

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
Второй этап

Направленность (профиль) программы
Хирургия

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.	Пустынский Илья Николаевич	Д.м.н.	Профессор 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

ОГЛАВЛЕНИЕ

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации	4
2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание	5
3. Описание критериев и шкал оценивания компетенций.....	72
4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации	73

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 во втором этапе программы ординатуры по специальности 31.08.57 Онкология, по направленности (профилю) Хирургия.

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 стационарных условиях, хирургия) – 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 второго этапа программы ординатуры и выполнению учебного плана – в случае неявки или получении неудовлетворительной оценки.

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

В ходе государственной итоговой аттестации обучающийся должен продемонстрировать сформированность следующих, установленных во втором 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	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные

информационных технологий	технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

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 (хирургия)
	ПК-2. Способен осуществлять хирургическое лечение пациентов с онкологическими заболеваниями, контролировать его эффективность и безопасность (хирургия)
	ПК-3. Способен направлять на медицинскую реабилитацию пациентов с онкологическими заболеваниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов (хирургия)
	ПК-4. Способен проводить медицинские экспертизы в отношении пациентов с онкологическими заболеваниями (хирургия)
	ПК-5. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения с целью профилактики онкологических заболеваний (хирургия)
	ПК-6. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию, организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала (хирургия)
	ПК-7. Способен оказывать медицинскую помощь в экстренной форме (хирургия)
	ПК-8. Способен оказывать паллиативную медицинскую помощь пациентам с онкологическими заболеваниями (хирургия)

2. Объем государственной итоговой аттестации, ее структура и содержание

В соответствие 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 1/3 зачетных единиц (48 академических часов) отводится на подготовку к государственному экзамену, 2/3 зачетной единицы (24 академических часа) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 1 1/2 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

1 этап - тестирование	
Предмет проверки	Определения объема и качества знаний , приобретенных обучающимся в результате освоения второго 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.
2 этап - практический	
Предмет проверки	Определения объема и качества практических навыков и умений , приобретенных обучающимся в результате освоения второго этапа программы ординатуры
Особенности проведения	Оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения второго этапа программы ординатуры
Рекомендации по подготовке	Подготовка к практическому этапу осуществляется в процессе освоения второго этапа программы ординатуры, включая симуляционные курсы, клинические практики и самостоятельную работу.
3 этап - собеседование	
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.	Рентгенография может быть информативна в диагностике опухолей
	щитовидной железы
	костей

	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
	подкожная эмфизема
4.	Каким образом подразделяются обезболивающие по силе действия?
	на ступени
	на этапы
	по способу введения
	по длительности периода полувыведения
5.	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
	по усмотрению врача
6.	К симптоматической операции следует относить
	гастрэктомию
	резекцию прямой кишки
	трахеостомию
	нефрэктомию
	резекцию мочевого пузыря
7.	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
	резекцией другого органа
8.	Злокачественная опухоль из эпителия – это
	аденома
	саркома
	рак
	лимфома
9.	Заболевание, которое в обязательном порядке приведет к развитию злокачественной опухоли, называется
	факультативный предрак
	облигатный предрак
	дисплазия

	преинвазивная карцинома
10.	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
11.	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
12.	В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток
	не нарушена
	нарушена умеренно
	нарушена выраженно
	возможны все варианты
13.	Ортоградным лимфогенным метастазированием считается
	метастазирование против тока лимфы
	метастазирование по току лимфы
	метастазирование по межщелевым пространствам
	метастазирование в отдельный регион
14.	Резидуальная опухоль, определяемая макроскопически, обозначается символом
	RX
	R0
	R1
	R2
15.	Микроскопически определяемая резидуальная опухоль обозначается символом
	RX
	R1
	R2
	R0
16.	Выберите наиболее часто встречаемую локализацию в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями мужского населения
	кожа
	предстательная железа
	дыхательная система
	мочевой пузырь
17.	Выберите наиболее часто встречаемую локализацию в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения
	кожа
	ободочная кишка
	яичники
	молочная железа

18.	Первично-множественные злокачественные новообразования бывают
	мезохронные
	синхронные
	плезиохронные
	метахронные
19.	К ВПЧ-ассоциированным новообразованиям относят
	рак молочной железы
	рак шейки матки
	рак полового члена
	рак тела матки
20.	К облигатным предраковым заболеваниям относят
	кожный рог
	семейный полипоз толстой кишки
	пигментную ксеродерму
	болезнь Боуэна
21.	К факультативным предраковым заболеваниям относят
	болезнь Боуэна
	неспецифический язвенный колит
	кератоакантому
	папиллому
22.	Канцерогенный эффект может оказывать воздействие
	ионизирующего излучения
	вируса ВПЧ
	полипропилена
	вируса Эпштейна-Барр
23.	Какой маркер применяется для диагностики рака шейки матки
	СА-125 (карбогидратный антиген - 125)
	ХГ (хорионический гонадотропин)
	SCC (антиген плоскоклеточных опухолей)
	АФП (альфа-фетопrotein)
24.	Для больных раком тела матки I патогенетического варианта характерны признаки
	ожирения
	сахарного диабета
	гипертонической болезни
	атрофии эндометрия
	гиперплазии эндометрия
25.	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
	экстирпацию матки с придатками и удаление большого сальника
	удаление придатков матки с обеих сторон
	надвлагалищную ампутацию матки с придатками
26.	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
27.	Оптимальный объем оперативного вмешательства при раке яичников.

	экстирпацию матки с придатками, ментэктомию, удаление опухолевых диссеминатов
	удаление придатков матки с обеих сторон
	надвлагалищную ампутацию матки с придатками и оментэктомию
	экстирпацию матки с придатками
28.	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 экстирпации матки с придатками
29.	Имплантационный тип метастазирования наиболее характерен для
	рака яичников и маточной трубы
	рака анального канала
	рака анального канала
	меланомы вульвы
30.	Выполнение аппендэктомии при муцинозной пограничной опухоли яичников показано
	в любом случае
	при поражении обоих яичников
	при визуальном опухолевом поражении аппендикса
	пациенткам старше 35 лет
31.	При подозрении на серозный рак яичников необходимо исследование крови на
	SCC
	ПСА
	СА-125
	HE-4
32.	Циторедукция по размеру остаточной опухоли при раке яичников бывает
	стабильная
	полная
	оптимальная
	лабильная
33.	Регионарными лимфатическими узлами при раке тела матки являются
	параректальные
	чревные
	внутренние, общие и наружные подвздошные, запирающие
	парааортальные, паракавальные, аортокавальные, преаортальные, прекавальные ниже уровня отхождения почечных сосудов
34.	Хирургическое стадирование при серозном раке яичников включает в себя
	срединную или нижнесрединную лапаротомию
	цитологическое исследование асцита или смывов с брюшины
	оментэктомию
	удаление аппендикса
35.	Хирургическое стадирование при муцинозном раке яичников включает в себя
	срединную или нижнесрединную лапаротомию
	цитологическое исследование асцита или смывов с брюшины
	оментэктомию
	удаление желчного пузыря
36.	Органосохраняющая операция при раке яичников возможна у пациенток, удовлетворяющих следующим условиям
	высокая дифференцировка опухоли

	IA стадия опухолевого процесса
	желание пациентки сохранить фертильность
	доказанный наследственный характер заболевания
37.	Малоинвазивное (лапароскопическое) хирургическое вмешательство при раке яичников может быть использовано с целью
	верификации диагноза
	стадирования
	прогнозирования объёма циторедуктивной операции
	выполнения полной циторедуктивной операции при IIIС стадии заболевания
38.	При подозрении на герминогенные опухоли яичников необходимо определение уровня онкомаркеров
	РЭА
	АФП
	ХГЧ
	ЛДГ
39.	При подозрении на опухоли стромы полового тяжа необходимо определение уровня онкомаркеров
	ЛДГ
	ингибин В
	АФП
	мюллеровская ингибирующая субстанция / антимюллеров гормон
40.	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
41.	К нейроэндокринным опухолям яичников относят
	мелкоклеточный рак
	крупноклеточный рак
	серо-муцинозный рак
	карциноиды яичников
42.	К истинным опухолям яичников относится
	фолликулярная киста
	киста желтого тела
	параовариальная киста
	пиоэпителиальная киста
43.	Облигатным предраком эндометрия следует считать
	железистую гиперплазию эндометрия
	фиброзный полип эндометрия
	аденомиоз
	атипическую гиперплазию эндометрия
44.	Хориокарцинома - это первичная опухоль
	децидуальной ткани
	трофобласта
	миометрия
	недифференцированных клеток гонад
45.	Маркером трофобластических опухолей является
	СА 125
	ХГЧ
	НЕ4

	СА 19-9
46.	К трофобластическим опухолям относят
	полный пузырный занос
	хориокарциному
	опухоли плацентарного ложа
	тератомы
47.	Методы достижения овариальной супрессии
	хирургический (билатеральная овариэктомия)
	лекарственный (аналоги гонадотропного рилизинг гормона)
	лучевой
	начало адъювантной химиотерапии
48.	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
	внутрипузырная БЦЖ-терапия
	цистэктомия
	динамическое наблюдение
	повторная трансуретральная резекция мочевого пузыря через 1 месяц
49.	Оптимальный объем хирургического вмешательства при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря T2-4N0M0 включает в себя
	ТУР
	радикальную цистэктомию
	тазовую лимфодиссекцию
	поясничную лимфодиссекцию
50.	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
51.	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
52.	Что является основными методами диагностики рака предстательной железы?
	компьютерная томография малого таза
	пальцевое ректальное исследование простаты
	магнитно-резонансная томография малого таза
	определение уровня простат-специфического антигена (ПСА) крови
	трансректальное ультразвуковое исследование
53.	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

54.	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 неоадьювантной химиотерапии с последующим хирургическим лечением
	проведение химиолучевой терапии
55.	Какой гистологический тип опухоли встречается чаще всего при раке почки?
	светлоклеточный рак
	хромофобный рак
	переходноклеточный рак
	плоскоклеточный рак
56.	Радикальным методом лечения рака почки является
	иммунотерапия
	лучевой
	химиотерапия
	хирургический
	комбинированный (операция + лучевая терапия)
57.	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
	удаление метастаза открытым доступом
	лапароскопическая адреналэктомия справа
	адреналэктомия справа тораколюмбальным доступом
	эндоскопическая адреналэктомия справа поясничным доступом
	адреналэктомия справа, парааортальная лимфаденэктомия лапаротомным доступом
58.	При какой локализации метастазов рака почки прогноз будет наиболее благоприятным?
	в легких
	в костях
	в печени
	в головном мозге
59.	К триаде симптомов рака почки относятся
	гематурия, боль, пальпируемая опухоль
	гематурия, боль, слабость
	гематурия, потеря веса, слабость
	гематурия, боль, повышенная температура тела
60.	Рак полового члена чаще всего метастазирует
	в почки
	в регионарные лимфоузлы
	в надключичные лимфатические узлы
	в печень
61.	Каковы основные принципы радикальной нефрэктомии при раке почки?
	чрезбрюшинный доступ
	ранняя перевязка почечных сосудов
	моноблочное экстрафасциальное удаления почки с паранефральной клетчаткой
	люмботомический доступ
62.	Переход опухоли на какие анатомические структуры соответствует клинической стадии cT3 рака почки?
	ипсилатеральный надпочечник
	почечная вена
	почечный синус
	нижняя полая вена

