопроса о дальнейшей тактике?

Клинический и биохимический анализ крови*

Определение уровня экспрессии PD-L1 и уровень MSI (микросателлитная нестабильность) в опухолевой ткани*

Определение мутации BRAF

Определение транслокации ALK

3. В результате дообследования серьезных отклонений в клиническом и биохимическом анализах не обнаружено. Выявлена экспрессия PD-L1 (CPS = 5, Combined Positive Score (CPS): Количество окрашенных PD-L1 клеток (опухолевых и лимфоидных) по отношению к общему количеству жизнеспособных опухолевых клеток, умноженное на 100). Какая лечебная тактика может быть выбрана?

Повторно назначить цитостатическую терапию цисплатином

Назначить таргетную терапию ингибиторами тирозинкиназы EGFR

Назначить терапию ингибитором иммунных контрольных точек пембролизумабом*

Ситуационная задача №9.

У пациента 74 лет появились боли в поясничной области, других жалоб не предъявляет. При рентгенологическом обследовании в районной поликлинике выявлены метастазы в поясничный отдел позвоночника.

Пациент направлен в онкологический диспансер, где проходит обследование. Объективный статус по шкале ECOG 1, выраженной сопутствующей патологии не определяется.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз можно поставить пациенту

Рак предстательной железы*

Метастазы в кости из невыявленной первичной опухоли*

Рак почки*

2. Какие методы обследования необходимо провести для дообследования больного?

Клинический и биохимический анализ крови*

Остесцинтиграфия скелета*

КТ томография органов грудной и брюшной полости, забрюшинного пространства*

УЗИ предстательной железы*

Определение уровня ПСА*

3. Выявлены множественные остеосклеротические метастазы в поясничный отдел позвоночника и кости таза, уровень ПСА повышен до 22 нг/мл, в предстательной железе патологии не определяется. Какие уточняющие методы диагностики необходимо провести?

Трансректальное пальцевое исследование предстательной железы*

МРТ малого таза*

УЗИ малого таза

Трансректальная мультифокальная биопсия предстательной железы под контролем ТРУЗИ с последующим гистологическим исследованием*

Пункция метастаза в крыле подвздошной кости с последующим цитологическим исследованием*

4. При выполнении уточняющих методов обследования не выявлено первичного очага. При цитологическом исследовании пунктата из метастаза в подвздошной кости: аденокарцинома. Выставлен диагноз: аденокарцинома неясной первичной локализации, остеосклеротические метастазы в поясничный отдел позвоночника и кости таза. Уровень ПСА повышен. Какая будет лечебная тактика?

Наблюдение

Проведение химиотерапии

Лечение по принципам лечения рака предстательной железы*

Ситуационная задача №10

52-летний мужчина с первично нерезектабельной гастроинтестинальной стромальной опухолью (GIST), с-KIT положительной с высоким митотическим

индексом, получал лечение иматинибом в дозе 400 мг в день. Опухоль отвечала на терапию, и при контрольном обследовании через 6 месяцев была отмечена частичная регрессия, что позволило рассматривать состояние опухоли, как резектабельное.

1. Какая тактика дальнейшего лечения?

Продолжение терапии иматинибом

Оперативное лечение

Оперативное лечение с последующим приемом иматиниба в дозе 400 мг в день в течение 3 лет*

При контрольном обследовании через два года после операции выявлено прогрессирование с множественными метастазами в печень, клинические и биохимические показатели в пределах нормы.

2. Какая тактика дальнейшего лекарственного лечения?

Наблюдение

Сунитиниб

Иматиниб 800 мг*

Регорафениб

На терапии иматинибом в дозе 800 мг зарегистрировано прогрессирование, состояние больного по шкале ECOG 1 балл, клинические и биохимические показатели в пределах нормы.

3. Какая дальнейшая тактика?

Наблюдение

Сунитиниб*

Регорафениб

Ситуационная задача №11

У 40-летней женщины выполнено иссечение меланомы, установлена IV стадия, уровень инвазии по Бреслоу 1,2 мм. ECOG 0, сопутствующей патологии не выявлено.

1. Какая дальнейшая тактика ведения пациентки?

Адьювантная химиотерапия

Наблюдение

Биопсия сторожевого лимфатического узла*

При биопсии узла метастазов не было выявлено.

2. Как часто должна проходить больная контрольное обследование?

Раз в 3 месяца в течение 5 лет

Раз в 6 месяцев в течение 5 лет, затем ежегодно до 10 лет*

Раз в год

Через 4 года после операции при контрольном обследовании выявлены

метастазы в паховые лимфатические узлы, множественные метастазы в легкие. Выполнена биопсия пахового лимфатического узла.

3. Какие дополнительные тесты необходимо выполнить?

Исследование транслокации в гене ALK

Исследование мутации в гене BRAF*

Исследование мутации в гене BRCA1/2

При молекулярно-генетическом обследовании выявлена мутация BRAF V600

4. Какая лечебная тактика?

Ингибитор протеинкиназ BRAF

Комбинацию ингибиторов протеинкиназ BRAF и MEK*

Химиотерапия

Ситуационная задача 12

Описание клинической Больной А. 62 лет обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на боли в грудной клетке, одышку, кашель с мокротой, кровохарканье, субфебрильную температуру

Анамнез заболевания Болеет в течении 2 месяцев когда появились слабость, субфебрильная температура и сухой кашель. К врачам не обращался, самостоятельно лечился противовоспалительными средствами, микстурами от кашля. Из-за сохраняющейся слабости, субфебрильной температуры, появления одышки самостоятельно начал прием антибиотиков, но без эффекта. Пациент принял решение обратиться к врачу.

