

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
Лекарственная терапия

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 ИХ.

№	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	Артамонова Елена Владимировна	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.

Задачи государственной итоговой аттестации

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

Принятие решения о выдаче обучающемуся диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации Врач-онколог (медицинская помощь в стационарных условиях, лекарственная терапия) – 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 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 достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
Коммуникация	УК-2. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-3. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Общепрофессиональные компетенции

Таблица 2

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

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

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 часов), из которых 1 1/3 зачетные единицы (48 академических часов) отводится на подготовку к государственному экзамену, 2/3 зачетной единицы (24 академических часов) – сдачу государственного экзамена.

Продолжительность государственной итоговой аттестации в соответствии с календарным учебным графиком составляет 1 1/3 недели.

Структура государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен проводится в три этапа

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 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	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
2	Больным с диффузной злокачественной мезотелиомой плевры на I этапе лечения показана
	плеврэктомия
	плевро-пневмонэктомия
	химиотерапия
	лучевая терапия
	иммунотерапия
3	Применение различных методов лечения, имеющих как местное, так и системное воздействие называется
	комбинированное лечение
	комплексное лечение
	радикальное лечение
	полихимиотерапия
4	Общее состояние онкологического больного может быть оценено в соответствии с
	индексом Карновского
	классификацией Чайлда-Пью
	шкалой Глазго
	шкалой ECOG
5	При безопасном хранении противоопухолевых препаратов необходимо учитывать
	инструкцию к препарату, условия хранения и требования внутреннего контроля качества
	только цвет упаковки
	только желание пациента
	отсутствие необходимости маркировки
6	Основным методом лечения пациентов с Лимфомой Ходжкина является
	химиотерапия
	лучевая терапия
	комбинированный химиолучевой метод
	хирургический метод
7	Первой линией химиотерапии лимфомы Ходжкина IIIВ стадии является
	схема ABVD
	схема CVPP
	схема BEA COPP
	схема MOPP/ABV
	схема Dexamethasone-BEAM
8	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
9	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
10	Таргетным препаратом, применяемым при лечении диссеминированного рака почки, является
	адриамицин
	пазопаниб
	ацикловир
	золедроновая кислота
	тамоксифен
11	Определите тактику лечения больного, у которого выявлен локализованный мышечноинвазивный уротелиальный рак, высокой степени злокачественности
	динамическое наблюдение
	внутрипузырная иммунотерапия
	цистэктомия
12	Формы рака предстательной железы
	гормонолабильная
	гормоночувствительная
	кастрационно-резистентная
	первичная
13	Способы андрогенной депривации при раке предстательной железы
	двусторонняя орхидэктомия
	двусторонняя энуклеация паренхимы яичек
	применение аналогов гонадотропного релизинг гормона
14	В этиологии рака молочной железы имеют значение 1) наследственное генетическое предрасположение, 2) гормональный дисбаланс, 3) недостаточность репродуктивной и лактационной функций, 4) органические заболевания половых и эндокринных органов.
	Укажите правильную комбинацию ответов
	1, 2, 4
	2, 3, 4
	1, 2, 5
	1, 2, 3, 4
15	У женщин, больных раком молочной железы, в 80% случаев выявляется
	инфильтрирующий дольковый рак
	медуллярный рак
	инфильтрирующий протоковый рак
	тубулярный рак
16	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
17	При раке молочной железы с отёком кожи специальное лечение следует начинать

	с операции
	с лучевой терапии
	с химиотерапии
	с иммунотерапии
18	При тройном негативном раке молочной железы назначается
	химиотерапия
	гормонотерапия
	химиотерапия + гормонотерапия
	таргетная терапия
19	В каких дозах назначается тамоксифен при гормонопозитивном раке молочной железы
	20 мг
	10 мг
	15 мг
	2,5 мг
20	В каких дозах назначается летрозол при гормонопозитивном раке молочной железы
	10 мг
	2,5 мг
	20 мг
	1 мг
21	В каких дозах назначается анастрозол при гормонопозитивном раке молочной железы
	1 мг
	10 мг
	2,5 мг
	20 мг
22	Капецитабин в монотерапии диссеминированного рака молочной железы назначается в дозе
	2,5 г/м2 per os 1-14 дни каждые 3 недели
	2,0 г/м2 per os 1-14 дни каждые 3 недели
	2,5 г/м2 per os 1-14 дни каждые 4 недели
23	В каких случаях назначается трастузумаб
	при Her2/neu 1+
	при Her2/neu 2+
	при Her2/neu 3+
24	Какие алкилирующие агенты используются в лечении рака молочной железы
	карбоплатин
	фторурацил
	блеомицин
	паклитаксел
25	У больной 45 лет рак правой молочной железы T2N3M0 Гистология (сог-биопсия опухоли) инфильтративный рак 2 степени злокачественности РЭ 70%, РП 70%, Her2=2+, по данным FISH – реакции амплификации не выявлено, Ki- 67=45%. На I этапе больной может быть рекомендовано
	радикальная мастэктомия справа с сохранением грудных мышц
	лучевая терапия на молочную железу и регионарные лимфоузлы
	полихимиотерапия по схеме AC 4 курса с оценкой эффекта
	гормонотерапия тамоксифеном

	гормонотерапия ингибиторами ароматазы + выключение функции яичников
26	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
	адъювантная 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
27	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
28	Винорельбин в монотерапии диссеминированного рака молочной железы назначается
	25 мг/м2 в 1 и 8 дни каждые 3 недели
	25 мг/м2 в 1 и 15 дни каждые 3 недели
	25 мг/м2 в 1 и 8 дни каждые 4 недели
	25 мг/м2 в 1 и 15 дни каждые 4 недели
29	При диссеминированном раке молочной железы доза еженедельного введения паклитаксела составляет
	70 мг/м2
	80 мг/м2
	90 мг/м2
	175 мг/м2
30	Латапатиниб в комбинации с капецитабином при Her2-положительном диссеминированном раке молочной железы назначается в дозе
	1250 мг/сут ежедневно
	1500 мг/сут ежедневно
	2000 мг/сут ежедневно

31	Какое побочное действие вызывает применение доцетаксела у больных раком молочной железы со стороны кроветворения
	нейтропения
	тромбоцитоз
	эритроцитоз
32	На какие сутки происходит максимальное снижение количества форменных элементов крови при применении циклофосфида у больных раком молочной железы
	1-2 сутки
	7-14 сутки
	21 сутки
33	При диссеминированном раке молочной железы паклитаксел назначается в дозе
	80 мг/м ² внутривенно каждые 3 недели
	175 мг/м ² внутривенно каждые 3 недели
	90 мг/м ² внутривенно 1, 8, 15-й дни каждые 4 недели
34	В какой дозировке применяется капецитабин в схеме капецитабин + доцетаксел у больных диссеминированным раком молочной железы?
	950 мг/м ² , 1-14 дни каждые 3 недели
	2000 мг/м ² , 1-14 дни каждые 3 недели
	2500 мг/м ² , 1-14 дни каждые 3 недели
35	Доксорубин в монотерапии диссеминированного рака молочной железы назначается в дозе
	40 мг/м ² внутривенно еженедельно
	20 мг/м ² внутривенно еженедельно
	30 мг/м ² внутривенно еженедельно
36	Варианты лекарственной терапии при люминальном раке молочной железы
	гормонотерапия + химиотерапия
	гормонотерапия + химиотерапия + анти-Her2 терапия
	химиотерапия
	лучевая терапия
37	Обязательным является определение в опухоли молочной железы иммуногистохимическим методом следующих характеристик
	уровень экспрессии рецепторов эстрогенов
	уровень экспрессии рецепторов прогестерона
	HER2
	Ki67
38	Люминальному А молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
	РЭ положительные
	HER2 отрицательный
	низкий Ki67 (<20%)
	РП высокие (>20%)
39	Люминальному В (HER2 отрицательному) молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
	РЭ положительные
	HER2 отрицательный