63.	Морфологические варианты почечноклеточного рака
	светлоклеточный
	хромофобный
	медуллярный
	плоскоклеточный
64.	Определите тактику лечения больного, у которого выявлен локализованный мышечноинвазивный уротелиальный рак, высокой степени злокачественности
	динамическое наблюдение
	внутрипузырная иммунотерапия
	цистэктомия
65.	К герминогенным опухолям яичка относятся
	лейдигома
	сертолиома
	семинома
	гранулезоклеточная опухоль
	текома
66.	Какие опухоли яичка относятся к негерминогенным?
	семинома
	лейдигома
	сертолиома
	эмбриональный рак
67.	Для каких опухолей яичка характерны дисгормональные изменения в организме (гинекомастия, снижение либидо и др.)?
	сертолиома
	лейдигома
	хорионкарцинома
	эмбриональный рак
68.	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
	радикальная простатэктомия
	системная химиотерапия
	динамическое наблюдение
69.	При подозрении на герминогенные опухоли у мужчин рекомендовано определение концентрации в крови
	АФП
	ПСА
	ХГЧ
	ЛДГ
70.	Формы рака предстательной железы
	гормонолабильная
	гормоночувствительная
	кастрационно-резистентная
	первичная
71.	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
72.	Где располагается венозный круг в молочной железе (венозный анастоматический круг)?
	области фасции большой грудной мышцы
	области ареолы
	внутренних квадрантах
	верхненаружном квадранте
	области переходной складки
73.	Где начинается внутренняя артерия молочной железы (внутренняя грудная артерия)?
	подключичной артерии
	общей сонной артерии
	верхней щитовидной артерии
	позвоночной артерии
	аорты
74.	У женщин, больных раком молочной железы, в 80% случаев выявляется
	инфильтрирующий дольковый рак
	медуллярный рак
	инфильтрирующий протоковый рак
	тубулярный рак
75.	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
76.	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
77.	При раке молочной железы с отёком кожи специальное лечение следует начинать
	с операции
	с лучевой терапии
	с химиотерапии
	с иммунотерапии
78.	При пальпации молочной железы у больной раком молочной железы можно наблюдать следующие симптомы
	симптом Прибрама
	симптом Кенига
	симптом Мерфи
	симптом Пайра
79.	Абсолютным противопоказанием к выполнению дуктографии является
	секретирующая и кровоточащая молочная железа с не определяемой пальпаторно опухолью
	множественные внутрипротоковые папилломы
	цитологически подтвержденный рак молочной железы
	аденоз молочной железы
	фиброзно-кистозная мастопатия
80.	Рак молочной железы и рак органов желудочно-кишечного тракта входят в состав
	синдрома Линча I
	синдрома Линча II

	синдрома Ли-Фраумени
	синдрома Пейца-Егерса
81.	У больной 47 лет рак левой молочной железы T2N2M0, состояние после комбинированного лечения (4 курса АС, 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 АС
	4 курса доцетаксел 75-100мг/м2 1 раз в 3 недели
	Адювантная гормонотерапия: ингибитор ароматазы 5 лет
	повторная операция в объеме радикальной мастэктомии слева с сохранением грудных мышц
	адъювантная гормонотерапия: тамоксифен 5 лет
	адъювантная гормонотерапия: овариальная супрессия + ингибитор ароматазы 5 лет
82.	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 адъювантном режиме сразу после заживления раны?
	химиотерапия 4 цикла АС 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/м2 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
	гормонотерапия ингибитором ароматазы 5-7 лет
83.	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
84.	При маммографии выявлено подозрение на рак молочной железы, риск рака 2-95%, требуется верификация опухоли, это соответствует
	BIRADS 2
	BIRADS 3
	BIRADS 4
85.	К абсолютным противопоказаниям к органосохраняющему лечению рака молочной железы относится все кроме
	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
86.	Какой стадии соответствует рак молочной железы T4N1M0
	IIA стадии
	IIIB стадии
	IIIC стадии
87.	Какой стадии соответствует рак молочной железы T4N2M0?
	IIA стадии

	IIВ стадии
	IIС стадии
88.	Метастазы рака молочной железы в ипсилатеральные надключичные лимфоузлы соответствует категории
	N3a
	N3b
	N3c
	M1
89.	В структуре онкологической смертности женского населения рак молочной железы занимает
	1 место
	2 место
	3 место
	5 место
90.	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
91.	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
92.	Наиболее информативным методом ранней диагностики рака молочной железы является
	пальпация
	крупнокадровая флюорография
	маммография
	термография
93.	При радикальной мастэктомии по Холстеду большая грудная мышца
	удаляется полностью
	удаляется частично
	сохраняется
94.	Варианты лекарственной терапии при люминальном раке молочной железы
	гормонотерапия + химиотерапия
	гормонотерапия + химиотерапия + анти-Her2 терапия
	химиотерапия
	лучевая терапия
95.	Внутрипротоковый рак характеризуется следующим типом роста
	солидный
	угревидный
	папиллярный
	криброзный
	грибовидный
96.	К первичным рентгенологическим признакам рака молочной железы относят
	опухолевидная тень

	микрокальцинаты
	изменения со стороны кожи
97.	При определении распространения злокачественной опухоли молочной железы на грудную стенку оценивается вовлеченность таких структур как
	ребра
	межреберные мышцы
	передняя зубчатая мышца
	грудные мышцы
98.	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
99.	Режим химиотерапии по схеме АС при раке молочной железы включает в себя препараты
	доксорубицин
	адриамицин
	цисплатин
	циклофосфамид
100.	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
101.	Какие противоопухолевые антибиотики используются в лечении рака молочной железы?
	доксорубицин
	винорельбин
	метотрексат
	гемцитабин
102.	Больной 48 лет с перименопаузальным статусом, с гормонопозитивным раком молочных желез с противопоказаниями к приему тамоксифена следует назначить
	ингибиторы ароматазы
	ингибиторы ароматазы + выключение функции яичников
	кастрация
	андрогены
103.	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
104.	Больным раком молочной железы перименопаузального 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)
	прогестагенов (медроксипрогестерона ацетат, мегестрола ацетат)

105.	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
106.	Факторы неблагоприятного прогноза при раке молочной железы
	возраст ≤ 35 лет
	T 3-4
	поражение ≥ 4 лимфатических узлов
	аменорея после адъювантной химиотерапии
107.	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
108.	Мутации какого гена этиологичны для синдрома Ли-Фраумени
	BRCA 1
	BRCA 2
	TP 53
	CHEK 2
109.	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
110.	Для какой стадии постмастэктомического синдрома характерно наличие постмастэктомического отека II – IV степени верхней конечности и клинических проявлений синдрома напряжения передней лестничной мышцы?
	IIa стадии
	IIb стадии
	III стадии
	Ia стадии
	Ib стадии
111.	Химиотерапия в предоперационном периоде называется?
	неoadъювантная химиотерапия
	адъювантная химиотерапия
	индукционная химиотерапия
	консолидирующая химиотерапия
112.	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
113.	Химиотерапия, назначаемая после хирургического вмешательства
	неoadъювантная
	индукционная
	консолидирующая
	адъювантная

114.	Видами противоопухолевого лечения являются
	хирургическое вмешательство
	лучевая терапия
	гормонотерапия
	химиотерапия
115.	Химиотерапия по отношению к хирургическому вмешательству бывает
	адьювантная
	радикальная
	неoadьювантная
	вспомогательная
116.	Способы введения химиопрепаратов
	внутриплевральное
	внутривенное
	внутрибрюшное
	внутриартериальное
117.	Лекарственную противоопухолевую терапию применяют в качестве
	самостоятельного метода лечения
	компонента комплексного лечения
	радиомодификатора
	профилактики послеоперационных осложнений
118.	Основными токсическими проявлениями химиотерапии являются
	миелосупрессия
	иммуносупрессия
	кардиотоксичность
	нефротоксичность
119.	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
120.	Противопоказанием для назначения антрациклинов является
	диссеминация опухолевого процесса
	сердечно-сосудистая недостаточность
	повышение температуры тела до 37,5°C
	отсутствие одной почки
	легочная недостаточность
121.	Противопоказанием для применения ифосфамида является
	геморрагический цистит
	инфаркт в анамнезе
	повышение трансаминаз в 2 раза
	аллергия в анамнезе
	холецистит
122.	К ингибиторам PD-1 носят
	ниволумаб
	пембролизумаб
	атезолизумаб
	ипилимумаб
	иммуноглобулины

123.	Для лечения герпетической вирусной инфекции используются
	цефалоспорины
	бисептол
	пенициллины
	препараты альфа-интерферона
	противовирусные препараты
124.	Основным функциональным показателем кардиотоксичности антрациклинов является
	изменение зубца Т на электрокардиограмме
	увеличение интервала Р-Q на электрокардиограмме
	тахикардия
	гипотония
	уменьшение фракции выброса левого желудочка
125.	Золадекс относится к
	антагонист рецепторов эстрогена
	прогестины
	ингибиторы ароматазы
	суперагонисты релизинг гормона лютеинизирующего гормона гипофиза (LH-RH)
126.	Эксеместан относится к
	антиэстрогены
	прогестины
	ингибиторы ароматазы
	эстрогены и их производные
127.	Трастузумаб относится к
	алкилирующие агенты
	антиметаболиты
	моноклональные антитела к рецепторам EGF
	малые молекулы – ингибиторы тирозинкиназ
128.	При лечении бевацизумабом необходимо в первую очередь контролировать
	уровень лейкоцитов
	фракция выброса левого желудочка
	уровень тромбоцитов
	артериальное давление
129.	Растворять оксалиплатин категорически нельзя в
	растворе Рингера
	растворе Na Cl 0,9%
	растворе декстрозы 5%
130.	Какой препарат относится к группе антифолатов
	пеметрексед
	ифосфамид
	5-фторурацил
	доцетаксел
	цисплатин
131.	Какой препарат относится к группе таксанов
	метотрексат
	5-фторурацил
	капецитабин
	паклитаксел
132.	Механизм действия паклитаксела заключается в
	повышение активности ферментов эксцизионной репарации нуклеотидов

	нарушает метаболизм стероидов в периферических тканях
	нарушает работу митотического веретена, препятствуя делению клетки
133.	Перед началом терапии бисфосфонатов следует контролировать следующий биохимический показатель крови
	общий белок
	щелочная фосфатаза
	креатинин
	АЛТ, АСТ
134.	Лекарственное воздействие на конкретные мишени в опухолевых клетках, называется
	полихимиотерапия
	таргетная терапия
	лучевая терапия
	иммунотерапия
135.	На основании совокупного анализа категорий Т, N и М, характеризующих опухолевый процесс, определяется
	длительность течения заболевания
	трудовой и социальный прогноз
	причина развития заболевания
	стадия заболевания
136.	Специфическим осложнением проведения терапии золедроновой кислоты является
	аваскулярный остеонекроз нижней челюсти
	патологический перелом
	развитие индуцированного сахарного диабета
137.	К колониестимулирующим факторам относятся
	летрозол
	филграстим
	эритропоэтин
	талидомид
138.	К остеомодифицирующим препаратам относятся
	бисфосфонаты
	вемурафениб
	деносумаб
	ритуксимаб
139.	В схему XELOX входят препараты
	цисплатин
	капецитабин
	оксалиплатин
	5-фторурацил
140.	Гормонотерапия используется в лечении следующих нозологий
	рак молочной железы
	рак простаты
	рак тела матки
	рак легкого
141.	К таргетным препаратам относятся
	бевацизумаб
	цетуксимаб
	панитумумаб
	тамоксифен

142.	Противопоказания к энтеральному питанию
	выраженная тошнота/рвота, некупирующиеся антиэметической терапией
	наличие тонкокишечной стомы
	механическая кишечная непроходимость
	пищевод Баретта
143.	Выбор способа энтерального питания зависит от
	функционирования желудочно-кишечного тракта
	наличия/отсутствия риска аспирации
	наличия толстокишечной стомы
	предполагаемой длительности энтерального питания
144.	Препараты выбора для антибиотикотерапии при фебрильной нейтропении
	пиперациллин + тазобактам
	цефепим
	тетрациклин
	меропенем
145.	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
146.	Наиболее частым симптомом раннего рака гортани является
	охриплость
	дисфагия
	боли в горле
	стеноз гортани
147.	Рак слизистой оболочки полости рта метастазирует в лимфатические узлы
	околоушные
	щечные
	шейные
	подключичные
148.	При доказанных метастазах в шейные лимфатические узлы фасциально-футлярное иссечение клетчатки шеи выполняют
	одномоментно с первичным очагом
	через 4 недели после удаления первичного очага
	через 1 год после удаления первичного очага
149.	Наиболее оптимальные способы голосопротезирования:
	пищеводная речь
	голосовой синтезатор
	голосовой протез
	назальная речь
150.	Наиболее часто встречающийся гистологический тип злокачественных опухолей щитовидной железы
	папиллярный рак
	фолликулярный рак
	медулярный рак
	недифференцированный рак
151.	Морфологическая форма рака щитовидной железы, сохраняющая йодонакопительную функцию
	папиллярный рак