Анамнез жизни Больной женат, двое детей. Длительно работал на металлургическом комбинате. Вредные привычки: курит по 2 пачки сигарет в день на протяжении 45 лет, спиртным не злоупотребляет. Онкологические заболевания у родственников отрицает

Данные физикального

обследования При осмотре кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски, влажности, периферические лимфоузлы не увеличены, не изменены. Грудная клетка нормостенической формы, при пальпации безбо-

лезненная. При аускультации над всей поверхностью легких выслушиваются рассеянные сухие хрипы, в нижних отделах левого легкого дыхание ослабленное. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий и безболезненный во всех отделах, печень не выступает из-под реберной дуги

Данные лабораторных исследований в общем анализе крови отмечается лейкоцитоз без сдвига формулы влево, другие показатели в норме

Данные инструментальных исследований При рентгеновском исследовании легких выявлена гиповентиляция в нижних отделах слева с признаками воспаления

Вопросы:

1 По клинико-рентгенологическим данным какое заболевание в первую очередь необходимо заподозрить

рак легкого *

туберкулез легких

пневмонию

2 Какая форма рака легкого может быть заподозрена у пациента

периферическая

центральная *

пневмониеподобная

опухоль верхушки легкого

3 Для уточнения диагноза какое инструментальное обследование необходимо провести в первую очередь

КТ органов грудной клетки

бронхоскопию (с биопсией) *

УЗИ

4 Какие методы инструментального обследования необходимо провести для уточнения распространенности опухолевого процесса

КТ-ангиографию органов грудной клетки *

УЗИ шеи, печени, брюшинного пространства *

УЗИ органов малого таза

сканирование скелета *

МРТ головного мозга *

5 При выявлении у больного центрального плоскоклеточного рака легкого без отдаленных метастазов какой метод радикального лечения является ведущим

химиотерапия

лучевая терапия

химио-лучевая терапия

хирургический *

Ситуационная задача 13

Описание клинической ситуации,

Больной Г. 75 лет при планировании поездки в санаторий проходил плановое обследование в поликлинике. По данным рентгеновского исследования легких выявлено опухолевое новообразование до 2 см в диаметре в нижней доле правого легкого.

Жалоб больной не предъявлял.

Анамнез заболевания Анамнез заболевания отсутствует

Анамнез жизни Больной женат, трое детей. Длительно работал шахтером. Вредные привычки: курит по 1,5-2 пачки сигарет в день на протяжении 50 лет, спиртным не злоупотребляет. Онкологические заболевания у родственников отрицает

Данные физикального обследования При осмотре кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски, влажности, периферические лимфоузлы не увеличены, не изменены. Грудная клетка нормостенической формы, при пальпации безболезненная. При аускультации над всей поверхностью легких дыхание жесткое с единичными сухими хрипами, проводится во все отделы. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий и безболезненный во всех отделах, печень не выступает из-под реберной дуги.

Данные лабораторных исследований в общем и биохимическом анализах крови показатели без отклонений от нормы

1 Какое заболевание в первую очередь необходимо заподозрить

рак легкого *

туберкулез легких

пневмонию

2 Какая форма рака легкого может быть заподозрена у пациента

Периферическая *

центральная

пневмониеподобная

опухоль верхушки легкого

3 Для уточнения диагноза какое инструментальное обследование необходимо провести в первую очередь

КТ органов грудной клетки *

бронхоскопию

УЗИ

4 Какие методы обследования позволят установить морфологический вариант опухоли

бронхоскопия с катетеризацией сегментарного бронха или трансбронхиальной пункцией опухоли под контролем эндоУЗИ *

эзофагоскопия с транспищеводной пункцией опухоли

под контролем эндоУЗИ

трансторакальная пункция *

5 Какие методы инструментального обследования необходимо провести для исключения отдаленных метастазов

КТ-ангиографию органов грудной клетки

УЗИ шеи, печени, забрюшинного пространства *

УЗИ органов малого таза

сканирование скелета *

МРТ головного мозга *

Ситуационная задача 14

Описание клинической ситуации, жалобы в настоящее время Больной К. 57 лет в связи с появлением постоянной боли в левой половине грудной клетки обратился к врачу по месту жительства. По данным рентгеновского исследования легких у пациента выявлена периферическая опухоль верхней доли левого легкого до 8 см в диаметре с признаками инвазии грудной стенки на уровне задних отрезков 3-4 ребер.

Анамнез заболевания Из анамнеза – периодические боли в левой половине грудной клетке пациента беспокоят на протяжении последних 2 месяцев, к врачам не обращался, ранее рентгеновского исследования легких больному не проводилось

Анамнез жизни Больной женат, двое детей. Профессиональные вредности отрицает. Курит по 1,5 пачки сигарет в день на протяжении 35 лет. Онкологические заболевания у родственников отрицает

Данные физикального обследования При осмотре кожные покровы, видимые слизистые обычной окраски, влажности. При пальпации в левой надключичной области определяется конгломерат плотно-эластичных увеличенных лимфоузлов до 4 см в диаметре. Другие периферические лимфоузлы не увеличены, не изменены. Грудная клетка нормостенической формы, при пальпации болезненная в проекции задних отрезков 3-4 ребра. При аускультации в верхних отделах левого легкого дыхание ослабленное. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации мягкий и безболезненный во всех отделах, печень не выступает из-под реберной дуги.

