

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 (Пироговский  
Университет)

СОГЛАСОВАНО

Директор Департамента подготовки  
кадров высшей квалификации  
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И.  
Пирогова Минздрава России  
(Пироговский Университет)

\_\_\_\_\_ М.В. Хорева

«09» июня 2026 г.

**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность

**31.08.57 Онкология**

Этап программы ординатуры

**Первый этап**

Москва 2026 г.

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с образовательным стандартом специализированного высшего образования по специальности 31.08.57 Онкология, утверждённым ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский Университет) "24" июня 2026 г. № 988 рук, педагогическими работниками кафедры онкологии и лучевой терапии Института хирургии.

№	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность в Университете, кафедра
1	Лактионов Константин Константинович	Д.м.н., доцент, член-корреспондент РАН	Заведующий кафедрой онкологии и лучевой терапии Института хирургии
2	Егорова Ангелина Владимировна	К.м.н., доцент	Профессор кафедры онкологии и лучевой терапии Института хирургии
3	Лепкова Наталья Васильевна	К.м.н.	Доцент кафедры онкологии и лучевой терапии Института хирургии
4	Кудашкин Николай Евгеньевич	К.м.н.	Доцент кафедры онкологии и лучевой терапии Института хирургии
5	Калинин Алексей Евгеньевич	К.м.н.	Доцент кафедры онкологии и лучевой терапии Института хирургии
6	Артамонова Елена Владимировна	Д.м.н.	Профессор кафедры онкологии и лучевой терапии Института хирургии
7	Калинин Сергей Анатольевич	К.м.н.	Доцент кафедры онкологии и лучевой терапии Института хирургии

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании кафедры, протокол от «22» мая 2026 г. № 13.

Заведующий кафедрой

\_\_\_\_\_ К.К. Лактионов

«Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»

1.Цель и задачи государственной итоговой аттестации .....	4
2.Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание .....	4
3.Описание критериев и шкал оценивания компетенций.....	86
4.Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации .	87

## 1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

### Цель государственной итоговой аттестации

Проведение оценки качества подготовки обучающихся посредством оценки готовности выпускника к решению задач профессиональной деятельности в областях и сферах деятельности, заявленных в программе ординатуры/этапе программы ординатуры по специальности 31.08.57 Онкология.

### Задачи государственной итоговой аттестации

Оценка уровня сформированности универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, установленных образовательным стандартом специализированного высшего образования, утвержденным Университетом самостоятельно (далее – ОС СпВО).

Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации «Врач-онколог (медицинская помощь в амбулаторных условиях)» – в случае успешного прохождения государственной итоговой аттестации или об отчислении обучающегося из Университета с выдачей справки об обучении как не выполнившего обязанностей по добросовестному освоению программы ординатуры/этапа программы ординатуры и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

### Результаты освоения программы ординатуры/этапа программы ординатуры, проверяемые в ходе государственной итоговой аттестации

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных в программе ординатуры/этапе программы ординатуры универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций:

### Универсальные компетенции

Таблица 1

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Коммуникация	УК-2. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-3. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

### Общепрофессиональные компетенции

Таблица 2

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

### Профессиональные компетенции

Таблица 3

Наименование категории (группы) профессиональных компетенций	Код и наименование профессиональной компетенции выпускника
Медицинская деятельность	ПК-1. Способен проводить диагностику в целях выявления онкологического заболевания, его прогрессирования
	ПК-2. Способен осуществлять лечение пациентов с онкологическими заболеваниями, контролировать его эффективность и безопасность
	ПК-3. Способен направлять на медицинскую реабилитацию пациентов с онкологическими заболеваниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ПК-4. Способен проводить медицинские экспертизы в отношении пациентов с онкологическими заболеваниями
	ПК-5. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения с целью профилактики онкологических заболеваний, сопровождать и курировать программы, направленных на раннее выявление онкологических заболеваний, организованных в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи
	ПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме
	ПК-8. Способен оказывать паллиативную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями

#### 1. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствии с требованием ОС СпВО государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена.

### **Объем государственной итоговой аттестации**

Объем государственной итоговой аттестации составляет 2 зачетные единицы (72 академических часа), из которых 1.3 зачетные единицы (48 академических часов) отводится на подготовку к государственному экзамену, 0.7 зачетная единица (24 академических часа) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 1,5 недели.

### **Структура государственной итоговой аттестации**

Государственный экзамен проводится в три этапа

Таблица 4

<b>1 этап - тестирование</b>	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры/этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Аттестационное тестирование в соответствии с программой государственного экзамена по специальности
Рекомендации по подготовке	Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника. Тестовый материал охватывает содержание всех обязательных дисциплин (модулей) учебного плана. Каждый обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестовый контроль отводится 60 минут.
<b>2 этап - практический</b>	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений, приобретенных обучающимся в результате освоения программы ординатуры/этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры
Рекомендации по подготовке	Подготовка к практическому этапу осуществляется в процессе освоения программы ординатуры, включая симуляционные курсы, клинические практики и самостоятельную работу.
<b>3 этап - собеседование</b>	
Предмет проверки	Определения объема и качества профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать решения
Особенности проведения	Итоговое собеседование (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования) по вопросам в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по специальности
Рекомендации по подготовке	Собеседование проводится с целью определения профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Собеседование проводится на основе решения ситуационных вопросов (задач) междисциплинарного характера. Оценке подлежит уровень компетенции выпускника в использовании теоретической базы для решения профессиональных задач.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее – предэкзаменационная консультация).

Предэкзаменационные консультации предназначены для обсуждения вопросов, выносимых на государственный экзамен, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу этого на консультацию рекомендуется приходить, изучив материал в полном объеме и сформулировав вопросы преподавателю.

## Содержание государственной итоговой аттестации

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен

### Тестовые задания (1 этап)

1	Термография может быть информативна в диагностике опухолей
	лёгких
	щитовидной железы
	шейки матки
	молочной железы
2	Степень гистологической дифференцировки опухоли бывает
	высокая
	умеренная
	низкая
	минимальная
3	Основным недостатком, ограничивающим применение видеохирургических вмешательств в торакальной онкохирургии, является
	«эффект качелей»
	невозможность остановки массивного кровотечения
	«эффект зеркала»
	отсутствие глубины изображения
4	Что является главной целью профессиональной деятельности врача?
	спасение и сохранение жизни человека
	социальное доверие к профессии врача
	уважение коллег
	материальная выгода
5	В каком проценте случаев при ВИЧ-инфекции развиваются онкологические заболевания?
	в 15-20 % случаев
	в 20-30 % случаев
	в 30-40 % случаев
	в 40-50 % случаев
6	Когда следует начинать противоболевое лечение?
	при появлении первых болевых ощущений

	при боли, не дающей возможности спокойно спать
	при очень сильных болях
	при боли, усиливающейся при движении
7	К симптоматической операции следует относить
	гастрэктомию
	резекцию прямой кишки
	трахеостомию
	нефрэктомию
8	К комбинированной операции следует относить удаление опухоли вместе с
	регионарным лимфатическим барьером и резекцией или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
	регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами, и клетчаткой в зоне операции
	регионарным лимфатическим барьером
	регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции при каком-либо другом заболевании
9	Миастения, как аутоиммунное заболевание, ассоциируется
	с тимомой
	с фибромой средостения
	с ганглионевромой средостения
	с феохромоцитомой средостения
10	Больным с диффузной злокачественной мезотелиомой плевры на I этапе лечения показана
	плеврэктомия
	плевро-пневмонэктомия
	химиотерапия
	лучевая терапия
11	Злокачественные новообразования в Международной классификации болезней МКБ-10 относятся к классу, обозначаемому буквой
	S
	C
	H
	A
12	Классификация новообразований по системе TNM применяется для
	описания анатомического распространения опухолевого процесса
	обозначения локализации первичной опухоли
	определения зон регионарного метастазирования
	подбора индивидуального плана реабилитации

13	Символ Т в классификации новообразований по системе TNM обозначает
	строение первичной опухоли
	наличие, отсутствие и распространенность метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
	распространенность первичной опухоли
	сохранение/нарушение функции органа, пораженного опухолью
14	Символ N в классификации новообразований по системе TNM обозначает
	строение первичной опухоли
	наличие, отсутствие и распространенность метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
	распространенность первичной опухоли
15	Символ M в классификации новообразований по системе TNM обозначает
	строение первичной опухоли
	наличие, отсутствие и распространенность метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
	распространенность первичной опухоли
	наличие/отсутствие отдаленных метастазов
16	Применение различных методов лечения, имеющих как местное, так и системное воздействие называется
	комбинированное лечение
	комплексное лечение
	радикальное лечение
	полихимиотерапия
17	Окончательный диагноз «злокачественное новообразование» может быть установлен на основании
	морфологического исследования
	ультразвукового исследования области локализации первичной опухоли и зон регионарного метастазирования
	магнитно-резонансной томографии
	прецизионного сбора анамнеза и данных физикального обследования
18	Онкомаркеры – это
	строго определенные показатели плотности тканей по шкале Хаунсфилда
	симптомы, характерные для опухоли данной локализации
	специфические вещества, продуцируемые опухолевыми клетками или нормальными тканями в ответ на опухолевую инвазию
	совокупность данных о микро- и макроскопическом строении первичной опухоли
19	В какой срок после выявления первой опухоли вторая выявленная опухоль будет являться метакронной
	более 5 лет

	более 3 лет
	более 1 месяца
	более 6 месяцев
20	Злокачественная опухоль из эпителия – это
	аденома
	саркома
	рак
	лимфома
21	Заболевание, которое в обязательном порядке приведет к развитию злокачественной опухоли, называется
	факультативный предрак
	облигатный предрак
	дисплазия
	преинвазивная карцинома
22	Карцинома in situ согласно классификации TNM относится к
	0 стадии
	I стадии
	Ia стадии
	Ib стадии
23	К Ia клинической группе в онкологии относятся
	больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование
	больные с предопухолевыми заболеваниями
	лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат радикальному лечению
	лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат паллиативному лечению
24	К Ib клинической группе в онкологии относятся
	больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование
	больные с предопухолевыми заболеваниями
	лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат радикальному лечению
	лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат паллиативному лечению
25	К II клинической группе в онкологии относятся
	больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование
	больные с предопухолевыми заболеваниями
	лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат радикальному лечению
	лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат паллиативному лечению

26	К III клинической группе в онкологии относятся
	больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование
	лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат радикальному лечению
	лица с доказанными злокачественными опухолями, которые окончили радикальное лечение и находятся в ремиссии
	лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат паллиативному лечению
27	К IV клинической группе в онкологии относятся
	больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование
	лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат радикальному лечению
	лица с доказанными злокачественными опухолями, которые окончили радикальное лечение и находятся в ремиссии
	лица с доказанными злокачественными опухолями, которые подлежат паллиативному лечению
28	Целью первичной профилактики является
	выявление заболевания на ранних стадиях, предупреждение его прогрессирования и возможных осложнений
	выявление и лечение предраковых заболеваний
	предупреждение возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний
	реабилитация больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности
29	Показатель безрецидивной выживаемости (или выживаемости без прогрессирования) рассчитывается как время
	от начала лечения до прогрессирования заболевания, развития второй опухоли или смерти от любой причины
	от выявления опухолевого заболевания до прогрессирования заболевания, развития второй опухоли или смерти от любой причины
	от хирургического вмешательства до прогрессирования заболевания, развития второй опухоли или смерти от любой причины
	от выявления прогрессирования заболевания до начала повторного лечения
30	Курение является фактором риска
	рака легкого, яичников, мочевого пузыря
	рака легкого, гортани, мочевого пузыря
	рака легкого, почки, щитовидной железы
	рака легкого, желудка, толстой кишки
31	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака
	форма № 35
	форма № 090/у
	форма № 030
	форма № 7
32	Наиболее объективные сведения о местной распространенности опухолевого процесса (стадии заболевания) могут быть получены
	при клиническом осмотре больного

	при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарным лимфатическим аппаратом
	при использовании эндоскопических методов
	при рентгенологическом исследовании
33	В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток
	не нарушена
	нарушена умеренно
	нарушена выраженно
	возможны все варианты
34	Наибольшей канцерогенной активностью обладают
	жиры
	полициклические ароматические углеводороды
	витамины группы А и В
	углеводы
35	Ортоградным лимфогенным метастазированием считается
	метастазирование против тока лимфы
	метастазирование по току лимфы
	метастазирование по межщелевым пространствам
	метастазирование в отдельный регион
36	Определение гормональных рецепторов в опухоли важно
	для типирования гистологической природы опухоли
	для определения целесообразности гормонотерапии
	для определения уровня гормонов в организме
	для оценки ответа опухоли на лечения
37	Вторичная профилактика рака предусматривает
	устранение химических канцерогенов
	профилактику инфицирования онкогенных вирусов
	отказ от курения
	выявление и лечение предраковых заболеваний
38	К генам-супрессорам опухолей относятся гены, кодирующие
	белки-регуляторы транскрипции определённых генов
	эффektorные каспазы, непосредственно обеспечивающие апоптоз клетки
	ферменты, участвующие митозе
	ферменты метаболических путей биосинтеза нуклеотидов

39	Резидуальная опухоль, определяемая макроскопически, обозначается символом
	RX
	R0
	R1
	R2
40	Микроскопически определяемая резидуальная опухоль обозначается символом
	RX
	R1
	R2
	R0
41	Для купирования прорывной боли у пациента, принимающего регулярные опиоиды, наиболее предпочтительным является
	Увеличение дозы основного опиоида в 2 раза
	Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов
	Использование быстродействующих опиоидов (фентанил цитрат в трансмукозальной форме)
	Внутримышечное введение диклофенака
42	Существуют следующие варианты классификации TNM
	патологоанатомическая
	прогностическая
	клиническая
	классическая
43	Виды метастазирования злокачественных новообразований
	лимфогенное
	гематогенное
	имплантационное
	аэрогенное
44	Для злокачественных новообразований по сравнению с доброкачественными характерны
	инвазивный характер роста
	склонность к метастазированию
	медленный характер роста
	склонность к рецидивированию
45	Для доброкачественных новообразований по сравнению со злокачественными характерны
	инвазивный характер роста
	склонность к метастазированию

	медленный характер роста
	склонность к рецидивированию
46	Выберите наиболее часто встречаемую локализацию в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения
	кожа
	предстательная железа
	дыхательная система
	мочевой пузырь
47	Выберите наиболее часто встречаемую локализацию в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения
	кожа
	ободочная кишка
	яичники
	молочная железа
48	Первично-множественные злокачественные новообразования бывают
	мезохронные
	синхронные
	плезиохронные
	метахронные
49	К ВПЧ-ассоциированным новообразованиям относят
	рак молочной железы
	рак шейки матки
	рак полового члена
	рак тела матки
50	К облигатным предраковым заболеваниям относят
	кожный рог
	семейный полипоз толстой кишки
	пигментную ксеродерму
	болезнь Боуэна
51	К факультативным предраковым заболеваниям относят
	болезнь Боуэна
	неспецифический язвенный колит
	кератоакантому
	папиллому
52	К первичной профилактике относят

	пропаганду здорового образа жизни
	маммографический скрининг
	вакцинацию против вируса папилломы человека
	отказ от курения
53	Общее состояние онкологического больного может быть оценено в соответствии с
	индексом Карновского
	классификацией Чайлда-Пью
	шкалой Глазго
	шкалой ECOG
54	К основным путям отдаленного метастазирования злокачественных опухолей относятся
	лёгкие
	печень
	кости
	почки
55	Строма новообразования состоит из
	опухолевые клетки
	соединительная ткань
	сосуды
	нервные волокна
56	Канцерогенный эффект может оказывать воздействие
	ионизирующего излучения
	вируса ВПЧ
	полипропилена
	вируса Эпштейна-Барр
57	M1 по системе TNM может означать наличие метастазов в
	легких
	печени
	регионарных лимфатических узлах
	головном мозге
58	Особенностями herpes zoster у больных со злокачественными опухолями являются
	склонность к ранней диссеминации
	тенденция к слиянию первичных элементов с вторичным инфицированием
	атипическая локализация (по ходу межреберных промежутков)
	нечувствительность к противовирусным препаратам

59	При выявлении у мужчины до 50 лет увеличенных медиастинальных лимфатических узлов показано определение уровня
	СА 125
	ХГЧ
	АФП
	ПСА
60	При неходжкинских лимфомах поражение ЦНС (нейролейкемия) диагностируется на основании исследования
	миелограммы
	спинномозговой жидкости
	компьютерного исследования головного мозга
	магнитно-резонансной томографии головного мозга
61	Дифференциальная диагностика лимфаденопатий опухолевого и реактивного генеза основывается на
	цитологическом исследовании пункционной биопсии увеличенного лимфатического узла
	гистологическом исследовании биоптата увеличенного лимфатического узла
	иммунофенотипировании исследуемого материала
	онкомаркерах
62	В качестве первых проявлений лимфомы Ходжкина наиболее часто отмечается увеличение
	шейно-надключичных лимфоузлов
	медиастинальных лимфоузлов
	забрюшинных лимфоузлов
	паховых лимфоузлов
63	Во сколько раз чаще по сравнению с общей популяцией при ВИЧ-инфекции развиваются неходжкинские лимфомы?
	в 200-250 раз
	в 250-300 раз
	в 300-400 раз
	в 400-500 раз
64	При лимфоме Ходжкина клиническая стадия I A означает
	поражение двух лимфатических зон с симптомами интоксикации
	поражение одной лимфатической зоны без симптомов интоксикации
	поражение одной лимфатической зоны с симптомами интоксикации
	локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани
65	Неблагоприятными факторами прогноза при лимфоме Ходжкина являются
	увеличение медиастинальных лимфоузлов > 1/3 диаметра грудной клетки

	наличие экстранодальных очагов поражения
	поражение костного мозга
	наличие увеличения более трех групп лимфоузлов
66	Характерными симптомами интоксикации при лимфоме Ходжкина являются
	немотивированное повышение температуры тела выше 38°
	похудание более чем на 10% от исходного веса за последние 6 месяцев
	профузная ночная потливость
	прибавка массы тела более чем на 10% от исходного веса за последние 6 месяцев
67	Первичная медиастинальная В-лимфома является особой нозологической формой
	фолликулярной лимфомы
	лимфомы Ходжкина
	диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфомы (ДВКЛ)
	неходжкинской лимфомы
68	Наиболее часто встречающимся вариантом агрессивных В-клеточных крупноклеточных неходжкинских лимфом является
	диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома (ДВКЛ)
	периферические Т-клеточные лимфомы
	лимфома Беркитта
	мантийно-клеточная лимфома
69	Морфологическим субстратом классической лимфомы Ходжкина являются
	клетки Березовского-Рид-Штернберга
	фолликулярные клетки с расщепленными ядрами
	бластные клетки
	LP-клетки «форсот» – клетками «воздушной кукурузы»
70	Основным методом лечения пациентов с Лимфомой Ходжкина является
	химиотерапия
	лучевая терапия
	комбинированный химиолучевой метод
	хирургический метод
71	Основными признаками синдрома «CRAB» при диагностике множественной миеломы являются
	повышение уровня кальция (> 11,0 мг/л или > ВГН)
	анемия (Hb <на 20 г/л от нормы или <100 г/л)
	почечная недостаточность (клиренс креатинина, оцененный по формуле Кокрофта-Голга <40 мл/мин, креатинин > 177 мкмоль/л)
	тромбоцитопения

72	Основными категориями острых лейкозов являются
	острые миелоидные лейкозы
	острые лимфобластные лейкозы
	В-клеточный пролимфоцитарный лейкоз
	хронический лимфолейкоз
73	К обязательным методам современной диагностики острых лейкозов относят
	морфоцитохимический метод
	иммунофенотипический метод
	цитогенетическое и молекулярно-генетическое исследование лейкемических клеток
	сцинтиграфия лимфоузлов
74	Первой линией химиотерапии лимфомы Ходжкина IIIВ стадии является
	схема ABVD
	схема CVPP
	схема BEA COPP
	схема MOPP/ABV
75	Удельный вес больных с запущенными стадиями рака шейки матки за последнее десятилетие в России
	увеличивается
	уменьшается
	остаётся на одном уровне
	не изменяется
76	Какой маркер применяется для диагностики рака шейки матки
	СА-125 (карбогидратный антиген - 125)
	ХГ (хорионический гонадотропин)
	SCC (антиген плоскоклеточных опухолей)
	АФП (альфа-фетопротеин)
77	Для больных раком тела матки I патогенетического варианта характерны признаки
	сахарного диабета
	гипертонической болезни
	атрофии эндометрия
	гиперплазии эндометрия
78	Мутации онкогенов BRCA1 и BRCA2 встречаются чаще при
	семейном (наследственном) раке яичников
	спорадическом раке яичников
	раке щитовидной железы

	одинаково при всех формах
79	К факторам прогноза при раке яичников относятся
	стадия заболевания
	размер остаточной опухоли
	наличие в анамнезе воспалительного процесса в придатках матки
	степень дифференцировки опухоли
80	У больной 18 лет, при обследовании выявлена опухоль правого яичника размером 12 см в диаметре, в анализе крови отмечено повышение АФП и ХГ. Наиболее целесообразно выполнить
	удаление правых придатков матки, резекцию большого сальника
	эксцистицию матки с придатками и удаление большого сальника
	удаление придатков матки с обеих сторон
	надвлагалищную ампутацию матки с придатками
81	У больной эпителиальный рак яичников III стадии, состояние после операции и 2-х циклов химиотерапии. Показаны методы контрольного исследования
	УЗИ органов малого таза
	исследования желудочно-кишечного тракта
	определения опухолевого маркера СА-125
	УЗИ органов брюшной полости
82	Оптимальный объем оперативного вмешательства при раке яичников
	эксцистиция матки с придатками, оментэктомия, удаление опухолевых диссеминатов
	удаление придатков матки с обеих сторон
	надвлагалищная ампутация матки с придатками и оментэктомия
	эксцистиция матки с придатками
83	При раке маточной трубы наиболее целесообразно выполнять операцию в объеме
	надвлагалищной ампутации матки с придатками + оментэктомия
	пангистерэктомии
	пангистерэктомии, оментэктомии, удаление опухолевых диссеминатов, забрюшинной лимфодиссекции
	расширенной эксцистиции матки с придатками
84	Для лечения ранних форм рака шейки матки целесообразно использовать
	хирургический метод
	комбинированный метод
	сочетанный лучевой метод
	лекарственный метод
85	Имплационный тип метастазирования наиболее характерен для

	рака яичников и маточной трубы
	рака анального канала
	колоректального рака
	меланомы вульвы
86	Методом скрининга для рака шейки матки является
	УЗИ органов малого таза
	цитологическое исследование мазков с шейки матки
	бимануальное влагалищное исследование
	ПЦР на определение вируса папилломы человека
87	Выполнение аппендэктомии при муцинозной пограничной опухоли яичников показано
	в любом случае
	при поражении обоих яичников
	при визуальном опухолевом поражении аппендикса
	пациенткам старше 35 лет
88	Часто, метастатическое изолированное поражение плевры у женщин отмечается при раке
	яичников
	вульвы
	матки
	шейки матки
89	При подозрении на серозный рак яичников необходимо исследование крови на
	SCC
	ПСА
	СА-125
	HE-4
90	Вакцинация против вируса папилломы человека проводится в возрасте
	11-12 лет
	30-35 лет
	после менопаузы
	после родов
91	К I стадии рака тела матки при отсутствии регионарных и отдаленных метастазов относятся
	опухоли с инвазией
	серозной оболочки матки
	миометрия
	стромы шейки матки
	прямой кишки

92	Рецидивы рака яичников бывают
	платиночувствительный
	платинорезистентный
	платинорефрактерный
	платиностабильный
93	Циторедукция по размеру остаточной опухоли при раке яичников бывает
	стабильная
	полная
	оптимальная
	лабильная
94	К высокоонкогенным типам вируса папилломы человека относятся
	7 тип
	16 тип
	18 тип
	23 тип
95	Регионарными лимфатическими узлами при раке тела матки являются
	параректальные
	чревные
	внутренние, общие и наружные подвздошные, запираательные
	парааортальные, паракавальные, аортокавальные, преаортальные, прекавальные ниже уровня отхождения почечных сосудов
96	Введение какого инфузионного раствора показано при наличии артериальной гипотензии при анафилактическом шоке?
	изотонического раствора хлорида
	глюкозы 5%
	реополиглюкина
	рефортана
97	Хирургическое стадирование при муцинозном раке яичников включает в себя
	срединную или нижнесрединную лапаротомию
	цитологическое исследование асцита или смывов с брюшины
	оментэктомиию
	удаление желчного пузыря
98	Органосохраняющая операция при раке яичников возможная у пациенток, удовлетворяющих следующим условиям
	высокая дифференцировка опухоли