	медуллярный рак
	плоскоклеточный рак
	недифференцированный рак
152.	Повышение какого маркера возможно при рецидиве или метастазировании папиллярного рака щитовидной железы после тиреоидэктомии и радиоiodабляции
	кальцитонина
	тиреотропного гормона (ТТГ)
	тиреоглобулина (ТГ)
	раково-эмбрионального антигена
153.	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
154.	Дополнительный метод обследования больного высокодифференцированным раком щитовидной железы стадии T2N0M0 (папиллярная аденокарцинома)
	рентгенография органов грудной клетки
	сцинтиграфия костей скелета
	компьютерная томография шеи
	бронхоскопия
155.	УЗИ признак, позволяющий заподозрить злокачественную природу узлов в щитовидной железе
	изоэхогенная структура
	нечеткие границы узла
	ровные контуры узла
	гиперэхогенная структура
156.	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
	компьютерная томография шеи
	тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ
	радиоизотопное сканирование щитовидной железы с Tc-99m-пертехнитатом
157.	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
158.	Какая морфологическая форма опухолей щитовидной железы является наиболее неблагоприятной в прогностическом плане?
	папиллярная аденокарцинома
	фолликулярная аденокарцинома
	анapластический (недифференцированный) рак
	медуллярный рак
159.	Какая морфологическая форма опухолей щитовидной железы является наиболее благоприятной в прогностическом плане?
	папиллярная аденокарцинома
	фолликулярная аденокарцинома
	анapластический (недифференцированный) рак
	медуллярный рак

160.	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
161.	Благоприятным прогностическим признаком при высокодифференцированном раке щитовидной железе является
	мужской пол
	женский пол
	возраст старше 45 лет
	выход опухоли за пределы капсулы щитовидной железы
162.	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
163.	Метод лечения папиллярного и фолликулярного рака щитовидной железы стадий T1N0M0, больных в возрасте до 45 лет
	лучевой
	хирургический
	комбинированный (операция + лучевая терапия)
	хирургический и лечение радиоактивным йодом
164.	Минимальным объемом хирургического вмешательства при раке щитовидной железы следует считать
	резекцию доли щитовидной железы
	тиреоидэктомию
	гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка
	субтотальную резекцию щитовидной железы
165.	У больного 55 лет медулярный рак щитовидной железы T3N1bM0. 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
166.	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
167.	Наиболее частая локализация рака слизистой оболочки полости рта
	дно полости рта
	твердое небо

	щека
	язык
168.	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
169.	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
170.	Наиболее благоприятный прогноз при раке ротоглотки связан со следующим фактором
	молодым возрастом
	курением в анамнезе
	инфицирование ВПЧ (подтип 16)
	отсутствие инфицирования ВПЧ (подтип 16)
171.	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
172.	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
173.	Методами лечения плоскоклеточного рака ротоглотки I стадии являются
	лучевой или хирургический
	комбинированный (операция + лучевая терапия)
	комбинированный (лучевая терапия + операция)
174.	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
175.	Превентивное 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) ≥ 4 мм
	при раке подвижной части языка Ia стадии
	при раке языка и дна полости рта при толщине опухоли (по данным УЗИ/КТ) ≤ 4 мм
176.	Методы исследования, применяемые для обследования больных с местнораспространенными опухолями щитовидной железы
	компьютерная томография шеи
	магнитно-резонансная томография шеи
	фиброскопия гортани и трахеи

177.	Зонами регионарного метастазирования при раке гортани являются
	преларингеальные лимфатические узлы
	лимфатические узлы, расположенные вдоль внутренней яремной вены
	паратрахеальные лимфатические узлы
	подбородочные лимфатические узлы
178.	Регионарными метастазами рака щитовидной железы поражаются
	лимфатические узлы вдоль внутренней яремной вены
	надключичные лимфатические узлы
	паратрахеальные лимфатические узлы
	забрюшинные лимфатические узлы
179.	Выполнение профилактической шейной лимфодиссекции оправдано
	при раке языка
	при раке слизистой оболочки дна полости рта
	при раке слизистой оболочки щеки
180.	Какие методы необходимо использовать для диагностики раннего рака гортани
	непрямая ларингоскопия
	фибрларингоскопия с биопсией
	боковая рентгенография
	компьютерная томография
181.	Какие гистологические формы рака щитовидной железы сохраняют йодонакопительную функцию
	папиллярная аденокарцинома
	фолликулярная аденокарцинома
	медуллярный рак
	плоскоклеточный рак
	недифференцированный рак
182.	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
183.	Рак пищевода чаще всего поражает
	верхнюю треть
	среднюю треть
	нижнюю треть
	одинаково часто развивается в любом отделе пищевода
184.	При субтотальной резекции желудка желудочно-поджелудочная связка
	должна удаляться обязательно
	должна удаляться частично
	никогда не удаляется
	может быть удалена, но не обязательно
185.	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
186.	Больному 65 лет раком желудка выполнена субтотальная резекция. При плановом гистологическом исследовании обнаружены опухолевые клетки по линии разреза, метастазы в лимфоузлах. Следует
	повторно оперировать

	при наличии противопоказаний к повторной операции назначить химиотерапию
	при наличии противопоказаний к повторной операции назначить химиолучевое лечение
	назначить динамическое наблюдение
187.	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
188.	При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана
	эндоскопическая полипэктомия
	клиновидная резекция желудка
	экономная резекция желудка
	субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов
189.	При раке желудка выполнена дистальная субтотальная резекция желудка. Реконструктивный этап осуществляется путем
	формирования желудочно-кишечного анастомоза по Бильрот-1
	формирования передиободочного гастроэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным анастомозом
	формирования позадиободочного гастроэнтероанастомоза на короткой петле
	формирования передиободочного ГЭА на короткой петле
190.	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
191.	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
	химиотерапия
	лучевая терапия на правую надключичную область с последующей
	паллиативная проксимальной резекцией желудка
	современная химиотерапия с последующим динамическим наблюдением
192.	При раке пищевода к хирургическим вмешательствам с одномоментной пластикой перемещенным желудком относятся
	операция Жиано - Гальперна – Гаврилиу
	операция Осава – Герлока
	операция типа Льюиса
	операция Кишнера – Накаямы
	операция Добромывова – Торека
193.	В 2 или 3 этапа может проводится операция:
	Гартмана на сигмовидной кишке
	Льюиса на желудке
	Ру на тонкой кишке
194.	Рак пищевода чаще всего поражает
	шейный отдел
	верхнегрудной отдел
	среднегрудной отдел
	нижнегрудной отдел

195.	Наиболее часто железистый рак пищевода развивается на фоне
	рубцовой стриктуры
	инфекции <i>Helicobacter pylori</i>
	пищевода Барретта
	тяжелой дисплазии многослойного плоского эпителия
196.	Какой фактор более всего влияет на частоту метастазирования при раке толстой кишки?
	гистологическая структура опухоли
	глубина инвазии кишечной стенки
	сравнительное изучение нового агента с другими цитостатиками
	локализация опухоли
	возраст больного
197.	По гистологическому строению рак желудка чаще всего является
	железистым раком
	плоскоклеточным раком
	смешанным железисто-плоскоклеточным раком
	переходно-клеточным раком
198.	Современным стандартом лимфодиссекции при радикальных операциях у больных раком желудка является
	D 1-лимфодиссекция
	D 2-лимфодиссекция
	D 3-лимфодиссекция
199.	В настоящее время стандартом лечения протокового рака поджелудочной железы (T1-3N0M0) является
	хирургическое и лекарственное лечение
	лекарственное лечение
	химиолучевое лечение
	хирургическое лечение
200.	Метастаз Вирхова при раке желудка локализуется
	в параректальных лимфоузлах
	между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
	в яичнике
	в пупке
201.	Метастаз Шницлера при раке желудка локализуется
	в параректальных лимфоузлах
	между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
	в яичнике
	в пупке
202.	Метастаз сестры Марии Джозеф при раке желудка локализуется
	в параректальных лимфоузлах
	между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
	в яичнике
	в пупке
203.	Метастаз Айриша при раке желудка локализуется
	в параректальных лимфоузлах
	между ножками левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы
	в яичнике
	в подмышечных лимфоузлах
204.	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
205.	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
206.	Наиболее характерным клиническим симптомом рака пищевода является
	дисфагия
	рвота
	боль в грудной клетке при глотании
	повышенное слюноотделение
207.	По гистологическому строению рак желудка чаще всего является
	железистым
	плоскоклеточным
	смешанным железисто-плоскоклеточным
	крупноклеточным
208.	Наиболее часто малигнизируются полипы толстой кишки
	ворсинчатые
	железистые
	ювенильные
	гиперпластические
209.	Токсико-анемическая форма рака ободочной кишки характерна для
	левых отделов ободочной кишки
	ректосигмоидного отдела толстой кишки
	прямой кишки
	правых отделов ободочной кишки
210.	Рак желудка чаще всего метастазирует в
	легкие
	печень
	параректальную клетчатку
	яичники
211.	С помощью какого метода можно определить протяженность опухоли по длиннику кишечника при раке прямой кишки
	пальцевое исследование
	фиброколоноскопия
	ирригоскопия
	лапароскопия
212.	При стенозирующем, неоперабельном раке прямой кишки оптимальной тактикой лечения является
	операция Гартмана + лучевая терапия
	разгрузочная сигмостома
	химиотерапия + лучевая терапия
	разгрузочная сигмостома + химиолучевая терапия
213.	При раке нисходящего отдела ободочной кишки методами выбора радикального хирургического лечения является
	передняя резекция прямой кишки

	резекция сигмовидной кишки
	левосторонняя гемиколэктомия
	трансверзостомия
214.	При раке правой половины ободочной кишки методом выбора радикального хирургического лечения является
	левосторонняя гемиколэктомия
	илеостомия
	цекотомия
	правосторонняя гемиколэктомия
215.	Железистый рак пищевода развивается на фоне
	рубцовой стриктуры
	синдрома Панкоста
	пищевода Барретта
	лейкоплакии
216.	При раке пищевода возможен следующий анатомический тип роста опухоли
	язвенный
	узловой (бородавчато-папилломатозный)
	инфильтрирующий (скиррозный)
	поверхностный
217.	Резекцию пораженной части кишки в качестве радикальной операции производят при раке
	слепой кишки
	восходящей ободочной кишки и печёчного угла
	поперечной ободочной кишки
	селезённого угла и нисходящей ободочной кишки
	сигмовидной кишки
218.	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
	операция Гартмана
219.	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 брыжеечную артерию
	ретроперитонеальная инвазия опухоли
	отдаленные метастазы опухоли
220.	Для пищевода Баррета характерно
	поражение нижней трети пищевода
	картина «языков пламени» при ЭГДС
	этиологическим фактором является ГЭРБ
	увеличение риска развития железистого рака пищевода
221.	При резекции или экстирпации пищевода при раке нижнегрудного отдела также должны быть удалены лимфоузлы
	бифуркационные
	околопищеводные
	левые желудочные
	паракардиальные
222.	К предраковым заболеваниям толстой кишки относятся