Данные лабораторных исследований в общем и биохимическом анализах крови показатели без отклонений от нормы

Вопросы:

1 Какое заболевание в первую очередь необходимо заподозрить

рак легкого *

туберкулез легких

пневмонию

2 Какая форма рака легкого может быть заподозрена у пациента

Периферическая

центральная *

пневмониеподобная

опухоль вершины легкого

3 Для уточнения морфологического варианта опухоли в первую очередь необходимо провести

трансторакальную пункцию

бронхоскопию

пункцию увеличенных надключичных лимфоузлов слева *

4 Какие методы инструментального обследования необходимо провести для уточнения распространенности опухолевого процесса

КТ-ангиографию органов грудной клетки *

УЗИ шеи, печени, забрюшинного пространства *

УЗИ органов малого таза

сканирование скелета *

МРТ головного мозга *

5 При выявлении у больного периферической аденокарциномы легкого с вращением в грудную стенку и метастазами в надключичные лимфоузлы какой метод лечения является ведущим

Химиотерапия

лучевая терапия

химио-лучевая терапия *

хирургический

Ситуационная задача 15

Пациент 53 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

Жалобы

на умеренно выраженные головные боли, речевые нарушения, общую слабость.

Анамнез заболевания

В 2012 году диагностирован рак сигмовидной кишки T4N2M0.

Проведено лечение: 10.07.2012 г хирургическое: резекция сигмовидной киш-

ки. Гистологическое заключение: умеренно-дифференцированная аденокарцинома. В послеоперационном периоде проведено 8 курсов ПХТ по схеме XELOX: Оксалиплатин + Капецитабин с 1-14 дни.

В августе 2016 года при КТ органов грудной клетки был выявлен метастаз в нижней доле левого легкого. 27.08.2016 г выполнена операция в объеме нижней лобэктомия слева. В послеоперационном периоде проведено 3 курса ПХТ (КАМПТО).

В декабре 2018 года появились жалобы на головную боль, речевые нарушения, общую слабость. После консультации невролога в поликлинике по месту жительства было выполнено КТ исследование головного мозга, при котором выявлено образование в правой височной доле головного мозга. Пациент направлен в онкологический центр для дальнейшего лечения.

Анамнез жизни

хронические заболевания: хронический панкреатит

не курит, алкоголем не злоупотребляет

профессиональных вредностей нет

аллергические реакции на медикаменты отрицает

опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 81 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор снижен. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 75/мин, АД 126/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный.

Неврологический статус: Сознание ясное. Ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Умеренно выраженные головные боли. Элементы моторной афазии. Движение глаз: нарушений нет. Конвергенция не нарушена. Аккомодация содружественная справа, содружественная слева. Снижение чувствительности на лице нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Нарушений чувствительности нет. Суставно-мышечное чувство сохранено. Двигательные функции не нарушены. Мышечный тонус не изменен. Мозжечковые функции

не нарушены. Сухожильные и периостальные рефлексы не изменены, равномерны. Менингеальные симптомы отрицательные.

Вопросы:

1 Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования

КТ головного мозга с контрастным усилением

МРТ головного мозга с контрастным усилением *

позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ/КТ) головного мозга с метионином

церебральная ангиография

2 Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные и лабораторные методы исследования

анализы крови на онкомаркеры РЭА, СА-199 *

УЗИ органов брюшной полости и малого таза, шейно-надключичных областей и забрюшинного пространства *

МРТ органов забрюшинного пространства

КТ органов грудной клетки *

МРТ шейного отдела позвоночника

анализы крови на онкомаркер СА-15-3

4 Какой диагноз можно поставить больному на основании анамнеза и проведенного обследования?

Рак сигмовидной кишки T4N2M0. Состояние после комбинированного лечения в 2012 году. Прогрессирование заболевания в 2016 году: метастаз в нижнюю долю левого легкого. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году. Прогрессирование в 2018 году: метастаз в правую височную долю головного мозга *

ПМЗО: 1) Рак сигмовидной кишки T4N2M0. Состояние после комбинированного лечения в 2012 году. Прогрессирование заболевания в 2016 году: метастаз в нижнюю долю левого легкого. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году. 2) Анапластическая астроцитома правой височной доли головного мозга

ПМЗО: 1) Рак сигмовидной кишки T4N2M0. Состояние после комбинированного лечения в 2012 году. Прогрессирование заболевания в 2016 году: метастаз в нижнюю долю левого легкого. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году. 2) Глиобластома правой височной доли головного мозга

ПМЗО: 1) Рак сигмовидной кишки T4N2M0. Состояние после комбинированного лечения в 2012 году. Прогрессирование заболевания в 2016 году: метастаз в нижнюю долю левого легкого. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году. 2) Плеоморфная ксантоастроцитома правой височной доли головного мозга

4 Для верификации диагноза необходимо провести

морфологическое исследование *

ПЭТ/КТ головы с [18F]-фтордезоксиглюкозой (18F-ФДГ)

анализ крови на SCC

стереотаксическую биопсию опухоли

5 На 1-м этапе пациенту показано _____ лечение

лекарственное (дегидратационная терапия)

лучевое (стереотаксическая радиохирurgia)

хирургическое *

лекарственное (противоопухолевое)

Ситуационная задача 16

Мужчина 64 лет поступил в стационар онкологического центра

Жалобы

на головокружение, периодическую шаткость при ходьбе, нарушение памяти, снижение чувствительности в правой руке