	IA стадия опухолевого процесса
	желание пациентки сохранить фертильность
	доказанный наследственный характер заболевания
99	Малоинвазивное (лапароскопическое) хирургическое вмешательство при раке яичников может быть использовано с целью
	верификации диагноза
	стадирования
	прогнозирования объёма циторедуктивной операции
	выполнения полной циторедуктивной операции при III стадии заболевания
100	Критерии, наличие которых при раке яичников позволяет назначить PARP-ингибитор олапариб в качестве поддерживающей терапии, это
	серозная карцинома высокой степени злокачественности
	наличие мутации (герминальной или соматической) BRCA
	муцинозная карцинома низкой степени злокачественности
	отсутствие мутации (герминальной или соматической) BRCA
101	При подозрении на герминогенные опухоли яичников необходимо определение уровня онкомаркеров
	РЭА
	АФП
	ХГЧ
	ЛДГ
102	При подозрении на опухоли стромы полового тяжа необходимо определение уровня онкомаркеров
	ЛДГ
	ингибин В
	АФП
	мюллеровская ингибирующая субстанция / антимюллеров гормон
103	Диспансерное наблюдение за больными раком шейки матки после радикального лечения заключается в
	физикальном обследовании, в том числе гинекологический осмотр
	цитологическом исследовании мазков со слизистой культи влагалища
	УЗИ брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства
	определение уровня SCC
104	Способы получения материала для морфологической верификации рака тела матки
	аспирационная биопсия эндометрия
	кульдоцентез
	раздельное диагностическое выскабливание полости матки и цервикального канала
	диагностическая лапароскопия

105	Группы риска при раке тела матки согласно консенсусу ESGO, ESMO, ESTRO
	низкий
	промежуточный
	промежуточный-высокий
	высокий
106	Пациенткам с рецидивом в малом тазу рака шейки матки I стадии возможно проведение
	химиолучевой терапии
	экзентерации малого таза
	химиотерапии
	динамического наблюдения
107	Пациенткам с рецидивом в малом тазу рака шейки матки, которым ранее проводилась лучевая терапия возможно проведение
	экзентерации малого таза
	химиотерапии
	симптоматического лечения
	повторной лучевой терапии
108	К нейроэндокринным опухолям яичников относят
	мелкоклеточный рак
	крупноклеточный рак
	серо-муцинозный рак
	карциномы яичников
109	К истинным опухолям яичников относится
	фолликулярная киста
	киста желтого тела
	параовариальная киста
	аденома яичника
110	Истинным предраком эндометрия следует считать
	железистую гиперплазию эндометрия
	фиброзный полип эндометрия
	аденомиоз
	атипическую гиперплазию эндометрия
111	Трофобластическая болезнь чаще встречается в
	Японии
	Северной Америке

	Европе
	России
112	Основная роль в лечении трофобластических опухолей принадлежит
	хирургическому лечению
	вакцинотерапии
	лекарственному лечению
	лучевому лечению
113	Облигатным предраком эндометрия следует считать
	железистую гиперплазию эндометрия
	фиброзный полип эндометрия
	аденомиоз
	атипическую гиперплазию эндометрия
114	Хориокарцинома - это первичная опухоль
	децидуальной ткани
	трофобласта
	миометрия
	недифференцированных клеток гонад
115	Основная роль в лечении трофобластических опухолей принадлежит
	хирургическому лечению
	вакцинотерапии
	лекарственному лечению
	лучевому лечению
116	Маркером трофобластических опухолей является
	СА 125
	ХГЧ
	НЕ4
	СА 19-9
117	К трофобластическим опухолям относят
	полный пузырный занос
	хориокарциному
	опухоли плацентарного ложа
	тератомы
118	С чем может быть ассоциировано развитие трофобластической опухоли

	беременность, завершившаяся своевременными родами
	беременность, завершившаяся самопроизвольным абортom на раннем сроке
	внематочная беременность
	первичное бесплодие
119	Критериями менопаузы являются
	билатеральная овариэктомия
	возраст $\geq 50$ лет
	аменорея, вызванная применением адъювантной химиотерапии
	возраст $\geq 60$ лет
120	Методы достижения овариальной супрессии
	хирургический (билатеральная овариэктомия)
	лекарственный (аналоги гонадотропного рилизинг гормона)
	миометрия
	лучевой
121	У больного 58 лет диагностирована поверхностная единичная опухоль мочевого пузыря, размером до 1,0 см в диаметре. Произведена трансуретральная резекция мочевого пузыря. Гистологически определяется переходноклеточный рак высокой степени дифференцировки без инвазии мышечного слоя. Дальнейшая тактика лечения
	системная химиотерапия
	цистэктомия
	динамическое наблюдение
	повторная трансуретральная резекция мочевого пузыря через 1 месяц
122	Пациентке 37 лет выполнена трансуретральная резекция мочевого пузыря при единичном экзофитном образовании, размером до 1,5 см в диаметре. Гистологически определяется переходноклеточный рак умеренной степени дифференцировки без признаков инвазии в мышечную оболочку. Этой пациентке показано
	внутрипузырная БЦЖ-терапия
	лучевая терапия
	динамическое наблюдение
	внутрипузырная химиотерапия
123	Препараты, применяемые для внутрипузырного введения при мышечно-неинвазивном раке мочевого пузыря после выполненной ТУР
	цисплатин
	капецитабин
	митомидин С
	BCG
124	Оптимальный объем хирургического вмешательства при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря T2-4N0M0 включает в себя

	ТУР
	радикальную цистэктомию
	тазовую лимфодиссекцию
	поясничную лимфодиссекцию
125	Пациент 56 лет обратился с жалобами на наличие макрогематурии. При обследовании выявлены три экзофитных образования мочевого пузыря, размером до 1,0 см в диаметре. Выполнена трансуретральная резекция мочевого пузыря. Гистологически определяется переходноклеточный рак умеренной степени дифференцировки без инвазии в мышечную оболочку стенки мочевого пузыря. Тактика лечения
	динамическое наблюдение
	лучевая терапия
	внутрипузырная иммунотерапия, (БЦЖ)
	цистэктомия
126	У пациента 25 лет выявлена опухоль яичка. При цитологическом исследовании пунктата яичка определяется герминогенная опухоль. По результатам обследования данных за отдаленные и регионарные метастазы не выявлено. На первом этапе лечения этому пациенту показано проведение лучевой терапии на область яичка
	удаление яичка с семенным канатиком
	проведение системной химиотерапии
	брахитерапия яичка
127	Что входит в комплекс обязательных исследований для диагностики и стадирования рака почки?
	ультразвуковое исследование брюшной полости и забрюшинного пространства
	компьютерная томография брюшной полости и забрюшинного пространства
	пункционная биопсия опухоли почки
	рентгенография грудной клетки
128	Что является основными методами диагностики рака предстательной железы?
	компьютерная томография малого таза
	пальцевое ректальное исследование простаты
	определение уровня простат-специфического антигена (ПСА) крови
	трансректальное ультразвуковое исследование
129	При повышении каких онкомаркеров у мужчины показано выполнение УЗИ мошонки?
	СА 125
	ХГЧ
	АФП
	ПСА
130	Выполнение МРТ головного мозга с в/в контрастированием мужчинам с герминогенными опухолями показано при высоком уровне ЛДГ (свыше $\times 10$ ВГН)

	высоком уровне ХГЧ (свыше 50000 мМЕ/мл)
	множественных метастазах в легких
	локализации первичной опухоли в средостении
131	У больного 65 лет выявлен рак почки. По результатам обследования данных за отдаленные и регионарные метастазы не выявлено, опухоль ограничена почкой. Этому пациенту показано
	только хирургическое лечение
	проведение неoadьювантной химиотерапии с последующим хирургическим лечением
	проведение химиолучевой терапии
	динамическое наблюдение
132	Какой гистологический тип опухоли встречается чаще всего при раке почки?
	светлоклеточный рак
	хромофобный рак
	переходноклеточный рак
	плоскоклеточный рак
133	Радикальным методом лечения рака почки является
	иммунотерапия
	химиотерапия
	хирургический
	комбинированный (операция + лучевая терапия)
134	У больного 54 лет рак левой почки, через 5 лет после радикальной нефрэктомии выявлен солитарный метастаз 3 см в правый надпочечник. Оптимальным методом лечения будет
	лапароскопическая адреналэктомия справа
	адреналэктомия справа тораколумбальным доступом
	эндоскопическая адреналэктомия справа поясничным доступом
	адреналэктомия справа, парааортальная лимфаденэктомия лапаротомным доступом
135	Таргетным препаратом, применяемым при лечении диссеминированного рака почки, является
	адриамицин
	пазопаниб
	ацикловир
	золендроновая кислота
136	Какой из препаратов, применяющихся для лечения диссеминированного рака почки, является ингибитором m-TOR?
	эверолимус
	пазопаниб
	сунитиниб
	бевацизумаб

137	При какой локализации метастазов рака почки прогноз будет наиболее благоприятным?
	в легких
	в костях
	в печени
	в головном мозге
138	Первым симптомом рака почки является
	слабость
	гематурия
	боль в поясничной области
	лейкоцитоз
139	К триаде симптомов рака почки относятся
	гематурия, боль, пальпируемая опухоль
	гематурия, боль, слабость
	гематурия, потеря веса, слабость
	гематурия, боль, повышенная температура тела
140	Рак полового члена чаще всего метастазирует
	в почки
	в регионарные лимфоузлы
	в надключичные лимфатические узлы
	в печень
141	Каковы основные принципы радикальной нефрэктомии при раке почки?
	чрезбрюшинный доступ
	ранняя перевязка почечных сосудов
	моноблочное экстрафасциальное удаление почки с паранефральной клетчаткой
	люмботомический доступ
142	Что является характерным для рака почки?
	местный рост опухоли
	гематогенный путь метастазирования
	метастазирование по ходу мочеточника
	имплантационный путь метастазирования
143	Переход опухоли на какие анатомические структуры соответствует Клинической стадии cT3 рака почки?
	ипсилатеральный надпочечник
	почечная вена

	почечный синус
	нижняя полая вена
144	Неблагоприятные прогностические факторы при раке почки согласно модели MSKCC
	соматический статус <70% по шкале Карновского
	повышение уровня ЛДГ > 1,5 ВГН
	уровень фосфора > 1,3 ВГН
	уровень гемоглобина ниже НГН
145	Морфологические варианты почечноклеточного рака
	светлоклеточный
	хромофобный
	медулярный
	плоскоклеточный
146	В каком случае пациент с семиномой яичка относится к группе умеренного прогноза?
	при наличии метастазов в печень, кости, головной мозг
	при предоперационном титре АФП больше 15000 нг/мл
	при предоперационном титре ХГ больше 15000 нг/мл
	при наличии регионарных метастазов
147	Определите тактику лечения больного, у которого выявлен локализованный мышечноинвазивный уротелиальный рак, высокой степени злокачественности
	динамическое наблюдение
	внутрипузырная иммунотерапия
	цистэктомия
	резекцию мочевого пузыря
148	В соответствии с клиническими и патологоанатомическими характеристиками рак молочной железы у мужчин, верно утверждение
	у мужчин чаще РЭ(+), чем у женщин, и, чем старше мужчина, тем больше вероятность РЭ(+) РМЖ
	случаи карциномы in situ и инвазивной дольковой карциномы были описаны у мужчин
	наиболее частый симптом - безболезненное плотное образование под соском, выявляемое в 75% случаев
	при физикальном обследовании в комплексе с пальпируемым образованием в молочной железе часто обнаруживаются изменения ареолы, втяжение соска, экзематозные изменения соска
149	К герминогенным опухолям яичка относятся
	лейдигома
	сертолиома
	семинома
	гранулезоклеточная опухоль

150	При подозрении на рак предстательной железы необходимо исследование
	крови на ПСА
	мазка из уретры на ПСА
	крови на SCC
	мазка из уретры на SCC
151	Для лечения рака предстательной железы применяются
	андрогены
	эстрогены
	антиэстрогены
	прогестероны
152	Опухолевым маркером рака предстательной железы является
	АКТГ, кортизон
	а-фетопротеин
	ХГ, ТБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический б-глобулин)
	щелочная фосфатаза, ПСА
153	Какие опухоли яичка относятся к негерминогенным?
	семинома
	лейдигома
	сертолиома
	эмбриональный рак
154	Что является характерным для метастазирования рака яичка?
	раннее метастазирование
	преимущественно-лимфогенный путь
	чаще возникают отдаленные метастазы, чем регионарные
	имплантационный путь метастазирования
155	Какую роль в лечении рака яичка играет определение опухолевых маркеров (АФП, ХГ, ЛДГ)?
	диагностика опухолей яичка на ранней стадии
	определение тактики и оценка эффективности лечения
	определение прогноза заболевания
	выявление рецидива заболевания
156	Для каких опухолей яичка характерны дисгормональные изменения в организме (гинекомастия, снижение либидо и др.)?
	сертолиома
	лейдигома
	хорионкарцинома

	эмбриональный рак
157	Какие схемы лечения входят в понятие «максимальная андрогенная блокада» при раке предстательной железы?
	применение антиандрогенов и агонистов релизинг-фактора лютеинизирующего гормона (ЛГРГ)
	применение антиандрогенов и хирургической кастрации
	применение антиандрогенов и химиотерапии
	применение такмоксифена и хирургической кастрации
158	Пациенту 58 лет установлен диагноз локализованный рак предстательной железы. Данных за метастазы не выявлено. Этому пациенту может быть предложено
	лучевая терапия на область предстательной железы и регионарных лимфатических узлов
	системная химиотерапия
	радикальная простатэктомия
	динамическое наблюдение
159	При подозрении на герминогенные опухоли у мужчин рекомендовано определение концентрации в крови
	АФП
	ПСА
	ХГЧ
	ЛДГ
160	Когда при герминогенной опухоли у мужчин рекомендуется биопсия здорового контралатерального яичка
	при атрофии этого яичка (объем 12 мл)
	у молодых пациентов (до 30 лет)
	при крипторхизме этого яичка в анамнезе
	у пожилых пациентов (после 70 лет)
161	Герминогенные опухоли у мужчин делятся на
	семинозный вариант
	ювенильный вариант
	экстраорганный вариант
	несеминозный вариант
162	Варианты прогноза принесеминозных герминогенных опухолях у мужчин
	благоприятный
	промежуточный
	промежуточно-благоприятный
	неблагоприятный
163	Варианты прогноза при семинозных герминогенных опухолях у мужчин

	благоприятный
	промежуточный
	промежуточно-благоприятный
	неблагоприятный
164	Формы рака предстательной железы
	гормонолабильная
	гормоночувствительная
	кастрационно-резистентная
	первичная
165	Особенности гистопатологической градации степени дифференцировки по шкале Глисона
	используется только для аденокарциномы
	является суммой степени дифференцировки преобладающего по распространенности (основного) компонента опухоли и степени дифференцировки второго по распространенности компонента опухоли
	максимальный балл 20
	максимальный балл 10
166	Способы андрогенной депривации при раке предстательной железы
	двусторонняя орхидэктомия
	двусторонняя энуклеация паренхимы яичек
	применение аналогов гонадотропного релизинг гормона
	применение эстрогенов
167	Где располагается венозный круг в молочной железе (венозный анастоматический круг)?
	области фасции большой грудной мышцы
	области ареолы
	внутренних квадрантах
	верхненаружном квадранте
168	Где начинается внутренняя артерия молочной железы (внутренняя грудная артерия)?
	подключичной артерии
	общей сонной артерии
	верхней щитовидной артерии
	позвоночной артерии
169	В этиологии рака молочной железы имеют значение 1) наследственное генетическое предрасположение, 2) гормональный дисбаланс, 3) недостаточность репродуктивной и лактационной функций, 4) органические заболевания половых и эндокринных органов. Укажите правильную комбинацию ответов
	1, 2, 4
	2, 3, 4

	1, 2, 3
	1, 2, 3, 4
170	У женщин, больных раком молочной железы, в 80% случаев выявляется
	инфильтрирующий дольковый рак
	медуллярный рак
	инфильтрирующий протоковый рак
	тубулярный рак
171	Оптимальный алгоритм обследования при подозрении на рак молочной железы
	1 УЗИ молочных желез → 2 пункция опухоли → 3 маммография
	1 маммография → 2 УЗИ молочных желез → 3 пункция опухоли
	1 пункция опухоли → 2 маммография → 3 УЗИ молочных желез
	1 пункция опухоли → 2 УЗИ молочных желез → 3 маммография
172	Беременность, после радикального лечения рака молочной железы, допустима
	через 2 года безрецидивного периода
	через 3 года безрецидивного периода
	через 5 лет безрецидивного периода
	через 7 лет безрецидивного периода
173	При раке молочной железы с отёком кожи специальное лечение следует начинать
	с операции
	с лучевой терапии
	с химиотерапии
	с иммунотерапии
174	При местнораспространённых формах рака молочной железы после радикальной мастэктомии обязательным этапом является
	антигистаминная терапия
	лазерная терапия
	лучевая терапия на область передней грудной стенки и зоны лимфоколлекторов
	витаминотерапия
175	При тройном негативном раке молочной железы назначается
	химиотерапия
	гормонотерапия
	химиотерапия + гормонотерапия
	таргетная терапия
176	Перед началом сердечно-легочной реанимации больному придают положение

	на спине с приподнятым головным концом
	на спине с опущенным головным концом
	полусидя с валиком под лопатками
	на спине, горизонтально, на твердой поверхности
177	Препаратом выбора при анафилактическом шоке является
	норэпинефрин
	допамин
	эпинефрин
	фенилэфрин
178	Дефибрилляция применяется при
	фибрилляции предсердий
	асистолии
	фибрилляции желудочков
	полной атриовентрикулярной блокаде
179	Внутрипротоковый рак в структуре рака молочной железы составляет
	не более 2%
	не более 7%
	не более 10%
	не более 15%
180	При пальпации молочной железы у больной раком молочной железы можно наблюдать следующие симптомы
	симптом Прибрама
	симптом Кенига
	симптом Мерфи
	симптом Пайра
181	Абсолютным противопоказанием к выполнению дуктографии является
	секретирующая и кровоточащая молочная железа с не определяемой пальпаторно опухолью
	цитологически подтвержденный рак молочной железы
	аденоз молочной железы
	фиброзно-кистозная мастопатия
182	Правильной последовательностью действий при подозрении на внезапную остановку сердца является оценка
	роговичного (корнеального) рефлекса и симптома «кошачьего зрачка»
	пульса и реакции зрачков на свет; оценка ранних трупных признаков
	врачом собственной безопасности; оценка сознания; оценка дыхания
	диуреза, пульсоксиметрии, частоты дыхательных движений

183	В каких случаях назначается трастузумаб
	мутации KRAS
	мутации EGFR
	экспрессии Her2/neu 3+
	высокой экспрессии PD-L
184	Какие алкилирующие агенты используются в лечении рака молочной железы
	карбоплатин
	фторурацил
	блеомицин
	паклитаксел
185	Рак молочной железы и рак органов желудочно-кишечного тракта входят в состав
	синдрома Линча I
	синдрома Линча II
	синдрома Ли-Фраумени
	синдрома Пейца-Егерса
186	У больной 45 лет рак правой молочной железы T2N3M0 Гистология (сог-биопсия опухоли) инфильтративный рак 2 степени злокачественности РЭ 70%, РП 70%, Her2=2+, по данным FISH – реакции амплификации не выявлено, Ki- 67=45%. На I этапе больной может быть рекомендовано
	радикальная мастэктомия справа с сохранением грудных мышц
	лучевая терапия на молочную железу и регионарные лимфоузлы
	полихимиотерапия по схеме AC 4 курса с оценкой эффекта
	гормонотерапия тамоксифеном
187	У больной 47 лет рак левой молочной железы T2N2M0, состояние после комбинированного лечения (4 курса AC, затем 4 курса доцетаксела + радикальная резекция левой молочной железы). Гистология инфильтративный рак 2 степени злокачественности со слабовыраженным лечебным патоморфозом (1 степень). В 4 из 11 регионарных лимфоузлов - метастазы рака без признаков лечебного патоморфоза. В трех краях резекции без элементов опухоли РЭ более 80%, РП более 80%, Her2=1+, ki 67=60%. Что может быть рекомендовано больной после операции
	4 курса доцетаксел 75-100мг/м2 1 раз в 3 недели
	повторная операция в объеме радикальной мастэктомии слева с сохранением грудных мышц
	адьювантная гормонотерапия: тамоксифен 5 лет
	адьювантная гормонотерапия: овариальная супрессия + ингибитор ароматазы 5 лет
188	У больной 50 лет рак правой молочной железы T1N1M0, состояние после радикальной резекции правой молочной железы. Гистология инфильтративный рак неспецифического типа 3 степени злокачественности с признаками сосудистой инвазии. В краях резекции - без признаков опухолевого роста В 2 из 8 регионарных лимфоузлов - метастазы рака аналогичного строения ИГХ РЭ 0, РП 0, Her2/neu = 1+, Ki 67=98%. Что можно рекомендовать больной в адьювантном режиме сразу после заживления раны?
	химиотерапия 4 цикла AC 1 раз в 2 недели (+КСФ) или 1 раз в 3 недели, затем паклитаксел 80 мг/м2

	- 1 раз в неделю - 12 циклов или доцетаксел 75-100 мг/м <sup>2</sup> 1 раз в 3 недели 4 цикла. Далее лучевая терапия на оставшуюся часть правой молочной железы и регионарные зоны лимфооттока + «буст»
	лучевая терапия на оставшуюся часть правой молочной железы и регионарные зоны лимфооттока СОД 50 Гр + «буст» на ложе удаленной опухоли 16 Гр химиотерапия не показана
	герцептин нагрузочная доза 8мг/кг массы тела в/в кап, далее по 6 мг/кг 1 раз в 3 недели в течение 1 года (+ химиотерапия таксанами)
	гормонотерапия тамоксифеном в течение 5-10 лет
189	При проведении сердечно-легочной реанимации одним реаниматором соотношение числа компрессий к частоте дыхания составляет
	30:1
	15:1
	30:2
	15:2
190	Множественные травмы, обширные хирургические вмешательства, септические состояния, злокачественные опухоли могут быть причиной развития
	болезни Рандю-Ослера
	геморрагического васкулита
	ДВС-синдрома
	гемолитической анемии
191	Лапатиниб в комбинации с капецитабином при Her2-положительном диссеминированном раке молочной железы назначается в дозе
	1250 мг/сут ежедневно
	1500 мг/сут ежедневно
	2000 мг/сут ежедневно
	2500 мг/сут ежедневно
192	Рак in situ отличается от микроинвазивного рака молочной железы тем, что
	инфильтрирует и разрушает базальную мембрану
	инфильтрирует ткань в пределах слизистой оболочки
	инфильтрирует и слизистую, и подслизистую оболочку органа
	не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее
193	При маммографии выявлено подозрение на рак молочной железы, риск рака до 95%, требуется верификация опухоли, это соответствует
	BIRADS 2
	BIRADS 3
	BIRADS 4
	BIRADS 5
194	Какое побочное действие вызывает применение доцетаксела у больных раком молочной железы со стороны кроветворения
	нейтропения
	тромбоцитоз

	эритроцитоз
	анемия
195	На какие сутки происходит максимальное снижение количества форменных элементов крови при применении циклофосфида у больных раком молочной железы
	1-2 сутки
	7-14 сутки
	21 сутки
	20-30 сутки
196	Частота сжатий грудной клетки при сердечно-легочной реанимации должна составлять
	менее 80 в минуту
	менее 100 в минуту
	более 110 в минуту
	более 100 в минуту
197	При уходе за пациентом с угрозой развития пролежней (шкала Ватерлоу 25 баллов) кратность смены положения тела должна составлять
	Каждые 4 часа
	Каждые 2 часа
	Каждые 6 часов
	Каждые 8 часов
198	Доксорубин в монотерапии диссеминированного рака молочной железы назначается в дозе
	40 мг/м <sup>2</sup> внутривенно еженедельно
	20 мг/м <sup>2</sup> внутривенно еженедельно
	30 мг/м <sup>2</sup> внутривенно еженедельно
	50 мг/м <sup>2</sup> внутривенно еженедельно
199	К абсолютным противопоказаниям к органосохраняющему лечению рака молочной железы относится
	T3-T4 без предварительного лечения
	мультицентрический рост опухоли (два и более опухолевых узлов в более чем одном квадранте молочной железы)
	неблагоприятное соотношение размера опухоли и молочной железы
	диссеминированный рак молочной железы
200	Какой стадии соответствует рак молочной железы T4N1M0
	IIIА стадии
	IIIВ стадии
	IIIС стадии
	IV стадии