	диффузный семейный полипоз
	неспецифический язвенный колит
	ворсинчатая аденома
	геморрой
223.	Атипичные клинические проявления рака пищевода могут быть представлены следующими синдромами
	ларинго-трахеальным
	плевро-пульмональным
	стенокардитическим
	невралгическим
224.	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
225.	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
226.	При оценке локализации верхнего полюса опухоли используется деление пищевода на отделы
	шейный
	верхне-грудной
	средне-грудной
	подгрудной
227.	Основным фактором, способствующим возникновению рака ободочной кишки, является
	ионизирующая радиация
	курение
	избыточное потребление жирной пищи и малого количества клетчатки
	злоупотребление алкоголем
228.	Скрининговым исследованием для диагностики рака ободочной кишки является
	колоноскопия
	КТ брюшной полости с в/в контрастированием
	пальцевое ректальное исследование
	исследование кала на скрытую кровь
229.	При первичном раке печени отдаленные метастазы чаще встречаются
	в костях
	в забрюшинных лимфоузлах
	в легких
	в головном мозге
	в лимфоузлах средостения
230.	Какие методы лечения первичного рака печени применяются в современной онкологической практике
	фотодинамическая терапия
	криодеструкция опухоли
	радиочастотная абляция опухоли
	иммунотерапия
231.	При первичном раке печени наиболее частая локализация метастазов

	легкие
	кости
	головной мозг
	печень (внутриорганные)
232.	Чему соответствует II стадия рака анального канала по системе TNM?
	T3N0M0
	T1-3N1M0
	T1N0M0
233.	Какие из вариантов желчеотведения должны быть приоритетными у больных с механической желтухой
	холедоходуоденостомия
	эндоскопическое транспапиллярное стентирование холедоха
	чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков
	гепатикоэнтеростомия
234.	При метастазах колоректального рака рекомендовано выполнение анализа биоптата опухоли на мутации
	KRAS
	NRAS
	CHEK2
	BRAF
235.	Комплексное лечение плоскоклеточного рака анального канала включает в себя
	лучевую терапию
	химиотерапию
	хирургическое вмешательство
	иммунотерапию
236.	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
237.	Для билиарного рака характерно повышение уровня
	SCC
	CA 19-9
	РЭА
	АФП
238	Медленным ростом и редкостью метастазирования характеризуется
	базальноклеточный рак кожи
	плоскоклеточный ороговевающий рак кожи
	плоскоклеточный неороговевающий рак кожи
	любой вид рака кожи из перечисленных
239.	Меланома кожи относится к опухолям
	нейроэктодермальной природы
	эктодермальной природы
	мезенхимальной природы
	дисэмбриональной природы
	эпителиальной природы
240.	Морфологическая верификация меланомы кожи осуществляется на основании
	инцизионной биопсии
	эксцизионной биопсии

	соскоба
	дерматоскопии
241.	Базальноклеточный рак наиболее часто локализуется на коже
	волосистой части головы
	лица
	верхних конечностей
	нижних конечностей
242.	При какой толщине меланомы показано выполнение биопсии сторожевого лимфатического узла
	0,5 мм
	1 мм
	2 мм
	2 см
243.	При клиническом диагнозе меланомы без морфологической верификации может быть начато
	хирургическое лечение
	химиотерапевтическое лечение
	лучевое лечение
	иммунологическое лечение
244.	При меланоме показано выполнение молекулярно-генетического обследования с определением мутаций
	BRCA
	BRAF
	NRAS
	KIT
245.	В России в структуре онкологической заболеваемости мужского населения рак легкого занимает
	первое место
	второе место
	третье место
	девятое место
246.	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
247.	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
248.	Периферический рак лёгкого у женщин чаще бывает
	плоскоклеточным
	железистым
	мелкоклеточным
	крупноклеточным
249.	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

250.	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
251.	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
252.	При выявлении активирующих мутаций гена EGFR (18–21 экзоны) оптимальным является назначение
	таргетной терапии
	гормональной терапии
	химиотерапии
	иммунотерапия
253.	Для назначения пембролизумаба необходимо определение
	мутации BRCA
	мутации ALK
	экспрессии PD-L1
	экспрессии Her2
254.	При каком морфологическом варианте рака легкого наиболее эффективна химиотерапия
	при плоскоклеточном раке
	при аденокарциноме
	при мелкоклеточном раке
	при всех формах рака
255.	При неплюскоклеточном раке легкого IV стадии рекомендовано провести исследование на наличие мутаций в гене
	EGFR (19-21 экзоны)
	BRCA-2
	KRAS
	BRCA-1
256.	К прогностически неблагоприятной морфологической форме рака легкого относится
	мелкоклеточный рак
	крупноклеточный рак
	аденокарцинома
	плоскоклеточный рак
257.	Определение экспрессии PD–L1 на опухолевых клетках при немелкоклеточном раке легкого требуется для назначения
	пембролизумаба
	ниволумаба
	атезолизумаба
	бевацизумаба
258.	Наиболее частой локализацией метастазов мелкоклеточного рака легкого являются
	внутригрудные лимфатические узлы
	печень, почки
	почки, надпочечники
	кости, головной мозг

259.	Для диагностики рака легкого используют следующие методики
	трансторакальная биопсия
	биопсия сторожевого лимфатического узла
	щипцовая биопсия
260.	Дифференциальный диагноз доброкачественной периферической опухоли легкого проводится
	с периферическим раком
	с туберкулезом
	с кистой
	с паразитарным поражением
	с пневмонией
261.	Для метастатического плеврита при раке легкого характерны следующие
	клиникорентгенологические признаки
	затемнение на стороне поражения
	смещение средостения в противоположную сторону
	часто рецидивирует
	может разрешиться самостоятельно
262.	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
263.	К локальным стадиям мелкоклеточного рака легкого относятся
	0 стадия
	I стадия
	II стадия
	III стадия
264.	К распространенным стадиям мелкоклеточного рака легкого относятся
	I стадия
	II стадия
	III стадия
	IV стадия
265.	Развитие опухолевого плеврита описано у больных
	раком легкого
	раке языка
	раке молочной железы
	раке яичников
266.	Осложнением трансторакальной биопсии могут быть
	тромбоэмболия
	пневмоторакс
	кровотечение
	сепсис
267.	Медицинская информационная система
	обеспечивает полное и всестороннее информационное взаимодействие и поддержку медицинского работника и пациента в ходе оказания медицинской помощи по принципу «24/7/365», вне зависимости от географического нахождения субъектов медицинской услуги
	представляет собой трехуровневую интегрированную систему накопления, передачи и использования медицинской и статистической информации
	представляет собой систему хранения и обработки информации на региональном уровне

	представляет собой государственную информационную систему в сфере здравоохранения, завершающую обработку информации и регулирующую ее потоки
268.	Функциональные и технологические требования к медицинским информационным системам регламентированы
	Приказом Минздрава России от 24.12.2018 № 911н «Об утверждении Требований к государственным информационным системам в сфере здравоохранения субъектов Российской Федерации, медицинским информационным системам медицинских организаций и информационным системам фармацевтических организаций»
	Федеральным законом от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья»
	Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
	набором характеристик со стороны различных пользователей ЕГИСЗ
269.	Телемедицинские технологии
	представляют собой такой способ оказания медицинских услуг, при котором невозможно обеспечить в установленный временной период физический контакт медицинского работника или команды врачей и средних медицинских работников с пациентом, достаточный для оказания медицинской помощи надлежащего качества и обладающий необходимой ресурсооборуженностью
	представляют собой информационно-коммуникационные технологии для обмена информацией в целях диагностики, лечения и профилактики заболеваний и травм
	представляют собой формализованную на уровне алгоритмических инструкций компьютерную программу
	представляют собой удаленный контакт медицинского работника или команды врачей и средних медицинских работников с пациентом
270.	В сферу практического здравоохранения наиболее активно внедряются
	контроль состояния здоровья (сенсорика) и мобильные телемедицинские комплексы
	телемедицинские консультации и телеобучение
	системы дистанционного биомониторинга
	телемедицинские консультации и мобильные телемедицинские комплексы
271.	Правовые основы для внедрения телемедицинских технологий в сферу оказания медицинской помощи пациентам в Российской Федерации устанавливает
	Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья»
	Приказ Минздрава России от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий»
	Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 470н «Об утверждении профессионального стандарта «Фельдшер»
	Приказ Минтруда России от 31.07.2020 № 475н «Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат»
272.	Телемедицинский комплекс
	представляет собой набор мобильных и носимых программно-аппаратных средств для применения в домашней телемедицине, экстремальной медицине, медицине катастроф, военной медицине, а также скорой и амбулаторной помощи и реабилитации пациентов
	предназначен для использования без участия медицинского работника
	применяется в стационарах при оказании первичной медико-санитарной помощи средним и младшим медицинским персоналом
	представляет собой набор стационарных программно-аппаратных средств для применения в домашней телемедицине, экстремальной медицине, медицине катастроф, военной медицине, а также скорой и амбулаторной помощи и реабилитации пациентов
273.	Передовые медицинские решения в хирургии
	основаны на технологиях виртуальной и дополненной реальности

	используют только технологии виртуальной реальности
	базируются только на технологиях дополненной реальности
	не требуют применения современных цифровых технологий
274.	Применение технологий виртуальной и дополненной реальности
	позволяет повысить мотивацию и вовлеченность пациентов в процесс медицинской реабилитации
	снижает качество выполнения упражнений во время медицинской реабилитации до 30 %
	практически не изменяет качество выполнения упражнений во время медицинской реабилитации
	основывается на использовании инвазивных устройств
275.	Трансформация традиционного лечебно-диагностического процесса заключается в
	повышении качества оказания медицинской помощи посредством применения современных медицинских цифровых технологий
	применении средним и младшим медицинским персоналом современных медицинских цифровых технологий
	быстрых изменениях традиционного уклада жизни и возможностях человеческого организма и системы здравоохранения
	изменении роли среднего и младшего медицинского персонала в этом процессе
276.	Аутентификация – это
	процесс определения информационной системой конкретного пользователя с помощью идентификатора
	исключение неправомерного уничтожения информации
	ввод пользователем ключа (пароль или пин-код) с целью подтверждения своего права на доступ к учетной записи
	предоставление персональных данных
277.	В медицинской организации сбор, хранение, передача информации осуществляется с помощью
	телефона
	мониторингов
	электронной почты
	медицинских документов
278.	В целях обеспечения доступа граждан к услугам в сфере здравоохранения в электронной форме, взаимодействия информационных систем в сфере здравоохранения создается
	реестр медицинских работников
	единая государственная информационная система здравоохранения
	подсистема сбора информации о показателях системы здравоохранения
	реестр медицинских организаций
279.	Виды электронной цифровой подписи
	квалифицированная, неквалифицированная
	первичная, вторичная
	простая, сложная
	простая, усиленная неквалифицированная, усиленная квалифицированная
280.	Запись на прием к врачу в медицинскую организацию и вызов врача на дом обеспечивает
	федеральный реестр нормативно-справочной информации
	федеральная электронная регистратура
	федеральный реестр медицинских и фармацевтических работников (ФРМР)
	подсистема обезличивания персональных данных
281.	Комплекс мер, направленных на обеспечение конфиденциальности, целостности, доступности
	антивирусная защита
	защита информации
	авторизация
	идентификация и аутентификация

282.	Конфиденциальность информации
	исключение неправомерного блокирования информации.
	распространение информации;
	исключение неправомерного уничтожения или модифицирования информации;
283.	Любая информация, относящаяся к прямо или косвенно определенному, или определяемому физическому лицу
	домашний адрес
	диагноз и результат лечения
	персональные данные
	отчетные медицинские документы
284.	Любые действия, совершаемые с персональными данными: сбор, запись, хранение, изменение, извлечение, использование, передача, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение – это
	распространение
	идентификация
	обработка персональных данных
	аутентификация
285.	Материальный носитель с зафиксированной на нем в любой форме информацией в виде текста, звукозаписи, изображения, который имеет реквизиты
	электронная цифровая подпись
	логин и пароль
	электронная почта
	документ
286.	Медицинская документация – это
	данные об оборудовании
	персональные данные пациентов и медицинских работников
	система документов установленной формы, предназначенных для регистрации данных лечебных, диагностических, профилактических, санитарно-гигиенических мероприятий, для их обобщения и анализа
	сведения о пациентах и сотрудниках медицинской организации
287.	Обработка персональных данных в информационных системах в сфере здравоохранения осуществляется с соблюдением
	этика и деонтология
	конфиденциальности персональных данных
	врачебной тайны и защиты персональных данных
	врачебной тайны
288.	Оператором ЕГИСЗ является
	медицинская организация
	Министерство цифрового развития, связи и массовых коммуникаций
	Министерство здравоохранения РФ
	руководитель информационного отдела медицинского учреждения
289.	Персональные данные медицинского работника, сведения об образовании и трудоустройстве содержатся в
	подсистеме сбора информации о показателях системы здравоохранения
	федеральном реестре медицинских и фармацевтических организаций (ФРМО)
	федеральном регистре медицинских и фармацевтических работников (ФРМР)
	форме ФСН № 30
290.	Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается
	при оказании медицинской помощи беременным
	в любых случаях оказания медицинской помощи