Анамнез заболевания

7 лет и 4 месяца назад при профилактическом флюорографическом исследовании легких выявлено "затемнение" в верхней доле правого лёгкого. При контрольном рентгенологическом исследовании выявлены признаки рака верхней доли правого легкого. При онкологическом поиске в онкологическом диспансере по месту жительства других проявлений заболевания не было выявлено. Больной обратился в онкологический центр федерального уровня, где 7 лет назад было выполнено хирургическое лечение в объёме

правосторонней торакоскопической верхней лобэктомии. Осложнений хирургического лечения не было. Гистологическое исследование операционного материала: опухолевый узел легкого имеет строение высокодифференцированной аденокарциномы. Признаки ангиолимфатической и периневральной инвазии в опухоли не обнаружены. В бронхопульмональных лимфоузлах опухолевые клетки не обнаружены. Болезнь стадирована по системе TNM: T2N0M0; IV стадия. В дальнейшем больному проводилось динамическое наблюдение в течение 5 лет после операции. За один месяц до поступления в стационар у больного появились: головная боль, преимущественно в левой половине головы, тошнота, головокружение, нарушение краткосрочной памяти. При КТ головного мозга по месту жительства выявлена опухоль округлой формы с повышенной плотностью, до 38 мм в диаметре с перифокальным отеком. Онкологом по месту жительства назначен дексаметазон в дозе 8 мг внутримышечно в сутки, с эффектом в виде регресса головной боли и тошноты. В поликлинике онкологического центра больному выполнены: УЗИ органов брюшной полости и периферических лимфоузлов, обзорная рентгенография легких в двух проекциях, скintiграфия костей скелета. Данных за экстрацеребральное прогрессирование заболевания не получено. При осмотре офтальмологом выявлены признаки начальных застойных дисков зрительных нервов. Больной госпитализирован в стационар

Анамнез жизни

хронические заболевания: ИБС. Атеросклероз, аорты, коронарных артерий. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. ГБ 3 ст, III ст, риск ССО 3. НК 2 ФК. Язвенная болезнь желудка вне обострения.

не курит, алкоголем не злоупотребляет

профессиональных вредностей нет

аллергические реакции на медикаменты отрицает

опухолевые заболевания в семье: у родного дяди по материнской линии была акральная меланома

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 82 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6 С. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Над легкими при перкуссии - ясный легочный звук. Дыхание в легких везикулярное, проводится с двух сторон, хрипов нет. ЧДД 15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 уд/мин, АД 130/82 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный, регулярный, 1 раз в 2 дня. Дизурии нет. В неврологическом статусе: сознание ясное. Менинге-

альной симптоматики не отмечается. Из особенностей - на фоне умеренно выраженной общемозговой симптоматики в виде головокружения, отмечаются: мимопадание при пальценосовой пробе справа, повышение сухожильных рефлексов и тактильная гипестезия в правой верхней конечности, элементы амнестической афазии.

Вопросы :

1 Необходимым для обследования больных лабораторным методом исследования мочи является

анализ мочи на суточный диурез

анализ мочи по Нечипоренко

общий анализ мочи *

бактериологическое исследование мочи

2 Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом диагностики является

компьютерная томография головного мозга с внутривенным контрастированием

магнитно-резонансная томография головного мозга с внутривенным контрастированием *

электроэнцефалография

рентгенография черепа (краниография) в двух проекциях

3 Предполагаемым основным диагнозом является

Первично-множественные метастатические опухоли: 1). Периферический рак верхней доли правого лёгкого T2N0M0, IV стадия. Хирургическое лечение от 07.хх г. 2). Конвекситальная менигиома левой теменной доли головного мозга

Периферический рак верхней доли правого лёгкого T2N0M0, IV стадия. Хирургическое лечение от 07.хх г.: торакоскопическая верхняя лобэктомия справа. Прогрессирование заболевания от 07.ху г: солитарный метастаз в левую теменную долю головного мозга *

Первично-множественные метастатические злокачественные опухоли: 1). Периферический рак верхней доли правого лёгкого T2N0M0, IV стадия. Хирургическое лечение от 07.хх г. 2). Глиобластома (GIV) левой теменной доли головного мозга

Основное заболевание: абсцесс левой теменной доли головного мозга. Со-

путствующее заболевание: периферический рак верхней доли правого лёгкого T2N0M0, IB стадия. Хирургическое лечение от 07.xx г.

4 Стандартным методом исследования для морфологической верификации диагноза у данного больного является

гистологическое исследование первичной опухоли *

цитологическое исследование спинномозговой жидкости

иммуноцитохимическое исследование материала, полученного при аспирационной биопсии первичной опухоли легкого

молекулярно-генетическое исследование опухоли на мутацию гена KRAS

5 У данного больного в первую очередь необходимо определить наличие мутации гена

C-KIT (выявлена мутация в 11 экзоне)

EGFR (выявлена мутация в 19 экзоне) *

BRAF (выявлена мутация в 15 экзоне)

NRAS (выявлена мутация в 19 экзоне)

Ситуационная задача 17

Девушка 25 лет после консультации эндокринолога обратилась к онкологу.

Жалобы

Слабость, выпадение волос

Анамнез заболевания

В течение месяца отмечает слабость, усиленное выпадение волос. Обратилась в поликлинику к эндокринологу, было рекомендовано обратиться на консультацию к онкологу. При УЗИ шеи: Щитовидная железа расположена типично, подвижна при глотании. Контур ровный четкий. Правая доля не увеличена (размерами 16x17x42 мм). Структура правой доли однородная несколько гиперэхогенная. Перешеек до 2,5 мм. Левая доля однородной гомогенной несколько гиперэхогенной структуры размерами 14x17x36 мм, на этом фоне визуализируется суспензионное узловое образование с неровными нечеткими контурами гипоэхогенной гетерогенной структуры, контрастирующееся по ЦДК. Размер образования 9x9 мм. По ходу сосудов шеи с обеих сторон определяются единичные гиперплазированные л/у - без очаговой патологии.