	высокий Ki67 (>30%) или РП низкие (<20%)
	РЭ отрицательные
40	Люминальному В (HER2 положительному) молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
	РЭ отрицательные
	РЭ положительные
	HER2 положительный
	Ki67 и РП любые
41	HER2 положительному нелюминальному молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
	HER2 положительный
	РЭ отрицательные, РП отрицательные
	РЭ положительные, РП высокие (>20%)
	РЭ положительные, РП низкие (<20%)
42	Базальноподобному молекулярно-биологическому подтипу рака молочной железы соответствуют характеристики
	РЭ отрицательные
	РП отрицательные
	HER2 положительный
	HER2 отрицательный
43	Режим химиотерапии по схеме АС при раке молочной железы включает в себя препараты
	доксорубицин
	адриамицин
	цисплатин
	циклофосфамид
44	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
45	Какие противоопухолевые антибиотики используются в лечении рака молочной железы?
	доксорубицин
	винорельбин
	метотрексат
	гемицитабин
46	Больной 48 лет с пременопаузальным статусом, с гормонопозитивным раком молочных желез с противопоказаниями к приему тамоксифена следует назначить
	ингибиторы ароматазы
	ингибиторы ароматазы + выключение функции яичников
	кастрация
	андрогены
47	Лапатиниб в комбинации с ингибиторами ароматазы в лечении ГР (+) Her2(+) диссеминированного рака молочной железы назначается

	2000 мг/сут ежедневно
	1250 мг/сут ежедневно
	1500 мг/сут ежедневно
48	Больным раком молочной железы пременопаузального возраста в качестве гормонотерапии показано применение
	аналогов ГРГ (гозерелин, бусерелин, лейпрорелин)
	антагонистов рецепторов эстрогенов (фулвестрант)
	селективных модуляторов рецепторов эстрогенов (тамоксифен)
	ингибиторов ароматазы третьего поколения (нестероидных) (анастрозол, летрозол)
	прогестагенов (медроксипрогестерона ацетат, мегестрола ацетат)
49	Генетическое обследование с определением мутаций каких генов проводится у всех беременных пациенток больных раком молочной железы
	BRCA1/2
	BRAF
	CHEK2
	KRAS
50	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
51	Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения
	лучевой терапии
	гормонотерапии
	химиотерапии
	хирургического лечения молочной железы
52	Химиотерапия в предоперационном периоде называется?
	неoadъювантная химиотерапия
	адъювантная химиотерапия
	индукционная химиотерапия
	консолидирующая химиотерапия
53	Химиотерапия, назначаемая после хирургического вмешательства
	неoadъювантная
	индукционная
	консолидирующая
	адъювантная
54	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
55	Химиотерапия по отношению к хирургическому вмешательству бывает

	адьювантная
	радикальная
	неoadьювантная
	вспомогательная
56	Способы введения химиопрепаратов
	внутриплевральное
	внутривенное
	внутрибрюшное
	внутриартериальное
57	Лекарственную противоопухолевую терапию применяют в качестве
	самостоятельного метода лечения
	компонента комплексного лечения
	радиомодификатора
	профилактики послеоперационных осложнений
58	Основными токсическими проявлениями химиотерапии являются
	миелосупрессия
	иммуносупрессия
	кардиотоксичность
	нефротоксичность
59	Рекомендуемые режимы адьювантной химиотерапии при опухолях стромы полового тяжа и стероидноклеточных опухолях
	ВЕР
	ТИР
	СР
	ЕР
60	В схему химиотерапии ВЕР входят препараты
	блеомицин
	этопозид
	паклитаксел
	цисплатин
61	Какие химиопрепараты могут являться компонентом лечения плоскоклеточного рака анального канала
	иринотекан
	5-фторурацил
	цисплатин
	карбоплатин
62	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
63	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
64	Трастузумаб относится к группе
	алкилирующие агенты
	антиметаболиты
	моноклональные антитела к рецепторам EGF
	малые молекулы – ингибиторы тирозинкиназ
65	Механизм действия паклитаксела заключается в
	повышение активности ферментов эксцизионной репарации нуклеотидов
	нарушает метаболизм стероидов в периферических тканях
	нарушает работу митотического веретена, препятствуя делению клетки
66	Особенностью летрозола является следующее
	применяется во вторую половину дня
	связывается с белками плазмы
	назначается в постменопаузе
67	Частое побочное действие летрозола
	снижение либидо
	боль в мышцах, костях и суставах
	алопеция
	угнетение кроветворения
68	В схеме АСх4 доксорубин используется в следующей дозе
	40 мг/м ² внутривенно
	50 мг/м ² внутривенно
	60 мг/м ² внутривенно
69	В схеме паклитаксел + карбоплатин используется в следующей дозе
	175 мг/м ²
	90 мг/м ²
	60 мг/м ²
	75 мг/м ²
70	Лекарственное воздействие на конкретные мишени в опухолевых клетках, называется
	полихимиотерапия
	таргетная терапия
	лучевая терапия
	иммунотерапия
71	Опухолью малочувствительной к химиотерапии является
	хориокарцинома матки
	рак яичников
	лимфома Ходжкина
	рак шейки матки
72	Опухолью, при которой возможно излечение с помощью лекарственной терапии
	рак желудка
	хориокарцинома матки

	меланома
	рак печени
73	Гормонотерапия используется в лечении следующих нозологий
	рак молочной железы
	рак простаты
	рак тела матки
	рак легкого
74	К таргетным препаратам относятся
	бевацизумаб
	цетуксимаб
	панитумумаб
	тамоксифен
75	Возникновение или дестабилизация ранее контролируемой артериальной гипертензии наиболее часто наблюдается при применении следующих лекарственных препаратов
	бевацизумаб
	сорафениб
	5-ФУ
	сунитиниб
76	Показанием для применения лечения радиоактивным йодом больного раком щитовидной железы является?
	местнораспространенный медуллярный рак
	отдаленные метастазы папиллярного рака
	отдаленные метастазы недифференцированного рака
	регионарные метастазы папиллярного рака
77	Показанием для применения лечения радиоактивным йодом больного раком щитовидной железы являются
	отдаленные метастазы медуллярного рака
	отдаленные метастазы папиллярного рака
	отдаленные метастазы недифференцированного рака
	регионарные метастазы медуллярного рака
78	Индукционная полихимиотерапия применяется
	при раке щитовидной железы
	при плоскоклеточном раке гортани и гортаноглотки
	показания для применения индукционной химиотерапии не разработаны
	при раке слюнных желез
79	Наиболее эффективной схемой индукционной полихимиотерапии при плоскоклеточном раке головы и шеи является
	цисплатин + 5-фторурацил
	винбластин + блеомицин
	циклофосфан + метотрексат + 5-фторурацил
	доцетаксел + цисплатин + 5-фторурацил
80	Наиболее эффективной схемой полихимиотерапии 1-й линии при рецидивном/метастатическом плоскоклеточном раке головы и шеи является
	цисплатин + 5-фторурацил