	в случае оказания медицинской помощи несовершеннолетнему для информирования одного из его родителей или иного законного представителя
	при оказании высокотехнологичной помощи;
291.	Процесс определения информационной системой конкретного пользователя с помощью идентификатора
	идентификация
	аккредитация
	мониторинг
	аутентификация
292.	Разглашение сведений, составляющих врачебную тайну
	допускается в любых случаях
	допускается с разрешения дежурного врача
	допускается с письменного согласия гражданина
	не допускается
293.	Регистры пациентов по отдельным нозологиям, федеральный регистр медицинских и фармацевтических работников, федеральный реестр медицинских организаций – составляющие единой государственной информационной системы здравоохранения
	автоматизированной системы «Медстат»
	форм федерального статистического наблюдения
	учетной медицинской документации
294.	Сведения (сообщения, данные) независимо от формы их представления
	документы
	информация
	база данных
	пароль
295.	Сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, о состоянии его здоровья и диагнозе – это
	электронная цифровая подпись
	паспортные данные
	врачебная тайна
	электронный медицинский документ
296.	Сведения об оказанной медицинской помощи, о медицинских экспертизах, медицинских осмотрах и медицинских освидетельствованиях обеспечивает
	федеральный реестр медицинских и фармацевтических организаций (ФРМО)
	федеральная интегрированная электронная медицинская карта
	геоинформационная подсистема
	подсистема сбора информации о показателях системы здравоохранения
297.	Участники информационного взаимодействия
	оператор единой системы, поставщики информации, пользователи информации
	пациенты, медицинские работники;
	федеральный фонд обязательного медицинского страхования
	Министерство здравоохранения, медицинские организации
298.	Функционирование единой системы, включая работоспособность программных средств, управление доступом участников информационного взаимодействия, защиту информации в ЕГИСЗ обеспечивает
	Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения
	поставщик информации
	оператор единой системы
	пользователь информации

299.	Базовые действия, производимые с информацией, которые могут содержать в себе угрозу
	модификация (искажение)
	криминализация
	уничтожение информации
	сбор
	утечка
300.	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)
301.	По биологическим и клиническим особенностям опухоли мягких тканей разделены на
	доброкачественные, злокачественные
	доброкачественные, промежуточные, злокачественные
	доброкачественные, промежуточные местно-агрессивные, промежуточные редко метастазирующие, злокачественные
302.	Решающим методом обследования для распознавания саркомы мягких тканей является
	рентгенологическое исследование
	УЗИ
	термография
	ангиография
	биопсия образования
303.	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
304.	Лечебная «тактика выбора» при остеогенной саркоме высокой степени злокачественности
	предоперационная лучевая терапия с отсроченной ампутацией
	предоперационная лучевая терапия с ампутацией и адъювантной химиотерапией
	предоперационная химиолучевая терапия с последующей операцией и послеоперационной Химиотерапией
	2-4 цикла неoadъювантной химиотерапии с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией
305.	При хирургическом лечении забрюшинных неорганных опухолей чаще всего используется
	чрезбрюшинный доступ
	внебрюшинный доступ
	торако-абдоминальный доступ
	брюшно-промежностный доступ
306.	В лечении больных неорганными забрюшинными саркомами основным методом является
	хирургический
	химиотерапевтическое лечение
	лучевая терапия
	комбинированные методы лечения
	с одинаковой частотой
307.	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
	удаление опухоли с окружающими её тканями, отступив на 3 см от краев новообразования

308.	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
309.	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
310.	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
311.	Чаще всего остеогенная саркома поражает
	длинные трубчатые кости
	плоские кости
	позвонки
	кости таза
312.	Локализация саркомы мягких тканей чаще всего наблюдается в области
	нижних конечностей
	головы и шеи
	верхних конечностей
	позвоночника
313.	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
314.	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
315.	Информативным лабораторный методом диагностики тромбоэмболии легочной артерии является
	определение МНО
	определение уровня карбоксигемоглобина
	проведение диаскин-теста
	определение Д-димера
316.	Множественные травмы, обширные хирургические вмешательства, септические состояния, злокачественные опухоли могут быть причиной развития
	болезни Рандю-Ослера
	геморрагического васкулита
	ДВС-синдрома

	гемолитической анемии
317.	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
	температуры тела; оценка наличия трупных пятен и трупного окоченения
318.	Дефибриляция применяется при
	фибрилляции предсердий
	асистолии
	фибрилляции желудочков
	полной атриовентрикулярной блокаде
319.	Препаратом выбора при анафилактическом шоке является
	норэпинефрин
	допамин
	эпинефрин
	фенилэфрин
320.	Введение какого инфузионного раствора показано при наличии артериальной гипотензии при анафилактическом шоке?
	изотонического раствора хлорида
	глюкозы 5%
	реополиглюкина
	рефортана
321.	Миастения, как аутоиммунное заболевание, ассоциируется
	с тимомой
	с фибромой средостения
	с ганглионевромой средостения
	с феохромоцитомой средостения
	с внегонадной семиномой средостения
322.	Больным с диффузной злокачественной мезотелиомой плевры на I этапе лечения показана
	плеврэктомия
	плевро-пневмонэктомия
	химиотерапия
	лучевая терапия
	иммунотерапия
323.	Злокачественные новообразования в Международной классификации болезней МКБ-10 относятся к классу, обозначаемому буквой
	S
	C
	H
	A
324.	Классификация новообразований по системе TNM применяется для
	описания анатомического распространения опухолевого процесса
	обозначения локализации первичной опухоли
	определения зон регионарного метастазирования
	подбора индивидуального плана реабилитации
325.	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
326.	Символ N 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
327.	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
328.	Применение различных методов лечения, имеющих как местное, так и системное воздействие называется
	комбинированное лечение
	комплексное лечение
	радикальное лечение
	полихимиотерапия
329.	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
330.	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
331.	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
332.	Карцинома in situ согласно классификации TNM относится к
	0 стадии
	I стадии
	Ia стадии
	Ib стадии
333.	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

334.	К Iб 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
335.	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
336.	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
337.	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
338.	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
339.	Курение является фактором риска
	рака легкого, яичников, мочевого пузыря
	рака легкого, гортани, мочевого пузыря
	рака легкого, почки, щитовидной железы
	рака легкого, желудка, толстой кишки
340.	Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака
	форма № 35
	форма № 090/y
	форма № 030
	форма № 7
341.	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
342.	В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток
	не нарушена
	нарушена умеренно
	нарушена выраженно
	возможны все варианты

343.	Наибольшей канцерогенной активностью обладают
	жиры
	полициклические ароматические углеводороды
	витамины группы А и В
	углеводы
344.	Строма новообразования состоит из
	опухолевые клетки
	соединительная ткань
	сосуды
	нервные волокна
345.	Канцерогенный эффект может оказывать воздействие
	ионизирующего излучения
	вируса ВПЧ
	полипропилена
	вируса Эпштейна-Барр
346.	M1 по системе TNM может означать наличие метастазов в
	легких
	печени
	регионарных лимфатических узлах
	головном мозге
347.	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
348.	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
	анализ экономических показателей лечения и уровня качества жизни
349.	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"
	изучение возможных сочетаний с другими цитостатиками
	анализ экономических показателей лечения и уровня качества жизни
350.	Пациенту 35 лет с опухолью яичка выполнена орхифуникулэктомия. 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
351	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
352.	Химиотерапия, назначаемая после хирургического вмешательства
	неoadъювантная
	индукционная
	консолидирующая
	адъювантная
353.	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
354.	Видами противоопухолевого лечения являются
	хирургическое вмешательство
	лучевая терапия
	гормонотерапия
	химиотерапия
355.	Химиотерапия по отношению к хирургическому вмешательству бывает
	адъювантная
	радикальная
	неoadъювантная
	вспомогательная
356.	Способы введение химиопрепаратов
	внутриплевральное
	внутривенное
	внутрибрюшное
	внутриартериальное
357.	Лекарственную противоопухолевую терапию применяют в качестве
	самостоятельного метода лечения
	компонента комплексного лечения
	радиомодификатора
	профилактики послеоперационных осложнений
358.	Основными токсическими проявлениями химиотерапии являются
	миелосупрессия
	иммуносупрессия
	кардиотоксичность
	нефротоксичность
359.	Рекомендуемые режимы адъювантной химиотерапии при опухолях стромы полового тяжа и стероидноклеточных опухолях
	ВЕР
	ТІР
	СР
	ЕР
360.	В схему химиотерапии ВЕР входят препараты
	блеомицин

	этопозид
	паклитаксел
	цисплатин
361.	Какие химиопрепараты могут являться компонентом лечения плоскоклеточного рака анального канала
	иринотекан
	5-фторурацил
	цисплатин
	карбоплатин
362.	Рекомендуемые режимы химиотерапии, используемые в химиолучевой терапии при лечении плоскоклеточного рака анального канала
	цисплатин + иринотекан
	митомицин С + 5-ФУ
	митомицин С + капецитабин
	цисплатин + 5-ФУ
363.	Как рассчитывается доза карбоплатина
	на килограмм массы тела
	на площадь поверхности тела
	по формуле Калверта
364.	Комбинация FOLFOX включает следующие препараты
	5-фторурацил, иринотекан, оксалиплатин
	5-фторурацил, лейковорин, оксалиплатин
	5-фторурацил, капецитабин, лейковорин
	5-фторурацил, лейковорин, цисплатин
365.	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
366.	Наиболее уязвима для цитостатиков опухолевая клетка, находящаяся в фазе
	M
	G1
	S
	G2
	G
367.	К цитостатикам с преимущественно фазово-неспецифическим действием относятся
	адриамицин
	платидиам
	метотрексат
	алкилирующие агенты
	таксаны
368.	Противопоказанием для назначения антрациклинов является
	диссеминация опухолевого процесса
	сердечно-сосудистая недостаточность
	повышение температуры тела до 37,5°C
	отсутствие одной почки
	легочная недостаточность
369.	Противопоказанием для применения ифосфамида является
	геморрагический цистит

	инфаркт в анамнезе
	повышение трансаминаз в 2 раза
	аллергия в анамнезе
	холецистит
370.	К ингибиторам PD-1 носят
	ниволумаб
	пембролизумаб
	атезолизумаб
	ипилимумаб
	иммуноглобулины
371.	Для терапии кандидомикозной инфекции (<i>C albicans</i>) эффективны
	амфотерицин В
	флюконазол
	итраканазол
	дифлюкан
	Д бисептол
372.	Для лечения герпетической вирусной инфекции используются
	цефалоспорины
	бисептол
	пенициллины
	препараты альфа-интерферона
	противовирусные препараты
373.	Основным функциональным показателем кардиотоксичности антрациклинов является
	изменение зубца Т на электрокардиограмме
	увеличение интервала Р-Q на электрокардиограмме
	тахикардия
	гипотония
	уменьшение фракции выброса левого желудочка
374.	Фазлодекс относится к
	антагонист рецепторов эстрогена
	прогестины
	ингибиторы ароматазы
	суперагонисты релизинг гормона лютеинизирующего гормона гипофиза (LH-RH)
375.	Золадекс относится к
	антагонист рецепторов эстрогена
	прогестины
	ингибиторы ароматазы
	суперагонисты релизинг гормона лютеинизирующего гормона гипофиза (LH-RH)
376.	Эксеместан относится к
	антиэстрогены
	прогестины
	ингибиторы ароматазы
	эстрогены и их производные
377.	Трастузумаб относится к
	алкилирующие агенты
	антиметаболиты
	моноклональные антитела к рецепторам EGF
	малые молекулы – ингибиторы тирозинкиназ
378.	При лечении бевацизумабом необходимо в первую очередь контролировать