201	Умеренную радиочувствительность имеют следующие опухоли
	хондрома
	лимфома Ходжкина
	рак молочной железы
	гигантоклеточная фолликулярная лимфома
202	Какой стадии соответствует рак молочной железы T2N3M0?
	IIВ стадии
	IIIА стадии
	IIIВ стадии
	IIIС стадии
203	Какой стадии соответствует рак молочной железы T4N2M0?
	IIIА стадии
	IIIВ стадии
	IIIС стадии
	IV стадии
204	Инвазивный рак молочной железы 0,7см в диаметре соответствует категории
	T1a
	T1b
	T1c
	T2
205	Метастазы рака молочной железы в ипсилатеральные подключичные лимфоузлы соответствует категории N
	N3a
	N3b
	N3c
	N2
206	Для сарком семейства Юинга характерно
	встречаются преимущественно у лиц молодого возраста
	встречаются преимущественно у лиц пожилого возраста
	мало чувствительны к лучевой терапии и химиотерапии
	высоко чувствительны к лучевой терапии и химиотерапии
207	Особенностью применения экземестана является следующее
	с осторожностью применяют у больных любой формой порфирии
	не следует сочетать с препаратами платины
	применяют в постменопаузе

	применяют только в пременопаузе
208	Метастазы рака молочной железы в ипсилатеральные надключичные лимфоузлы соответствует категории
	N3a
	N3b
	N3c
	M1
209	В структуре онкологической смертности женского населения рак молочной железы занимает
	1 место
	2 место
	3 место
	5 место
210	В качестве скрининга рака молочной железы у женщин в менопаузе наиболее эффективно применение
	маммография
	УЗИ молочных желез и зон регионарного лимфооттока
	пальпаторное обследование молочных желез
	МРТ молочных желез
211	У больной 25 лет на фоне беременности появилось уплотнение и гиперемия правой молочной железы, кровянистые выделения из соска, пальпируется увеличенный до 2 см в диаметре безболезненный лимфоузел в правой подмышечной области. Наиболее целесообразным в данном случае является
	назначение физиотерапевтических процедур
	повторное обследование через 1 месяц
	пункция уплотнения правой молочной железы и увеличенного лимфоузла с последующим цитологическим исследованием
	назначение антибиотиков
212	При выполнении радикальной мастэктомии по Маддену удаляется
	молочная железа и малая грудная мышца с клетчаткой подмышечной области
	только молочная железа
	молочная железа с клетчаткой подмышечной области
	опухоль в пределах здоровых тканей с клетчаткой подмышечной области
213	Секторальная резекция молочной железы может быть выполнена при
	при узловой мастопатии
	при раке Педжета
	при диффузной мастопатии
	при раке T3N1M0

214	Решение вопроса о продлении листка нетрудоспособности свыше 10-12 месяцев у онкологического пациента находится в компетенции:
	Бюро МСЭ
	Врачебной комиссии (ВК) медицинской организации
	Заведующего отделением
	Только лечащего врача онкодиспансера
215	При радикальной мастэктомии по Холстеду
	удаляются малая и большая грудные мышцы
	удаляется малая грудная мышца, а большая сохраняется
	удаляется большая грудная мышца, а малая сохраняется
	сохраняются малая и большая грудные мышцы
216	У первородящей молодой женщины в молочной железе пальпируется болезненное уплотнение с гиперемией кожи. Положительный симптом флюктуации, температура 39 С. Наиболее вероятный диагноз
	рак Педжета
	фиброзная мастопатия
	острый гнойный мастит
	фиброаденома молочной железы
217	Прогноз течения рака молочной железы хуже при
	узловой форме II стадии
	отечно-инфильтративной форме
	болезни Педжета
	узловой форме I стадии
218	Преимущества реконструктивной аутопластики заключаются в
	возможность достижения симметричности размеров и формы молочных желез
	натуральный внешний вид и естественность ощущений
	физиологическая «теплота» тканей сформированной молочной железы
	натуральные возрастные изменения тканей сформированной молочной железы в процессе старения
219	Варианты лекарственной терапии при люминальном раке молочной железы
	гормонотерапия + химиотерапия
	гормонотерапия + химиотерапия + анти-Her2 терапия
	химиотерапия
	лучевая терапия
220	Внутрипротоковый рак характеризуется следующим типом роста
	солидный
	угревидный

	папиллярный
	криброзный
221	К первичным рентгенологическим признакам рака молочной железы относят
	опухолевидная тень
	микрокальцинаты
	изменения со стороны кожи
	усиленная васкуляризация
222	К вторичным признакам рака молочной железы относят
	изменения со стороны кожи
	усиленная васкуляризация
	микрокальцинаты
	опухолевидная тень
223	Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы
	узловую
	диффузную
	рассеянную
	рак Педжета
224	При определении распространения злокачественной опухоли молочной железы на грудную стенку оценивается вовлеченность таких структур как
	ребра
	межреберные мышцы
	передняя зубчатая мышца
	грудные мышцы
225	Характеристики диффузной формы рака молочной железы
	наличие макрокальцинатов в структуре опухоли
	эритема и отек кожи молочной железы
	опухоль более 50мм в наибольшем измерении
	отсутствие четко пальпируемого опухолевого узла
226	Обязательным является определение в опухоли молочной железы иммуногистохимическим методом следующих характеристик
	уровень экспрессии рецепторов эстрогенов
	уровень экспрессии рецепторов прогестерона
	HER2
	Ki67
227	При диагностике рака молочной железы выполнение МРТ показано при

	BRCA-ассоциированном раке молочной железы
	наличии имплантов в молочной железе
	дольковом варианте опухоли
	подозрении на мультицентричность/мультифокальность роста
228	Люминальному А молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
	РЭ положительные
	HER2 отрицательный
	низкий Ki67
	РЭ отрицательные
229	Люминальному В (HER2 отрицательному) молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
	РЭ положительные
	HER2 отрицательный
	высокий Ki67
	РЭ отрицательные
230	Люминальному В (HER2 положительному) молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
	РЭ отрицательные
	РЭ положительные
	HER2 положительный
	Ki67 и РП любые
231	HER2 положительному нелюминальному молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
	HER2 положительный
	РЭ отрицательные, РП отрицательные
	РЭ положительные, РП высокие (>20%)
	РЭ положительные, РП низкие (<20%)
232	Базальноподобному молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
	РЭ отрицательные
	РП отрицательные
	HER2 положительный
	HER2 отрицательный
233	Режим химиотерапии по схеме АС при раке молочной железы включает в себя препараты
	доксорубицин
	адриамицин
	цисплатин

	циклофосфамид
234	Неoadьювантная лекарственная терапия при первично операбельном раке молочной железы позволяет
	избежать хирургического вмешательства
	выполнить органосохранную операцию
	оценить эффект лекарственной терапии
	улучшить прогноз в случае достижения полного патоморфологического ответа
235	Какие противоопухолевые антибиотики используются в лечении рака молочной железы?
	доксорубин
	винорельбин
	метотрексат
	гемцитабин
236	Больной 48 лет с пременопаузальным статусом, с гормонопозитивным раком молочных желез с противопоказаниями к приему тамоксифена следует назначить
	ингибиторы ароматазы
	ингибиторы ароматазы + выключение функции яичников
	кастрация
	андрогены
237	Оптимальным методом лечения первичных неорганных забрюшинных опухолей
	хирургический метод
	химиотерапия
	лучевая терапия
	гормональная терапия
238	Дренирование забрюшинного пространства после удаления забрюшинной опухоли
	способствует свободному оттоку крови, скопившейся в забрюшинном пространстве
	служит контролем за продолжающимся кровотечением из ложа удаленной опухоли
	способствует профилактике развития гнойно-воспалительных процессов в забрюшинном пространстве
	снижает частоту рецидивов
239	Признаки висцерального криза при раке молочной железы
	множественное метастатическое поражение внутренних органов
	множественное метастатическое поражение костей
	клинические признаки нарушения функции внутренних органов, создающие угрозу жизни пациента и требующие быстрого достижения противоопухолевого эффекта
	лабораторные признаки нарушения функции внутренних органов, создающие угрозу жизни пациента и требующие быстрого достижения противоопухолевого эффекта
240	Больным раком молочной железы пременопаузального возраста в качестве гормонотерапии

	показано применение
	аналогов ГРГ (гозерелин, бусерелин, лейпрорелин)
	антагонистов рецепторов эстрогенов (фулвестрант)
	селективных модуляторов рецепторов эстрогенов (тамоксифен)
	ингибиторов ароматазы третьего поколения (нестероидных) (анастрозол, летрозол)
241	Генетическое обследование с определением мутаций каких генов проводится у всех беременных пациенток больных раком молочной железы
	BRCA1/2
	BRAF
	CHEK2
	KRAS
242	Консультация медицинского генетика и определение мутаций BRCA1/2 показано больным раком молочной железы
	пациенткам моложе 50 лет с люминальным А фенотипом рака молочной железы
	отягощенном наследственном анамнезе
	пациенткам моложе 40 лет
	пациенткам моложе 50 лет с тройным негативным фенотипом рака молочной железы
243	Факторы неблагоприятного прогноза при раке молочной железы
	возраст $\leq 35$ лет
	T 3-4
	поражение $\geq 4$ лимфатических узлов
	аменорея после адъювантной химиотерапии
244	При радикальной мастэктомии по Пейти большая и малая грудные мышцы
	сохраняются
	большая грудная мышца сохраняется, малая грудная мышца удаляется
	удаляются обе мышцы
	сухожилие малой грудной мышцы отсекается, и после лимфодиссекции подшивается
245	Мутации какого гена этиологичны для синдрома Ли-Фраумени
	BRCA 1
	BRCA 2
	TP 53
	CHEK 2
246	Какой степени постмастэктомического отека соответствует разница на 5см показателей длины окружности средней трети плеча и средней трети предплечья?
	I степени
	II степени

	III степени
	IV степени
247	Когда чаще всего развивается скаленус-синдром после радикальной мастэктомии по Маддену?
	в первые 24 часа после операции
	в первые 48 часов после операции
	через 9-12 месяцев
	через 3 месяца
248	Какой степени постмастэктомического отека соответствует разница на 1,5 см показателей длины окружности средней трети плеча и средней трети предплечья?
	I степени
	II степени
	III степени
	IV степени
249	Для какой стадии постмастэктомического синдрома характерно наличие постмастэктомического отека 0 – I степени верхней конечности без проявлений синдрома напряжения передней лестничной мышцы?
	IIa стадии
	III стадии
	Ia стадии
	Iб стадии
250	Для какой стадии постмастэктомического синдрома характерно наличие постмастэктомического отека II – IV степени верхней конечности и клинических проявлений синдрома напряжения передней лестничной мышцы?
	IIa стадии
	IIб стадии
	III стадии
	Iб стадии
251	Какое осложнение развивается наиболее часто у пациентки после радикальной мастэктомии с подмышечной лимфодиссекцией в раннем послеоперационном периоде?
	контрактура плечевого сустава
	гематома
	лимфедема верхней конечности
	капсулярная контрактура
252	Факторами риска развития диффузной фиброзно-кистозной мастопатии является
	хронический аднексит
	заболевания щитовидной железы
	хронический гепатит

	хронический тонзилит
253	Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения
	лучевой терапии
	гормонотерапии
	химиотерапии
	хирургического лечения молочной железы
254	Определение HER2 статуса показано при
	раке желудка
	раке молочной железы
	раке тела матки
	раке прямой кишки
255	Химиотерапия в предоперационном периоде называется?
	неoadъювантная химиотерапия
	адъювантная химиотерапия
	индукционная химиотерапия
	консолидирующая химиотерапия
256	Лучевое лечение и химиотерапия наиболее эффективны при
	хондросаркоме
	фибросаркоме
	саркоме Юинга
	саркоме почки
257	Целью II фазы клинического изучения противоопухолевого препарата является
	определение максимально переносимой дозы цитостатика
	сравнительное изучение с другими цитостатиками
	доказать клиническую эффективность лекарственного средства у определенной группы пациентов, оценить краткосрочную безопасность активного ингредиента, определение уровня терапевтической дозы препарата и схемы дозирования
	изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками
258	Целью III фазы клинического изучения противоопухолевого препарата
	определить краткосрочное и долгосрочное отношение /безопасность/эффективность для лекарственных форм активного компонента
	определение максимально переносимой дозы цитостатика
	изучение противоопухолевой активности цитостатика и ее спектра при "сигнальных опухолях"
	анализ экономических показателей лечения и уровня качества жизни
259	Пациенту 35 лет с опухолью яичка выполнена орхифуниктуэктомия. Данных за наличие метастазов не выявлено. Уровень АФП – 19 нг/мл; ХГЧ – 24 нг/мл. Гистологически определяется семинома с

	признаками лимфатической инвазии. Этому пациенту показано
	химиотерапия по схеме BEP
	динамическое наблюдение
	химиотерапия по схеме VeIP
	лучевая терапия
260	Многоэтапный процесс накопления мутаций и других генетических изменений, приводящих к нарушениям регуляции клеточного цикла, апоптоза, дифференцировки, морфогенетических реакций клетки, противоопухолевого иммунитета называется
	канцерогенез
	дисплазия
	метастазирование
	гиперплазия
261	Химиотерапия, назначаемая после хирургического вмешательства
	неoadьювантная
	индукционная
	консолидирующая
	адьювантная
262	Условия создания режимов для комбинированной химиотерапии
	каждый из применяемых цитостатиков должен быть по отдельности активен при опухоли данной локализации (вызывая хотя бы частичную регрессию)
	механизмы противоопухолевого действия препаратов должны быть различны
	цитостатики должны быть из одной и той же группы
	каждый из цитостатиков должен иметь различные спектры токсичности
263	Видами противоопухолевого лечения являются
	хирургическое вмешательство
	лучевая терапия
	гормонотерапия
	химиотерапия
264	Химиотерапия по отношению к хирургическому вмешательству бывает
	адьювантная
	радикальная
	неoadьювантная
	вспомогательная
265	Способы введения химиопрепаратов
	внутриплевральное
	внутривенное

	внутрибрюшное
	внутриартериальное
266	Лекарственную противоопухолевую терапию применяют в качестве
	самостоятельного метода лечения
	компонента комплексного лечения
	радиомодификатора
	профилактики послеоперационных осложнений
267	Основными токсическими проявлениями химиотерапии являются
	миелосупрессия
	иммуносупрессия
	кардиотоксичность
	нефротоксичность
268	Рекомендуемые режимы адьювантной химиотерапии при опухолях стромы полового тяжа и стероидноклеточных опухолях
	ВЕР
	ТИР
	СР
	ЕР
269	В схему химиотерапии ВЕР входят препараты
	блеомицин
	этопозид
	паклитаксел
	цисплатин
270	Какие химиопрепараты могут являться компонентом лечения плоскоклеточного рака анального канала
	иринотекан
	5-фторурацил
	цисплатин
	карбоплатин
271	Рекомендуемые режимы химиотерапии, используемые в химиолучевой терапии при лечении плоскоклеточного рака анального канала
	цисплатин + иринотекан
	митомидин С + 5-ФУ
	митомидин С + капецитабин
	цисплатин + 5-ФУ

272	Как рассчитывается доза карбоплатина
	на килограмм массы тела
	на площадь поверхности тела
	по формуле Калверта
	доза всегда стандартная
273	Комбинация FOLFOX включает следующие препараты
	5-фторурацил, иринотекан, оксалиплатин
	5-фторурацил, лейковорин, оксалиплатин
	5-фторурацил, капецитабин, лейковорин
	5-фторурацил, лейковорин, цисплатин
274	Предпочтительный режим введения трастузумаба
	1 раз в 3 недели в дозе 6 мг/кг в течение 1 года
	1 раз в 3 недели в дозе 6 мг/кг (первая доза — 8 мг/кг) в течение 1 года
	1 раз в 4 недели в дозе 6 мг/кг в течение 1 года
	1 раз в 4 недели в дозе 6 мг/кг (первая доза — 8 мг/кг) в течение 1 года
275	Наиболее уязвима для цитостатиков опухолевая клетка, находящаяся в фазе
	M
	G1
	S
	G2
276	К цитостатикам с преимущественно фазово-неспецифическим действием относятся
	адриамицин
	платидиам
	алкилирующие агенты
	таксаны
277	Противопоказанием для назначения антрациклинов является
	диссеминация опухолевого процесса
	сердечно-сосудистая недостаточность
	повышение температуры тела до 37,5°C
	отсутствие одной почки
278	Противопоказанием для применения ифосфамида является
	геморрагический цистит
	инфаркт в анамнезе
	повышение трансаминаз в 2 раза

	аллергия в анамнезе
279	К ингибиторам PD-1 относятся
	ниволумаб
	пембролизумаб
	атезолизумаб
	ипилилумаб
280	Для терапии кандидомикозной инфекции ( <i>C albicans</i> ) эффективны
	амфотерицин В
	флюконазол
	итраканазол
	Д бисептол
281	Для лечения герпетической вирусной инфекции используются
	цефалоспорины
	пенициллины
	препараты альфа-интерферона
	противовирусные препараты
282	Основным функциональным показателем кардиотоксичности антрациклинов является
	изменение зубца Т на электрокардиограмме
	увеличение интервала Р-Q на электрокардиограмме
	гипотония
	уменьшение фракции выброса левого желудочка
283	Фазлодекс относится к
	антагонист рецепторов эстрогена
	прогестины
	ингибиторы ароматазы
	суперагонисты релизинг гормона лютеинизирующего гормона гипофиза (LH-RH)
284	Золадекс относится к
	антагонист рецепторов эстрогена
	прогестины
	ингибиторы ароматазы
	суперагонисты релизинг гормона лютеинизирующего гормона гипофиза (LH-RH)
285	Эксеместан относится к
	антиэстрогены

	прогестины
	ингибиторы ароматазы
	эстрогены и их производные
286	Трастузумаб относится к
	алкилирующие агенты
	антиметаболиты
	моноклональные антитела к рецепторам EGF
	малые молекулы – ингибиторы тирозинкиназ
287	При лечении бевацизумабом необходимо в первую очередь контролировать
	уровень лейкоцитов
	фракция выброса левого желудочка
	уровень тромбоцитов
	артериальное давление
288	Растворять оксалиплатин категорически нельзя в
	растворе Рингера
	растворе Na Cl 0,9%
	растворе декстрозы 5%
	растворе глюкозы 5%
289	Нежелательными гематологическими явлениями при назначении Золедроновой кислоты являются
	гиперфосфатемия
	гипокальциемия
	гипермагниемия
	гиперкалиемия
290	Какое утверждение в отношении бисфосфонатов верно
	рекомендуется соблюдать осторожность при одновременном применении бисфосфонатов и аминогликозидов
	вводится в течение 1 часа
	вводится в/м
	назначается для купирования нейтропении
291	Показания к назначению Зометы
	метастазы в костях рака предстательной железы
	последствие травматических переломов
	гипокальциемия
	гипертонический криз

292	По формуле Калверта рассчитывают
	кармустин
	доксорубицин
	фторурацил
	карбоплагин
293	Какой препарат относится к группе антифолатов
	пеметрексед
	ифосфамид
	5-фторурацил
	доцетаксел
294	Медицинская реабилитация на стационарном этапе после тотальной гастрэктомии в обязательном порядке включает обучение пациента:
	методике плевральной пункции
	режиму дробного питания
	технике выполнения утренней гигиенической гимнастики
	правилам приёма ферментных препаратов
295	Какой препарат относится к группе таксанов
	метотрексат
	5-фторурацил
	капецитабин
	паклитаксел
296	Механизм действия паклитаксела
	повышение активности ферментов эксцизионной репарации нуклеотидов
	нарушает метаболизм стероидов в периферических тканях
	нарушает работу митотического веретена, препятствуя делению клетки
	ингибировании ALK-киназы
297	Осимертиниб относится к группе
	ингибитор тирозинкиназных рецепторов
	моноклональные антитела
	ингибитор контрольных точек иммунитета
	ингибитор FGFR
298	Механизм действия ингибиторов тирозинкиназы заключается в следующем
	блокирует сигнальный путь PI3K/Akt/mTOR
	нарушает работу митотического веретена
	блокирует тирозинкиназы рецептора эпидермального фактора роста (EGFR)

	встраивается в ДНК, ингибируя удлинение ее цепей
299	Особенностью летрозола является следующее
	применяется во вторую половину дня
	связывается с белками плазмы
	назначается в постменопаузе
	назначается только в пременопаузе
300	Частое побочное действие летрозола
	снижение либидо
	боль в мышцах, костях и суставах
	алопеция
	угнетение кроветворения
301	В схеме АСх4 доксорубицин используется в следующей дозе
	40 мг/м <sup>2</sup> внутривенно
	50 мг/м <sup>2</sup> внутривенно
	60 мг/м <sup>2</sup> внутривенно
	20 мг/м <sup>2</sup> внутривенно
302	Паклитаксел в схеме с карбоплатином используется в следующей дозе
	175 мг/м <sup>2</sup>
	90 мг/м <sup>2</sup>
	60 мг/м <sup>2</sup>
	75 мг/м <sup>2</sup>
303	Рекомендуется соблюдать осторожность при одновременном применении бисфосфонатов и аминогликозидов, поскольку препараты являются антагонистами друг друга
	увеличивают снижение концентрации кальция в плазме крови
	увеличивают снижение концентрации калия в крови
	увеличивают снижение концентрации хлора в крови
304	Перед началом терапии бисфосфонатов следует контролировать следующий биохимический показатель крови
	общий белок
	щелочная фосфатаза
	креатинин
	АЛТ, АСТ
305	Для назначения пембролизумаба необходимо определение
	мутации BRCA

	мутации ALK
	экспрессии PD-L1
	экспрессии Her2
306	Лекарственное воздействие на конкретные мишени в опухолевых клетках, называется
	полихимиотерапия
	таргетная терапия
	лучевая терапия
	иммунотерапия
307	На основании совокупного анализа категорий T, N и M, характеризующих опухолевый процесс, определяется
	длительность течения заболевания
	трудовой и социальный прогноз
	причина развития заболевания
	стадия заболевания
308	Опухолью малочувствительной к химиотерапии является
	хориокарцинома матки
	рак яичников
	лимфома Ходжкина
	рак шейки матки
309	Опухолью, при которой возможно излечение с помощью лекарственной терапии
	рак желудка
	хориокарцинома матки
	меланома
	рак печени
310	Специфическим осложнением проведения терапии золедроновой кислоты является
	остеонекроз нижней челюсти
	патологический перелом
	аритмия
	развитие индуцированного сахарного диабета
311	Критериями эффективности по шкале RECIST являются
	полный эффект
	частичный эффект
	прогрессирование
	стабилизация

312	К колониестимулирующим факторам относятся
	летрозол
	филграстим
	эритропоэтин
	талидомид
313	К анти-HER2 препаратам относятся
	трастузумаб
	бевацизумаб
	афлиберцепт
	пертузумаб
314	К остеомодифицирующим препаратам относятся
	бисфосфонаты
	вемурафениб
	деносумаб
	ритуксимаб
315	К препаратам из группы ингибиторов BRAF-киназ относятся
	эверолимус
	трастузумаб
	вемурафениб
	дабрафениб
316	В схему XELOX входят препараты
	цисплатин
	капецитабин
	оксалиплатин
	5-фторурацил
317	В схему FOLFOX входят препараты
	лейковорин кальция
	капецитабин
	оксалиплатин
	5-фторурацил
318	Колониестимулирующие факторы (КСФ) назначаются при
	рвоте или тошноте
	нейтропении
	анемии

	алопеции
319	Гормонотерапия используется в лечении следующих нозологий
	рак молочной железы
	рак простаты
	рак тела матки
	рак легкого
320	Для расчета дозы карбоплатина по формуле Калверта необходимо знать
	показатель AUC
	площадь поверхности тела
	клиренс креатинина
	уровень глюкозы крови натощак
321	К таргетным препаратам относятся
	бевацизумаб
	цетуксимаб
	панитумумаб
	тамоксифен
322	Противопоказания к энтеральному питанию
	выраженная тошнота/рвота, некупирующиеся антиэметической терапией
	наличие тонкокишечной стомы
	механическая кишечная непроходимость
	пищевод Барретта
323	Выбор способа энтерального питания зависит от
	функционирования желудочно-кишечного тракта
	наличия/отсутствия риска аспирации
	наличия толстокишечной стомы
	предполагаемой длительности энтерального питания
324	Возникновение или дестабилизация ранее контролируемой артериальной гипертензии наиболее часто наблюдается при применении следующих лекарственных препаратов
	бевацизумаб
	сорафениб
	5-ФУ
	сунитиниб
325	Наиболее часто ладонно-подошвенный синдром развивается как осложнение при применении следующих препаратов
	капецитабин