	доцетаксел + цисплатин + 5-фторурацил
	цетуксимаб + 5-фторурацил + цисплатин
	цисплатин + 5-фторурацил + блеомицин+метотрексат
81	Наиболее эффективным режимом одновременного химиолучевого лечения при плоскоклеточном раке головы и шеи является
	лучевая терапия с введением карбоплатина 1,5AUC еженедельно
	лучевая терапия с введением цисплатина 100 мг/м2 каждые три недели
	лучевая терапия с введением цисплатина 40 мг/м2 еженедельно
	лучевая терапия с введением цисплатина 20 мг/м2 еженедельно
82	Критериями патоморфологического исследования послеоперационного материала, на основании которых рекомендуется проведение послеоперационного химиолучевого лечения
	инвазия опухоли слизистой оболочки полости рта в мышцы
	экстракапсулярная инвазия метастаза в одном лимфатическом узле на шее
	близость опухоли к краю резекции менее 1 мм
	толщина опухоли 4 мм
83	Показаниями для химиотерапии рака щитовидной железы могут быть
	неоперабельный анапластический рак
	рецидив папиллярного рака
	метастазы в печени фолликулярного рака
	метастазы в лёгких папиллярного рака
84	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
85	Адьювантная химиотерапия при I стадии рака ободочной кишки
	проводится через 2 недели после хирургического лечения
	не показана
	проводится с таргетной терапией
	проводится в сочетании с лучевой терапией
86	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
87	У больного 55 лет инфильтративный рак антрального отдела желудка с декомпенсированным стенозом. При УЗИ выявлено 2 метастаза в печени. На I этапе лечения следует применить
	стентирование, химиотерапию
	дистальную субтотальную резекцию желудка
	химиолучевое лечение
	специальное лечение не показано

88	Эффективность современной химиотерапии при раке пищевода составляет
	5-10%
	20-30%
	40-50%
	60-70%
89	Паллиативная дистальная резекция желудка или гастрэктомия при раке обоснована
	при декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка
	при желудочном кровотечении
	при перфорации желудочной стенки
	при метастазах в печень и головной мозг
90	Капецитабин под действием карбоксилэстеразы в печени превращается в
	фторурацил
	5'-дезоксид-5-фторуридин
	фтордезоксид-УМФ
	5'-дезоксид-5-фторцитидин
91	После завершения химиолучевой терапии плоскоклеточного рака анального канала в план обследования необходимо включить
	пальцевое ректальное исследование
	определение уровня SCC
	аноскопию
	определение уровня РЭА
92	Лекарственные препараты, используемые в лечении билиарного рака
	гемцитабин
	паклитаксел
	капецитабин
	оксалиплатин
93	При выборе первой линии терапии метастатического немелкоклеточного рака легкого необходимо учитывать
	морфологический вариант, молекулярные драйверы, экспрессию PD-L1 и состояние пациента
	только возраст документа
	только группу крови
	только наличие кашля без верификации диагноза
94	В лечении мелкоклеточного рака легкого II стадии методом выбора является
	операция
	лучевая терапия
	химиолучевая терапия
	иммунотерапия
95	При каком морфологическом варианте рака легкого наиболее эффективна химиотерапия
	при плоскоклеточном раке
	при аденокарциноме
	при мелкоклеточном раке
	при всех формах рака
96	При неплоскоклеточном раке легкого IV стадии рекомендовано провести исследование на

	наличие мутаций в гене
	EGFR (19-21 экзоны)
	BRCA-2
	KRAS
	BRCA-1
97	Определение экспрессии PD-L1 на опухолевых клетках при немелкоклеточном раке легкого требуется для назначения
	пембролизумаба
	ниволумаба
	атезолизумаба
	бевацизумаба
98	Рекомендуемые режимы лекарственной терапии при локальных стадиях мелкоклеточного рака легкого
	цисплатин + этопозид
	карбоплатин + этопозид
	карбоплатин + паклитаксел
	цисплатин + паклитаксел
99	К локальным стадиям мелкоклеточного рака легкого относятся
	0 стадия
	I стадия
	II стадия
	III стадия
100	К распространенным стадиям мелкоклеточного рака легкого относятся
	I стадия
	II стадия
	III стадия
	IV стадия
101	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
102	Частота сжатий грудной клетки при сердечно-легочной реанимации должна составлять
	менее 80 в минуту
	менее 100 в минуту
	более 110 в минуту
	более 100 в минуту
103	Информативным лабораторный методом диагностики тромбоэмболии легочной артерии является
	определение МНО
	определение уровня карбоксигемоглобина
	проведение диаскин-теста
	определение Д-димера
104	Множественные травмы, обширные хирургические вмешательства, септические состояния,

	злокачественные опухоли могут быть причиной развития
	болезни Рандю-Ослера
	геморрагического васкулита
	ДВС-синдрома
	гемолитической анемии
105	При проведении сердечно-легочной реанимации одним реаниматором соотношение числа компрессий к частоте дыхания составляет
	30:1
	15:1
	30:2
	15:2
106	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
107	Дефибрилляция применяется при
	фибрилляции предсердий
	асистолии
	фибрилляции желудочков
	полной атриовентрикулярной блокаде
108	Перед началом сердечно-легочной реанимации больному придают положение
	на спине с приподнятым головным концом
	на спине с опущенным головным концом
	полусидя с валиком под лопатками
	на спине, горизонтально, на твердой поверхности
109	Препаратом выбора при анафилактическом шоке является
	норэпинефрин
	допамин
	эпинефрин
	фенилэфрин
110	Введение какого инфузионного раствора показано при наличии артериальной гипотензии при анафилактическом шоке?
	изотонического раствора хлорида
	глюкозы 5%
	реополиглюкина
	рефортана
111	Основной целью морфологической верификации злокачественной опухоли перед началом специального лечения является
	подтверждение факта увеличения органа
	установление гистологического типа опухоли
	оценка переносимости химиотерапии
	определение группы крови пациента

112	К методам получения материала для морфологической диагностики относятся
	тонкоигольная аспирационная биопсия
	трепанобиопсия
	мазки-отпечатки опухоли наружной локализации
	спирометрия
113	Система TNM используется для
	оценки токсичности химиотерапии
	стадирования злокачественных опухолей
	расчета индекса массы тела
	оценки степени обезвоживания
114	Компонент Т в классификации TNM отражает
	наличие отдаленных метастазов
	состояние регионарных лимфатических узлов
	характеристику первичной опухоли
	степень лекарственной токсичности
115	Компонент N в классификации TNM отражает
	размер первичной опухоли
	поражение регионарных лимфатических узлов
	наличие отдаленных метастазов
	уровень онкомаркеров
116	Компонент M в классификации TNM отражает
	степень дифференцировки опухоли
	число циклов химиотерапии
	наличие отдаленных метастазов
	уровень гемоглобина
117	К состояниям, требующим неотложной помощи у онкологического пациента, относятся
	кровотечение из опухоли
	перфорация полого органа
	кишечная непроходимость
	лихорадка
118	При подозрении на злокачественную опухоль план обследования должен включать
	оценку местной распространенности
	оценку регионарных лимфатических узлов
	поиск отдаленных метастазов
	назначение химиотерапии без морфологической верификации во всех случаях
119	Молекулярно-генетическое исследование опухоли необходимо прежде всего для
	выбора размера послеоперационной повязки
	определения предиктивных маркеров лекарственной терапии
	оценки группы инвалидности
	подтверждения артериальной гипертензии
120	К предиктивным биомаркерам при немелкоклеточном раке легкого относятся
	EGFR
	ALK
	ROS1