	уровень лейкоцитов
	фракция выброса левого желудочка
	уровень тромбоцитов
	артериальное давление
379.	Растворять оксалиплатин категорически нельзя в
	растворе Рингера
	растворе Na Cl 0,9%
	растворе декстрозы 5%
380.	Нежелательными гематологическими явлениями при назначении Золедроновой кислоты являются
	гиперфосфатемия
	гипокальциемия
	гипермагниемия
381.	Какое утверждение в отношении бисфосфонатов верно
	рекомендуется соблюдать осторожность при одновременном применении бисфосфонатов и аминогликозидов
	вводится в течении 1 часа
	вводится в/м
382.	Показания к назначению Зоомефы
	метастазы в костях рака предстательной железы
	последствие травматических переломов
	гипокальциемия
383.	По формуле Калверта рассчитывают
	кармустин
	доксорубицин
	фторурацил
	карбоплатин
384.	Какой препарат относится к группе антифолатов
	пеметрексед
	ифосфамид
	5-фторурацил
	доцетаксел
	цисплатин
385.	Основной принцип радикального лечения, сформулированный Морганом в 1896 году, состоит в следующем
	быстро растущие опухоли более чувствительны к химиотерапии, чем медленно растущие, в связи с чем предпочтительнее оперировать только медленно растущие опухоли
	органосохраняющие операции с негативными краями резекции позволяют радикально удалить опухоль, не нанося при этом значительного ущерба эстетическому виду
	целесообразно выполнять операции на путях регионарного лимфооттока, а не только на органе, несущем опухоль
386.	Какой препарат относится к группе таксанов
	метотрексат
	5-фторурацил
	капецитабин
	паклитаксел
387.	Механизм действия паклитаксела заключается в
	повышение активности ферментов эксцизионной репарации нуклеотидов
	нарушает метаболизм стероидов в периферических тканях
	нарушает работу митотического веретена, препятствуя делению клетки

388.	Осимертиниб относится к группе
	ингибитор тирозинкиназных рецепторов
	моноклональные антитела
	ингибитор контрольных точек иммунитета
	ингибитор FGFR
389.	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
390.	Особенностью летрозолола является следующее
	применяется во вторую половину дня
	связывается с белками плазмы
	назначается в постменопаузе
391.	Частое побочное действие летрозолола
	снижение либидо
	боль в мышцах, костях и суставах
	алопеция
	угнетение кроветворения
392.	В схеме АСх4 доксорубин используется в следующей дозе
	40 мг/м ² внутривенно
	50 мг/м ² внутривенно
	60 мг/м ² внутривенно
393..	В схеме паклитаксел + карбоплатин используется в следующей дозе
	175 мг/м ²
	90 мг/м ²
	60 мг/м ²
	75 мг/м ²
394.	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
395.	Перед началом терапии бисфосфонатов следует контролировать следующий биохимический
	показатель крови
	общий белок
	щелочная фосфатаза
	креатинин
	АЛТ, АСТ
396.	Для назначения пембролизумаба необходимо определение
	мутации BRCA
	мутации ALK
	экспрессии PD-L1
	экспрессии Her2
397.	Лекарственное воздействие на конкретные мишени в опухолевых клетках, называется
	полихимиотерапия
	таргетная терапия
	лучевая терапия

	иммунотерапия
398.	На основании совокупного анализа категорий Т, N и М, характеризующих опухолевый процесс, определяется
	длительность течения заболевания
	трудовой и социальный прогноз
	причина развития заболевания
	стадия заболевания
399.	Опухолью малочувствительной к химиотерапии является
	хориокарцинома матки
	рак яичников
	лимфома Ходжкина
	рак шейки матки
400.	Опухолью, при которой возможно излечение с помощью лекарственной терапии
	рак желудка
	хориокарцинома матки
	меланома
	рак печени
401.	Специфическим осложнением проведения терапии золедроновой кислоты является
	аваскулярный остеонекроз нижней челюсти
	патологический перелом
	развитие индуцированного сахарного диабета
402.	Критериями эффективности по шкале RECIST являются
	полный эффект
	частичный эффект
	прогрессирование
	стабилизация
403.	К колониестимулирующим факторам относятся
	летрозол
	филграстим
	эритропоэтин
	талидомид
404.	К анти-HER2 препаратам относятся
	трастузумаб
	бевацизумаб
	афлиберцепт
	пертузумаб
405.	К остеомодифицирующим препаратам относятся
	бисфосфонаты
	вемурафениб
	деносумаб
	ритуксимаб
406.	К препаратам из группы ингибиторов BRAF-киназ относятся
	эверолимус
	трастузумаб
	вемурафениб
	дабрафениб
407.	В схему XELOX входят препараты
	цисплатин

	капецитабин
	оксалиплатин
	5-фторурацил
408.	В схему FOLFOX входят препараты
	лейковорин кальция
	капецитабин
	оксалиплатин
	5-фторурацил
409.	Колонистимулирующие факторы (КСФ) назначаются при
	рвоте или тошноте
	нейтропении
	анемии
	алопеции
410.	Гормонотерапия используется в лечении следующих нозологий
	рак молочной железы
	рак простаты
	рак тела матки
	рак легкого

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Принципы формирования групп повышенного онкологического риска.
2. Принципы организации диспансерного наблюдения онкологических больных хирургического профиля.
3. Стили профессионального общения с больными, их родственниками.
4. Организация работы хирургического отделения онкологического профиля.
5. Организация взаимодействия врача-онколога и среднего медицинского персонала
6. Алгоритм диагностики злокачественного новообразования, предракового заболевания, доброкачественной опухоли.
7. Организация безопасной коммуникации с пациентом посредством сети «Интернет».
8. Организация телемедицинской консультации.
9. Методы лучевой, лабораторной диагностики онкологических заболеваний, подлежащих оперативному лечению.
10. Хирургические манипуляции (первичная обработка раны, наложение повязки на рану).
11. Подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции.
12. Методы забора биологического материала для проведения генетического тестирования, иммуногистохимического исследования.
13. Проведение методов генетического анализа (цитогенетического, биохимического, ПЦР-исследования).
14. Принципы интерпретации результатов ЭКГ, ФКГ, ЭЭГ, КТМ, МРТ, ЭНМГ, УЗИ.
15. Обоснование тактики лечения больного с онкологическим заболеванием в стационаре хирургического профиля.
16. Основные принципы лечения онкологических больных в стационаре хирургического профиля.
17. Принципы проведения химиотерапии, гормонотерапии, таргетной и лучевой злокачественных опухолей у пациентов хирургического профиля.
18. Методы хирургического лечения злокачественных опухолей, обезболивания онкологических больных.

19. Методы проведения медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения у пациентов хирургического профиля.
20. Ведение медицинской документации хирургического отделения.
21. Базовая сердечно-легочная реанимация – алгоритм, показания и противопоказания.
22. Определение признаков жизни, клинической и биологической смерти пациента.
23. Проведение лапароцентеза и торакоцентеза с целью удаления жидкости из брюшной и плевральной полости.
24. Проведение инфузий с использованием инфузоматов, внутривенных помп.
25. Осуществление ухода за имплантированным подкожным венозным портом; введение препаратов через центральный венозный катетер, имплантированный подкожный венозный порт, в плевральную и брюшную полости.
26. Техника проведения тонкоигльной аспирационной цитобиопсии и трепанобиопсии глубоко расположенных опухолей (легких, печени, почек).
27. Принципы лечения шока и кровопотери.
28. Техника широкого иссечения новообразования мягких тканей, показания.
29. Техника операции удаления слюнной железы, осложнения, меры по их профилактике.
30. Техника операции резекции языка, показания.
31. Техника операции шейной лимфаденэктомии, показания, техника, осложнения, меры по их профилактике.
32. Иссечение толстой кишки с анастомозом "конец в конец" и "конец в бок", техника выполнения, показания.
33. Техника проведения операции колостомии, показания.
34. Техника радикальной нефрэктомии, показания.
35. Техника операции резекции мочевого пузыря, показания.
36. Оценка индивидуальных факторов риска онкологического заболевания и формулировка профилактических рекомендаций.
37. Определение показаний к направлению пациента с онкологическим заболеванием на медико-социальную экспертизу.
38. Оценка временной нетрудоспособности пациента после курса противоопухолевой лекарственной терапии.
39. Определение показаний к медицинской реабилитации пациента после курса противоопухолевой лекарственной терапии.
40. Оценка нутритивного и функционального статуса пациента перед направлением на реабилитацию.
41. Формирование плана маршрутизации пациента между стационарным, амбулаторным и паллиативным этапами помощи.
42. Информирование пациента о плане лечения, возможных рисках и альтернатив в доступной форме.
43. Оценка потребности пациента с распространенным онкологическим заболеванием в паллиативной помощи.
44. Подбор противоопухолевой терапии пациенту с хроническим опухолевым болевым синдромом.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Определение понятий опухоль, рак, саркома, меланома. Классификация опухолей.
2. Основные свойства злокачественных опухолей.

3. Пути метастазирования и его этапы.
4. Этиология опухолей. Определяющие факторы и внешние этиологические факторы.
5. Статистика опухолевых заболеваний в РФ. Абсолютное количество онкологических больных.
6. Показатели заболеваемости и структура смертности онкологических заболеваний в РФ.
7. Организация работы онкологического отделения хирургического профиля.
8. Группы диспансерного учета. Учетные документы на онкологических пациентов.
9. Профилактика онкологических заболеваний.
10. Понятие предракового заболевания, принципы диагностики и лечения, значение в онкологической хирургии.
11. Деонтология в онкологической хирургии, роль в установлении и поддержании продуктивного контакта.
12. Диагностический алгоритм в хирургической онкологии: первичная, уточняющая и функциональная диагностика, понятия, значение.
13. Принципы классификация TNM. Определение стадии заболевания.
14. Классификация методов лечения в хирургической онкологии. Понятие «комбинированного» и «комплексного» лечения.
15. Факторы риска онкологической патологии, понятие модифицируемых и немодифицируемых факторов риска.
16. Виды хирургических вмешательств в онкологии.
17. Принципы радикальных хирургических операций, отличие от операций при неопухолевой патологии.
18. Химиотерапия опухолей. Основные группы лекарственных противоопухолевых препаратов.
19. Показания и противопоказания к лекарственному противоопухолевому лечению.
20. Гормонотерапия в онкологии. Показания. Группы лекарственных препаратов.
21. Таргетная терапия. Группы препаратов, показания к применению, основные осложнения.
22. Этиология рака щитовидной железы. Показатели заболеваемости и смертности. Морфологическая классификация опухолей щитовидной железы.
23. Виды оперативного лечения рака щитовидной железы, объём, показания, противопоказания.
24. Папиллярный и фолликулярный рак щитовидной железы. Клиническая картина, метастазирование, особенности диагностики и лечения.
25. Медулярный рак щитовидной железы. Этиология, клиника, прогноз.
26. Недифференцированный и плоскоклеточный рак щитовидной железы. Пути метастазирования. Особенности диагностики и лечения.
27. Рак легкого. Этиология, эпидемиология, морфологические формы.
28. Клинико-анатомические формы рака легкого – центральный, периферический, атипические формы. Особенности их рентгенологического и клинического проявления.
29. Рак легкого: клинические проявления – симптомы первичной опухоли, местно-распространенного процесса, признаки отдаленных метастазов, закономерности метастазирования.
30. Минимальный объём обследования пациента перед проведением хирургического лечения по поводу рака лёгкого.
31. Хирургическое лечение рака легкого в зависимости от гистологического строения и стадии опухолевого процесса.