	липосомальный доксорубин
	регорафениб
	карбоплатин
326	Препараты выбора для антибиотикотерапии при фебрильной нейтропении
	пиперациллин + тазобактам
	цефепим
	тетрациклин
	меропенем
327	Показания для назначения колониестимулирующих факторов с целью первичной профилактики фебрильной нейтропении
	использование режимов химиотерапии с высоким риском развития фебрильной нейтропении
	ВИЧ-инфекция
	во время проведения химиолучевой терапии на область грудной клетки
	небольшой резерв костного мозга
328	Показания для назначения колониестимулирующих факторов с целью вторичной профилактики фебрильной нейтропении
	нейтропения 4 степени
	невозможность изменить протокол лечения
	на фоне лучевой терапии РОД 3 – 10 Гр
	после проведения редукции доз цитостатиков
329	Наиболее частым симптомом раннего рака гортани является
	охриплость
	дисфагия
	боли в горле
	стеноз гортани
330	Показанием для применения лечения радиоактивным йодом больного раком щитовидной железы является?
	местнораспространенный медуллярный рак
	отдаленные метастазы папиллярного рака
	отдаленные метастазы недифференцированного рака
	регионарные метастазы папиллярного рака
331	Раньше и чаще метастазирует рак
	боковой стенки глотки
	передней трети языка
	твердого неба
	губы

332	Рак слизистой оболочки полости рта метастазирует в лимфатические узлы
	околоушные
	щечные
	шейные
	подключичные
333	При доказанных метастазах в шейные лимфатические узлы фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи выполняют
	одномоментно с первичным очагом
	через 4 недели после удаления первичного очага
	через 1 год после удаления первичного очага
	при наличии осложнений
334	Превентивное облучение зон регионарного метастазирования при раке языка требует подведения суммарных очаговых доз
	40 Гр
	45-50 Гр
	55-60 Гр
	более 60 Гр
335	Наиболее часто встречающийся гистологический тип злокачественных опухолей щитовидной железы
	папиллярный рак
	фолликулярный рак
	медуллярный рак
	недифференцированный рак
336	Морфологическая форма рака щитовидной железы, сохраняющая йодонакопительную функцию
	папиллярный рак
	медуллярный рак
	плоскоклеточный рак
	недифференцированный рак
337	Медуллярный рак щитовидной железы развивается
	из фолликулярных клеток
	из метаплазированного эпителия
	из парафолликулярных клеток
	из плоского эпителия
338	Рак щитовидной железы чаще встречается
	у мужчин

	у женщин
	заболеваемость не коррелирует с полом
	в детском возрасте
339	Повышение какого маркера возможно при рецидиве или метастазировании папиллярного рака щитовидной железы после тиреоидэктомии и радиойодобласти
	кальцитонина
	тиреотропного гормона (ТТГ)
	тиреоглобулина (ТГ)
	раково-эмбрионального антигена
340	Диагностическим маркером медулярного рака щитовидной железы является
	кальцитонин
	тиреотропный гормон (ТТГ)
	тиреоглобулин (ТГ)
	антитела к тиреоглобулину (АтТГ)
341	Основной метод диагностики, который необходимо применить для выявления или исключения рака при узловом образовании в щитовидной железе
	радиоизотопное сканирование щитовидной железы с I-131 или I-125
	анализ крови на Ат-ТГ, Ат-ТПО
	тонкоигольную пункционную биопсию под контролем УЗИ
	срочное гистологическое исследование во время операции
342	Дополнительный метод обследования больного высокодифференцированным раком щитовидной железы стадии T2N0M0 (папиллярная аденокарцинома)
	рентгенография органов грудной клетки
	сцинтиграфия костей скелета
	компьютерная томография шеи
	бронхоскопия
343	УЗИ признак, позволяющий заподозрить злокачественную природу узлов в щитовидной железе
	изоэхогенная структура
	нечеткие границы узла
	ровные контуры узла
	гиперэхогенная структура
344	У пациента по данным пальпации выявлен узел до 2 см в диаметре в правой доле щитовидной железы. Какие методы исследования необходимы
	ультразвуковое исследование щитовидной железы и лимфатических узлов шеи
	магнитно-резонансная томография шеи
	тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ
	радиоизотопное сканирование щитовидной железы с Tc-99m-пертехнитатом

345	Признак, позволяющий заподозрить наличие злокачественного процесса в узловом образовании щитовидной железы, при радиоизотопном сканировании с I-123 или Tc-99mпертехнитатом
	наличие «горячего» узла
	наличие «холодного» узла
	большие размеры узла
	множественный характер узлового поражения щитовидной железы
346	Метод исследования, позволяющий определить наличие функционирующей ткани щитовидной железы после предшествующего хирургического вмешательства
	ультразвуковое исследование шеи
	тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ
	радиоизотопная сцинтиграфия с I-131, I-123 или Tc-99m-пертехнитатом
	компьютерная томография с контрастным усилением
347	Наиболее часто выявляемый симптом у больных с высокодифференцированным раком щитовидной железы
	изменение голоса
	наличие пальпируемого узла на шее
	нарушение глотания
	боли в шее с иррадиацией в плечо
348	Какая морфологическая форма опухолей щитовидной железы является наиболее неблагоприятной в прогностическом плане?
	папиллярная аденокарцинома
	фолликулярная аденокарцинома
	анапластический (недифференцированный) рак
	медуллярный рак
349	Какая морфологическая форма опухолей щитовидной железы является наиболее благоприятной в прогностическом плане?
	папиллярная аденокарцинома
	фолликулярная аденокарцинома
	анапластический (недифференцированный) рак
	медуллярный рак
350	Метод, позволяющий оценить состояние регионарных лимфатических узлов, у пациентов с цитологически доказанным раком щитовидной железы
	компьютерная томография шеи
	ультразвуковое исследование шеи
	магнитно-резонансная томография шеи
	радиоизотопная сцинтиграфия с I-131
351	Благоприятным прогностическим признаком при высокодифференцированном раке щитовидной железе является

	мужской пол
	женский пол
	возраст старше 55 лет
	выход опухоли за пределы капсулы щитовидной железы
352	Неблагоприятным прогностическим признаком при раке щитовидной железе является
	мужской пол
	высокодифференцированный рак
	женский пол
	возраст до 55 лет
353	Основные принципы хирургического лечения рака щитовидной железы
	операция выполняется интрафасциально
	операция выполняется экстрафасциально
	возвратный гортанный нерв и паращитовидные железы выделяются
	сохранение возвратного гортанного нерва и паращитовидных желез не являются приоритетом
354	Оптимальным вариантом хирургического вмешательства при высокодифференцированном раке щитовидной железы, при опухоли не более 2см в диаметре в группе благоприятного прогноза является
	гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка
	тиреоидэктомия
	субтотальная резекция щитовидной железы
	резекция щитовидной железы по Николаеву
355	Оптимальным вариантом хирургического вмешательства при высокодифференцированном раке щитовидной железы, при опухоли более 2 см в диаметре является
	гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка
	тиреоидэктомия
	энуклеация опухолевого узла
	резекция щитовидной железы по Николаеву
356	Метод лечения папиллярного и фолликулярного рака щитовидной железы стадий T1N0M0, больных в возрасте до 55 лет
	лучевой
	хирургический
	комбинированный (операция + лучевая терапия)
	хирургический и лечение радиоактивным йодом
357	Показанием для применения лечения радиоактивным йодом больного раком щитовидной железы являются
	отдаленные метастазы медулярного рака
	отдаленные метастазы папиллярного рака

	отдаленные метастазы недифференцированного рака
	регионарные метастазы медуллярного рака
358	Минимальным объемом хирургического вмешательства при раке щитовидной железы следует считать
	резекцию доли щитовидной железы
	тиреоидэктомию
	гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка
	субтотальную резекцию щитовидной железы
359	У больного 56 лет медуллярный рак щитовидной железы T3N1M0. Ему наиболее целесообразно выполнить
	тиреоидэктомию с фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи
	провести комбинированное лечение с тиреоидэктомией и фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи на I этапе и послеоперационную лучевую терапию
	провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией, последующей тиреоидэктомией и фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи с последующим лечением радиоактивным йодом
	провести самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе
360	У больной 26 лет папиллярный рак щитовидной железы T1N0M0 с локализацией в правой доле, целесообразно
	выполнить тиреоидэктомию
	провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией на I этапе с последующей тиреоидэктомией
	провести комбинированное лечение с тиреоидэктомией на I этапе с последующим лечением радиоактивным йодом
	выполнить гемитиреоидэктомию справа с резекцией перешейка
361	Наиболее частая локализация рака слизистой оболочки полости рта
	дно полости рта
	твердое небо
	щека
	язык
362	Окончательный диагноз рака полости рта и ротоглотки устанавливают путем
	осмотра очага поражения
	пальпации очага поражения
	гистологического исследования
	компьютерно-томографического исследования головы и шеи
363	Рак слизистой оболочки полости рта чаще встречается
	у мужчин
	у женщин
	заболеваемость не коррелирует с полом

	в детском возрасте
364	Зонами регионарного метастазирования рака слизистой оболочки полости рта являются
	околоушные лимфатические узлы
	лимфатические узлы верхнего средостения
	лимфатические узлы вдоль внутренней яремной вены
	подключичные лимфатические узлы
365	Для возникновения рака слизистой оболочки полости рта наибольшее значение имеет следующий фактор
	курение
	употребление крепких спиртных напитков
	комбинация курения и злоупотребления алкоголем
	хроническая механическая травма слизистой оболочки
366	Рак ротоглотки вызывается следующим фактором
	вирус герпеса
	вирус папилломы человека (подтип 16)
	вирус Эпштейна-Барра
	вирус папилломы человека (подтип 35)
367	Для уточнения распространенности рака ротоглотки используют методы диагностики
	ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи
	сцинтиграфию костей скелета
	пункционную биопсию лимфатических узлов шеи
	компьютерную томографию области головы и шеи
368	Наиболее благоприятный прогноз при раке ротоглотки связан со следующим фактором
	молодым возрастом
	курением в анамнезе
	инфицирование ВПЧ (подтип 16)
	отсутствии инфицирования ВПЧ (подтип 16)
369	Наиболее частой морфологической формой злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является
	плоскоклеточный рак
	аденокарцинома
	мукоэпидермоидная опухоль
	аденокистозный рак
370	Болевой синдром при раке слизистой оболочки дна полости рта
	всегда беспокоит больного

	отсутствует
	отсутствует на ранней стадии
	появляется только при распространении опухоли на альвеолярный отросток нижней челюсти
371	Наиболее частый симптом, беспокоящий больного раком ротоглотки, локализующимся в области корня языка и небных миндалин, на ранней стадии
	боли при глотании со стороны поражения
	трудности при открывании рта (тризм)
	неприятный запах изо рта
	неудобство при глотании со стороны поражения
372	Трудности при открывании рта (тризм) у больного раком ротоглотки и слизистой оболочки полости рта свидетельствуют о
	распространении опухоли на жевательные мышцы
	распространении опухоли на тело нижней челюсти
	поражении опухолью звездчатого узла симпатического ствола
	присоединении вторичной инфекции
373	Обязательными при обследовании больного с гистологически доказанным плоскоклеточным раком слизистой оболочки дна полости рта является
	сцинтиграфия костей скелета
	ультразвуковое исследование лимфатических узлов шеи
	магнитно-резонансная томография органов брюшной полости
	компьютерная томография головы и шеи с контрастным усилением
374	Для уточнения распространенности рака слизистой оболочки полости рта и ротоглотки предпочтительнее использовать
	сканирование костей скелета
	рентгенографию костей черепа
	компьютерную томографию
	компьютерную томографию с контрастным усилением
375	Методом лечения плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта III-IV стадий является
	лучевой
	хирургический
	комбинированный (операция + лучевая терапия/химиолучевая терапия)
	лекарственный
376	Методом лечения плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта III-IV стадий при множественном поражении регионарных лимфатических узлов является
	лучевой
	комплексный (химиолучевой)
	комбинированный (операция + лучевая терапия)
	комплексное (операция + химиолучевая терапия)

377	Методом лечения плоскоклеточного рака языка III стадии является
	лучевой
	хирургический
	комбинированный (операция + лучевая терапия)
	комбинированный (лучевая терапия + операция)
378	Методами лечения плоскоклеточного рака ротоглотки I стадии являются
	лучевой или хирургический
	комбинированный (операция + лучевая терапия)
	комбинированный (лучевая терапия + операция)
	иммунотерапия
379	Методом лечения плоскоклеточного рака ротоглотки III-IV стадии является
	лучевая терапия
	химиолучевая терапия
	комбинированный (операция + лучевая терапия)
	комбинированный (лучевая терапия + операция)
380	Методом лечения плоскоклеточного рака ротоглотки II-IV стадии является
	лучевая терапия
	хирургический
	химиолучевой
	комбинированный (операция + лучевая терапия)
381	После радикального лечения больные раком слизистой оболочки полости рта динамически наблюдаются
	1 год
	5 лет
	2,5 года
	всю жизнь
382	При доказанных метастазах плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта в шейные лимфатические узлы фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи выполняют
	одномоментно с операцией на первичном очаге
	через 4 недели после удаления первичного очага
	не проводится, достаточно проведения лучевого лечения шейно-надключичной области
	при появлении осложнений
383	Индукционная полихимиотерапия применяется
	при раке щитовидной железы
	при плоскоклеточном раке гортани и гортаноглотки

	показания для применения индукционной химиотерапии не разработаны
	при раке слюнных желез
384	Наиболее эффективной схемой индукционной полихимиотерапии при плоскоклеточном раке головы и шеи является
	цисплатин + 5-фторурацил
	винбластин + блеомицин
	циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил
	доцетаксел + цисплатин + 5-фторурацил
385	Наиболее эффективной схемой полихимиотерапии 1-й линии при рецидивном/метастатическом плоскоклеточном раке головы и шеи является
	цисплатин + 5-фторурацил
	доцетаксел + цисплатин + 5-фторурацил
	цетуксимаб + 5-фторурацил + цисплатин
	цисплатин + 5-фторурацил + блеомицин+метотрексат
386	Наиболее эффективным режимом одновременного химиолучевого лечения при плоскоклеточном раке головы и шеи является
	лучевая терапия с введением карбоплатина 1,5AUC еженедельно
	лучевая терапия с введением цисплатина 100 мг/м <sup>2</sup> каждые три недели
	лучевая терапия с введением цисплатина 40 мг/м <sup>2</sup> еженедельно
	лучевая терапия с введением цисплатина 20 мг/м <sup>2</sup> еженедельно
387	Наиболее частой морфологической формой злокачественных опухолей слизистой полости рта является
	светлоклеточный рак
	нейроэндокринный рак
	плоскоклеточный рак
	аденокарцинома
388	Привентивное фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи оправдано
	при раке корня языка IIa стадии
	при раке языка и дна полости рта при толщине опухоли (по данным УЗИ/КТ) $\geq 4$ мм
	при раке подвижной части языка Ia стадии
	при раке языка и дна полости рта при толщине опухоли (по данным УЗИ/КТ) $\leq 4$ мм
389	Среди злокачественных опухолей слюнных желез наиболее часто встречается
	аденокарцинома
	плоскоклеточный рак
	рак из смешанных опухолей
	мелкоэпидермоидная опухоль

390	Методы исследования, применяемые для обследования больных с местнораспространенными опухолями щитовидной железы
	компьютерная томография шеи
	магнитно-резонансная томография шеи
	фиброскопия гортани и трахеи
	компьютерная томография головного мозга
391	Методы диагностики, применяемые при обследовании пациента с узловым образованием в щитовидной железе
	ультразвуковое исследование шеи
	анализ крови на ТТГ
	тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ
	МРТ головного мозга
392	Зонами регионарного метастазирования при раке гортани являются
	преларингеальные лимфатические узлы
	лимфатические узлы, расположенные вдоль внутренней яремной вены
	паратрахеальные лимфатические узлы
	подбородочные лимфатические узлы
393	Регионарными метастазами рака щитовидной железы поражаются
	лимфатические узлы вдоль внутренней яремной вены
	надключичные лимфатические узлы
	паратрахеальные лимфатические узлы
	забрюшинные лимфатические узлы
394	Прогностически неблагоприятными факторами при высокодифференцированных формах рака щитовидной железы являются
	мужской пол
	возраст старше 55 лет
	выход опухоли за пределы капсулы щитовидной железы
	женский пол
395	Прогностически неблагоприятными факторами при низкодифференцированных формах рака щитовидной железы являются
	женский пол
	возраст старше 55 лет
	мужской пол
	возраст младше 55 лет
396	Методы первичной диагностики рака слизистой оболочки полости рта
	визуальный осмотр
	пальпация

	биопсия с гистологическим исследованием
	УЗИ брюшной полости
397	Методом лечения плоскоклеточного рака слизистой оболочки полости рта I-II стадий является
	лучевой
	хирургический
	комбинированный (операция + лучевая терапия)
	активное наблюдение
398	Критериями патоморфологического исследования послеоперационного материала, на основании которых рекомендуется проведение послеоперационного химиолучевого лечения
	инвазия опухоли слизистой оболочки полости рта в мышцы
	экстракапсулярная инвазия метастаза в одном лимфатическом узле на шее
	близость опухоли к краю резекции менее 1 мм
	толщина опухоли 4 мм
399	Выполнение профилактической шейной лимфодиссекции оправдано
	при раке языка
	при раке слизистой оболочки дна полости рта
	при раке слизистой оболочки щеки
	при раке щитовидной железы
400	Какие методы необходимо использовать для диагностики раннего рака гортани
	непрямая ларингоскопия
	фибрларингоскопия с биопсией
	боковая рентгенография
	компьютерная томография
401	Какие гистологические формы рака щитовидной железы сохраняют йодонакопительную функцию
	папиллярная аденокарцинома
	фолликулярная аденокарцинома
	медулярный рак
	недифференцированный рак
402	Рак щитовидной железы характеризуется
	повышенным накоплением РФП в опухоли
	пониженным накоплением РФП в опухоли
	нарушением распространения РФП по сосудам
	отсутствием характерных изменений в накоплении РФП
403	Радиоактивный йод может быть применён для выявления

	первичной опухоли щитовидной железы
	метастазов рака щитовидной железы в печени
	метастазов рака щитовидной железы в костях
	метастазов рака щитовидной железы в лёгких
404	Показаниями для химиотерапии рака щитовидной железы могут быть
	неоперабельный анапластический рак
	рецидив папиллярного рака
	метастазы в печени фолликулярного рака
	метастазы в лёгких папиллярного рака
405	При выявлении увеличенных лимфатических узлов в верхней трети шеи можно заподозрить
	лимфома Ходжкина
	метастазы рака щитовидной железы
	метастазы рака гортани
	лимфаденит
406	К этиологическим факторам возникновения рака щитовидной железы следует относить
	ионизирующее излучение
	наследственные синдромы (Гарднера, Каудена, МЭН 2А и 2В типа)
	диффузный нетоксический зоб
	повышенную инсоляцию
407	Факторами риска развития диффузно фиброзно-кистозной мастопатии является
	хронический аднексит
	хронический гепатит
	хронический колит
	заболевания щитовидной железы
408	Рак пищевода чаще всего поражает
	верхнюю треть
	среднюю треть
	нижнюю треть
	одинаково часто развивается в любом отделе пищевода
409	При субтотальной резекции желудка желудочно-поджелудочная связка
	должна удаляться обязательно
	должна удаляться частично
	никогда не удаляется
	может быть удалена, но не обязательно

410	При проксимальной субтотальной резекции желудка с резекцией ниже-грудного отдела пищевода наиболее целесообразен
	абдоминальный доступ
	торакальный доступ
	комбинированный абдомино-торакальный доступ
	абдоминальный доступ, дополненный сагиттальной диафрагмотомией
411	Больному 65 лет раком желудка выполнена субтотальная резекция. При плановом гистологическом исследовании обнаружены опухолевые клетки по линии разреза, метастазы в лимфоузлах. Следует
	повторно оперировать
	повторно оперировать и назначить химиотерапию
	назначить химиолучевое лечение
	назначить динамическое наблюдение
412	Какая из операций требует повторного вмешательства с разрывом во времени для восстановления естественного пассажа содержимого толстой кишки
	передняя резекция прямой кишки
	ампутация прямой кишки с низведением
	брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
	операция Гартмана
413	Адьювантная химиотерапия при I стадии рака ободочной кишки
	проводится через 2 недели после хирургического лечения
	не показана
	проводится с таргентной терапией
	проводится в сочетании с лучевой терапией
414	При первичной неходжкинской лимфоме желудочно-кишечного тракта наиболее часто поражается
	пищевод
	желудок
	подвздошная кишка
	прямая кишка
415	При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана
	эндоскопическая полипэктомия
	клиновидная резекция желудка
	экономная резекция желудка
	субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов
416	При раке желудка выполнена дистальная субтотальная резекция желудка. Реконструктивный этап осуществляется путем
	формирования желудочно-кишечного анастомоза по Бильрот-1

	формирования впередибодочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом
	формирования позадибодочного гастроэнтероанастомоза на короткой петле
	формирования впередибодочного ГЭА на короткой петле
417	Метастаз Крукенберга - это
	метастаз в пупок
	метастаз в яичник
	метастаз в лимфоузел
	метастаз в параректальную клетчатку
418	При дистальной субтотальной резекции желудка при раке следует отдавать предпочтение
	формированию желудочно-кишечного анастомоза по Бильрот-1
	формированию впередибодочного гастроэнтероанастомоза (ГЭА) на длинной петле с межкишечным анастомозом
	формированию позадибодочного ГЭА на короткой петле
	формированию впередибодочного ГЭА на короткой петле
419	У больного 65 лет рак желудка T1NXM0, состояние после гастрэктомии с лимфодиссекцией D2. Гистологическое исследование послеоперационного препарата аденокарцинома в пределах слизистого и подслизистого слоя, обнаружены единичные опухолевые клетки по линии пересечения пищевода; в 17 исследованных лимфоузлах метастазов не обнаружено. При послеоперационной эзофагоскопии признаков опухолевого роста не обнаружено. Данная операция является
	паллиативной
	условно радикальной
	радикальной
	симптоматической
420	При проксимальной субтотальной резекции желудка с резекцией ниже-грудного отдела пищевода наиболее целесообразен
	абдоминальный доступ
	торакальный доступ
	комбинированный торакоабдоминальный доступ слева
	абдоминальный доступ, дополненный сагитальной диафрагмотомией
421	Укажите объем удаляемого органа при радикальной дистальной субтотальной резекции желудка при раке антрального отдела
	2/3 желудка с удалением малой кривизны
	4/5 желудка с малой кривизной
	1/2 желудка с удалением 4/5 малой кривизны
	1/3 с удалением большой кривизны
422	У больного 58 лет рак проксимального отдела желудка с метастазом в лимфатический узел надключичной области справа. Оптимальным лечением является
	паллиативная проксимальная резекция желудка с последующей современной химиотерапией

	лучевая терапия на правую надклочичную область с последующей
	паллиативная проксимальной резекцией желудка
	современная химиотерапия с последующим динамическим наблюдением
423	У больного 55 лет инфильтративный рак антрального отдела желудка с декомпенсированным стенозом. При УЗИ выявлено 2 метастаза в печени. На I этапе лечения следует применить
	стентирование, химиотерапию
	дистальную субтотальную резекцию желудка
	химиолучевое лечение
	специальное лечение не показано
424	При раке пищевода к хирургическим вмешательствам с одномоментной пластикой перемещенным желудком относятся
	операция Жиано - Гальперна – Гаврилиу
	операция Осавы – Герлока
	операция типа Льюиса
	операция Добромыслова – Торека
425	Наиболее часто лучевая терапия рака пищевода в качестве самостоятельного метода лечения используется при локализации опухоли
	в шейном отделе пищевода
	в верхнегрудном отделе пищевода
	в среднегрудном отделе пищевода
	в нижнегрудном отделе пищевода
426	Эффективность современной химиотерапии при раке пищевода составляет
	5-10%
	20-30%
	40-50%
	60-70%
427	При хирургическом лечении неэпителиальных злокачественных (стромальных и гладкомышечных) опухолей тонкой кишки удаление большого сальника
	является обязательным этапом хирургического вмешательства
	не показано; выполняется лишь при расширенных хирургических вмешательствах
	выполняется с учетом факторов прогноза
	выполняется по усмотрению хирурга
428	Неoadьювантная лучевая терапия рака ободочной кишки проводится
	в 2 этапа
	СОД 72 Гр
	СОД 20 Гр
	одномоментно