	гемоглобин
121	Определение MSI-H/dMMR статуса имеет значение для назначения
	антрациклинов
	ингибиторов контрольных точек иммунного ответа
	лучевой терапии на кости
	антибактериальной профилактики
122	При планировании противоопухолевой терапии общее состояние пациента оценивают по шкале
	Чайлд-Пью во всех случаях
	ECOG
	APGAR
	Фишера
123	Показанием к направлению онкологического пациента на консультацию генетика является
	молодой возраст заболевания при ряде опухолей
	отягощенный семейный анамнез
	тройной негативный рак молочной железы у пациентки моложе 60 лет
	любая доброкачественная липома
124	Основным методом подтверждения диагноза лимфомы является
	определение С-реактивного белка
	морфологическое исследование лимфатического узла с иммуногистохимией
	рентгенография кистей
	определение глюкозы крови
125	ПЭТ/КТ в онкологии применяется для
	уточнения распространенности опухолевого процесса
	оценки метаболической активности очагов
	контроля ответа при некоторых опухолях
	замены морфологической верификации во всех случаях
126	К признакам прогрессирования злокачественной опухоли относятся
	появление новых метастатических очагов
	увеличение размеров ранее выявленных очагов по критериям оценки ответа
	полная регрессия опухоли
	стойкое снижение онкомаркера при уменьшении очагов
127	R0-резекция означает
	микроскопически опухоль по краю резекции сохраняется
	макроскопически опухоль оставлена
	опухолевые клетки по краям резекции не определяются
	операция выполнена только с паллиативной целью
128	R1-резекция означает
	микроскопически положительный край резекции
	отсутствие опухоли по краю резекции
	макроскопически видимую остаточную опухоль
	отказ пациента от операции
129	R2-резекция означает
	полное удаление опухоли

	микроскопически чистый край резекции
	макроскопически видимую остаточную опухоль
	наличие только дисплазии
130	Абластика в онкологической хирургии направлена на
	усиление кровотечения
	предупреждение диссеминации опухолевых клеток во время операции
	снижение дозы анестетиков
	лечение фебрильной нейтропении
131	Антибластика включает мероприятия, направленные на
	уничтожение или инактивацию опухолевых клеток в операционной ране
	снижение уровня глюкозы крови
	отмену гистологического исследования
	увеличение времени операции без показаний
132	Радикальная операция при злокачественной опухоли предполагает
	удаление первичной опухоли в пределах здоровых тканей
	выполнение необходимой регионарной лимфодиссекции при показаниях
	обязательное оставление видимой опухоли
	только биопсию без удаления опухоли
133	Органосохраняющая операция в онкологии допустима при условии
	соблюдения онкологической радикальности
	обязательного отказа от лучевой терапии во всех случаях
	невозможности морфологической верификации
	наличия отдаленных метастазов как единственного критерия
134	Биопсия сигнального лимфатического узла применяется для
	оценки первого лимфатического коллектора на пути метастазирования
	лечения фебрильной нейтропении
	замены всех методов визуализации
	определения функции почек
135	Предоперационная подготовка онкологического пациента включает
	оценку операционного риска
	коррекцию анемии и нутритивной недостаточности при показаниях
	профилактику тромбоэмболических осложнений
	назначение максимальной дозы химиотерапии за сутки до любой операции
136	К принципам ускоренной реабилитации после операции относятся
	ранняя активизация
	адекватное обезболивание
	раннее восстановление энтерального питания при возможности
	длительный постельный режим без показаний
137	Послеоперационная лимфорея чаще связана с
	повреждением кожи антисептиком
	выполнением лимфодиссекции
	назначением антиэметиков
	измерением температуры тела

138	Несостоятельность анастомоза после операции на ЖКТ опасна развитием
	перитонита
	сепсиса
	абсцесса брюшной полости
	алопеции
139	Циторедуктивная операция при распространенном раке яичников направлена на
	максимальное уменьшение объема опухолевой массы
	исключительно косметический эффект
	лечение вирусной инфекции
	замену морфологической диагностики
140	Оптимальная циторедукция при раке яичников означает
	отсутствие макроскопически определяемой остаточной опухоли
	оставление опухолевого узла более 5 см
	только удаление матки без оценки брюшной полости
	отказ от системной терапии
141	Паллиативная операция при онкологическом заболевании выполняется с целью
	устранения или уменьшения симптомов
	профилактики жизнеугрожающих осложнений
	обязательного полного излечения при IV стадии
	исключительно для морфологической классификации
142	Симптоматическая операция при опухолевой кишечной непроходимости может включать
	формирование стомы
	наложение обходного анастомоза
	стентирование при показаниях
	плановую маммографию
143	При опухолевой механической желтухе паллиативная помощь может включать
	эндоскопическое стентирование желчных протоков
	чрескожное дренирование желчных протоков
	двустороннюю орхидэктомия
	трахеостомию без дыхательных нарушений
144	При злокачественном плевральном выпоте для облегчения дыхательной недостаточности применяют
	торакоцентез
	дренирование плевральной полости
	плевродез при рецидивирующем выпоте
	гастрэктомия
145	При асците у онкологического пациента с выраженными симптомами возможно выполнение
	лапароцентеза
	бронхоскопии как основного метода лечения асцита
	радикальной простатэктомии
	сцинтиграфии щитовидной железы
146	При раке полости рта хирургическое лечение должно учитывать сохранение
	функции речи
	функции глотания

	внешнего облика пациента
	только уровня онкомаркеров
147	Шейная лимфодиссекция выполняется при опухолях головы и шеи для
	удаления регионарных лимфатических узлов при показаниях
	лечения гиперкальциемии
	определения HER2 статуса
	профилактики тошноты
148	При раке гортани органосохраняющий подход может включать
	химиолучевую терапию
	индукционную химиотерапию с оценкой ответа при показаниях
	обязательную ларингэктомию всем пациентам
	только симптоматическое лечение независимо от стадии
149	Основной хирургической операцией при дифференцированном раке щитовидной железы
	высокого риска является
	биопсия кожи
	тиреоидэктомия
	цистэктомия
	гастрэктомия
150	Повышение кальцитонина наиболее характерно для
	папиллярного рака щитовидной железы
	фолликулярного рака щитовидной железы
	медуллярного рака щитовидной железы
	рака молочной железы
151	При немелкоклеточном раке легкого хирургическое лечение чаще возможно при
	локализованных стадиях и операбельности пациента
	множественных неконтролируемых отдаленных метастазах
	ECOG 4 без жизненных показаний
	отсутствии морфологической верификации
152	Стандартный объем операции при периферическом раке легкого у операбельного пациента часто
	включает
	клиновидную резекцию всегда независимо от стадии
	лобэктомии с системной лимфодиссекцией или лимфосэмплингом
	только дренирование плевральной полости
	трахеостомию
153	Пневмонэктомия означает
	удаление сегмента легкого
	удаление доли легкого
	удаление всего легкого
	удаление плеврального выпота
154	Лобэктомия означает
	удаление всего легкого
	удаление доли легкого
	удаление пищевода
	удаление средостения