32. Злокачественные опухоли кожи. Этиология, эпидемиология Факторы риска. Факультативные и облигатные предраковые заболевания кожи.
33. Рак кожи – гистологические формы, формы опухолевого роста. Особенности разных форм рака, закономерности метастазирования.
34. Диагностика, принципы лечения пациентов с базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи.
35. Классификация невусов. Меланоцитарные невусы. Признаки малигнизации пигментных невусов.
36. Меланома: этиология, клинические признаки, особенности роста и метастазирования.
37. Диагностика и принципы хирургического лечения меланомы.
38. Факторы риска развития и предопухолевые заболевания молочных желез. Группы риска по раку молочной железы.
39. Доброкачественные опухоли молочных желез - фиброаденома, филлоидные опухоли, протоковая папиллома. Клиника, диагностика.
40. Доброкачественные опухоли молочных желез - фиброаденома, филлоидные опухоли, протоковая папиллома – хирургическое лечение.
41. Рак молочной железы – клинические проявления, клинические формы, закономерности метастазирования.
42. Рак молочной железы – принципы хирургического лечения. Виды оперативных вмешательств при раке молочной железы.
43. Эпидемиология рака желудка, понятие запущенности, причины поздней диагностики. Этиология. Предраковые заболевания.
44. Клиника рака желудка. Зависимость от локализации, формы опухолевого роста, степени распространения опухоли. Синдром «малых признаков»
45. Методы диагностики и верификации диагноза рака желудка.
46. Рак желудка – принципы хирургического лечения. Радикальные, паллиативные и симптоматические операции. Показания к лекарственной противоопухолевой терапии рака желудка.
47. Эпидемиология рака пищевода. Факторы риска, предопухолевые заболевания, меры по их профилактике.
48. Клиника, диагностика и хирургическое лечение рака пищевода.
49. Эпидемиология колоректального рака. Предраковые заболевания ободочной и прямой кишки.
50. Методы диагностики и верификации диагноза колоректального рака.
51. Клиника рака ободочной кишки в зависимости от локализации новообразования. Клинические формы рака ободочной кишки. Группы риска.
52. Клиника рака прямой кишки. Группы риска.
53. Хирургическое лечение пациентов с установленным диагнозом рак прямой кишки. Радикальные, паллиативные и симптоматические операции.
54. Химиотерапия в лечении рака прямой кишки.
55. Хирургическое лечение пациентов с установленным диагнозом рак ободочной кишки. Радикальные, паллиативные и симптоматические операции. Лучевая терапия и химиотерапия в лечении колоректального рака.
56. Рак поджелудочной железы. Этиология. Факторы риска. Основные клинические проявления в зависимости от локализации и степени распространения опухоли.
57. Диагностика рака поджелудочной железы и методы хирургического лечения.

58. Классификация опухолей печени. Этиология, факторы риска и предраковые заболевания.
59. Клинические проявления рака печени. Методы диагностики и лечение. Шкала BCLC.
60. Опухоли желчного пузыря и внепеченочных протоков. Этиология. Клиника рака желчного пузыря и внепеченочных протоков. Диагностика и хирургическое лечение.
61. Классификация опухолей мягких тканей. Метастазирование сарком. Клиника сарком в зависимости от локализации, гистологической формы и степени распространения.
62. Методы диагностики и принципы хирургического лечения пациентов с саркомами мягких тканей.
63. Методы диагностики и принципы хирургического лечения пациентов с остеосаркомами.
64. Классификация опухолей забрюшинного пространства. Основные клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.
65. Заболеваемость раком почек. Клиническая картина рака почки. Методы диагностики и верификации диагноза.
66. Рак почки. Методы хирургического лечения. Показания и осложнения оперативного лечения.
67. Опухоли мочевого пузыря – факторы риска, предраковые заболевания. Клиническая картина рака мочевого пузыря.
68. Методы диагностики и оперативного лечения рака мочевого пузыря.
69. Рак полового члена, клиника, диагностика, хирургическое лечение.
70. Рак полового члена, возможности по сохранению фертильности, копулятивной функции.
71. Классификация опухолей яичек. Факторы риска. Метастазирование опухолей яичка. Клиника. Диагностика и принципы хирургического лечения.
72. Эпидемиология рака предстательной железы. Этиология. Диагностика рака простаты, методы скрининга.
73. Клиника первичного и метастатического рака предстательной железы.
74. Методы оперативного лечения рака предстательной железы.
75. Классификация опухолей слюнных желез. Доброкачественные и злокачественные опухоли. Клиника рака слюнных желез. Методы диагностики и оперативного лечения.
76. Этиология рака губы, предраковые заболевания. Клиника рака губы. Метастазирование.
77. Диагностика и методы оперативного лечения рака губы.
78. Клиника рака языка и слизистой полости рта. Метастазирование.
79. Диагностика. Методы хирургического лечения рака языка и слизистой полости рта.
80. Возможности голосопротезирования при раке гортани.
81. Клиника, диагностика и методы лечения рака гортани.
82. Эпидемиология рака шейки матки. Этиология. Фоновые и предраковые заболевания. Методы профилактики рака. Виды скрининга. Методика проведения популяционного скрининга.
83. Классификация рака шейки матки. Метастазирование. Клиника рака шейки матки (инвазивного и местнораспространенного).
84. Диагностика и оперативное лечение рака шейки матки.
85. Эпидемиология рака тела матки. Фоновые и предраковые заболевания эндометрия.
86. Классификация рака тела матки. Клиническая картина заболевания.
87. Методы диагностики и оперативного лечения рака тела матки.
88. Эпидемиология рака яичников. Группы риска. Возможные причины развития рака.

89. Классификация рака яичников. Клиническая картина и пути метастазирования.
90. Методы диагностики и лечения рака яичников. Виды операций. Возможности применения химиотерапевтического лечения.
91. Что такое онкомаркеры и применение их в клинической практике?
92. Клинические признаки остановки сердца. Тактика неотложной помощи при остановке сердца.
93. Причины, клиника и тактика неотложной помощи при анафилактическом шоке.
94. Тактика лечения геморрагического шока.
95. Признаки тромбоэмболии легочной артерии. Неотложная помощь при внезапной остановке сердца. Предвестники внезапной остановки сердца.
96. Принципы лечения острой дыхательной недостаточности. Основные причины, приводящие к развитию острой дыхательной недостаточности.
97. Специальная литература и перечень основных источников статистической и научной информации в онкологии по профилю хирургия.
98. Этические и деонтологические нормы общения врача-онколога хирургического профиля в процессе профессиональной деятельности.
99. Электронная медицинская карта: функции, содержание, правила ведения, соблюдение информационной безопасности.
100. Медицинские информационные системы. Какие из них применяются в настоящее время в Российской Федерации, их функциональные возможности, соблюдение информационной безопасности при работе в информационных системах
101. Методы и средства защиты информации: аутентификация, авторизация: определение, значение в защите информации, роль в работе врача-онколога.
102. Методы и средства защиты информации: шифрование, антивирусная защита, межсетевые экраны: определение, значение в защите информации, роль в работе врача-онколога.
103. Электронная цифровая подпись: определение, функции, правила работы врача-онколога с электронной цифровой подписью, ответственность.
104. Обработка персональных данных: понятие персональных данных, согласие на обработку персональных данных, конфиденциальность, ответственность врача-онколога.
105. Безопасное удаленное взаимодействие врача-онколога хирургического профиля и пациента с использованием защищенных платформ, возможности, виды взаимодействия, ограничения.

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.

2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие объёмы оперативного лечения на лёгком Вы можете назвать?

Ситуационная задача 2

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака пищевода Вы можете назвать? Дисфагия, степень, борьба с данным осложнением.

Ситуационная задача 3

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака желудка Вы можете назвать? Классификация рака желудка по Borrmann.

Ситуационная задача 4

Больная Ж. 41 год, секретарь. Жалобы на уплотнение в левой молочной железе. Мать умерла от рака молочной железы. В анамнезе 10 аборт, 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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака молочной железы Вы можете назвать? Наиболее частые осложнения оперативного лечения рака молочной железы, меры по их предупреждению.

Ситуационная задача 5

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения данного заболевания Вы можете назвать?

Ситуационная задача 6

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака прямой кишки Вы можете назвать? Их преимущества и недостатки. Сфинктерсохраняющие операции.

Ситуационная задача 7

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака прямой кишки Вы можете назвать? Их преимущества и недостатки. Сфинктерсохраняющие операции. Возможности оперативного лечения у данной больной?

Ситуационная задача 8

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака гастроэзофагеального перехода, пищевода, желудка Вы можете назвать? Классификация по Зиверту.

Ситуационная задача 9

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.

3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака желудка, поджелудочной железы Вы можете назвать?

Ситуационная задача 10

Больной Н. 70 лет. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастриальной 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 эпигастриальной 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 3х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 700 Ед/мл.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака поджелудочной железы Вы можете назвать?

Ситуационная задача 11

Больной А. 69 лет, слесарь. Злоупотребляет алкоголем. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастриальной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище. Похудел за 2 месяца на 8 кг. В анамнезе хронический панкреатит, страдает тромбофлебитом. Без эффекта лечился по поводу язвенной болезни желудка. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастриальной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, в области тела поджелудочной железы определяется объемное образование 4х4см, структура поджелудочной железы неоднородная, отечна. забрюшинное пространство без особенностей. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование в головке поджелудочной железы, размерами 4х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 654 Ед/мл.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака поджелудочной железы Вы можете назвать? Маркер СА 19-9, значение в диагностике и послеоперационном наблюдении.

Ситуационная задача 12

Больной А. 60 лет, рабочий в области резиновой промышленности. Жалобы на тошноту, боли в эпигастриальной области, отвращение к пище. В анамнезе желчекаменная болезнь. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастриальной 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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения данного заболевания Вы можете назвать?

Ситуационная задача 13

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения данного заболевания Вы можете назвать? Маркер АФП: значение в диагностике и послеоперационном наблюдении.

Ситуационная задача 14

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака молочной железы Вы можете назвать?

Ситуационная задача 15

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака яичников Вы можете назвать? Маркер СА 125: значение в диагностике и послеоперационном наблюдении.

Ситуационная задача 16

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 раздельное диагностическое выскабливание, гистологическое заключение: эндометриоидная аденокарцинома.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака эндометрия Вы можете назвать?

Ситуационная задача 17

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения данного заболевания Вы можете назвать?

Ситуационная задача 18

На прием к онкологу обратилась женщину 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 зловонной 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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику ведения и лечения данной пациентки. Понятие первично-резектабельной и первично-нерезектабельной опухоли.

Ситуационная задача 19

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака лёгкого Вы можете назвать? Показания для ИГХ и молекулярно-генетического исследования при раке лёгкого.

Ситуационная задача 20

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака лёгкого Вы можете назвать?

Ситуационная задача 21

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака толстой кишки Вы можете назвать?

Ситуационная задача 22

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику ведения и лечения данной пациентки. Какие виды оперативного лечения рака языка Вы можете назвать?

Ситуационная задача 23

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 1,3х1,2 см.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику ведения и лечения данного больного. Какие виды оперативного лечения рака гортани Вы можете назвать? Голосопротезирование, виды, возможности, интраоперационное голосопротезирование.

Ситуационная задача 24

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака лёгкого Вы можете назвать? Дифференциальная диагностика рака лёгкого.

Ситуационная задача 25

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака предстательной железы Вы можете назвать? Маркер ПСА, его значение в диагностике и послеоперационном наблюдении.

Ситуационная задача 26

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения и наблюдения. Признаки озлокачествления невуса.

Ситуационная задача 27

Больная 32 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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.

3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака шейки матки Вы можете назвать? Онкогенные штаммы вируса папилломы человека (ВПЧ), Вакцинация против ВПЧ.

Ситуационная задача 28

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.
2. Возможно ли проведение химиотерапии и по какой схеме?
3. Диспансерное наблюдение.