429	Психологическая реабилитация онкологического пациента в ремиссии направлена в первую очередь на:
	ежедневный приём транквилизаторов
	полное исключение информации о перенесённом заболевании
	изменение стиля жизни и формирование новой идентичности вне болезни
	назначение антидепрессантов
430	Наиболее часто железистый рак пищевода развивается на фоне
	рубцовой стриктуры
	инфекции <i>Helicobacter pylori</i>
	пищевода Барретта
	тяжелой дисплазии многослойного плоского эпителия
431	К доброкачественным эпителиальным опухолям пищевода относятся
	аденома
	плоскоклеточная папиллома
	лейомиома
	нейроэндокринная опухоль
432	Какой фактор более всего влияет на частоту метастазирования при раке толстого кишечника?
	гистологическая структура опухоли
	глубина инвазии кишечной стенки
	сравнительное изучение нового агента с другими цитостатиками
	возраст больного
433	Больная 67 лет, в течение 6 месяцев отмечает слабость, периодическую боль в правой подвздошной области, похудание, чередование частого стула и запоров Анализ крови Эр 3500000/мкл, Нв-80 г/л, СОЭ-28 мм/час. В кале скрытая кровь. При ирригоскопии в слепой кишке дефект наполнения 2х3 см с неровными бугристыми контурами. Клинический диагноз?
	дивертикул
	актиномикоз
	рак слепой кишки
	неспецифический язвенный колит
434	Какие типы полипов наиболее часто малигнизуются в толстой кишке
	железистые
	железисто-ворсинчатые
	ворсинчатые
	ювенильные
435	По гистологическому строению рак желудка чаще всего является

	железистым раком
	плоскоклеточным раком
	смешанным железисто-плоскоклеточным раком
	переходно-клеточным раком
436	Современным стандартом лимфодиссекции при радикальных операциях у больных раком желудка является
	D 1-лимфодиссекция
	D 2-лимфодиссекция
	D 3-лимфодиссекция
	лимфодиссекция не показана
437	В настоящее время стандартом лечения протокового рака поджелудочной железы (T1-3N01M0) является
	хирургическое и лекарственное лечение
	лекарственное лечение
	химиолучевое лечение
	хирургическое лечение
438	Метастаз Вирхова при раке желудка локализуется
	в параректальных лимфоузлах
	между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
	в яичнике
	в пупке
439	Метастаз Крукенберга при раке желудка локализуется
	в параректальных лимфоузлах
	между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной
	в яичнике
	в яичке
440	Метастаз Шницлера при раке желудка локализуется
	в параректальных лимфоузлах
	между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
	в яичнике
	в пупке
441	Метастаз сестры Марии Джозеф при раке желудка локализуется
	в параректальных лимфоузлах
	между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
	в яичнике
	в пупке

442	Метастаз Айриша при раке желудка локализуется
	в параректальных лимфоузлах
	между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
	в яичнике
	в подмышечных лимфоузлах
443	В дифференциальной диагностике рака и язвы желудка наиболее надежным методом диагностики для исключения малигнизации считается
	рентгенологический метод (Rg-скопия, Rg-графия)
	эндоскопия желудка с биопсией
	исследование кала на скрытую кровь
	исследование желудочного сока с гистамином
444	При пальцевом исследовании в нижеампулярной части прямой кишки обнаружено изъязвление с плотным дном и валикообразными краями. Предположительный диагноз
	язва прямой кишки
	рак прямой кишки
	трещина прямой кишки
	геморрой
445	При раке ободочной кишки наиболее часто поражается анатомический отдел
	сигмовидная кишка
	нисходящая ободочная кишка
	слепая кишка
	поперечная ободочная кишка
446	Наиболее характерным клиническим симптомом рака пищевода является
	дисфагия
	рвота
	боль в грудной клетке при глотании
	повышенное слюноотделение
447	Для профилактики и лечения пострезекционной лимфедемы нижней конечности у пациенток после комбинированного лечения рака шейки матки противопоказано:
	лечебная физкультура (ЛФК) в бассейне
	термические процедуры (сауна, горячие ванны) на оперированную конечность
	лимфодренажный массаж
	эластическая компрессия (чулок 2 класса)
448	При установлении III группы инвалидности пациенту с онкологическим заболеванием критерием является стойкое нарушение функций организма в диапазоне:
	90 процентов и более

	от 70 до 80 процентов
	от 40 до 60 процентов
	от 10 до 30 процентов
449	Гематогенные метастазы рака толстой кишки чаще всего локализованы в
	печени
	легких
	почках
	в головном мозге
450	Токсико-анемическая форма рака ободочной кишки характерна для
	левых отделов ободочной кишки
	ректосигмоидного отдела толстой кишки
	прямой кишки
	правых отделов ободочной кишки
451	Рак желудка чаще всего метастазирует в
	легкие
	печень
	параректальную клетчатку
	яичники
452	При отказе пациенту с онкологическим заболеванием в установлении группы инвалидности на МСЭ максимальный срок временной нетрудоспособности с момента направления составляет:
	до 12 месяцев
	до 6 месяцев (до следующего освидетельствования)
	до 4 месяцев
	до 2 месяцев
453	Какими морфологическими признаками характеризуется предраковое состояние слизистой оболочки желудка?
	наличием атипичных клеток
	тяжелой степенью дисплазии эпителиальных клеток
	наличием кишечной метаплазии очагового характера
	наличием морфологических признаков хронического воспаления
454	Локализация опухоли желудочно-кишечного тракта в пределах слизистой и подслизистой слоев органа при отсутствии метастазов соответствует стадии
	I стадия
	II стадия
	III стадия

	IV стадия
455	С помощью какого метода можно определить протяженность опухоли по длиннику кишечника при раке прямой кишки
	пальцевое исследование
	фиброколоноскопия
	ирригоскопия
	лапароскопия
456	При стенозирующем, неоперабельном раке прямой кишки оптимальной тактикой лечения является
	операция Гартмана + лучевая терапия
	разгрузочная сигмостома
	химиотерапия + лучевая терапия
	разгрузочная сигмостома + химиолучевая терапия
457	При раке нисходящего отдела ободочной кишки методами выбора радикального хирургического лечения является
	передняя резекция прямой кишки
	резекция сигмовидной кишки
	левосторонняя гемиколэктомия
	транsverзостомия
458	При раке правой половины ободочной кишки методом выбора радикального хирургического лечения является
	левосторонняя гемиколэктомия
	илеостомия
	цектомия
	правосторонняя гемиколэктомия
459	Основным методом лечения первичной лимфосаркомы (высокой степени злокачественности) пищеварительной трубки I-II стадии является
	химиотерапия
	лучевая терапия
	хирургическое лечение
	хирургическое лечение + химиотерапия
460	При первичной лимфосаркоме желудочно-кишечного тракта наиболее часто поражается
	желудок
	пищевод
	подвздошная кишка
	ободочная кишка
461	Критерием для направления пациента на МСЭ при неблагоприятном прогнозе течения заболевания является:

	наличие любого листка нетрудоспособности
	временная нетрудоспособность, превышающая 6 месяцев (или заведомо неблагоприятный клиничко-трудовой прогноз)
	временная нетрудоспособность до 4 месяцев
	временная нетрудоспособность до 2 месяцев
462	В настоящее время стандартом лечения протокового рака поджелудочной железы (T1-3N01M0) является
	лекарственное лечение
	химиолучевое лечение
	хирургическое лечение
	хирургическое, лучевое и лекарственное лечение
463	Гематогенные метастазы при раке пищевода могут наблюдаться
	в печени
	в легких
	в костях
	в головном мозге
464	При раке пищевода возможен следующий анатомический тип роста опухоли
	язвенный
	узловой (бородавчато-папилломатозный)
	инфильтрирующий (скиррозный)
	поверхностный
465	Резекцию пораженной части кишки в качестве радикальной операции производят при раке
	слепой кишки
	восходящей ободочной кишки и печёночного угла
	поперечной ободочной кишки
	сигмовидной кишки
466	Паллиативная дистальная резекция желудка или гастрэктомия при раке обоснована
	при декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка
	при желудочном кровотечении
	при перфорации желудочной стенки
	при метастазах в печень и головной мозг
467	Какие из типовых операций при раке прямой кишки завершаются формированием колостомы или противоестественного заднего прохода
	передняя резекция прямой кишки
	ампутация прямой кишки с низведением

	брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
	чрезбрюшная резекция прямой кишки
468	Что из перечисленного ниже, является абсолютным противопоказанием к хирургическому лечению протокового рака головки поджелудочной железы
	распространение опухоли на двенадцатиперстную кишку и холедох
	распространение опухоли на ветви, формирующие верхнюю брыжечную артерию
	ретроперитонеальная инвазия опухоли
	отдаленные метастазы опухоли
469	Этиологическими факторами плоскоклеточного рака пищевода являются
	хронический атрофический гастрит
	гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
	послеожоговая рубцовая стриктура
	повышенная инсоляция
470	Для пищевода Баррета характерно
	поражение нижней трети пищевода
	картина «языков пламени» при ЭГДС
	этиологическим фактором является ГЭРБ
	увеличение риска развития железистого рака пищевода
471	При резекции или экстирпации пищевода при раке нижнегрудного отдела также должны быть удалены лимфоузлы
	бифуркационные
	околопищеводные
	левые желудочные
	паракардиальные
472	Наиболее типичными симптомами доброкачественных опухолей пищевода являются
	дисфагия
	боль за грудиной
	боль в эпигастрии
	нарушение дыхания
473	К предраковым заболеваниям толстой кишки относятся
	диффузный семейный полипоз
	неспецифический язвенный колит
	ворсинчатая аденома
	геморрой
474	Атипичные клинические проявления рака пищевода могут быть представлены следующими

	синдромами
	ларинго-трахеальным
	плевро-пульмональным
	стенокардитическим
	невралгическим
475	К предраковым заболеваниям пищевода относятся
	атрофический эзофагит
	эрозивный и эрозивно-язвенный эзофагит
	пищевод Барретта
	лейкоплакия
476	Возможности эндо-УЗИ в диагностике рака желудка
	определить глубину инвазии опухоли в стенку желудка («Т»)
	выполнить пункционную биопсию
	оценить состояние регионарных лимфатических коллекторов («N»)
	определить прорастание опухоли в соседние структуры
477	Для динамического контроля рака желудка показано определение уровня
	СА 72-4
	АФП
	РЭА
	СА 19-9
478	При подозрении на метастатическое поражение костного мозга при раке желудка показано выполнение
	контроль коагулограммы
	МРТ
	стеральной пункции
	трепанобиопсии подвздошной кости
479	К доброкачественным опухолям толстой кишки относятся
	тубулярная аденома
	ворсинчатая аденома
	аденоматозный полип
	тубулярно-ворсинчатая аденома
480	При хирургическом лечении больных с опухолями ободочной кишки следует соблюдать следующие принципы
	выполнение тотальной мезоколоноэктомии
	выполнение лимфодиссекции в объеме D3
	сегментарная резекция кишки

	абластики и антибластики
481	Использование лучевой терапии при раке поджелудочной железы возможно в случаях
	локорегинарного рецидива после хирургического вмешательства
	продолженного роста первичной нерезектабельной опухоли после химиотерапии при отсутствие отдаленных метастазов
	в качестве адьювантного компонента лечения
	продолженного роста первичной нерезектабельной опухоли после химиотерапии при наличие отдаленных метастазов
482	При оценке локализации верхнего полюса опухоли используется деление пищевода на отделы
	шейный
	верхне-грудной
	средне-грудной
	подгрудной
483	Основным фактором, способствующим возникновению рака ободочной кишки, является
	ионизирующая радиация
	курение
	избыточное потребление жирной пищи и малого количества клетчатки
	злоупотребление алкоголем
484	Скрининговым исследованием для диагностики рака ободочной кишки является
	колоноскопия
	КТ брюшной полости с в/в контрастированием
	пальцевое ректальное исследование
	исследование кала на скрытую кровь
485	При диагностике плоскоклеточного рака анального канала показано
	определение уровня SCC
	выявление факта носительства ВПЧ
	выполнение МРТ малого таза с в/в контрастированием
	выполнение МРТ малого таза без в/в контрастирования
486	Критериями рецидива/продолженного роста рака анального канала является
	рост уровня РЭА
	морфологически верифицированная опухоль
	наличие рецидива/рост остаточной опухоли по данным МРТ / ТРУЗИ
	наличие пальпируемых паховых лимфоузлов
487	При первичном раке печени отдаленные метастазы чаще встречаются
	в костях

	в забрюшинных лимфоузлах
	в легких
	в головном мозге
488	Какие методы лечения первичного рака печени применяются в современной онкологической практике
	фотодинамическая терапия
	криодеструкция опухоли
	радиочастотная абляция опухоли
	иммунотерапия
489	Капецитабин под действием карбоксилэстеразы в печени превращается в
	фторурацил
	5'-дезоксидезокси-5-фторуридин
	фтордезоксидезокси-УМФ
	5'-дезоксидезокси-5-фторцитидин
490	При первичном раке печени наиболее частая локализация метастазов
	легкие
	кости
	головной мозг
	печень (внутриорганные)
491	Самой частой гистологической формой рака анального канала является
	аденокарцинома
	плоскоклеточный рак
	недифференцированный рак
	медуллярный рак
492	Чему соответствует II стадия рака анального канала по системе TNM?
	T3N0M0
	T1-3N1M0
	T1N0M0
	T4N0M1
493	Наиболее частым этиологическим фактором развития рака анального канала является
	курение
	вирус Эпштейна-бар
	ВПЧ
	излишнее употребление сахара в рационе

494	Диагноз рака анального канала ставится на основании
	пальцевого исследования
	ректоскопии с биопсией
	ирригоскопии
	цитологии
495	Какие из вариантов желчеотведения должны быть приоритетными у больных с механической желтухой
	холедоходуоденостомия
	эндоскопическое транспапиллярное стентирование холедоха
	чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков
	гепатикоэнтеростомия
496	При метастазах колоректального рака рекомендовано выполнение анализа биоптата опухоли на мутации
	KRAS
	NRAS
	CHEK2
	BRAF
497	Комплексное лечение плоскоклеточного рака анального канала включает в себя
	лучевую терапию
	химиотерапию
	хирургическое вмешательство
	иммунотерапию
498	После завершения химиолучевой терапии плоскоклеточного рака анального канала в план обследования необходимо включить
	пальцевое ректальное исследование
	определение уровня SCC
	аноскопию
	определение уровня РЭА
499	В группе риска развития гепатоцеллюлярного рака находятся больные с
	циррозом печени алкогольной этиологии
	циррозом печени аутоиммунной этиологии
	носительство вируса гепатита В/С
	отягощенный семейный анамнез
500	Для билиарного рака характерно повышение уровня
	SCC
	СА 19-9

	РЭА
	АФП
501	Лекарственные препараты, используемые в лечении билиарного рака
	гемцитабин
	паклитаксел
	капецитабин
	оксалиплатин
502	Основным этиологическим фактором возникновения рака кожи является
	интенсивное и продолжительное воздействие солнечного излучения
	воздействие продуктов переработки нефти
	воздействие веществ бытовой химии
	курение
503	Медленным ростом и редкостью метастазирования характеризуется
	базальноклеточный рак кожи
	плоскоклеточный ороговевающий рак кожи
	плоскоклеточный неороговевающий рак кожи
	любой вид рака кожи из перечисленных
504	У больного базальноклеточным раком кожи лица I стадии. Какие методы лечения могут быть использованы
	близкофокусная рентгенотерапия, электронный пучок
	криотерапия
	дистанционная гамма-терапия
	лазерная деструкция
505	Рекомендуемый режим введения золадекса
	3,6 мг 1 раз в 28 дней подкожно
	3,6 мг еженедельно подкожно
	3,6 мг 1 раз в 28 дней внутривенно
	3,6 мг 1 раз в 3 месяца подкожно
506	Меланома кожи относится к опухолям
	нейроэктодермальной природы
	эктодермальной природы
	мезенхимальной природы
	дисэмбриональной природы
507	Рак кожи в структуре заболеваемости злокачественными опухолями составляет

	около 1%
	2-3%
	около 12%
	более 20%
508	У больного рак кожи лица I стадии. Какой метод лечения противопоказан
	близкофокусная рентгенотерапия, электронный пучок
	криотерапия
	дистанционная гамма-терапия
	лазерная деструкция
509	Длительная интенсивная инсоляция является наиболее значимым фактором риска в развитии злокачественных новообразований
	кожи
	желудка
	шейки матки
	билиопанкреатодуоденальной зоны
510	Морфологическая верификация меланомы кожи осуществляется на основании
	инцизионной биопсии
	эксцизионной биопсии
	соскоба
	дерматоскопии
511	Базальноклеточный рак наиболее часто локализуется на коже
	волосистой части головы
	лица
	верхних конечностей
	нижних конечностей
512	К меланомонеопасным невусам относятся
	синий (голубой) невус
	невус Ота
	гигантский пигментный невус
	веррукозный невус
513	При какой толщине меланомы показано выполнение биопсии сторожевого лимфатического узла
	0,5 мм
	1 мм
	2 мм
	2 см

514	При клиническом диагнозе меланомы без морфологической верификации может быть начато
	хирургическое лечение
	химиотерапевтическое лечение
	лучевое лечение
	иммунологическое лечение
515	При меланоме профилактическую послеоперационную ЛТ с воздействием на зону удаленных регионарных лимфоузлов при
	толщине опухоли по Бреслоу 2мм
	вовлечении в опухолевый процесс $\geq 4$ лимфатических узлов
	прорастанием метастаза за пределы капсулы лимфатического узла
	при локализации меланомы на нижних конечностях
516	При меланоме показано выполнение молекулярно-генетического обследования с определением мутаций
	BRCA
	BRAF
	NRAS
	KIT
517	Сколько сегментов образуют верхнюю долю правого легкого
	2 сегмента
	3 сегмента
	4 сегмента
	5 сегментов
518	В России в структуре онкологической заболеваемости мужского населения рак легкого занимает
	первое место
	второе место
	третье место
	девятое место
519	Рак легкого встречается у мужчин чаще, чем у женщин
	в 2-4 раза
	в 7-10 раз
	в 40-50 раз
	в 3-5 раз
520	Согласно клинико-анатомической классификации рака легкого выделяют следующие формы
	центральный, периферический, атипические формы
	центральный, периферический, медиастинальный

	центральный, периферический, метастатический
	центральный, периферический, рак Панкоста
521	Центральным раком легкого называют опухоли, возникающие из
	главных, долевых, сегментарных бронхов
	главных, долевых, сегментарных и субсегментарных бронхов
	любых бронхов, расположенных в центре легкого
	любых бронхов, расположенных вблизи корня легкого
522	Названием рак Панкоста обозначают
	центральный рак верхней доли легкого
	полостную форму периферического рака легкого независимо от локализации
	периферический рак верхней доли легкого
	периферический рак нижней доли легкого
523	Периферический рак лёгкого у женщин чаще бывает
	плоскоклеточным
	железистым
	мелкоклеточным
	крупноклеточным
524	Периферический рак легкого размером менее 2 см, не прорастающий в плевру, без метастазов в лимфатические узлы и отдаленных метастазов относится (по 8 редакции МКБ)
	к IA стадии
	к IIA стадии
	к IIIA стадии
	к IVa стадии
525	У больных локализованным мелкоклеточным раком легкого, с достигнутым объективным эффектом после химиолучевой терапии на область первичной опухоли и средостения необходимо провести профилактическое облучение головного мозга
	назначить антибиотикотерапию
	провести консолидирующий курс химиотерапии
	назначить антигистаминные препараты
526	При выборе метода лечения метастазов саркомы Юинга в легкие предпочтение следует отдать
	хирургическому методу
	симптоматическому лечению
	химиотерапии и лучевому лечению
	химиотерапии в комбинации хирургическим лечением
527	Какой объем хирургического вмешательства при раке легкого сопряжен с высоким риском развития

	бронхиального свища
	типичная пневмонэктомия
	расширенная пневмонэктомия
	пневмонэктомия с резекцией перикарда или грудной стенки
	пневмонэктомия с резекцией бифуркации трахеи
528	К онкомаркерам, определяемым при раке легкого относятся
	NSE, Cyfra 21-1
	CA 27-7, CA 125
	CA15-3, CA 125
	CA 125, Cyfra 21-1
529	При выявлении активирующих мутаций гена EGFR (18–21 экзоны) оптимальным является назначение
	таргетной терапии
	гормональной терапии
	химиотерапии
	иммунотерапия
530	Для назначения пембролизумаба необходимо определение
	мутации BRCA
	мутации ALK
	экспрессии PD-L1
	экспрессии Her2
530	В лечении мелкоклеточного рака легкого II стадии методом выбора является
	операция
	лучевая терапия
	химиолучевая терапия
	иммунотерапия
531	Какой известен эктопический эндокринный синдром при раке легкого
	синдром Иценко-Кушинга
	синдром Пламмера-Винсона
	синдром Горнера
	синдром Лезера-Трела
532	При каком морфологическом варианте рака легкого наиболее эффективна химиотерапия
	при плоскоклеточном раке
	при аденокарциноме
	при мелкоклеточном раке

	при всех формах рака
533	При неплюскоклеточном раке легкого IV стадии рекомендовано провести исследование на наличие мутаций в гене EGFR (19-21 экзоны)
	BRCA-2
	KRAS
	BRCA-1
534	Для лечения доброкачественных тератом, тимом, фибром, липом и нейрогенных опухолей средостения рекомендуется хирургический метод
	лучевое лечение
	противоопухолевая лекарственная терапия
	комбинированное лечение
535	Зрелые тератомы средостения располагаются преимущественно в переднем верхнем средостении
	преимущественно в переднем нижнем средостении
	преимущественно в заднем верхнем средостении
	одинаково часто, как в переднем, так и в заднем средостении
536	Нейрогенные опухоли средостения располагаются преимущественно в переднем средостении
	преимущественно в заднем средостении
	одинаково часто и в переднем, и в заднем средостении
	фасции Герота
537	Герминогенные опухоли средостения (незрелые тератомы) преимущественно метастазируют лимфогенно – в средостенные, надключичные и забрюшинные лимфатические узлы
	гематогенно – в органы и ткани (легкие, печень, кости, костный мозг)
	метастазирование незрелых тератом происходит лимфогенным и/или гематогенным путем
	имплантационным путем
538	К прогностически неблагоприятной морфологической форме рака легкого относится мелкоклеточный рак
	крупноклеточный рак
	аденокарцинома
	плоскоклеточный рак
539	К прогностически благоприятной морфологической форме немелкоклеточного рака легкого относится

	крупноклеточный рак
	плоскоклеточный ороговевающий рак
	плоскоклеточный рак без ороговения
	аденокарцинома
540	Определение экспрессии PD-L1 на опухолевых клетках при немелкоклеточном раке легкого требуется для назначения
	пембролизумаба
	ниволумаба
	атезолизумаба
	бевацизумаба
541	Наиболее частой локализацией метастазов мелкоклеточного рака легкого являются
	внутригрудные лимфатические узлы
	печень, почки
	почки, надпочечники
	кости, головной мозг
542	Для диагностики рака легкого используют следующие методики
	трансторакальная биопсия
	биопсия сторожевого лимфатического узла
	щипцовая биопсия
	флюорография
543	Наиболее часто изолированное поражение лимфатических узлов средостения наблюдается
	при лимфоме Ходжкина
	при лимфосаркоме
	при ретикулосаркоме
	при плазмацитоме
544	Внегонадная семинома средостения характеризуется
	быстрым ростом
	медленным ростом
	прогрессирующим темпом роста
	скачкообразным темпом роста
545	Дифференциальный диагноз доброкачественной периферической опухоли легкого проводится
	с периферическим раком
	с туберкулезом
	с кистой
	с паразитарным поражением