155	При раке пищевода радикальная операция обычно включает
	удаление пораженного отдела пищевода
	лимфодиссекцию
	восстановление непрерывности пищеварительной трубки
	только трахеостомию
156	При опухолевой дисфагии паллиативным методом восстановления питания может быть
	стентирование пищевода
	гастростомия
	еюностомия
	удаление щитовидной железы
157	При раке желудка с декомпенсированным стенозом выходного отдела возможна
	паллиативная резекция или обходное вмешательство при показаниях
	эндоскопическое стентирование в отдельных ситуациях
	только наблюдение при невозможности питания
	профилактическая мастэктомия
158	D2-лимфодиссекция при раке желудка означает
	удаление только одного лимфоузла
	расширенную регионарную лимфодиссекцию согласно стандартам операции
	удаление отдаленных метастазов в легких
	только биопсию опухоли
159	При раке ободочной кишки радикальная операция включает
	резекцию сегмента кишки с опухолью
	удаление регионарного лимфатического аппарата
	только ушивание кожи
	обязательную нефрэктомию
160	При раке прямой кишки тотальная мезоректумэктомия направлена на
	радикальное удаление мезоректальной клетчатки с лимфатическими путями
	лечение гипертонического криза
	замену лучевой терапии во всех случаях
	снижение уровня кальция
161	При низком раке прямой кишки выбор сфинктеросохраняющей операции зависит от
	расстояния опухоли от анального сфинктера
	возможности получить отрицательный край резекции
	цвета кожи пациента
	группы крови
162	При перфорации опухоли толстой кишки показана
	плановая консультация через 6 месяцев
	экстренная хирургическая тактика
	только гормонотерапия
	только маммография
163	При метастазах колоректального рака в печени хирургическое лечение возможно при
	резектабельных метастазах и контролируемом процессе
	любом количестве нерезектабельных метастазов без оценки функции печени

	ECOG 4 без коррекции состояния
	отсутствии первичной диагностики
164	Панкреатодуоденальная резекция применяется при опухолях
	головки поджелудочной железы
	периампулярной зоны
	молочной железы
	предстательной железы
165	После операций на поджелудочной железе специфическим осложнением является
	панкреатический свищ
	лимфома Ходжкина
	HER2-позитивность
	алопеция
166	При опухоли головки поджелудочной железы с механической желтухой перед лечением может потребоваться
	билиарная декомпрессия при холангите или выраженной желтухе
	немедленная терапия тамоксифеном
	двусторонняя орхидэктомия
	биопсия сигнального лимфоузла молочной железы
167	Радикальная операция при раке тела матки обычно включает
	экстирпацию матки с придатками
	оценку регионарных лимфатических узлов по показаниям
	только удаление аппендикса
	только лучевую терапию без стадирования во всех случаях
168	При местнораспространенном раке шейки матки основным методом специального лечения является
	радикальная операция всем пациенткам
	сочетанная химиолучевая терапия
	только гормонотерапия
	только наблюдение
169	При раке яичников хирургическое стадирование включает оценку
	брюшины
	большого сальника
	лимфатических узлов по показаниям
	только молочных желез
170	При подозрении на рак яичника разрыв капсулы опухоли во время операции нежелателен из-за
	риска диссеминации опухолевых клеток
	улучшения прогноза
	снижения стадии заболевания
	исчезновения необходимости химиотерапии
171	Радикальная простатэктомия применяется при
	локализованном раке предстательной железы у отобранных пациентов
	множественных метастазах с ECOG 4 как единственный стандарт
	раке молочной железы
	анapластическом раке щитовидной железы

172	Орхифуникулэктомия является первичным хирургическим этапом при подозрении на
	рак предстательной железы
	опухоль яичка
	рак мочевого пузыря
	рак гортани
173	При опухоли яичка транскротальная биопсия нежелательна из-за
	нарушения лимфатического оттока и риска диссеминации
	невозможности обезболивания
	отсутствия опухолевых маркеров
	обязательного развития анемии
174	Трансуретральная резекция мочевого пузыря применяется для
	диагностики и лечения немышечно-инвазивного рака мочевого пузыря
	лечения рака желудка
	удаления метастазов в печени
	лечения лимфомы Ходжкина
175	Радикальная цистэктомия показана при
	мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря у операбельного пациента
	единичной папилломе кожи
	люминальном А раке молочной железы T1N0 всегда
	папиллярном раке щитовидной железы низкого риска
176	Нефрэктомия означает
	удаление мочевого пузыря
	удаление почки
	удаление предстательной железы
	удаление пищевода
177	Органосохраняющая резекция почки предпочтительна при
	небольшой локализованной опухоли почки при технической возможности
	распространенном раке желудка
	диффузной мезотелиоме плевры
	лимфоме Ходжкина
178	При раке почки с опухолевым венозным тромбом хирургическая тактика требует
	оценки уровня тромба и мультидисциплинарного планирования
	только назначения тамоксифена
	отказа от визуализации
	обязательной лучевой терапии как единственного метода
179	При раке молочной железы органосохраняющая операция обычно требует последующего
	рассмотрения
	лучевой терапии на оставшуюся ткань молочной железы
	обязательной цистэктомии
	радийодтерапии
	терапии тироксином
180	Мастэктомия означает
	удаление яичника

	удаление молочной железы
	удаление почки
	удаление прямой кишки
181	Подмышечная лимфодиссекция при раке молочной железы может осложняться
	лимфедемой верхней конечности
	гипертиреозом
	панкреатическим свищом
	кишечной непроходимостью всегда
182	При клинически отрицательных лимфоузлах у части больных раком молочной железы применяется
	биопсия сигнального лимфатического узла
	обязательная расширенная тазовая лимфодиссекция
	нефрэктомия
	гастрэктомия
183	При меланоме кожи хирургический край иссечения зависит от
	толщины опухоли по Breslow
	уровня гемоглобина
	наличия кашля
	группы крови
184	Биопсия сигнального лимфоузла при меланоме показана для
	стадирования регионарного лимфатического коллектора
	лечения гиперкальциемии
	определения уровня ПСА
	лечения кишечной непроходимости
185	Базальноклеточный рак кожи чаще характеризуется
	местнодеструктивным ростом
	ранним гематогенным метастазированием во всех случаях
	обязательной секрецией ХГЧ
	первичным поражением костного мозга
186	Основной принцип операции при саркоме мягких тканей конечности
	широкое иссечение опухоли с адекватными краями
	энуклеация без учета капсулы во всех случаях
	только вскрытие опухоли
	только динамическое наблюдение при высокой степени злокачественности
187	Органосохраняющие операции при саркомах конечностей стали чаще возможны благодаря
	неoadъювантной терапии
	реконструктивным методам
	эндопротезированию при костных опухолях
	отказу от стадирования
188	При остеосаркоме лечение обычно включает
	неoadъювантную химиотерапию
	хирургическое удаление опухоли
	адъювантную химиотерапию
	только антибактериальную терапию