Анамнез жизни

Наследственное предрасположение к злокачественным опухолям (семейное, органное): мать – рак щитовидной железы

Другие наследственные и конституционные болезни в семье (душевные, нервные, болезни обмена, сердца и сосудов, алкоголизм): отрицает

Период роста, неправильности и задержки развития: росла и развивалась соответственно возрасту

Половая жизнь (половая зрелость, появление вторичных половых признаков, менструации, начало половой жизни, беременности, роды, аборты) Менархе с 13 лет, установились сразу, по 4-5 дня, через 28 дней, умеренной обильности, безболезненные. Б - 0, Р - 0, В - 0, А - 0. Гинекологические заб.: отрицает

Перенесенные заболевания (сифилис, туберкулез, острые и хронические инфекции, сердечно-сосудистые болезни, идиосинкразии): аппендэктомия – 2010г, Хронический гастрит, вне обострения.

Вредные привычки (алкоголь, курение): отрицает

Чувствительность к медикаментам (антибиотики, новокаин и т.д.): аллергоанамнез не отягощен

Переливание крови (трансузионные реакции и осложнения): отрицает

Условия жизни и труда:

Характер работы, профессиональные вредности: отрицает

Условия питания (регулярность, характер пищи, питание домашнее, в столовой): удовлетворительные

Жилищные условия и отдых: удовлетворительные.

Объективный статус

Телосложение: нормостеническое. Рост - 172 см. Вес (при поступлении) - 68 кг.

Общее состояние больного: удовлетворительное

Локализация опухолевого процесса (осмотр, пальпация, перкуссия): Конфигурация головы и шеи не изменена. Щитовидная железа не увеличена. Подвижна при глотании. При пальпации правой доли отмечает мягко-эластическое узловое образование, размерами до 1 см. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Голос звонкий. Дыхание свободное. Лимфати-

ческая система (локализация, количество лимфоузлов, величина, форма, консистенция, подвижность): Доступные пальпации периферические группы лимфатических узлов не изменены. Кожные покровы и видимые слизистые: Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые.

Тургор кожи сохранен.

Опорно-двигательный аппарат: Деформаций нет. Активные и пассивные движения в суставах в полном объеме.

Органы дыхания: дыхание через нос и рот свободное. ЧДД - 17 в мин. Грудная клетка конической формы, симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненная. Перкуторно - легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет.

Молочные железы без узловых образований, выделений из сосков нет.

Органы кровообращения: Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье на 1,0 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный АД - 110/80 мм.рт.ст., Ps - 68 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Пульсация на периферических артериях сохранена. Отёков, трофических нарушений нет.

Органы пищеварения: Язык влажный, чистый. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Послеоперационный рубец без признаков воспаления. Печень у края реберной дуги, не увеличена.

Per rectum: в перианальной области видны спавшиеся геморроидальные узлы, без признаков воспаления. Сфинктер тоничен, слизистая кишки гладкая, подвижная. На высоте пальца без органической патологии. Селезенка: Перкуторно границы не расширены, не пальпируется, пальпация в левом подреберье безболезненная.

Мочеполовая система: почки (прощупываемость, болезненность): Почки не пальпируются. Симптом "поколачивания" - отрицательный с обеих сторон. Пальпация в области мочевого пузыря безболезненная. Позывы к мочеиспусканию отсутствуют, мочится по часам (каждые 2 часа) в достаточном объеме.

Наружные и внутренние половые органы: развиты по женскому типу, без особенностей.

Нервная система и психика больного: в сознании, контактна, адекватна. Без грубой неврологической и менингеальной симптоматики.

Вопросы:

1 Учитывая анамнез и клинические данные рекомендовано выполнить

Т органов грудной клетки

фибрларингоскопию

остеосцинтиографию

пункцию образования щитовидной железы с последующим цитологическим исследованием *

исследование уровня ТТГ *

2 Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования

ЭГДС

Остеосцинтиография *

ЭКГ

КТ органов грудной клетки *

ЭХОКГ

3 Какой диагноз можно поставить пациенту по имеющимся клиническим, лабораторным и инструментальным данным

Рак щитовидной железы *

Рак легкого

Диффузный токсический зоб

4 Основным методом лечения является

динамическое наблюдение

хирургическое лечение *

химиотерапия

терапия радиоактивным йодом

Ситуационная задача 18

Женщина 45 лет обратилась в районный кожно-венерологический диспансер, откуда направлена к онкологу.

Жалобы

Рост на коже спины пигментного образования кожи

Анамнез заболевания

Около двух лет назад пациентка заметила появление на коже спины новой «родинки», не придавала этому значения. За прошедшие два года родинка значительно увеличилась в размере, изменилась ее окраска.