546	Для метастатического плеврита при раке легкого характерны следующие клиникорентгенологические признаки
	затемнение на стороне поражения
	смещение средостения в противоположную сторону
	часто рецидивирует
	может разрешиться самостоятельно
547	При выявлении в головном мозге одиночных солитарных метастазов немелкоклеточного рака легкого размером менее 30 мм возможно локальное лечение
	оперативное удаление
	лучевая терапия на весь головной мозг в РОД 2,5-3,0 Гр, СОД 30 Гр
	стереотаксическая лучевая терапия
	радиохирургическое лечение с последующей крупнопольной лучевой терапией
548	Рекомендуемые режимы лекарственной терапии при локальных стадиях мелкоклеточного рака легкого
	цисплатин + этопозид
	карбоплатин + этопозид
	карбоплатин + паклитаксел
	цисплатин + паклитаксел
549	К локальным стадиям мелкоклеточного рака легкого относятся
	0 стадия
	I стадия
	II стадия
	III стадия
550	К распространенным стадиям мелкоклеточного рака легкого относятся
	I стадия
	II стадия
	III стадия
	IV стадия
551	Диспансерное наблюдение при раке легкого включает в себя
	физикальный осмотр
	КТ органов грудной клетки
	УЗИ брюшной полости, малого таза, органов забрюшинного пространства
	ПЭТ-КТ всего тела
552	Развитие опухолевого плеврита описано у больных
	раком легкого

	раке языка
	раке молочной железы
	раке яичников
553	Осложнением трансторакальной биопсии могут быть
	тромбоэмболия
	пневмоторакс
	кровотечение
	сепсис
554	Характерные симптомы мезотелиомы плевры
	гидроторакс
	одышка
	боли в грудной клетке
	увеличение массы тела за счет жировой ткани
555	Сочетанная лучевая терапия означает
	лучевая терапия в сочетании с химиотерапией
	расщепление курса лучевой терапии
	лучевая терапия в сочетании с радиомодификатором
	применение двух методов лучевой терапии
556	Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению являются
	пожилой возраст
	активный туберкулез
	психические заболевания с потерей ориентации во времени и пространстве
	тяжелые сопутствующие заболевания в стадии декомпенсации
557	Основным компонентом лечения лучевых пневмонитов, пневмофиброзов является
	витамины
	антибиотики широкого спектра действия
	преднизолон/дексаметазон
	антикоагулянты
558	Для II группы инвалидности вследствие онкологического заболевания характерно:
	лёгкие нарушения функций без ограничения жизнедеятельности
	способность к трудовой деятельности в обычных условиях при снижении квалификации
	неспособность к самообслуживанию и нуждаемость в постоянном постороннем уходе
	способность к самообслуживанию и передвижению с использованием вспомогательных средств

559	Радиотерапевтический интервал – это
	время между фракциями лучевой терапии
	интервал между курсами лучевой терапии
	интервал в радиочувствительности клеток злокачественных опухолей и здоровых клеток
	интервал между лучевой терапией и химиотерапией
560	Классическим стандартным режимом фракционированием в лучевой терапии является
	4 Гр 3 раза в неделю
	3 Гр 5 раз в неделю
	1,8-2 Гр 5 раз в неделю
	5 Гр однократно
561	Основная цель радикальной лучевой терапии
	достижение полной эрадикации опухоли
	вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
	достижение частичной регрессии опухоли
	подведение максимальной очаговой дозы
562	Задачей короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии является
	повышение операбельности
	понижение жизнеспособности опухолевых клеток
	получение полной регрессии опухоли
	достижение значительного уменьшения опухоли
563	Что относится к корпускулярному излучению
	рентгеновское излучение
	альфа-частицы, пучки быстрых электронов, протоны, нейтроны, отрицательные пи-мезоны
	ультразвуковое излучение
	гамма-излучение
564	1 Гр- это
	доза излучения, под действием которой в 1 см <sup>3</sup> воздуха при нормальной температуре и давлении образуется ионы, несущие заряд в 1 электростатическую единицу электричества каждого знака
	доза ионизирующего излучения, при которой веществу массой 1 кг передается энергия, равная 1 Дж
	доза ионизирующего излучения, при которой энергия в 10 Дж передается облучаемому веществу массой в 1 кг
	доза ионизирующего излучения, при которой энергия в 1 Дж передается облучаемому веществу массой в 10 кг
565	К ранним лучевым повреждениям относятся осложнения, возникшие
	не позднее 2 недель после лучевой терапии
	не позднее 1 месяца после лучевой терапии

	не позднее 3 месяцев после лучевой терапии
	не позднее 6 месяцев после лучевой терапии
566	К поздним лучевым повреждениям относятся повреждения, возникшие
	спустя 2 недели после лучевой терапии
	спустя 1 месяц после лучевой терапии
	спустя 3 месяца после лучевой терапии
	спустя 6 месяцев после лучевой терапии
567	Радиомодификаторы - это
	физические и химические факторы, которые способствуют росту опухоли
	физические и химические факторы, способствующие регрессу опухоли
	физические и химические факторы, способные изменять (ослаблять или усиливать) радиочувствительность клеток, тканей организма
	физические и химические факторы, способные снижать воздействие лучевой терапии
568	Основной причиной репродуктивной гибели как результат воздействия ионизирующего излучения считают повреждение
	митохондрий
	рибосом
	ДНК
	клеточной мембраны
569	Единицей измерения поглощенной дозы ионизирующего излучения являются
	грей
	кюри
	рентген
	бэр
570	При лучевой терапии базальноклеточного рака наиболее целесообразно использовать
	близкофокусную рентгенотерапию
	аппликационную лучевую терапию
	дистанционную лучевую терапию
	протонную терапию
571	Виды лучевой терапии, относящиеся к контактной лучевой терапии (брахитерапии)
	протонная терапия
	внутриполостное
	внутриканальное
	аппликационное
572	Существуют следующие методы лучевой терапии

	комбинированные
	дистанционные
	контактны
	сочетанные
573	Этапами предлучевой подготовки больных являются
	получение анатомо-топографических данных об опухоли и прилежащих структурах
	разметка на поверхности тела полей облучения
	введение анатомо-топографического изображения в планирующую систему
	моделирование процесса радиотерапии и расчет условий плана лечения
574	Радиоактивный йод применяют с целью диагностики и лечения опухолей
	щитовидной железы
	прямой кишки
	предстательной железы
	молочной железы
575	Низкую радиочувствительность имеют следующие опухоли, кроме
	инфильтративный рак молочной железы
	хондросаркома
	меланома
	солитарная плазмоцитома
576	Высокую радиочувствительность имеют следующие опухоли, кроме
	аденокарцинома пищеварительного тракта
	рак почки
	медуллобластома мозжечка
	семинома яичка
577	К радиочувствительным опухолям относятся
	ретикулярная саркома
	остео- и фибросаркомы
	семинома яичка
	опухоли из лимфоидной ткани
578	Пик Брегга характерен для
	протонной терапии
	гамма-терапии
	контактной лучевой терапии
	рентген-терапии

579	К конформным методам дистанционной лучевой терапии относятся
	апликационная лучевая терапия
	трехмерная радиотерапия
	лучевая терапия с интенсивностью модуляции пучка
	лучевая терапия с синхронизацией дыхания
580	К генерирующим источникам ионизирующего излучения относятся
	радиоактивный материал
	рентгеновские аппараты
	ускорители заряженных частиц
	лазерные системы
581	Поглощенная доза ионизирующего излучения - это
	энергия ионизирующего излучения, поглощённая облучаемым объектом и рассчитанная на единицу массы этого объекта
	физическая величина, связанная с эффектом ионизации воздуха фотонным излучением
	это поглощённая доза в органе или ткани, умноженная на соответствующий взвешивающий коэффициент для данного вида излучения или коэффициент качества
	энергия излучения, поглощённая во всей массе облучаемого вещества
582	Канцерицидная доза – это
	доза, при подведении которой происходит тотальное разрушение опухоли
	доза, при подведении которой происходит частичный регресс опухоли
	доза, при подведении которой происходит стабилизация процесса
	доза, при подведении которой не происходит повреждение здоровых тканей
583	К химическим радиосенсибилизаторам относятся
	витамины
	химиопрепараты
	таргетные препараты
	электроноакцепторные соединения
584	К физическим радиосенсибилизаторам относятся
	лазерная терапия
	местная и общая оксигинация
	магнитотерапия
	гипертермия
585	Фракционированная лучевая терапия основано на радиологических эффектах
	репопуляции
	редистрибуции

	реоксигенации
	репарации
586	Оптимальные дозы при проведении интраоперационной лучевой терапии
	25-40 Гр
	45-65 Гр
	70-80 Гр
	10-20 Гр
587	Аппараты для дистанционной лучевой терапии
	микроселектрон
	гамма- терапевтические установки
	ускорители электронов
	ускорители тяжелых заряженных частиц
588	Степень гистологической дифференцировки опухоли бывает
	высокая
	умеренная
	низкая
	минимальная
589	Показано только хирургическое лечение саркомы мягких тканей в случае
	рецидива после хирургического лечения
	I стадии заболевания
	локализации опухоли на кисти
	новообразования высокой степени злокачественности (G3)
590	Самостоятельное хирургическое лечение показано
	при остеосаркоме
	при опухоли Юинга
	при хондросаркоме
	при лимфоме Ходжкина
591	По биологическим и клиническим особенностям опухоли мягких тканей разделены на
	доброкачественные, злокачественные
	доброкачественные, промежуточные, злокачественные
	доброкачественные, промежуточные местно-агрессивные, промежуточные редко метастазирующие, злокачественные
	доброкачественные, промежуточные
592	Решающим методом обследования для распознавания саркомы мягких тканей является

	рентгенологическое исследование
	УЗИ
	ангиография
	биопсия образования
593	Саркома мягких тканей диаметром 7 см, G3. Правильная тактика лечения
	хирургическое, удаление опухоли
	лучевая терапия
	хирургическое удаление опухоли + полихимиотерапия + лучевая терапия
	лучевая терапия + химиотерапия
594	В какой зоне костной саркомы следует брать биопсию при планировании органосохранного лечения?
	в центре новообразования
	в зоне сильного истончения кортикального слоя
	в зоне прилегания опухолевой и неповрежденной ткани
	в зоне наибольшего кровотока
595	Лечебная «тактика выбора» при остеогенной саркоме высокой степени злокачественности
	предоперационная лучевая терапия с отсроченной ампутацией
	предоперационная лучевая терапия с ампутацией и адьювантной химиотерапией
	предоперационная химиолучевая терапия с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией
	2-4 цикла неоадьювантной химиотерапии с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией
596	Наиболее частое осложнение эндопротезирования металлическими эндопротезами коленного сустава
	гнойно-воспалительные процессы
	переломы костей, образующих коленный сустав
	поломка эндопротеза
	нестабильность эндопротеза
597	При хирургическом лечении забрюшинных неорганных опухолей чаще всего используется
	чрезбрюшинный доступ
	внебрюшинный доступ
	торакоабдоминальный доступ
	брюшно-промежностный доступ
598	В лечении больных неорганными забрюшинными саркомами основным методом является
	хирургический
	химиотерапевтическое лечение
	лучевая терапия

	комбинированные методы лечения
599	При возникновении рецидива забрюшинной неорганичной опухоли целесообразна
	хирургическое удаление
	химиотерапевтическое лечение
	лучевое лечение
	проведение симптоматической терапии
600	После какого метода лечения возможно появление экстраабдоминальных десмоидных фибром
	после радикальной операции
	после операции + гормонотерапия
	после лучевой терапии с локальной гипертермией
	после операции + лучевая терапия
601	Адекватное удаление саркомы мягких тканей подразумевает
	удаление опухоли с ее псевдокапсулой, без иссечения окружающих тканей
	удаление опухоли с окружающими ее тканями, отступив на 1 см от краев новообразования
	удаление опухоли с мышечно-фасциальным футляром, в котором она расположена (en bloc)
	удаление опухоли с окружающими ее тканями, отступив на 3 см от краев новообразования
602	Стандартной лечебной тактикой при остеосаркоме нижних конечностей является
	лучевая терапия с отсроченной ампутацией
	лучевая терапия с ампутацией и послеоперационной химиотерапией
	химиолучевая терапия с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией
	2-4 цикла неoadъювантной химиотерапии с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией
603	У больных костными саркомами конечностей внутриартериальное введение химиотерапии приводит
	к увеличению показателей общей выживаемости
	к снижению показателей общей выживаемости
	к увеличению частоты выполнения органосохранных операций
	к уменьшению вероятности рецидива
604	Какое время после радикального лечения неорганичных забрюшинных опухолей наиболее типично для развития рецидива?
	от 3 до 6 месяцев
	от 6 до 12 месяцев
	от 18 до 24 месяцев
	более 36 месяцев
605	При возникновении рецидива забрюшинной неорганичной опухоли показано

	хирургическое удаление рецидивной опухоли
	лечение цитостатиками
	лучевое лечение
	симптоматическое лечение
606	Какое время после радикального лечения неорганных забрюшинных опухолей наиболее типично для развития рецидива?
	от 3 до 6 месяцев
	от 6 до 12 месяцев
	от 18 до 24 месяцев
	более 36 месяцев
607	Чаще всего остеогенная саркома поражает
	длинные трубчатые кости
	плоские кости
	позвонки
	кости таза
608	Локализация саркомы мягких тканей чаще всего наблюдается в области
	нижних конечностей
	головы и шеи
	верхних конечностей
	позвоночника
609	Какая форма используется для оформления МСЭ?
	099/у
	025/у
	088/у
	072/у
610	Какие меры предусмотрены законодательством для обеспечения безопасности пациента в процессе лечения?
	обязательное применение методов народной медицины, одобренных главным врачом
	проведение еженедельной аттестации пациентов на знание своих прав
	<b>получение информированного добровольного согласия пациента на медицинское вмешательство с разъяснением возможных рисков</b>

	запрет на использование любых лекарственных препаратов, произведённых за рубежом
611	Какие нормативно-правовые акты направлены на поддержание высокого уровня качества и безопасности медицинской помощи?
	Федеральный закон «Об основах туристической деятельности в Российской Федерации»
	Приказ Минздрава России «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»
	Постановление Правительства РФ «О правилах пользования мобильными телефонами в общественных местах»
	Санитарные правила для предприятий общественного питания
612	Какие стандарты качества и безопасности медицинской деятельности должны соблюдаться врачами?
	порядки оказания медицинской помощи и клинические рекомендации (протоколы лечения)
	инструкции по эксплуатации бытовой техники, установленной в ординаторской
	личные предпочтения врача, основанные на его индивидуальном опыте
	рекомендации, опубликованные в нерецензируемых интернет-блогах медицинской тематики
613	Наиболее частая локализация нейроэндокринных опухолей желудочно-кишечного тракта среди следующих отделов?
	пищевод
	желудок
	<b>подвздошная кишка</b>

	сигмовидная кишка
614	Какой биологический маркер считается «золотым стандартом» для лабораторной диагностики нейроэндокринных опухолей (наиболее чувствительный и специфичный)?
	альфа-фетопротеин (АФП)
	<b>хромогранин А (СgА)</b>
	раково-эмбриональный антиген (РЭА)
	СА 19-9
615	Для какого типа множественной эндокринной неоплазии (МЭН) характерно сочетание гастриномы, инсулиномы и опухолей гипофиза?
	<b>МЭН 1 (синдром Вермера)</b>
	МЭН 2А (синдром Сиппла)
	МЭН 2В (синдром Горлина)
	синдром фон Хиппеля–Линдау
616	Какое биологически активное вещество является основным медиатором классического карциноидного синдрома (приливы, диарея, бронхоспазм)?
	гистамин
	<b>серотонин</b>
	кальцитонин
	вазоактивный интестинальный пептид (ВИП)
617	Какой гистологический тип составляет подавляющее большинство (около 95%) случаев рака полового члена?

	саркома
	меланома
	<b>плоскоклеточный рак</b>
	аденокарцинома
618	Какое хроническое состояние считается основным предраковым заболеванием и наиболее значимым фактором риска развития рака полового члена?
	баланит
	<b>фимоз с лейкоплакией</b>
	эпидидимит
	варикоцеле
619	При раке полового члена какие лимфатические узлы метастазы в первую очередь поражают?
	подмышечные
	шейные
	забрюшинные (парааортальные)
	<b>паховые</b>
620	Какой гистологический вариант наиболее часто встречается при раке почечной лоханки и мочеточника?

	светлоклеточный рак
	<b>уротелиальная карцинома (переходно-клеточный рак)</b>
	плоскоклеточный рак
	аденокарцинома
621	Наиболее частым клиническим проявлением (классической «визитной карточкой») рака лоханки или мочеточника является:
	пальпируемое образование в поясничной области
	лихорадка неясного генеза
	<b>тотальная макрогематурия</b>
	боли по типу почечной колики с иррадиацией в пах
622	Максимальный срок непрерывного нахождения на листке нетрудоспособности при неосложнённом течении рака молочной железы после радикальной мастэктомии (при отсутствии признаков инвалидности) составляет:
	10 месяцев
	4 месяца
	30 дней
	15 дней

### Перечень практических заданий (2 этап)

1. Принципы формирования групп повышенного онкологического риска и диспансеризации онкологических больных.
2. Принципы диспансеризации групп риска.

3. Методы консультативной и санитарно-просветительской работы по профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни.
4. Алгоритмы диагностики рака, предраковых заболеваний, доброкачественных опухолей.
5. Методы лучевой, лабораторной диагностики онкологических заболеваний человека.
6. Навыки оказания скорой и неотложной помощи (первичная обработка ран, наложение повязки на рану, подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции; остановка наружного кровотечения, иммобилизация поврежденной конечности, иммобилизация при переломе позвоночника).
7. Выбор и взятие биологического материала для проведения генетических тестов;
8. Проведение рутинных методов генетического анализа (цитогенетического, биохимического, ПЦР-анализ).
9. Определение показаний и назначение инструментальных и лабораторных (в т.ч. специальных генетических) исследований.
10. Интерпретация результатов ЭКГ, ФКГ, ЭЭГ, КТМ, МРТ, ЭНМГ, УЗИ и других исследований.
11. Разъяснение консультируемому в доступной форме содержание консультации, прогноза, заключение.
12. Обоснование тактики лечения и схемы диспансеризации больного с онкологическим заболеванием (на дому, в специализированном учреждении, стационаре).
13. Методы интерпретации данных, полученных при проведении объективного обследования, лабораторных и инструментальных исследований, методами проведения дифференциальной диагностики и постановки клинического диагноза, в соответствии с международной классификацией заболеваний МКБ-10.
14. Принципы лечения онкологических больных.
15. Принципы проведения химиотерапии, гормонотерапии, таргетной и лучевой злокачественных опухолей.
16. Методы хирургического лечения злокачественных опухолей, обезболивания онкологических больных.
17. Методы проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения.
18. Ведение медицинской документации.
19. Базовая сердечно-легочная реанимация.
20. Определение признаков жизни у пациента.

### **Перечень заданий к собеседованию (3 этап)**

#### Теоретические вопросы

1. Определение понятий опухоль, рак, саркома, меланома, лимфома. Классификация опухолей.
1. Основные свойства злокачественных опухолей.
2. Пути метастазирования и его этапы.
3. Этиология опухолей. Определяющие факторы и внешние этиологические факторы.
4. Канцерогенез.
5. Статистика опухолевых заболеваний в РФ. Абсолютное количество онкологических больных.
6. Показатели заболеваемости и структура смертности онкологических заболеваний в РФ.
7. Организация онкологической службы в России.

8. Группы диспансерного учета. Учетные документы на онкологических пациентов.
9. Профилактика онкологических заболеваний.
10. Понятие «ранний рак». Пути улучшения ранней диагностики злокачественных опухолей.
11. Понятие «предрак», его диагностика и лечение.
12. Деонтология в онкологии.
13. Общие принципы диагностики и лечения онкологических больных.
14. Диагностический алгоритм в онкологии: первичная, уточняющая и функциональная диагностика.
15. Принципы классификация TNM. Стадии заболевания.
16. Методы диагностики в онкологии. Виды биопсий.
17. Классификация методов лечения в онкологии. Понятие «комбинированное» и «комплексное» лечение.
18. Факторы риска онкологической патологии и их влияние на частоту злокачественных новообразований.
19. Виды хирургических вмешательств в онкологии. Принципы радикальных хирургических операций, отличие от операций при неопухоловой патологии.
20. Лучевая терапия в онкологии. Источники излучения, классификация методов облучения по цели и методологии.
21. Показания и противопоказания к лучевому противоопухолевому лечению. Осложнения лучевой терапии.
22. Химиотерапия опухолей. Основные группы лекарственных противоопухолевых препаратов.
23. Показания и противопоказания к лекарственному противоопухолевому лечению.
24. Гормонотерапия в онкологии. Показания. Группы лекарственных препаратов.
25. Таргетная терапия. Группы препаратов, показания к применению, основные осложнения.
26. Этиология рака щитовидной железы. Показатели заболеваемости и смертности. Морфологическая классификация опухолей щитовидной железы.
27. Папиллярный и фолликулярный рак щитовидной железы. Клиническая картина, метастазирование, особенности диагностики и лечения.
28. Медуллярный рак щитовидной железы. Этиология, клиника, прогноз.
29. Особенности диагностики и лечения медуллярного рака щитовидной железы.
30. Недифференцированный и плоскоклеточный рак щитовидной железы. Пути метастазирования. Особенности диагностики и лечения.
31. Принципы лечения пациентов раком щитовидной железы в зависимости от стадии заболевания и гистологического строения опухоли. Радиойодтерапия и заместительная гормонотерапия.
32. Рак легкого. Заболеваемость и смертность в РФ. Морфологические формы рака легкого.
33. Этиология и патогенез рака легкого. Предраковые заболевания легких. Метастазирование рака легкого. Профилактика.
34. Клинико-анатомические формы рака легкого – центральный, периферический, атипические формы. Особенности их рентгенологического и клинического проявления.
35. Рак легкого: клинические проявления – симптомы первичной опухоли, местно-распространенного процесса, признаки отдаленных метастазов.
36. Диагностика рака легкого.

37. Лечение рака легкого в зависимости от гистологического строения и стадии опухолевого процесса.
38. Классификация опухолей средостения и их топография. Клинические проявления опухолей средостения. Принципы диагностики и лечения.
39. Опухоли кожи. Заболеваемость. Этиология. Факторы риска. Факультативные кератопреранцерозы и облигатные предраки кожи.
40. Рак кожи – гистологические формы. Формы опухолевого роста. Особенности разных форм рака, метастазирование.
41. Диагностика, принципы лечения пациентов с базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи.
42. Классификация невусов. Меланоцитарные невусы. Признаки активизации пигментных невусов.
43. Меланома: этиология, клинические признаки, особенности роста и метастазирования.
44. Диагностика и принципы лечения меланомы.
45. Факторы риска развития и предопухолевые заболевания молочных желез. Группы риска по раку молочной железы. Профилактика.
46. Мастопатия. Определение, классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
47. Доброкачественные опухоли молочных желез - фиброаденома, филлоидные опухоли, протоковая папиллома. Клиника, диагностика и лечение.
48. Рак молочной железы – клинические проявления, клинические формы, метастазирование.
49. Методы диагностика опухолей молочной железы. Молекулярно-биологические подтипы рака молочной железы.
50. Рак молочной железы – принципы лечения. Виды оперативных вмешательств.
51. Определение «злокачественные лимфомы». Общие признаки. Виды лимфом. Заболеваемость. Этиология.
52. Лимфома Ходжкина, морфологическая классификация, принципы диагностики. Последовательность диагностических методов.
53. Клиника лимфомы Ходжкина, группы симптомов, стадирование.
54. Морфологические формы неходжкинских лимфом, клиника и диагностика.
55. Принципы лечения пациентов с неходжкинскими лимфомами и лимфомой Ходжкина.
56. Заболеваемость раком желудка, запущенность, причины поздней диагностики. Этиология. Предраковые заболевания. Пути улучшения ранней диагностики.
57. Пути метастазирования рака желудка. Отдаленные метастазы.
58. Клиника рака желудка. Зависимость от локализации, формы опухолевого роста, степени распространения опухоли. Синдром «малых признаков».
59. Методы диагностики рака желудка.
60. Рак желудка - принципы лечения. Радикальные, паллиативные и симптоматические операции. Показания к лучевой и лекарственной противоопухолевой терапии.
61. Заболеваемость раком пищевода. Факторы риска, предопухолевые заболевания.
62. Клиника, диагностика и лечение рака пищевода.
63. Заболеваемость и смертность от колоректального рака. Предраковые заболевания ободочной и прямой кишки. Методы диагностики колоректального рака. Пути улучшения ранней диагностики.
64. Клиника рака ободочной и прямой кишки. Клинические формы рака ободочной кишки, связь с локализацией. Группы риска.