189	При нейроэндокринных опухолях хирургическая тактика зависит от
	локализации и степени дифференцировки
	функциональной активности опухоли
	распространенности процесса
	только цвета опухоли
190	Карциноидный синдром связан преимущественно с продукцией
	серотонина и других биологически активных веществ
	инсулина всеми опухолями
	тироксина всеми опухолями
	гемоглобина
191	К целям противоопухолевой лекарственной терапии относятся
	радикальная
	адьювантная
	неoadьювантная
	паллиативная
192	Адьювантная лекарственная терапия проводится
	до операции
	после радикального локального лечения для снижения риска рецидива
	только при доброкачественных опухолях
	только при отсутствии морфологического диагноза
193	Неoadьювантная лекарственная терапия проводится
	до локального лечения
	после завершения всех этапов наблюдения
	только при инфекционных осложнениях
	только при доброкачественных опухолях
194	Индукционная химиотерапия при опухолях головы и шеи может применяться для
	уменьшения опухоли перед последующим локальным лечением
	лечения гипотиреоза
	замены стадирования
	профилактики алопеции
195	К основным классам противоопухолевых лекарственных препаратов относятся
	цитостатики
	гормональные препараты
	таргетные препараты
	иммунопрепараты
196	Алкилирующие препараты повреждают опухолевые клетки преимущественно путем
	образования ковалентных связей с ДНК
	блокады ароматазы
	активации рецепторов эстрогенов
	стимуляции эритропоэза
197	Антиметаболиты действуют преимущественно за счет
	нарушения синтеза ДНК и РНК
	стабилизации микротрубочек только

	блокады PD-1
	подавления андрогенов
198	Таксаны реализуют противоопухолевый эффект через
	нарушение функции микротрубочек и митотического веретена
	ингибирование ароматазы
	активацию ТТГ
	снижение кислотности желудка
199	Платиносодержащие препараты включают
	цисплатин
	карбоплатин
	оксалиплатин
	тамоксифен
200	Антрациклины включают
	доксорубицин
	эпирубицин
	цетуксимаб
	летрозол
201	К препаратам, требующим контроля кардиотоксичности, относятся
	доксорубицин
	трастузумаб
	капецитабин только как основной кардиотоксичный препарат во всех случаях
	гозерелин
202	Перед каждым циклом химиотерапии обычно оценивают
	общий анализ крови
	биохимические показатели по схеме лечения
	клиническое состояние пациента
	цвет глаз пациента
203	Фебрильная нейтропения определяется как
	лихорадка на фоне выраженной нейтропении
	любая тошнота после химиотерапии
	алопеция без температуры
	повышение тромбоцитов
204	При фебрильной нейтропении первоочередным является
	немедленное назначение эмпирической антибактериальной терапии
	ожидание посева крови 7 дней без лечения
	только витаминотерапия
	отмена всех обследований
205	Г-КСФ применяют для
	профилактики и лечения нейтропении при показаниях
	лечения HER2-позитивности
	снижения уровня ПСА
	радийодтерапии
206	Высокоэметогенными режимами считаются схемы с высоким риском тошноты и рвоты,

	например с
	цисплатином
	анастрозолом
	тамоксифеном
	левоти록сином
207	Для профилактики тошноты и рвоты при высокоэметогенной химиотерапии применяют
	антагонист 5-HT ₃ рецепторов
	дексаметазон
	антагонист NK ₁ рецепторов при показаниях
	антибиотик без показаний
208	Экстравазация цитостатика означает
	попадание препарата за пределы сосудистого русла в ткани
	повышение уровня кальция
	снижение гемоглобина
	появление отдаленного метастаза
209	При экстравазации везикантного препарата необходимо
	немедленно остановить инфузию
	оставить катетер для попытки аспирации препарата
	действовать по локальному протоколу антидотов и местных мер
	ускорить введение препарата
210	Показанием к установке венозной порт-системы является
	необходимость длительного повторного венозного доступа
	однократное измерение артериального давления
	плановая маммография
	легкая головная боль
211	Катетер-ассоциированная инфекция может проявляться
	лихорадкой
	покраснением и болезненностью по ходу катетера
	положительными посевами крови
	снижением Ki-67
212	Синдром лизиса опухоли чаще встречается при
	высокопролиферативных опухолях с большой опухолевой массой
	медленно растущей липоме
	папилломе кожи
	локализованном базальноклеточном раке низкого риска
213	Для синдрома лизиса опухоли характерны
	гиперурикемия
	гиперкалиемиия
	гиперфосфатемия
	гипокалиемиия как обязательный признак
214	Нутритивная поддержка онкологического пациента показана при
	выраженной потере массы тела
	невозможности адекватного перорального питания
	высоком риске нутритивной недостаточности

	избыточном питании без риска осложнений
215	Энтеральное питание предпочтительно, если
	желудочно-кишечный тракт функционирует
	кишечник полностью непроходим
	имеется неконтролируемый перитонит
	любая пероральная нагрузка невозможна навсегда
216	Парентеральное питание показано, когда
	энтеральное питание невозможно или недостаточно при наличии показаний
	пациент полностью питается самостоятельно
	нет нутритивного риска
	есть только алопеция
217	Основным механизмом действия ингибиторов ароматазы является
	снижение синтеза эстрогенов
	стимуляция рецепторов эстрогенов
	блокада PD-1
	алкилирование ДНК
218	Тамоксифен относится к
	ингибиторам ароматазы
	селективным модуляторам рецепторов эстрогенов
	ингибиторам EGFR
	ингибиторам PARP
219	Фулвестрант относится к
	таксанам
	антрациклинам
	деградаторам/антагонистам рецепторов эстрогенов
	платиносодержащим препаратам
220	Овариальная супрессия при раке молочной железы может достигаться
	аналогами ГнРГ
	хирургическим исключением функции яичников
	лучевым исключением функции яичников при показаниях
	назначением ингибитора EGFR
221	При длительной андрогенной депривации у мужчин следует контролировать
	минеральную плотность костной ткани
	метаболические нарушения
	сердечно-сосудистые риски
	только цвет мочи
222	К антиандрогенам нового поколения при раке предстательной железы относятся
	энзалутамид
	апалутамид
	даролутамид
	тамоксифен
223	Таргетная терапия назначается преимущественно с учетом
	молекулярной мишени или биологического пути опухоли

	цвета кожи пациента
	группы крови
	даты рождения пациента
224	Моноклональные антитела обычно имеют окончание
	-маб
	-ниб
	-платин
	-таксел
225	Малые молекулы ингибиторов тирозинкиназ часто имеют окончание
	-маб
	-ниб
	-платин
	-циклин
226	Бевацизумаб направлен против
	EGFR
	HER2
	VEGF
	PD-1
227	Цетуксимаб направлен против
	VEGF
	HER2
	EGFR
	ALK
228	Трастузумаб направлен против
	EGFR
	VEGF
	HER2
	PD-L1
229	Ингибиторы PARP особенно значимы при опухолях с нарушением
	гомологичной рекомбинации, включая BRCA1/2
	экспрессии кальцитонина
	синтеза тироксина
	уровня ПСА без мутаций
230	Осимертиниб применяется при НМРЛ с мутациями
	EGFR
	BRCA1
	HER2 только при раке молочной железы
	KIT при GIST как основной вариант
231	Алектиниб применяется при НМРЛ с перестройкой
	EGFR
	ALK
	BRAF только
	MSI-H