Анамнез жизни

Солнечные ожоги в детском возрасте

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 168 см. Температура тела 36,60С. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. Выдох немного удлинен. Пальпация. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. PO_2 98% Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 125/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Вопросы:

1 К основному методу обследования для постановки диагноза относится позитронно-эмиссионная томография в режиме «все тело»

осмотр с лампой Вуда

УЗИ образования кожи спины кожным датчиком

эпифлюоресцентная дерматоскопия *

визуальный осмотр всех кожных покровов *

2 Наиболее информативным методом постановки диагноза является

эксцизионная (тотальная) биопсия с гистологическим исследованием *

исследование периферической крови на онкомаркер S100

соскоб с поверхности опухоли для цитологического исследования

мазок-отпечаток с поверхности опухоли для цитологического исследования

3 К наиболее предполагаемому диагнозу относится

К наиболее предполагаемому диагнозу относится

Меланома кожи спины *

Пограничный диспластический невус

Карцинома Меркеля

Пигментированная форма базальноклеточного рак

4 Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить

УЗИ регионарных лимфатических узлов и биопсия сторожевого лимфоузла *

биохимический анализ крови

общий анализ крови

УЗИ вен нижних конечностей

Ситуационная задача 19

Больная К. 62 лет обратилась на прием к гинекологу

Жалобы

на общую слабость, снижение массы тела на 7 кг за последние 4 месяца, периодические ноющие боли в эпигастральной области, тошноту, тянущие боли внизу живота, увеличение живота в размере за последний месяц.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних 6 месяцев, когда впервые отметила общую слабость, тянущие боли внизу живота, чувство тяжести после приема пищи, самостоятельно принимала спазмолитические и обезболивающие препараты с незначительным положительным эффектом. В связи с нарастанием болей внизу живота, увеличение живота в объеме, обратилась за медицинской помощью. Похудела на 7 кг в течение 4 месяцев.

Анамнез жизни

В течении последних 5 лет наблюдалась у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни желудка. Тяжелые сопутствующие заболевания отрицает. Периодически отмечала боли в желудке на фоне нерегулярного питания. Рекомендации гастроэнтеролога не выполняла. Вредные привычки отрицает. Дед по линии отца умер от рака желудка.

Объективный статус

При осмотре: пациентка пониженного питания, рост 162 см, вес 63 кг. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности, тургор кожи несколько снижен. Тоны сердца приглушены, АД 135/90 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин. Язык влажный, без налета. Живот не вздут, мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области, увеличен в объеме за счет скопления асцитической жидкости. Аускультативно перистальтика ясная. При осмотре на кресле: Per rectum – на высоте пальца патологии не выявлено, на перчатке следы кала физиологичной окраски. Гинекологический осмотр: при бимануальном исследовании правые придатки увеличены в размере, при пальпации болезненные.

Вопросы:

1 Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

общий анализ мочи

биохимический анализ крови *

коагулограмма

общий анализ крови*

2 Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, шейно-надключичных лимфатических узлов, малого таза

эзофагогастродуоденоскопия с биопсией *

рентгеноконтрастное исследование желудка

3 По Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией

В субкардиальном отделе желудка с переходом на тело по большой кривизне определяется инфильтративно-изъязвленная опухоль, с налетом фибрина,

общим размером 2.5х3.0 см. В области привратника просвет желудка не сужен, эндоскоп проведен за луковицу двенадцатиперстной кишки. В просвете желудка определяется незначительное количество желчи. Выполнена множественная биопсия образования желудка, гистологическое заключение - железистый рак. Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?

Рак кардиального отдела желудка cT3N0M1, IV стадия *

Хроническая язва желудка

GIST(Гастроинтестинальная стромальная опухоль желудка)

Лимфома желудка

Ситуационная задача 20

Женщина 58 лет обратилась к онкологу в поликлинику по месту жительства.

Жалобы

на наличие болевого синдрома в проекции грудно-поясничного отдела позвоночника

Анамнез заболевания

Отмечает появление болевого синдрома в проекции грудно-поясничного отдела позвоночника в течение последних трех месяцев. К врачам не обращалась. В последние два месяца отмечает усиление болевого синдрома при физической нагрузке. Не лечилась. Вчера упала с высоты собственного роста после чего отметила выраженное усиление болевого синдрома в проекции поясничного отдела позвоночника и возникновение онемения в правой нижней конечности.

Анамнез жизни

хронических заболеваний нет

десять лет назад установлен диагноз грыжи межпозвоночного диска двенадцатого грудного и первого поясничного позвонков

не курит, алкоголем не злоупотребляет

профессиональных вредностей не имеет

7 лет назад перенесла лечение по поводу рака правой молочной железы

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 95 кг, рост 169 см. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, теплые. В легких дыхание выслушивается, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 69 ударов/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. На передней грудной стенке справа послеоперационный рубец, визуально и при пальпации без очаговой патологии. Передвигается медленно, ввиду болевого синдрома в проекции грудно-поясничного отдела позвоночника, прихрамывает на правую нижнюю конечность.

Вопросы:

1 Наиболее важными данными для постановки диагноза при клиническом исследовании пациентки являются

значительный вес пациентки

наличие в анамнезе болевого синдрома в проекции поясничного отдела позвоночника с усилением его интенсивности при физической нагрузке *

наличие у больной гипертермии до 37,5 °С

наличие в анамнезе рака молочной железы *

усиление болевого синдрома после травмы, возникновение онемения правой нижней конечности *

наличие в анамнезе грыжи межпозвоночного диска третьего и четвертого поясничных позвонков

2 Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

магнитно-резонансная томография грудно-поясничного отдела позвоночника *

выполнение денситометрии

рентгенографическое исследование грудно-поясничного отдела позвоночника

УЗИ забрюшинного пространства и поясничной области

компьютерная томография грудно-поясничного отдела позвоночника *

сцинтиграфия костей *

3 По Сцинтиграфия костей Множественное очаговое поражение костей скелета с наибольшей фиксацией радиофармпрепарата в проекции двенадцатого грудного позвонка.