65. Лечение пациентов при раке ободочной и прямой кишки. Радикальные, паллиативные и симптоматические операции. Лучевая терапия и химиотерапия в лечении колоректального рака.
66. Рак поджелудочной железы. Этиология. Факторы риска. Основные клинические проявления в зависимости от локализации и степени распространения опухоли.
67. Диагностика рака поджелудочной железы и методы лечения.
68. Классификация опухолей печени. Этиология, факторы риска и предраковые заболевания.
69. Клинические проявления рака печени. Методы диагностики и лечение.
70. Опухоли желчного пузыря и внепеченочных протоков. Этиология. Клиника рака желчного пузыря и внепеченочных протоков. Диагностика и лечение.
71. Классификация опухолей мягких тканей. Метастазирование сарком. Клиника сарком в зависимости от локализации, гистологической формы и степени распространения.
72. Методы диагностики и принципы лечения пациентов с саркомами мягких тканей.
73. Методы диагностики и принципы лечения пациентов с остеосаркомами.
74. Классификация опухолей забрюшинного пространства. Основные клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.
75. Заболеваемость раком почек. Клиническая картина рака почки. Методы диагностики и лечение.
76. Опухоли мочевого пузыря – факторы риска, предраковые заболевания. Клиническая картина рака мочевого пузыря.
77. Методы диагностики и лечения рака мочевого пузыря.
78. Рак полового члена, клиника, диагностика, лечение.
79. Классификация опухолей яичек. Факторы риска. Метастазирование опухолей яичка. Клиника. Диагностика и принципы лечения.
80. Заболеваемость раком предстательной железы. Этиология. Диагностика рака простаты, методы скрининга.
81. Клиника первичного и метастатического рака предстательной железы.
82. Методы лечения рака предстательной железы.
83. Классификация опухолей слюнных желез. Доброкачественные и злокачественные опухоли. Клиника рака слюнных желез. Методы диагностики и лечения.
84. Этиология рака губы, предраковые заболевания. Клиника рака нижней губы. Метастазирование. Диагностика и методы лечения.
85. Клиника рака языка и слизистой полости рта. Метастазирование. Диагностика. Методы лечения.
86. Клиника, диагностика и методы лечения рака гортани.
87. Заболеваемость раком шейки матки, смертность в РФ. Этиология. Фоновые и предраковые заболевания. Методы профилактики рака. Виды скрининга. Методика проведения популяционного скрининга.
88. Классификация рака шейки матки. Метастазирование. Клиника рака шейки матки (инвазивного и местнораспространенного).
89. Диагностика и лечение рака шейки матки.
90. Заболеваемость раком тела матки. Фоновые и предраковые заболевания эндометрия.
91. Классификация рака тела матки. Клиническая картина заболевания.
92. Методы диагностики и лечения рака тела матки.
93. Заболеваемость раком яичников. Группы риска. Возможные причины развития рака.

94. Классификация рака яичников. Клиническая картина и пути метастазирования.
95. Методы диагностики и лечения рака яичников. Виды операций. Химиотерапия и лучевое лечение.
96. Что такое онкомаркеры и применение их в клинической практике?
97. Клинические признаки остановки сердца. Тактика неотложной помощи при остановке сердца.
98. Причины, клиника и тактика неотложной помощи при анафилактическом шоке.
99. Тактика лечения геморрагического шока.
100. Признаки тромбоэмболии легочной артерии. Неотложная помощь при внезапной остановке сердца. Предвестники внезапной остановки сердца.
101. Острые нарушения мозгового кровообращения. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления.
102. Принципы лечения острой дыхательной недостаточности. Основные причины, приводящие к развитию острой дыхательной недостаточности.
103. Методы диагностики нейроэндокринных опухолей (НЭО). Гормоны способные выделять НЭО.
104. Назовите основные варианты лечения НЭО. Факторы прогноза.
105. Каковы особенности защиты информации в медицинских учреждениях? Приведите примеры технических аспектов защиты информации.
106. Какие права есть у пациента касательно защиты медицинских данных? Что входит в согласие на обработку персональных данных?
107. Назовите нормативно-правовые акты, регулирующие организацию и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Расскажите о возможных последствиях при нарушении этих правил.

Ситуационные задачи

### **Ситуационная задача 1**

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен объемным образованием. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. Цитологическое исследование плевральной жидкости - выявлены опухолевые клетки. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. МРТ головного мозга - без патологии.

Вопросы:

1. Предположите предварительный диагноз.
2. Предложите тактику дообследования пациента.
3. Тактика лечения?

### **Ситуационная задача 2**

Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа- без патологии, слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
1. Предложите тактику дообследования пациента.
2. С какими заболеваниями можно провести дифференциальную диагностику?

### **Ситуационная задача 3**

Больной В. 60 лет, шофер 40 лет. Курит 45 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 29 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование, суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите предварительный диагноз
1. Какое дообследование необходимо провести для определения стадии заболевания?
2. При отсутствии отдаленных и регионарных метастазов какой вариант лечения является оптимальным?

### **Ситуационная задача 4**

Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, доходящая до кардиального жома. Произведена биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
1. Какие нужны дообследования для определения стадии заболевания?
2. Лечебная тактика?

### **Ситуационная задача 5**

Больная Е. 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течении 15 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной на кануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе- патологии не выявлено. В нижней трети желудка имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника. Диагноз? Лечебная тактика?

Вопросы:

1. Предположите диагноз.
1. Дообследование для определения стадии заболевания?
2. Лечебная тактика?

#### **Ситуационная задача 6**

Больная Ж. 41 год, секретарь. Жалобы на уплотнение в левой молочной железе. Мать умерла от рака молочной железы. В анамнезе 10 абортов, детей нет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте левой молочной железы пальпируется уплотнение до 3х см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте левой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 3х см в диаметре.

Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: в обоих препаратах обнаружены атипические клетки.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
1. Предположите тактику дообследования.
2. Какие лечебные опции можно предложить данной пациентке?

#### **Ситуационная задача 7**

Больная 47 лет поступила в онкологический диспансер с диагнозом: новообразование кожи. Около 4 лет назад заметила пигментное пятно на коже правой голени, которое постепенно увеличивалось. Обратилась в Центральную районную больницу к районному онкологу, который после простого осмотра рекомендовал наблюдение. Больная больше к врачам не обращалась, занялась самолечением – прикладывала к опухоли «мумие». После неоднократной травматизации пигментная опухоль стала быстро увеличиваться, кровоточить. При поступлении у больной на коже наружной поверхности средней трети правой голени имелась экзофитная опухоль грибовидной формы до 3 см в диаметре, покрытая сухими корочками. Кожа вокруг опухоли гиперемирована, инфильтрирована. В правой паховой области пальпировался эластический лимфатический узел до 0,8 см в диаметре.

Вопросы:

1. Какой ваш предварительный диагноз?
1. Какие обследования надо провести?
2. Какова тактика лечения?

### **Ситуационная задача 8**

Больной И. 65 лет, шофер, мать умерла от рака прямой кишки. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки (суживающий ее просвет). Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети. Выполнена биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
1. Предположите тактику дообследования.
2. Тактика лечения

### **Ситуационная задача 9**

Больная К. 65 лет, страдает геморроем 20 лет. В прошлом работник химкомбината в течении 45 лет. Жалобы на запоры, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудела на 8 кг. Объективно: невоспаленный геморрой. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологически: инфильтративный рак, низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
1. Предположите тактику дообследования?
2. Тактика лечения?

### **Ситуационная задача 10**

Больной Л. 55 лет, механик. Мать умерла от рака желудка. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли внизу живота. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в сигмовидной кишке сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в сигмовидной кишке просвет сужен за счет инфильтрации. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: обнаружено опухолевое поражение сигмовидной кишки, печень, почки без патологии.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
1. Предположите тактику дообследования.
2. Тактика лечения.

### **Ситуационная задача 11**

Больной К. 74 лет, хирург. Жалобы на похудание, снижение аппетита, затруднение глотания. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается незначительная болезненность в эпигастральной области. Рентгенологически: сужение просвета верхней трети желудка с переходом на розетку кардии. При эзофагогастродуоденоскопии: слизистая верхней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, отмечается сужение розетки кардии, инфильтрации распространяется на пищевод. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, забрюшинных лимфоузлов не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите диагноз.
1. Дообследование для определения стадии заболевания?
2. Лечебная тактика?

### **Ситуационная задача 12**

Больной А. 56 лет, профессор истории. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: в печени в области 7 сегмента имеется округлое образование, без четких границ, в головке поджелудочной железы определяется объемное образование 3х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
1. Какие методы дообследования можно необходимо провести?
2. Тактика лечения.

### **Ситуационная задача 13**

Больной Н. 70 лет. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище, за последние две недели отметил желтушность кожи, зуд. Похудел за 2 месяца на 9 кг. В анамнезе хронический панкреатит. Объективно: кожные покровы и склеры желтушны, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, отмечается сдавление общего желчного протока, поджелудочная железа неоднородной структуры, отечна, Вирсунгов проток расширен, в области головки поджелудочной железы определяется объемное образование 3х4см; в брюшной полости свободная жидкость;

забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: определяется объемное образование в области головки поджелудочной железы, размерами 3x4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 700 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
1. Предложите методы дообследования пациента.
2. Тактика лечения.

#### **Ситуационная задача 14**

Больной А. 69 лет, слесарь. Злоупотребляет алкоголем. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище. Похудел за 2 месяца на 8 кг. В анамнезе хронический панкреатит, страдает тромбозом. Без эффекта лечился по поводу язвенной болезни желудка. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, в области тела поджелудочной железы определяется объемное образование 4x4см, структура поджелудочной железы неоднородная, отечна. забрюшинное пространство без особенностей. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование в головке поджелудочной железы, размерами 4x4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 654 Ед/мл.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
1. Предложите методы дообследования пациента.
2. Тактика лечения.

#### **Ситуационная задача 15**

Больной А. 60 лет, рабочий в области резиновой промышленности. Жалобы на тошноту, боли в эпигастральной области, отвращение к пище. В анамнезе желчекаменная болезнь. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ: в области 4 и 5 сегментах печени отмечаются 3 очаговых образования размерами от 1 до 1,5 см с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, стенка желчного пузыря инфильтрирована, в просвете определяется объемное образование 2 см в диаметре. Положительны маркеры: СА 19-9, щелочная фосфатаза.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
1. Предположите тактику дообследования?
2. Тактика лечения?

#### **Ситуационная задача 16**

Больной С. 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, отмечается гепатомегалия. КТ органов брюшной полости: печень увеличена в размере, в области S 5-6 объемное образование размерами 4,0 x 5,0 см с нечеткими границами, в воротах печени

увеличенные лимфатические узлы, асцит. Маркер: АФП 700 нг\мл. Гистологическое заключение: гепатоцеллюлярный рак.

Вопросы:

1. Предположите диагноз.
1. Дообследование для определения стадии заболевания?
2. Лечебная тактика?

### **Ситуационная задача 17**

Больная Ш. 50 лет. Жалобы на уплотнение в правой молочной железе. В анамнезе сахарный диабет, ожирение. Менструации с 11 лет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение до 2,0 см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 2,5 см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: папиллярная карцинома.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
1. Предположите тактику дообследования?
2. Тактика лечения?

### **Ситуационная задача 18**

Больная М. 43 лет. Жалобы на уплотнение в правой молочной железе. Менструации с 11 лет, регулярные. Имеет двое детей. Страдает гипотиреозом. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение более 5 см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируются увеличенные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами 5,0x6,0 см. Произведена пункция опухолевого образования правой молочной железы и лимфоузла в левой подмышечной области. Цитологическое исследование: протоковый рак. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены очаговые образования в печени.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
1. Предположите тактику дообследования?
2. Тактика лечения?

### **Ситуационная задача 19**

Больная М. 55 лет. Жалоб не предъявляет. При профосмотре обнаружено увеличение в объеме правого яичника, выполнено ультразвуковое исследование, при котором установлено, что правый яичник увеличен в размерах до 7 см, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Менструации с 12 лет, регулярные. Имеет двое детей. Объективно: при бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенный до 6-7 см правый яичник, безболезненный. УЗИ органов брюшной полости и малого таза: асцит, объемное образование правого яичника. При лапароскопическом исследовании обнаружены метастатические очаги по брюшине. Цитологическое исследование

опухолевой ткани яичников: аденокарцинома. Исследование асцитической жидкости: обнаружены опухолевые клетки. Маркер СА 125 450 ед\мл.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
1. Предположите тактику дообследования?
2. Тактика лечения?

### **Ситуационная задача 20**

Больная М. 61 года. Жалобы на мажущие выделения из половых путей Менструации с 13 лет, постменопауза. Имеет трое детей. Объективно: при бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенная в размерах матка до 6-7 беременности, безболезненная, из половых путей имеются сукровичные выделения. Выполнено УЗИ органов брюшной полости, малого таза, трансвагинальное УЗИ: объемное образование тела матки, толщина эндометрия более 15 мм. При рентгенологическом исследовании легких без очаговой патологии. Проведено отдельное диагностическое выскабливание, гистологическое заключение: эндометриоидная аденокарцинома.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
1. Предположите тактику дообследования?
2. Тактика лечения

### **Ситуационная задача 21**

Больная 27 лет жалуется на боли в левой молочной железе, усиливающиеся в предменструальном периоде. В анамнезе – неоднократно лечилась по поводу аднексита. При пальпации в верхне-внутреннем квадрате левой молочной железы отмечается уплотнение ее ткани и опухолевидное образование в диаметре 3 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При надавливании на сосок выделений нет. Кожа над образованием берется в складку. Проведена биопсия опухоли. Гистология- инфильтративно-протоковый рак. Люминальный А подтип.

Вопросы:

1. Определите стадию заболевания?
1. Какие лабораторные, инструментальные исследования необходимо выполнить?
2. Определите варианты лечения.

### **Ситуационная задача 22**

Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, доходящая до кардиального жома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?
1. Определите дополнительные методы обследования?
2. Лечебная тактика?

### **Ситуационная задача 23**

Женщина 58 лет самостоятельно обнаружила у себя увеличенный лимфатический узел на шее. Обратилась к районному онкологу по месту жительства. При пальпации лимфатический узел уплотнен, спаян с окружающими тканями, щитовидная железа увеличена. При дообследовании – на УЗИ определяется гипоехогенное округлое образование в правой доле размерами 11x10x7 мм (EU-TIRADS-5). Выполнена тонкоигольная биопсия – подозрение на злокачественную опухоль.

Вопросы:

1. Рекомендовано ли генетическое консультирование пациентке?
1. Какой минимальный объем операции возможен при опухоли данного типа и локализации?
2. В каком случае назначается радиойодтерапия при опухолях данной локализации?

### **Ситуационная задача 24**

К гинекологу обратилась женщина 48 лет, которая при самообследовании обнаружила в правой молочной железе опухолевый узел.

При осмотре молочные железы внешне не изменены. При пальпации в правой молочной железе определяется четкое опухолевидное округлое образование диаметром 3 см, неподвижное относительно ткани молочной железы. Сосок не изменен, выделения из него бурого цвета, кожные симптомы над опухолевым узлом не определяются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте план диагностики для данной пациентки.
3. Какой метод лечения вы ей предложите?

### **Ситуационная задача 25**

Больной К. 65 лет. Курит 40 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 3 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование, суживающее просвет пищевода до 0,9см. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
1. Какие дополнительные методы обследования нужно провести?
2. Лечебная тактика?

### **Ситуационная задача 26**

На прием к онкологу обратилась женщина 68 лет с жалобами на опухоль левой молочной железы, которая изъязвилась, появилось гноетечение. Около 7 лет с появления опухолевого узла в толще молочной железы, к врачам не обращалась, занималась самолечением. Год назад опухоль изъязвилась, больная постоянно делает перевязки. При осмотре левая молочная железа увеличена в объеме, занята злойонной распадающейся опухолью диаметром 12 см, соска нет, обильное гноетечение. В левой подмышечной области пальпируется 2 подвижных неспаянных лимфатических плотных узла, безболезненных, кожа под ними не изменена. В правой подмышечной области определяется плотный безболезненный подвижный лимфатический узел.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
1. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования.
2. Составьте алгоритм оказания помощи.

### **Ситуационная задача 27**

Пациент, 60 лет. В течение нескольких месяцев наблюдались периодические боли за грудиной, одышка при физической нагрузке. При обследовании выявлена опухоль правого легкого с метастазами в лимфоузлы средостения. Диагностирован местнораспространенный периферический рак нижней доли правого легкого. Выполнена трансторакальная биопсия опухоли правого легкого под КТ-навигацией. Цитологическое заключение: аденокарцинома легкого. Диагноз: Периферический рак нижней доли правого легкого, метастазы в лимфоузлы средостения и надключичные справа.

Вопросы:

1. Какая стадия опухолевого процесса?
1. Какие мутации могут быть выявлены при генетическом исследовании?
2. Какова тактика лечения?

### **Ситуационная задача 28**

Пациент, 57 лет. Жалобы на боли за грудиной, одышку, сухой кашель. При обследовании выявлена опухоль правого легкого. КТ органов грудной клетки: Справа в S9 нижней доле правого легкого определяется мягкотканное образование с неровными контурами 34x32,8x33 мм. ПЭТ КТ: очаг патологической метаболической активности в лимфоузлах правой надключичной области SUVmax 4,25 – 7 мм. Остальные группы лимфоузлов шеи, надключичной области не изменены. Гиперметаболическая опухоль в периферических отделах S9 правого легкого SUVmax 11 – 33x38 мм., с обтурацией просвета субсегментарных бронхов и развитием частичного ателектаза (без метаболической активности). «Лучистые» контуры по периферии опухоли визуально распространяются до диафрагмальной плевры, без достоверных признаков наличия патологической активности. Гиперметаболические метастатические внутригрудные лимфоузлы с двух сторон. SUVmax 16,27 в корне правого легкого, размерами до 20 мм; SUVmax 10,56 – парааортально, на уровне дуги аорты, 12 мм. Немногочисленные субплевральные очаги в обоих лёгких, вероятнее всего очаги пневмофиброз.

Вопросы:

1. Определите стадию опухолевого процесса.
1. Дополнительная диагностика.

## 2. Какова тактика лечения?

### Ситуационная задача 29

Больной Л. 55 лет, механик. Мать умерла от рака желудка. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли внизу живота. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в сигмовидной кишке сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в сигмовидной кишке просвет сужен за счет инфильтрации. УЗИ брюшной полости: обнаружено опухолевое поражение сигмовидной кишки, печень, почки без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
1. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования.
2. Составьте алгоритм оказания помощи.

### Ситуационная задача 30

Больная 45 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление опухоли в левой молочной железе. Опухоль обнаружила самостоятельно. Больная имеет одного ребенка. Менструальная функция сохранена. Левая молочная железа обычных размеров. При осмотре определяется втяжение соска. В верхне-наружном квадрате железы пальпируется опухоль размером 3х2 см, плотная, мало болезненная, смещаемая. Подмышечные лимфоузлы не пальпируются.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз?
1. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? Какие клинические симптомы надо проверить при этом и их результаты.
2. Какие лабораторные и специальные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?

### Ситуационная задача 31

Пациентка 37 лет самостоятельно обнаружила язвенный дефект на боковой поверхности языка. Лечилась таблетками Ацикловир, полоскала рот раствором натрия тетрабората – без эффекта. Обратилась к врачу-онкологу для уточнения диагноза. Из анамнеза известно, что у пациентки имеется хронический тонзиллит. При визуальном осмотре определяется язвенный дефект на правой боковой поверхности языка размерами 2,3х1,2. При пальпации увеличенных лимфоузлов не выявлено. Взят соскоб, морфологическое заключение – плоскоклеточный рак. Выполнено УЗИ шеи, тканей полости рта: выявлена неоднородность структуры правого поднижнечелюстного лимфоузла.

Вопросы:

1. Какой прогноз у данной пациентки?
1. К какой группе диспансерного наблюдения относится больная?
2. Какова тактика лечения у пациентки?

### Ситуационная задача 32

Больной 58 лет обратился к оториноларингологу с жалобами на осиплость голоса, затрудненное дыхание, кашель. Из анамнеза известно, что пациент курил пачку сигарет в день в течение 25 лет, бросил 3 года назад. При фиброларингоскопии обнаружена опухоль, занимающая заднюю треть правой голосовой складки. Подвижность этой половины гортани ограничена. При пальпации на боковой поверхности шеи справа определяется несколько подвижных лимфоузлов. Выполнена пункция образования: гистологическое заключение – неороговевающий рак. На КТ ОГК в правом легком на верхушке определяется патологический очаг 1,3x1,2 см.

Вопросы:

1. К какой клинической группе относится данный пациент?
1. Каков прогноз у пациента?
2. Какие лимфатические узлы являются регионарными при опухоли данной локализации?

### **Ситуационная задача 33**

Пациент, 45 лет. Жалобы на боли за грудиной, одышку. При обследовании выявлена опухоль верхней доли левого легкого. КТ ОГК: слева верхняя доля уменьшена за счёт ателектаз S1 и S3, вызванных опухолевым образованием в корне, обрывающим верхнедолевой бронх. Контуры образования бугристые, подтягивают плевру. Достоверно оценить размеры на фоне безвоздушной легочной ткани затруднительно. В S8 дополнительный очаг с нечёткими контурами 10 мм. Справа в S4 субплевральный очаг 5 мм. Заключение: КТ-картина Центрального рака левого лёгкого с метастазами в то же лёгкое. Субплевральный очаг в правом лёгком требует динамического наблюдения.

Вопросы:

1. Определите стадию опухолевого процесса.
1. Какова тактика лечения?
2. Диспансерное наблюдение.

### **Ситуационная задача 34**

Пациент 69 лет поступил в клинику с жалобами на затрудненное мочеиспускание, вялую струю мочи, боли в промежности и крестце. Считает себя больным около года. При ректальном обследовании: простата увеличена, с нечеткими контурами, бугристая, с очагами каменистой плотности.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
1. Какие дополнительные обследования необходимо произвести?
2. Тактика лечения.

### **Ситуационная задача 35**

К врачу обратилась больная 18 лет, у которой на стопе имелся пигментный невус до 1 см, в виде узелка черно-серого цвета, эластической консистенции, с гладкой сухой поверхностью, без волос, не увеличивался, не тревожил.

Вопросы:

1. Какие предрасполагающие факторы?
1. Какова тактика лечения?

## 2. Какие разновидности невусов есть?

### **Ситуационная задача 36**

Больная 46 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на кровянистые выделения из половых путей после коитуса. Наследственность не отягощена. Было три беременности, одни роды и два мед. аборта. Последний раз у гинеколога была 5 лет назад. Осмотр в зеркалах: влагалище рожавшей, шейка матки гипертрофирована. На передней губе ее имеется мелкобугристая опухоль в виде «цветной капусты» 2х3 см., кровоточащая при незначительном контакте. Матка и придатки без особенностей. При ректальном исследовании в малом тазу инфильтраты не определяются.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
1. Какие дополнительные обследования необходимо произвести?
2. Тактика лечения.

### **Ситуационная задача 37**

Пациент, 47 лет. Проходил обследование по поводу заболевания сердца. Выявлена опухоль нижней доли правого лёгкого. Подтверждён диагноз: центральный плоскоклеточный рак нижней доли правого лёгкого T2N0M0-Ib ст. Выполнена нижняя лобэктомия справа. Динамически наблюдался. Ремиссия восемь лет. Прогрессирование рака лёгкого; метастазы в лёгких и внутригрудных лимфатических узлах. После дообследования, включая ПЭТ КТ и по данным цитологического исследования - плоскоклеточная метаплазия с участками дисплазии. Гистологическое заключение - плоскоклеточный неороговевающий рак. Картина расценена как прогрессирование плоскоклеточного рака лёгкого. Отдалённых внеторакальных метастазов нет.

Вопросы:

1. Тактика лечения.
1. Возможно ли проведение химиотерапии и по какой схеме?
2. Диспансерное наблюдение.

### **Ситуационная задача 38**

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

Шейные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
1. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
2. Расскажите о принципах лечения.

### **Ситуационная задача 39**

Больная 32 лет, на приеме у врача в поликлинике предъявляет жалобы на покраснение соска левой молочной железы и его уплотнение. Заболела месяц назад, когда заметила покраснение соска левой молочной железы, зуд, затем мокнути в области соска. При осмотре: сосок и часть ареолы левой молочной железы покрыты корочкой, имеется мокнути в области соска. Никаких опухолевидных образований в области ареолы не обнаружено.

Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
1. Какой метод дополнительного исследования поможет уточнить предполагаемый диагноз?
2. Определите возможные варианты лечения.

#### **Ситуационная задача 40**

Больной С., 51 года, обратился к хирургу с жалобами на задержку прохождения твердой пищи по пищеводу в течение 2 месяцев, боли за грудиной, изжогу, тошноту. В последний месяц отмечает снижение веса на 8 кг, слабость, утомляемость. Объективно - кожные покровы бледные, тургор кожи снижен, определяются увеличенные надключичные лимфоузлы, плотноэластической консистенции. В лабораторных анализах - повышение СОЭ до 56 мм/ч.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз??
1. Дифференциальная диагностика. Какой метод дополнительного исследования поможет уточнить предполагаемый диагноз?
2. Определите возможные варианты лечения.