232	Дабрафениб и траметиниб являются комбинацией ингибиторов
	BRAF и MEK
	EGFR и VEGF
	PD-1 и CTLA-4
	HER2 и CD20
233	Иммунные контрольные точки, являющиеся мишенями терапии, включают
	PD-1
	PD-L1
	CTLA-4
	CA-125
234	Пембролизумаб относится к
	анти-VEGF антителам
	анти-PD-1 антителам
	ингибиторам ароматазы
	таксанам
235	Ниволумаб относится к
	анти-HER2 антителам
	анти-PD-1 антителам
	ингибиторам EGFR
	антиметаболитам
236	Атезолизумаб относится к
	анти-PD-1 антителам
	анти-PD-L1 антителам
	анти-CD20 антителам
	ингибиторам PARP
237	Ипилимумаб относится к
	анти-PD-1 антителам
	анти-HER2 антителам
	анти-CTLA-4 антителам
	ингибиторам ароматазы
238	Иммуноопосредованный колит может проявляться
	диареей
	болью в животе
	примесью крови в стуле
	безусловным повышением HER2
239	При иммуноопосредованной токсичности 3-4 степени обычно требуется
	временная или окончательная отмена иммунопрепарата
	системные глюкокортикостероиды по показаниям
	ускоренное введение следующей дозы
	только противорвотный препарат
240	Иммуноопосредованный пневмонит следует подозревать при
	новой одышке
	кашле
	инфильтратах на КТ на фоне иммунотерапии

	алопеции без дыхательных симптомов
241	При HER2-позитивном раннем раке молочной железы анти-HER2 терапия может включать
	трастузумаб
	пертузумаб при показаниях
	тамоксифен как анти-HER2 препарат
	бусерелин как анти-HER2 препарат
242	При люминальном HER2-негативном метастатическом раке молочной железы стандарт первой линии часто включает
	эндокринотерапию
	ингибитор CDK4/6
	только лучевую терапию на молочную железу во всех случаях
	только хирургическое лечение метастазов
243	К ингибиторам CDK4/6 относятся
	палбоциклиб
	рибоциклиб
	абемациклиб
	цисплатин
244	При тройном негативном раке молочной железы отсутствует экспрессия
	ER
	PR
	HER2
	PD-L1 всегда отсутствует
245	При метастатическом тройном негативном раке молочной железы PD-L1 статус может влиять на назначение
	иммунотерапии
	ингибиторов ароматазы
	аналогов ГнРГ как единственного метода
	радийода
246	Анти-TROP2 конъюгатом, применяемым при раке молочной железы, является
	трастузумаб
	сацитузумаб говитекан
	тамоксифен
	летрозол
247	При раке молочной железы обязательными ИГХ-маркерами являются
	ER
	PR
	HER2
	Ki-67
248	При HER2 2+ по ИГХ для уточнения HER2-статуса выполняют
	ISH/FISH исследование амплификации HER2
	определение ПСА
	сцинтиграфию костей как единственный тест
	определение кальцитонина

249	При немелкоклеточном неплоскоклеточном раке легкого перед первой линией терапии важно определить
	EGFR
	ALK
	ROS1
	PD-L1
250	При НМРЛ с активирующей мутацией EGFR предпочтительна терапия
	EGFR-ингибитором тирозинкиназы
	тамоксифеном
	ВЕР
	радийодом
251	При НМРЛ с высокой экспрессией PD-L1 без драйверных мутаций может применяться
	ингибитор PD-1/PD-L1
	ингибитор ароматазы
	аналог ГнРГ
	только антибактериальная терапия
252	При мелкоклеточном раке легкого распространенной стадии стандарт лекарственной терапии включает
	платиновый препарат + этопозид
	добавление иммунотерапии в ряде современных режимов
	тамоксифен
	трастузумаб без HER2-показаний
253	При локализованной стадии мелкоклеточного рака легкого важным компонентом лечения является
	химиолучевая терапия
	только гормонотерапия
	только хирургия у всех пациентов
	только наблюдение
254	При мезотелиоме плевры системная терапия может включать
	платиновый препарат + пеметрексед
	иммунотерапию у отобранных пациентов
	тамоксифен
	радийод
255	При метастатическом раке желудка HER2-позитивность является основанием для добавления
	трастузумаба к химиотерапии
	тамоксифена
	аналогов ГнРГ
	радийода
256	Схема FLOT при раке желудка включает
	фторурацил
	лейковорин
	оксалиплатин
	доцетаксел
257	При MSI-H/dMMR опухолях ЖКТ может быть эффективна

	иммунотерапия ингибиторами PD-1/PD-L1
	исключительно гормонотерапия
	радиоiodтерапия
	антиандрогенная терапия
258	При колоректальном раке перед назначением анти-EGFR терапии важно определить
	RAS статус
	BRAF статус
	локализацию первичной опухоли
	группу крови
259	Анти-EGFR терапия при метастатическом колоректальном раке применяется преимущественно при
	RAS дикого типа
	активирующей мутации KRAS
	отсутствии морфологической верификации
	любой правосторонней опухоли независимо от молекулярного статуса
260	К режимам адъювантной химиотерапии при раке ободочной кишки III стадии относятся
	FOLFOX
	CAPOX
	тамоксифен
	ВЕР как стандарт
261	Оксалиплатин-ассоциированная токсичность часто проявляется
	периферической нейропатией
	гипертиреозом
	карциноидным синдромом
	алопецией как единственным дозолимитирующим эффектом
262	Иринотекан может вызывать
	диарею
	нейтропению
	гипертиреоз
	повышение кальцитонина
263	При холангиокарциноме стандартная химиотерапевтическая основа часто включает
	гемцитабин
	цисплатин
	тамоксифен
	бусерелин
264	При внутривенной холангиокарциноме таргетные подходы могут зависеть от
	FGFR2 перестроек
	IDH1 мутаций
	HER2 всегда отрицателен и не оценивается никогда
	ПСА
265	При гепатоцеллюлярном раке перед системной терапией важно оценить
	функцию печени
	распространенность процесса
	общее состояние пациента

	экспрессию ER как главный критерий
266	Сорафениб относится к
	ингибиторам ароматазы
	мультикиназным ингибиторам
	антиметаболитам
	анти-CD20 антителам
267	При раке поджелудочной железы у пациентов в удовлетворительном состоянии применяют
	FOLFIRINOX
	гемцитабин-содержащие режимы
	тамоксифен
	ВЕР как стандарт первой линии
268	СА 19-9 при раке поджелудочной железы используется преимущественно для
	мониторинга течения заболевания при интерпретации вместе с клиникой и визуализацией
	скрининга всего населения
	замены КТ
	определения HER2
269	При местнораспространенном раке шейки матки radiosensitizer при химиолучевой терапии чаще
	является
	цисплатин еженедельно
	тамоксифен
	летрозол
	винорельбин per os как стандарт
270	При метастатическом раке шейки матки лекарственная терапия может включать
	платиновую химиотерапию
	паклитаксел
	бевацизумаб при показаниях
	радийод
271	При рецидивном/метастатическом раке эндометрия значение имеет определение
	dMMR/MSI статуса
	гистологического варианта
	HER2 при серозном варианте по показаниям
	группы крови как предиктора терапии
272	Комбинация левватиниба с пембролизумабом применяется при некоторых вариантах
	распространенного рака эндометрия
	локализованной липомы
	герминогенной опухоли яичка как стандарт первой линии
	папиллярного рака щитовидной железы после полной ремиссии
273	При распространенном эпителиальном раке яичников стандартная химиотерапия первой линии
	включает
	карбоплатин
	паклитаксел
	тамоксифен
	блеомицин как обязательный компонент