Какой диагноз можно поставить у данного пациента на основании инструментальных методов обследования?

Первичная злокачественная опухоль двенадцатого грудного позвонка с угрозой патологического перелома, компрессией спинного мозга

Грыжа межпозвоночного диска двенадцатого грудного и первого поясничного позвонков с компрессией спинного мозга

Метастазы рака молочной железы в кости с угрозой перелома Th12 позвонка с компрессией спинного мозга *

Распространенный остеохондроз грудного и поясничного отделов позвоночника с выраженным болевым синдромом

Ситуационная задача 21

Пациент А 36 лет Считает себя больным с осени 2020 г., когда обратил внимание на отёчность лица. Обратился в поликлинику по месту жительства, данных за патологию не обнаружено. С марта 2021 г. заметил расширение подкожных вен передней грудной стенки. Обратился к эндокринологу по месту жительства, рекомендовано прохождение ЭХО-КГ. При ЭХО-КГ от 07.07.2021 г. был выявлен гидроперикард, направлен на МСКТ ОГК. На томограмме ОГК от 08.07.2021 г. в переднем средостении были выявлены мягкотканые массы размерами 104x74 мм, увеличение отдельных внутригрудных лимфатических узлов до 40 мм. Пациент был направлен в ТХО №2 ГБУЗ "НИИ - ККБ №1 имени профессора С.В. Очаповского", где 03.08.2021 г. пациенту была выполнена видеоторакоскопия справа, биопсия опухоли переднего средостения. ПГИ №21816/2021: малодифференцированная злокачественная опухоль. ИГХ №2731/2021: морфологическая картина и данные иммуногистохимического исследования соответствуют первичной медиастинальной (тимической) В-крупноклеточной лимфоме. Пациент направлен на консультацию в ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина" МЗ РФ.

Вопросы

1 Выставьте правильный диагноз

Первичная медиастинальная (тимическая) В-крупноклеточная лимфома с массивным поражением переднего средостения *

Диффузная В-крупноклеточная лимфома с массивным поражением переднего средостения

Классическая лимфома ходжкина NS В-крупноклеточная лимфома с массивным поражением переднего средостения

T-лимфобластная лимфома с массивным поражением переднего средостения

2 Какое исследование необходимо выполнить для уточнения распространенности заболевания

УЗИ исследование брюшной полости и периферических л/у

ПЭТ/КТ всего тела с ФДГ *

МРТ всего тела без в/в контрастирования

МРТ всего тела с в/в контрастирования

3 Какой таргетный препарат применяется в первую линию терапии при данной болезни

Венетоклакс

Занибрутиниб

Даратумумаб

Ритуксимаб*

Ситуационная задача 22

Пациентка О 35 лет считает себя больной с ноября 2020 г., когда появился кашель с мокротой, диагностирована нижнедолевая пневмония справа. Проводилась антибактериальная терапия. В мае 2020 г. при КТ выявлено увеличение медиастинальных, надключичных лимфатических узлов слева. В июне 2021 г. выполнена аппаратная биопсия надключичного лимфатического узла слева. Далее - ПЦР подтвержденная коронавирусная инфекция. Пациентка направлена в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина. При пересмотре готового гистологического и ИГХ-исследования №№21535/21, 22134/21 - данных за опухолевый процесс не получено. В НМИЦ онкологии имени Н.Н. Блохина 09.08.2021 г. больной была выполнена core-биопсия левого надключичного лимфатического узла слева. При плановом ИГХ-исследовании был установлен диагноз классической лимфомы Ходжкина, нодулярный склероз 2 типа. По данным ПЭТ/КТ от 27.07.2021 г. у больной было выявлено специфическое поражение шейных лимфатических узлов с обеих сторон, внутригрудных, внутрибрюшных, забрюшинных, тазовых лимфатических узлов, печени, селезенки, костей.

Вопросы

1 Выставьте стадию заболевания по классификации ann arbor

I XEA

II-B

III-A

IV-B *

2 Учитывая распространённость заболевания выберите наиболее оптимально лечение

Nivo-ICE

BEACOPP-14 *

R-CHOP

DHAP

3 При рефрактерном течении болезни и рецидиве предпочтительными схемами второй линии терапии у данной пациентки являются

Nivo-DHAP *

ABVD

R-CVP

R-B

Bv-BeGeV *

Ситуационная задача 23

Пациент Э 57 лет Считает себя больным с осени 2020г, когда стали отмечать боли в поясничном отделе позвоночника. К врачам не обращался. Самостоятельно принимал найз с незначительным эффектом. С марта 2021г стал отмечать усиление болевого синдрома. Обратился к врачам, где по данным МРТ выявили вторичные изменения костей скелета. В б/х анализе крови от 26.03.2021 гиперпротеинемия 109,3 г/л, креатинин 125 ммол/л.

Пациент направлен в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина.

При обследовании установлен диагноз множественная миелома на основании:

Миелограмма + иммунофенотипическое исследование клеток костного мозга 21.04.2021: Пунктат клеточный. Число клеток плазмочитарного ряда увеличено до 28%, преобладают зрелые формы, встречаются скопления плазмочитов. Сужен гранулоцитарный росток. Эритроидный росток в норме. Мегакариоциты в достаточном количестве. Плазматические клетки имеют aberrantный иммунофенотип по экспрессии CD56 и CD19.