#### **Ситуационная задача 41**

Больная в менопаузе 2 года. 10 лет назад обнаружено тугоэластической консистенции опухолевидное образование в области придатков матки размером 5х6 см. При осмотре в настоящее время размеры опухоли прежние, консистенция стала плотной, поверхность неровная, подвижность ограничена.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз?
1. Дифференциальная диагностика? Какой метод дополнительного исследования поможет уточнить предполагаемый диагноз?
2. Определите возможные варианты лечения.

#### **Ситуационная задача 42**

У пациента 62 лет при диспансерном обследовании выявлено повышение уровня ПСА до 18 нг/мл. По данным пальцевого ректального исследования предстательная железа незначительно увеличена в размерах эластической консистенции, срединная бороздка сохранена. По данным трансректального ультразвукового сканирования предстательной железы определяются гипозхогенный участок в левой доле. Границы железы четкие. Объем предстательной железы - 36 см<sup>3</sup>. Остаточной мочи нет. Пациенту выполнена пункционная мультифокальная биопсия предстательной железы из 12 точек. При гистологическом исследовании в 3-х столбиках из левой доли простаты выявлена аденокарцинома. Глисон 6.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз.
1. Необходимые дополнительные методы диагностики.
2. План лечения.

#### **Ситуационная задача 43**

Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере. При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотно эластическую консистенцию, безболезненны.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз?
1. Назовите необходимые дополнительные исследования?
2. Какие принципы лечения.

#### **Ситуационная задача 44**

Больная Б., 26 лет, считает себя больной в течение последних четырех месяцев. Последняя нормальная менструация в январе 2008 года. В октябре 2008 года кесарево сечение. В последующие 4 месяца ациклические кровянистые выделения из половых путей. Уровень онкомаркера ХГЧ – 20 тыс. МЕ/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
1. Ваш алгоритм обследования?
2. Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

#### **Ситуационная задача 45**

Пациент, 55 лет. Жалобы на периодические боли за грудиной, одышка при нагрузке, сухой кашель. По месту жительства выявлена опухоль левого лёгкого с метастазами в лимфоузлы корня левого лёгкого и средостения. Диагноз: периферический рак нижней доли левого лёгкого, метастазы в лимфоузлы средостения, надключичные слева T2N3M0 – IIIВ ст.

Вопросы:

1. Какие гистологические варианты опухоли возможны?
1. Тактика лечения.
2. Опухолевые маркёры рака легкого.

#### **Ситуационная задача 46**

Больная 80 лет, обратилась к врачу с жалобами на уменьшение и пигментацию левой молочной железы в течении 2 лет. Status localis: молочные железы ассиметричны. Левая железа уменьшена в размерах в 2 раза, пигментирована. Правая молочная железа

пальпаторно без узлообразований. В левой подмышечной области пальпируется плотный конгломерат лимфоузлов.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз считаете наиболее вероятным?
1. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза? Определите стадию заболевания.
2. Тактика лечения.

#### **Ситуационная задача 47**

У пациента 63 лет выявлено повышение уровня ПСА до 19 нг/мл. По данным пальцевого ректального исследования предстательная железа увеличена в размерах тугоэластической консистенции, срединная бороздка сглажена. По данным трансректального ультразвукового сканирования предстательной железы определяются гипоехогенные участки обеих долей предстательной железы. Границы железы четкие. Объем предстательной железы - 74 см<sup>3</sup>. Остаточная моча – 65 мл. При гистологическом исследовании после пункционной мультифокальной биопсии предстательной железы во всех столбиках из предстательной железы выявлена аденокарцинома. Глисон 6. При сцинтиграфии костей скелета очаги патологической гиперфиксации радиофармпрепарата (РФП) не определяются. Пациенту выполнена радикальная простатэктомия. По данным гистологического исследования после простатэктомии в обеих долях предстательной железы определяются разрастания аденокарциномы, Глисон 7 без выхода за пределы капсулы органа. Метастазы в регионарных лимфоузлах не выявлены.

Вопросы:

1. Оцените стадию опухолевого процесса.
1. Оцените целесообразность выбранного метода лечения.
2. Тактика дальнейшего ведения пациента.

#### **Ситуационная задача 48**

Больная Т., 32 лет обратилась к районному онкологу с жалобами на наличие новообразования на коже правого плеча. Со слов больной, ранее в этой области длительно существовало коричневое пятно, которое ничем больную не беспокоило. За последние 3 месяца в области пятна появилась опухоль, которая легко кровоточит при нажатии.

Данные объективного обследования: на коже латеральной поверхности правого плеча имеется светло-коричневого цвета пятно размером до 2,5см. По краю пятна располагается узловое образование бордово-коричневого цвета, размером 2,5х3см, на широком основании, легко кровоточащее при контакте. В правой подмышечной области пальпируются, увеличенные до 2см, не спаянные между собой, лимфоузлы.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
1. Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний, план диагностических мероприятий.
2. Составьте план лечения больной. Режим диспансерного наблюдения?

#### **Ситуационная задача 49**

Больная 44 лет, обратилась к врачу с жалобами на появление кровянистых выделений из левой молочной железы, которые появились 6 месяцев назад. За медицинской помощью не обращалась. Больная имеет одного ребенка. Менструальная функция сохранена. Левая молочная железа обычных размеров. При осмотре данных за опухоль не получено.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз считаете вероятным?
1. Какие клинические симптомы необходимо проверить. Какие исследования необходимо выполнить для установления окончательного диагноза?
2. Тактика лечения данной больной.

### **Ситуационная задача 50**

Больная М., 35 лет. Длительно лечилась от вируса папилломы. Половая жизнь с 16 лет. Жалоб не предъявляет. При очередном гинекологическом обследовании взят соскоб с шейки матки для цитологического исследования, по результатам которого обнаружена аденокарцинома шейки матки. Проведено обследование: глубина инвазии опухоли не более 3 мм протяженностью до 5мм, признаков диссеминации процесса нет.

Вопросы:

1. Предположите предварительный диагноз
1. Какое дообследование необходимо провести для определения стадии заболевания?
2. При отсутствии отдаленных и регионарных метастазов какой вариант лечения является оптимальным?

### **Ситуационная задача 51**

Больная К., 40 лет. Жалобы на межменструальные выделения, водянистые мутные бели. В анамнезе: лечение по поводу папилломавирусной инфекции. При гинекологическом осмотре: шейка матки уплотнена, повышенная кровоточивость слизистой, имеется небольшой пришеечный инфильтрат с переходом на своды влагалища. Кольпоскопия: картина соответствует высокоатипичному эпителию. Результаты биопсии: глубина инвазии опухоли до 6мм в диаметре до 7мм.

Вопросы:

1. Предположите предварительный диагноз
1. Какое дообследование необходимо провести для определения стадии заболевания?
2. При отсутствии отдаленных и регионарных метастазов какой вариант лечения является оптимальным?

### **Ситуационная задача 52**

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

Вопросы:

1. Предположите предварительный диагноз
1. Какое дообследование необходимо провести для определения стадии заболевания?

2. При отсутствии отдаленных и регионарных метастазов какой вариант лечения является оптимальным?

### **Ситуационная задача 53**

Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа роста зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина. При сцинтиграфии костей скелета выявлены очаги повышенного накопления радиофармпрепарата в бедренных костях, которые расценены как метастатические.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
1. Составьте план дополнительного обследования больной.
2. Составьте план лечения больной. Режим диспансерного наблюдения?

### **Ситуационная задача 54**

Больной Т., 45 лет. Предъявляет жалобы на снижение звучности голоса, затруднение акта глотания, боли в костях, за грудиной. Больной длительно лечился тиреостатиками. При осмотре щитовидная железа увеличена в размерах, отмечается ограничение ее смещаемости, увеличение шейных лимфоузлов.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
1. Какие дополнительные диагностические методы необходимо использовать?
2. Составьте план лечения пациента? Режим диспансерного наблюдения?

### **Ситуационная задача 55**

К участковому терапевту на прием обратилась больная П., 52 лет, с жалобами на слабость, усилившуюся в последний месяц, жидкий стул, чередующийся с запорами, наличие слизи в кале, потеря массы тела на 8 кг (за 3 месяца). Считает себя больной в течение трех месяцев. Семейный анамнез: отец - рак прямой кишки, мать - рак шейки матки.

Из анамнеза известно, что три года назад больной с помощью электрокоагуляции удалили полип прямой кишки.

Данные объективного обследования. Пациентка правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки каких-либо новообразований на расстоянии до 7см не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?
1. Составьте план обследования больной.
2. Составьте план лечения больной, план профилактических мероприятий.

### **Ситуационная задача 56**

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

Вопросы:

1. Составьте план дополнительных методов обследования.
1. Составьте план лечения больного.
2. Какие возможны побочные реакции при проведении лучевой терапии у данной больной?

### **Ситуационная задача 57**

Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле. При осмотре шейные лимфоузлы не увеличены. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровотоцит. При дообследовании отдаленных метастазов не обнаружено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
1. Каков предполагаемый объем лечения?
2. Ваши действия при повреждении возвратного гортанного нерва.

### **Ситуационная задача 58**

Больная Х., 23 лет. Жалобы на боли в левой ноге, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: в области латеральной поверхности средней трети левого бедра пальпируется опухолевидное образование, малоподвижное, каменистой плотности, размерами 5х6 см. Паховые лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, размерами от 1 до 2 см, безболезненны. Больной выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, КТ: опухоль располагается в средней трети бедренной кости, протяженностью до 6 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
1. Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Предположите тактику дообследования.
2. Какова схема лечения?

### **Ситуационная задача 59**

Больной П., 19 лет. Жалобы на боли в правом плече, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: правое плечо обычной конфигурации, кожные покровы не изменены, при пальпации отмечается локальная болезненность в средней трети. Больному выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, КТ, МРТ: опухоль располагается в средней трети плечевой кости, протяженностью до 5см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной

фосфатазы и ЛДГ. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
1. Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли?
2. Какова схема лечения?

### **Ситуационная задача 60**

Больная Р., 35 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38<sup>0</sup> в течении нескольких дней подряд, ночную потливость, похудание, кожный зуд, наличие опухолевидного образования в области шеи. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный. В анализе крови: СОЭ 30 мм\ч, фибриноген 570 мг%, лимфоциты 27%.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
1. Каков объем обследования данной больной?
2. Какие клетки обнаруживаются при гистологическом исследовании данного вида опухоли?

Каждый билет состоит из двух теоретических вопросов и одной ситуационной задачи.

Полный перечень вопросов к первому этапу государственного экзамена приведен в Автоматизированной системе подготовки кадров высшей квалификации (далее – АС ПКВК).

В ходе проведения собеседования обучающемуся задаются дополнительные (уточняющие) вопросы. Перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе государственного экзамена уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося фиксируется в протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания.

## **2. Описание критериев и шкал оценивания компетенций**

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

### **Тестирование (1 этап)**

Перевод результатов тестирования в четырехбалльную шкалу осуществляется по схеме:

*Оценка «Отлично» – 90-100% правильных ответов;*

*Оценка «Хорошо» – 80-89% правильных ответов;*

*Оценка «Удовлетворительно» – 71-79% правильных ответов;*

*Оценка «Неудовлетворительно» – 70% и менее правильных ответов.*

Результаты тестирования объявляются обучающемуся сразу по окончании тестирования.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение 1 этапа государственного экзамена.

Окончательное решение о допуске ко 2 этапу государственного экзамена обучающегося, получившего оценку «неудовлетворительно» на 1 этапе, в каждом отдельном случае принимается членами государственной экзаменационной комиссией.

### **Практические навыки и умения (2 этап)**

Результаты 2 этапа оцениваются по двухбалльной шкале: «зачтено» / «не зачтено».

*Оценка «зачтено»* – выставляется ординатору, если он продемонстрировал знания программного материала: справился с выполнением заданий, демонстрирует освоенные навыки и умения.

*Оценка «не зачтено»* – выставляется ординатору, если он имеет пробелы в знаниях программного материала: допускает грубые, принципиальные ошибки в выполнении заданий, не способен продемонстрировать освоенные навыки и умения.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

### **Собеседование (3 этап)**

Результаты 3 этапа оцениваются по четырёхбалльной шкале: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

*Оценка «отлично»* – выставляется ординатору, если он глубоко усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, умеет принять правильное решение и грамотно его обосновывать, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

*Оценка «хорошо»* – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

*Оценка «удовлетворительно»* – выставляется ординатору, если он имеет поверхностные знания программного материала, не усвоил его деталей, допускает неточности, оперирует недостаточно правильными формулировками, нарушает логическую последовательность в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов преподавателя, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

*Оценка «неудовлетворительно»* – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними

самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

### 3. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, название, место издания, издательство, год издания учебной и учебно-методической литературы	Количество экземпляров, ссылка на электронный источник
	Дополнения к классификации TNM [Электронный ресурс] : комментарии для единообразного применения / К. Виттекинд, Д. Д. Брайерли, Э. Ли, Э. ван Эйкен, Е. А. Дуброва, О. Р. Катунина, К. А. Павлов. – 5-е изд. – М.:Логосфера, 2023.	<a href="https://www.books-up.ru/ru/book/dopolneniya-k-klassifikacii-tnm-15795161/">https://www.books-up.ru/ru/book/dopolneniya-k-klassifikacii-tnm-15795161/</a>
	Рак кожи [Электронный ресурс]: учебное пособие/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. онкологии и лучев. терапии лечеб. фак.; [сост.: К. С. Титов, О. Ю. Михеева, С. Б. Петерсон и др.]. - - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190675.pdf&amp;show=dcatalogues/1/4535/190675.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190675.pdf&amp;show=dcatalogues/1/4535/190675.pdf&amp;view=true</a>
	Диагностика и лечение рака слизистой полости рта: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Ин-т непрерыв. и проф. развития, Каф. онкологии ; сост. : И. С. Романов, В. А. Хайленко, В. В. Карасева и др. – Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2025. – 31 с.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192742.pdf&amp;show=dcatalogues/1/6083/192742.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192742.pdf&amp;show=dcatalogues/1/6083/192742.pdf&amp;view=true</a>
	Диагностика и лечение высокодифференцированного рака щитовидной железы: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Ин-т непрерыв. и проф. развития, Каф. онкологии; сост.: И. С. Романов, В. А. Хайленко, В. В. Карасева и др. – Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2025. – 46 с.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192737.pdf&amp;show=dcatalogues/1/6081/192737.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192737.pdf&amp;show=dcatalogues/1/6081/192737.pdf&amp;view=true</a>
	Амбулаторно–поликлиническая онкология [Электронный ресурс]: рук. для врачей / Ш. Х. Ганцев, В. В. Старинский, И. Р. Рахматуллина и др. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 448 с.	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428757.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428757.html</a>
	Онконастороженность и паранеопластические синдромы в клинической практике у взрослых и детей [Электронный ресурс] : учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова ; под ред. Н. В. Орловой, Л. И. Ильенко, С.А. Румянцевой. – Электрон. текстовые дан. – Москва, 2022.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191998.pdf&amp;show=dcatalogues/1/5369/191998.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191998.pdf&amp;show=dcatalogues/1/5369/191998.pdf&amp;view=true</a>
	Отдельные вопросы диагностики и лечения рака молочной железы [Электронный ресурс] : учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова ; [сост. : Н. В. Лепкова, С. Е. Малыгин, А. В. Егорова и др.]. – Москва, 2022.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192003.pdf&amp;show=dcatalogues/1/5370/192003.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192003.pdf&amp;show=dcatalogues/1/5370/192003.pdf&amp;view=true</a>
	Онкология 2.0: учебник / К. Ш. Ганцев, Ш. Р. Кзыргалин, Ф. В. Моисеенко, Р. С. Ямиданов ; ред. Ш. Х. Ганцева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 360 с.	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428672.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428672.html</a>
	Учебное пособие по дисциплине по выбору "Опухоли головы и шеи" для ординаторов по специальностям 31.08.57 Онкология, 31.00.00 Клиническая медицина [Электронный ресурс] / [сост. : Л. Г. Кожанов, А. В. Егорова, И. Пустынский и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. онкологии и лучевой терапии леч. фак. – Электрон. текстовые дан. – Москва, 2022.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191678.pdf&amp;show=dcatalogues/1/5216/191678.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191678.pdf&amp;show=dcatalogues/1/5216/191678.pdf&amp;view=true</a>

	Основы лучевой диагностики и терапии [Электронный ресурс]: [нац. рук.]/ [А. Б. Абдураимов и др.]; гл. ред.: С. К. Терновой. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 996 с.	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425640.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425640.html</a>
0.	TNM: Классификация злокачественных опухолей [Электронный ресурс]/ под ред. Л. Х. Собина и др. – Москва: Логосфера, 2018. – 304 с.	<a href="https://www.books-up.ru/ru/read/tnm-klassifikaciya-zlokachestvennyh-opuholej-6205226/?page=1">https://www.books-up.ru/ru/read/tnm-klassifikaciya-zlokachestvennyh-opuholej-6205226/?page=1</a>
1.	Диагностика и лечение нейроэндокринных опухолей внутригрудной локализации [Электронный ресурс]: учебное пособие / М. М. Давыдов, А. Г. Абдуллаев, В. А. Хайленко и [др.]; Нац. мед. иссл. центр онкологии им. Н. И. Блохина, РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - - Москва, 2018.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=53bn.pdf&amp;show=dcatalogues/1/3885/53bn.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=53bn.pdf&amp;show=dcatalogues/1/3885/53bn.pdf&amp;view=true</a>
2.	Лучевая терапия [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования]/ [Г. Е. Труфанов, М. А. Асатурян, Г. М. Жариков, В. Н. Малаховский]; под ред. Г. Е. Труфанова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 208 с.	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970444207.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970444207.html</a>
3.	Магнитно-резонансная томография : [Электронный ресурс] справочник : пер. с англ. / К. Уэстбрук. – 3-е изд. – Москва БИНОМ. Лаб. знаний, 2018.	<a href="https://ibooks.ru/bookshelf/373268/reading">https://ibooks.ru/bookshelf/373268/reading</a>
4.	Онконастороженность в работе врача первичного звена [Текст]: Профилактика. Скрининг. Ранняя диагностика: учебное пособие/ [сост.: Г. Я. Ройтберг, О. О. Шархун, Ж. В. Дорош и др.]; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. терапии, общ. врач. практики и ядер. медицины ФДПО. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. - 59 с.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191128.pdf&amp;show=dcatalogues/1/4872/191128.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191128.pdf&amp;show=dcatalogues/1/4872/191128.pdf&amp;view=true</a>
5.	Радиационные медицинские технологии [Электронный ресурс]: учебное пособие/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. молекул. фармакологии и радиобиологии им. П. В. Сергеева; [сост. В. Н. Кулаков, А. А. Липенгольц, А. Н. Усенко и др.]. - Электрон. текст. дан. - Москва, 2019.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190381.pdf&amp;show=dcatalogues/1/4367/190381.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190381.pdf&amp;show=dcatalogues/1/4367/190381.pdf&amp;view=true</a>
6.	Клиническая онкология детского возраста [Электронный ресурс]: учебник/ Соловьев А.Е. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 264 с.	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446096.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446096.html</a>
7.	Лучевая терапия после органосохраняющих операций по поводу рака молочной железы I - II стадий [Электронный ресурс]: учебное пособие/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. онкологии и лучев. терапии лечеб. фак.; [сост.: И. А. Гладилина, С. В. Чулкова, А. В. Егорова и др.]. - Москва, 2018.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=38bn.pdf&amp;show=dcatalogues/1/3832/38bn.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=38bn.pdf&amp;show=dcatalogues/1/3832/38bn.pdf&amp;view=true</a>
8.	Методы лучевой диагностики [Электронный ресурс]: учебное пособие/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. лучев. диагности и терапии; [А. Л. Юдин, Г. А. Семенова, Н. И. Афанасьева и др.]; под ред. А. Л. Юдина. - Электрон. текст. дан. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190635.pdf&amp;show=dcatalogues/1/4522/190635.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190635.pdf&amp;show=dcatalogues/1/4522/190635.pdf&amp;view=true</a>
9.	Экономика для медиков [Электронный ресурс] :[учебник для высшего профессионального образования] / [Ю. В. Федорова, Н. Л. Борщева, Е. Г. Кирикуца и др. ] ; под общ. ред. Ю. В. Федоровой. – Электрон. текст. дан. – Москва, 2022.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=124bn.pdf&amp;show=dcatalogues/1/5365/124bn.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=124bn.pdf&amp;show=dcatalogues/1/5365/124bn.pdf&amp;view=true</a>
0.	Новые молекулярные маркеры люминального рака молочной железы [Электронный ресурс]: учебное пособие/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. онкологии и лучев. терапии лечеб. фак.; [сост.: Д. А. Рябчиков, И. К.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190665.pdf&amp;show=dcatalogues/1/4522/190665.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190665.pdf&amp;show=dcatalogues/1/4522/190665.pdf&amp;view=true</a>

	Воротников, И. А. Дудина и др.]. -- Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/gues/1/4529/190665.pdf&amp;view=true">gues/1/4529/190665.pdf&amp;view=true</a>
1.	Лечение пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы [Электронный ресурс]/ Г. В. Родоман, И. П. Сумеди, Н. В. Свириденко и др.; РНИМУ им. Н. И. Удаленный доступ <a href="https://rsmu.informsystema.ru/8">https://rsmu.informsystema.ru/ 8</a> Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2017. – 95 с.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=26bn.pdf&amp;show=dcatalogues/1/3515/26bn.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=26bn.pdf&amp;show=dcatalogues/1/3515/26bn.pdf&amp;view=true</a>
2.	Клинико-организационные аспекты оказания паллиативной медицинской помощи [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. поликлин. терапии лечеб. фак. [и др.]; [сост.: И. И. Чукаева, Н. В. Орлова, Ф. Д. Ахматова и др.]. - Электрон. текст. дан. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190715.pdf&amp;show=dcatalogues/1/4536/190715.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190715.pdf&amp;show=dcatalogues/1/4536/190715.pdf&amp;view=true</a>
3.	Паллиативная медицинская помощь взрослым и детям [Электронный ресурс] учебник / [Ю. Н. Федулаев, Н. В. Орлова, В. В. Никифоров и др.]; под ред. Н. В. Орловой [и др.]; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. – Электрон. текстовые дан. – Москва, 2021.	<a href="https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191698.pdf&amp;show=dcatalogues/1/5220/191698.pdf&amp;view=true">https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191698.pdf&amp;show=dcatalogues/1/5220/191698.pdf&amp;view=true</a>
4.	Онкоурология [Электронный ресурс]: нац. рук./ [Б. Я. Алексеев и др.]; под ред. В. И. Чиссова и [др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 688 с.	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421819.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421819.html</a>
5.	Интенсивная терапия [Электронный ресурс]: нац. рук.:/ под ред.: Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011.	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970417850.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970417850.html</a>
6.	Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник/ В. А. Медик, В. К. Юрьев. – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 672 с.	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457375.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457375.html</a>
7.	Патофизиология [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования]: в 2 т. Т. 1/ [А. Д. Адо и др.]; под ред. В. В. Новицкого [и др.]. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 896 с.	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457214.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457214.html</a>
8.	Патофизиология [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования]: в 2 т. Т. 2 / [А. Д. Адо и др.]; под ред. В. В. Новицкого [и др.]. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 592 с.	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457221.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457221.html</a>
9.	Онкология [Электронный ресурс]: нац. рук. / [Т. А. Федорова и др.]; под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 572 с.: ил.	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432846.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432846.html</a>
10.	Клиническая онкология [Электронный ресурс]: избр. лекции: [учеб. пособие для мед. вузов]/ Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. – Москва: ГЭОТАРМедиа, 2014. – 496 с.	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428672.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428672.html</a>
11.	Магнитно-резонансная томография [Электронный ресурс] : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / В. Е. Синицин, Д. В. Устюжанин. – Москва ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 204 с.	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970408353.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970408353.html</a>
12.	Онкология [Электронный ресурс]: модульный практикум: [учеб. пособие для мед. вузов и последиплом. образования врачей]/ М. И. Давыдов. Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 315 с.: табл.	<a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970409299.html">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970409299.html</a>
13.	Научные достижения и перспективы развития высоких технологий в детской гематологии и онкологии [Текст] : актовая речь / А. Г. Румянцев ; Российский государственный медицинский университет. - Москва : МАКС Пресс, 2007.	