Ситуационная задача 29

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 1,5x2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака кожи Вы можете назвать? Методы локальной деструкции.

Ситуационная задача 30

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 мокнутие в области соска. При осмотре: сосок и часть ареолы левой молочной железы покрыты корочкой, имеется мокнутие в области соска. Никаких опухолевидных образований в области ареолы не обнаружено.

Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака молочной железы Вы можете назвать? Возможности реконструктивной хирургии при лечении рака молочной железы.

Ситуационная задача 31

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 гипоехогенный участок в левой доле. Границы железы четкие. Объем предстательной железы - 36 см³. 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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака предстательной железы Вы можете назвать? Шкала Глисона, определение, значение.

Ситуационная задача 32

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения при трофобластической болезни Вы можете назвать?

Ситуационная задача 33

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 – IIIB ст.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие возможности оперативного лечения рака лёгкого Вы можете назвать в данной ситуации? Назовите иные методы лечения рака лёгкого.

Ситуационная задача 34

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

кровоотчащее при контакте. В правой подмышечной области пальпируются, увеличенные до 2см, не спаянные между собой, лимфоузлы.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения злокачественных новообразований кожи Вы можете назвать?

Ситуационная задача 35

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака шейки матки Вы можете назвать?

Ситуационная задача 36

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака щитовидной железы Вы можете предложить исходя из данных задачи? Какие другие методы лечения можно рекомендовать данной пациентке?

Ситуационная задача 37

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.

3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака щитовидной железы Вы можете предложить исходя из данных задачи? Какие другие методы лечения можно рекомендовать данному пациенту?

Ситуационная задача 38

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака толстой кишки, прямой кишки Вы можете назвать?

Ситуационная задача 39

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 кровоточит. Установлен диагноз: рак гортаноглотки. Планируется комбинированное лечение: операция и лучевая терапия.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.
2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больного.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения рака гортани Вы можете назвать? Голосопротезирование: виды, возможности.

Ситуационная задача 40

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. Установите предварительный диагноз, исходя из данных задачи.

2. Какие ещё исследования необходимо провести для подтверждения клинического диагноза и определения оптимальной тактики лечения больной.
3. Предложите оптимальную тактику лечения. Какие виды оперативного лечения саркомы кости Вы можете предложить исходя из данных задачи? Какие другие методы лечения можно рекомендовать данной пациентке?

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.

3. 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.

4. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственной итоговой аттестации

Таблица 5

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров, ссылка на электронный источник
1	К. Виттекинд, Д. Д. Брайерли, Э. Ли, Э. ван Эйкен, Е. А. Дуброва, О. Р. Катунина, К. А. Павлов. Дополнения к классификации TNM [Электронный ресурс] : комментарии для единообразного применения / – 5-е изд. – М. : Логосфера, 2023. – 3 Режим доступа: http://books-up.ru.20 с.	https://www.books-up.ru/ru/book/dopolneniya-k-klassifikacii-tnm-15795161/
2	И. С. Романов, В. А. Хайленко, В. В. Карасева и др. Диагностика и лечение рака слизистой полости рта: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Ин-т непрерыв. и проф. развития, Каф. онкологии ; сост. : – Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2025. – 31 с. : ил.	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192742.pdf&show=dcatalogues/1/6083/192742.pdf&view=true
3	И. С. Романов, В. А. Хайленко, В. В. Карасева и др. Диагностика и лечение высокодифференцированного рака щитовидной железы: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Ин-т непрерыв. и проф. развития, Каф. онкологии; сост.: – Москва : РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2025. – 46 с.	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192737.pdf&show=dcatalogues/1/6081/192737.pdf&view=true
4	Н. В. Лепкова, С. Е. Малыгин, А. В. Егорова и др. Отдельные вопросы	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192737.pdf&show=dcatalogues/1/6081/192737.pdf&view=true

	диагностики и лечения рака молочной железы [Электронный ресурс] : учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова ; – Москва, 2022. -Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/loginuser?login=Читатель&password=010101 .	stema.ru/uploader/fileUpload?name=192003.pdf&show=dcatalogues/1/5370/192003.pdf&view=true
5	Л. Г. Кожанов, А. В. Егорова, И. Пустынский и др. 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] /; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. онкологии и лучевой терапии леч. фак. – Электрон. текстовые дан. – Москва, 2022. – Сост. указ. в конце кн. – Adobe Acrobat Reader. – http://rsmu.informsystema.ru/loginuser?login=Читатель&password=010101 .	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191678.pdf&show=dcatalogues/1/5216/191678.pdf&view=true
6	М. М. Давыдов, А. Г. Абдуллаев, В. А. Хайленко и др. Диагностика и лечение нейроэндокринных опухолей внутригрудной локализации [Электронный ресурс]: учебное пособие /; Нац. мед. исслед. центр онкологии им. Н. И. Блохина, РНИМУ им. Н. И. Пирогова. - - Москва, 2018. - Adobe Acrobat Reader. - http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=53bn.pdf&show=dcatalogues/1/3885/53bn.pdf&view=true
7	И. А. Гладилина, С. В. Чулкова, А. В. Егорова и др. 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.; - Москва, 2018. Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа : http://rsmu.informsystema.ru/loginuser?login=Читатель&password=010101	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=38bn.pdf&show=dcatalogues/1/3832/38bn.pdf&view=true
8	Ю. Н. Федулаев, Н. В. Орлова, В. В. Никифоров и др. ; под ред. Н. В. Орловой и др. Паллиативная медицинская помощь взрослым и детям [Электронный ресурс] учебник /; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. – Электрон. текстовые дан. – Москва, 2021. – Авт. указ. С. 3-5. – Adobe Acrobat Reader. – http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191698.pdf&show=dcatalogues/1/5220/191698.pdf&view=true
9	Д. А. Рябчиков, И. К. Воротников, И. А. Дудина и др. Новые молекулярные маркеры люминального рака молочной железы [Электронный ресурс]: учебное пособие/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. онкологии и лучев. терапии лечеб. фак.; -- Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/loginuser?login=Читатель&password=010101 .	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190665.pdf&show=dcatalogues/1/4529/190665.pdf&view=true
10	А. Л. Юдин, Г. А. Семенова, Н. И. Афанасьева и др. Методы лучевой диагностики [Электронный ресурс]: учебное пособие/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. лучев. диагностики и терапии; под ред. А. Л. Юдина. - Электрон. текст. дан. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190635.pdf&show=dcatalogues/1/4522/190635.pdf&view=true
11	И. И. Чукаева, Н. В. Орлова, Ф. Д. Ахматова и др. Клинико-организационные аспекты оказания паллиативной медицинской помощи [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. поликлин. терапии лечеб. фак. [и др.]; - Электрон. текст. дан. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190715.pdf&show=dcatalogues/1/4536/190715.pdf&view=true
12	Г. Я. Ройтберг, О. О. Шархун, Ж. В. Дорош и др. Онконастороженность в работе врача первичного звена [Текст]: Профилактика. Скрининг. Ранняя диагностика: учебное пособие/; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. терапии, общ. лечеб. практики и ядер. медицины ФДПО. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. - 59 с.: ил. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191128.pdf&show=dcatalogues/1/4872/191128.pdf&view=true
13	Абузарова Г.Р. Национальное руководство по паллиативной медицинской помощи в онкологии / Г.Р. Абузарова; под ред. академика РАН, профессора А.Д. Каприна. — М.: Молодая гвардия, 2022. — 520 с.: ил.	https://oncology-association.ru/wp-content/uploads/2023/03/nacionalnoe-rukovodstvo-po-

		palliativnoj-mediczineczitirovani e-.pdf
14	К. С. Титов, О. Ю. Михеева, С. Б. Петерсон и др. Рак кожи [Электронный ресурс]: учебное пособие/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. онкологии и лучев. терапии лечеб. фак.;. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020.	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190675.pdf&show=dcatalogues/1/4535/190675.pdf&view=true
15	С. А. Рожнова, О. В. Крылова. Атлас общехирургических инструментов [Текст]: учебное пособие по медицинскому и фармацевтическому товароведению/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. фармации мед.-биол. фак.;. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2021. - 101 с.: ил. - Библиогр.: С. 101. - ISBN 978-5-88458-551-5er	http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101
16	Ш. Х. Ганцев, В. В. Старинский, И. Р. Рахматуллина и др. Амбулаторно–поликлиническая онкология [Электронный ресурс]: рук. для врачей /– 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 448 с.	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428757.html
17	Ламоткин, И. А. Онкодерматология: атлас: учеб. пособие/ И. А. Ламоткин. - 2-е изд. - Москва: Лаборатория знаний, 2021. - 881 с. - ISBN 978-5-93208-556-1. - Adobe Acrobat Reader. –	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=123bn.pdf&show=dcatalogues/1/5364/123bn.pdf&view=true
18	под ред. Н. В. Орловой, Л. И. Ильенко, С.А. Румянцевой. Онконастороженность и паранеопластические синдромы в клинической практике у взрослых и детей [Текст]: учебное пособие/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова; – Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2022. – 163 с.: ил. – Библиогр.: С. 147-148. – Сост. указ.: С. 3-4. – ISBN 978-5- 88458-615-4	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191998.pdf&show=dcatalogues/1/5369/191998.pdf&view=true
19	К. Ш. Ганцев, Ш. Р. Кыргалин, Ф. В. Моисеенко, Р. С. Ямиданов; ред. Ш. Х. Ганцева. Онкология 2.0: учебник /. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 360 с.	Ссылка на электронный ресурс будет создана в июне 2026 г.
20	под ред. Л. Х. Собина и др. TNM: Классификация злокачественных опухолей [Электронный ресурс]/ – Москва: Логосфера, 2018. – 304 с.	https://www.books-up.ru/ru/read/tnm-klassifikaciya-zlokachestvennyh-opuholej-6205226/?page=I
21	К. Уэстбрук. Магнитно-резонансная томография : [Электронный ресурс] справочник : пер. с англ. /– 3-е изд. – Москва БИНОМ. Лаб. знаний, 2018.	https://ibooks.ru/bookshelf/373268/reading
22	Г. В. Родоман, И. П. Сумеди, Н. В. Свириденко и др. Лечение пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы [Электронный ресурс]/; РНИМУ им. Н. И. Удаленный доступ https://rsmu.informsystema.ru/ 8 Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2017. – 95 с.	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=26bn.pdf&show=dcatalogues/1/3515/26bn.pdf&view=true
23	[Т. А. Федорова и др.]; под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. Онкология [Электронный ресурс]: нац. рук. / – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 572 с.: ил. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432846.html
24	под ред.: Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. Интенсивная терапия [Электронный ресурс]: нац. рук.:/ – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011.	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970417850.html
25	[Ю. В. Федорова, Н. Л. Борщева, Е. Г. Кирикуца и др.] ; под общ. ред. Ю. В. Федоровой. Экономика для медиков [Электронный ресурс] :[учебник для высшего профессионального образования] / – Электрон. текст. дан. – Москва, 2022.	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=124bn.pdf&show=dcatalogues/1/5365/124bn.p

		df&view=true
26	В. А. Медик, В. К. Юрьев. Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник/ – 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 672 с.	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457375.html
27	[А. Д. Адо и др.]; под ред. В. В. Новицкого [и др.]. Патофизиология [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования]: в 2 т. Т. 1/ – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 896 с.	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970457214.html
28	Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. Клиническая онкология [Электронный ресурс]: избр. лекции: [учеб. пособие для мед. вузов]/ – Москва: ГЭОТАРМедиа, 2014. – 496 с.	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428672.html
29	В. Е. Синицин, Д. В. Устюжанин. Магнитно-резонансная томография [Электронный ресурс] : учеб. пособие для системы послевуз. проф. образования врачей / – Москва ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 204 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970408353.html
30	[А. Б. Абдураимов и др.]; гл. ред.: С. К. Терновой. Основы лучевой диагностики и терапии [Электронный ресурс]: [нац. рук.]/ – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 996 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425640.html