Иммунохимическое исследование белков сыворотки крови и суточной мочи
15.04.2021: Выявлена парапротеинемия Gκ

39,58 г/л. Повышенная секреция В2-МГ 3,29 мг/л. Протеинурия Бенс-Джонса
типа κ 0,07 г/сут.

КТ позвоночника 05.04.2021: Остеопороз. Распространённые дегенеративно-
дистрофические изменения во всех отделах позвоночника. Определяется ли-
тическая деструкция с нечёткими контурами практически всего тела, правой
дужки, правого поперечного и основания остистого отростков Th11 позвонка
с разрушением коркового слоя и с внекостным компонентом, распространя-
ющимся паравертебрально справа, толщиной до 1,5 см, в правое межпозво-
ночное отверстие Th11-12 и в позвоночный канал с признаками компрессии
спинного мозга, корковый слой головки 11 ребра справа истончён, местами
не прослеживается, патологический компрессионный перелом Th11 позвонка
2 степени. 20.04. пациент госпитализирован в отделение вертебральной он-
кологии НМИЦ Блохина, где выполнено хирургическое лечение в объеме
укрепление переднего комплекса Th11 позвонка с одномоментной биопсией
внекостного образования.

ПЭТ/КТ 27.05.2021: получены данные о наличии опухолевой ткани с гипер-
метаболической активностью 18F-ФДГ в очаге литической деструкции С2
позвонка, мягкотканном компоненте в области компрессионного перелома
Th12 позвонка.

Вопросы

1 По представленным данным выставите правильный диагноз

Лимфома Ходжкина

Диффузная В-крупноклеточная лимфома

Хронический лимфолейкоз

Множественная миелома *

2 Учитывая полученные данные и диагноз выберите наиболее подходящую
схему лечения

VRD *

ABVD

R-CHOP

BV-AVD

BEACOPP-эск

3 Выберите остемодицирующие препараты которые показаны данному пациенту

Деносумаб *

Кальция глюконат

Рекомбинантный паратгормон

Золедроновая кислота*

Ситуационная задача 24

Пациента А 27 лет

Считает себя больным с декабря 2020 года, когда впервые отметил появление увеличенного лимфатического узла в в/3 шеи слева. Обратился к врачам по месту жительства. В ходе комплексного обследования заподозрено лимфопрролиферативное заболевание. В июле 2021 года направлен в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина для консультации и лечения. Проведено УЗИ лимфатических узлов шеи: УЗ-признаки специфического поражения. Выполнена ТАБ. Цитологическое заключение №2021/20816 от 06.08.2021 г.: лимфома. Консультация с.н.с., д.м.н. Ахундова А.А.: с целью определения морфологической принадлежности опухоли, пациенту рекомендовано хирургическое вмешательство в объёме биопсии лимфатического узла шеи слева. Госпитализирован в х/о №10, где 20.08.2021 г. больному была выполнена биопсия лимфатического узла шеи слева. ИГХ-заключение №27977/2021: структура лимфоузла сохранена, центры размножения фолликулов редуцированы. Интерфолликулярно, среди лимфоцитов и гистиоцитов - крупные двуядерные клетки вида R-S. При ИГХ-исследовании в клетках опухоли обнаружена экспрессия CD30, MUM1, фасцин. Не обнаружена экспрессия CD15. Заключение: лимфома Ходжкина, смешаноклеточный вариант строения.

Вопросы:

1 Какое исследование необходимо выполнить для уточнения распространенности заболевания

УЗИ исследование брюшной полости и периферических л/у

ПЭТ/КТ всего тела с ФДГ *

МРТ всего тела без в/в контрастирования

МРТ всего тела с в/в контрастирования

2 При рефрактерном течении болезни и рецидиве предпочтительными схемами второй линии терапии у данного пациента являются

Nivo-DHAP *

ABVD

R-CVP

R-B

Bv-BeGeV *

3 Какой вид токсичности встречается чаще всего при проведении интенсивных схем первой линии при лимфоме ходжкина

Нейротоксичность

Кардиотоксичность

Нефротоксичность

Гепатотоксичность

Миелотоксичность *

Ситуационная задача 25

Пациентка Е 63 лет

Жалобы на Слабость, одышку, дискомфорт в левом подреберье, нарушение сна, тяжесть в ногах.

В течении 4 -х лет потливость, высокое СОЭ, в августе 2020 снижение гематокрита и постепенное снижение гемоглобина, 15.03.2021 выставлен диагноз МДС, каждый месяц переливание 1-й дозы Эр.взвеси.

16.10.2021 выявлен Covid-19 Пневмония,

с 16.10.2021 по 21.10.2021 проходила лечение по поводу Covid-19 пневмонии в ГКБ №40

09.11.2021 в миелограмме 33,5 % Бластная инфильтрация костного мозга редукцией эритроцитарного ростка, резким снижением пролиферации элементов мегакариоцитопоеза Морфологическая картина ОЛ

Вопросы :

1 Учитывая представленные данные выставите диагноз

Острый миелоидный лейкоз *

Острый лимфобластный лейкоз

Хронический миелоидный лейкоз

Хронический лимфолейкоз

2 Учитывая представленные данные выберите наиболее подходящую для данной пациентки программу индукции ремиссии

3+7

Азацидин + Венетоклакс *

R-FC

Ибрутиниб в моноредиме

СНОЕР-14

3 Какое количество бластных клеток в костном мозге соответствует костно-мозговой ремиссии

Менее 30 %

Менее 15 %

Менее 9 %

Менее 5 % *

Менее 0,0015 %