274	Поддерживающая терапия PARP-ингибитором при раке яичников особенно показана при мутации BRCA1/2
	HRD-положительном статусе в ряде ситуаций
	HER2 3+
	ALK перестройке
275	Платиночувствительный рецидив рака яичников обычно означает рецидив после окончания платиносодержащей терапии через
	менее 1 месяца
	менее 3 месяцев
	6 месяцев и более
	только во время инфузии
276	При трофобластических опухолях мониторинг эффективности основан на
	уровне ХГЧ
	уровне ПСА
	уровне кальцитонина
	экспрессии HER2 во всех случаях
277	При трофобластической опухоли низкого риска может применяться
	метотрексат
	актиномицин D
	трастузумаб
	энзалутамид
278	При метастатическом гормоночувствительном раке предстательной железы базой лечения является
	андрогенная депривация
	анти-HER2 терапия
	ингибитор ароматазы без подавления тестостерона
	радий-223
279	К препаратам интенсификации при метастатическом гормоночувствительном раке предстательной железы относятся
	доцетаксел
	абиратерон
	энзалутамид
	трастузумаб
280	Кастрационно-резистентный рак предстательной железы означает прогрессирование
	на фоне кастрационного уровня тестостерона
	при высоком уровне эстрогенов только
	до начала любой терапии
	только после простуды
281	Олапариб может применяться при раке предстательной железы при наличии
	мутаций BRCA1/2 или других нарушений репарации ДНК по показаниям
	HER2 3+ как единственного критерия
	кальцитонина выше нормы
	отсутствия всех мутаций
282	Радий-223 применяется у пациентов с раком предстательной железы преимущественно при

	симптомных костных метастазах без висцеральных метастазов по показаниям
	изолированном метастазе в головной мозг
	HER2-позитивном раке
	только при локализованной стадии T1N0M0
283	Стандартная схема химиотерапии герминогенных опухолей яичка включает
	ВЕР
	FLOT
	АС
	FOLFIRI
284	В схему ВЕР входят
	блеомицин
	этопозид
	цисплатин
	паклитаксел как обязательный компонент
285	Перед блеомицином и на фоне лечения важно учитывать риск
	легочной токсичности
	гипертиреоза
	карциноидного криза
	синдрома отмены эстрогенов
286	При светлоклеточном метастатическом раке почки современные варианты первой линии включают
	комбинации иммунопрепаратов
	комбинации иммунопрепарата с ТКІ
	тамоксифен
	ВЕР
287	Ниволумаб + ипилимумаб при раке почки является примером
	комбинированной иммунотерапии
	химиотерапии антиметаболитами
	гормонотерапии
	радийодтерапии
288	Сунитиниб, пазопаниб, акситиниб относятся к
	ингибиторам тирозинкиназ VEGFR и других мишеней
	антиэстрогенам
	ингибиторам PD-1
	платиносодержащим препаратам
289	При мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря перед цистэктомией при возможности применяют
	неoadъювантную цисплатин-содержащую химиотерапию
	тамоксифен
	радийод
	ингибитор ароматазы
290	Для цисплатина важным ограничением является
	сниженная функция почек
	выраженная нейропатия

	плохое общее состояние
	высокий Ki-67 как противопоказание
291	При уротелиальном раке после платиносодержащей терапии может применяться
	иммунотерапия ингибиторами PD-1/PD-L1
	тамоксифен
	летрозол
	левотироксин
292	Эрдафитиниб может применяться при уротелиальном раке при наличии
	FGFR-альтераций
	BRCA всегда
	HER2 0
	кальцитонина
293	При BRAF V600-мутантной метастатической меланоме возможна терапия
	BRAF + MEK ингибиторами
	тамоксифеном
	аналогами ГнРГ
	радийодом
294	Адьювантная терапия после резекции меланомы высокого риска может включать
	анти-PD-1 терапию
	BRAF/MEK ингибиторы при BRAF V600 мутации
	тамоксифен
	цисплатин еженедельно как обязательный стандарт всем
295	При местнораспространенном базальноклеточном раке, не подходящем для операции/лучевой терапии, может применяться
	ингибитор Hedgehog-пути
	ингибитор ароматазы
	антиандроген
	ВЕР
296	Висмодегиб относится к
	ингибиторам Hedgehog-пути
	анти-PD-1 антителам
	платиносодержащим препаратам
	ингибиторам CDK4/6
297	При метастатическом плоскоклеточном раке кожи может применяться
	анти-PD-1 терапия
	радийод
	тамоксифен
	анастрозол
298	При саркомах мягких тканей первой линии часто применяют
	доксорубицин
	ифосфамид в отдельных режимах
	тамоксифен
	трастузумаб без HER2-показаний

299	Пазопаниб может применяться при
	некоторых распространенных саркомах мягких тканей после химиотерапии
	лимфоме Ходжкина как стандарт первой линии
	локализованном раке шейки матки вместо ХЛТ
	герминогенной опухоли яичка как стандарт первой линии
300	При GIST ключевым таргетным препаратом является
	иматиниб
	тамоксифен
	пеметрексед
	блеомицин
301	Для назначения иматиниба при GIST важны мутации
	KIT
	PDGFRA
	EGFR как главный маркер
	ALK как главный маркер
302	При лимфоме Ходжкина стандартный режим первой линии во многих ситуациях включает
	ABVD
	FOLFOX
	FLOT
	CAPOX
303	Брентуксимаб ведотин направлен против
	CD20
	CD30
	HER2
	EGFR
304	Ниволумаб и пембролизумаб при лимфоме Ходжкина применяются преимущественно при
	рецидивном/рефрактерном течении по показаниям
	первичной профилактике у здоровых
	лечении доброкачественной аденомы
	замене морфологической диагностики
305	При диффузной В-крупноклеточной лимфоме стандартная химиоиммунотерапия включает
	R-CHOP
	VEP
	FLOT
	АС без ритуксимаба как единственный стандарт
306	Ритуксимаб направлен против
	CD30
	HER2
	CD20
	VEGF
307	Ингибиторы ВТК применяются при некоторых В-клеточных лимфомах; пример препарата
	ибрутиниб
	цисплатин
	летрозол

	паклитаксел
308	При множественной миеломе индукционный режим VRd включает
	бортезомиб
	леналидомид
	дексаметазон
	цисплатин
309	Анти-CD38 антителом при множественной миеломе является
	ритуксимаб
	трастузумаб
	даратумумаб
	цетуксимаб
310	Аутологичная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток применяется при
	множественной миеломе у подходящих пациентов
	рецидивной лимфоме Ходжкина у отобранных пациентов
	локализованном базальноклеточном раке всем пациентам
	раке молочной железы T1N0 всем пациенткам
311	При нейроэндокринных опухолях для контроля карциноидного синдрома применяют
	октреотид
	ланреотид
	тамоксифен
	трастузумаб
312	Эверолимус может применяться при
	прогрессирующих нейроэндокринных опухолях поджелудочной железы
	острой анафилаксии как препарат выбора
	локализованном раке кожи после полного иссечения всегда
	HER2-позитивном раке молочной железы как анти-HER2 препарат
313	Пептид-рецепторная радионуклидная терапия НЭО требует
	экспрессии соматостатиновых рецепторов
	обязательной HER2 3+
	мутации EGFR
	положительного ПСА
314	При раке щитовидной железы радиойодтерапия применяется при
	дифференцированных опухолях, накапливающих йод, по показаниям
	медуллярном раке как основном методе
	анапластическом раке как единственном стандарте
	раке молочной железы
315	Радиоидрезистентный дифференцированный рак щитовидной железы может лечиться
	мультикиназными ингибиторами по показаниям
	тамоксифеном
	ВЕР
	R-CHOP
316	Селективные ингибиторы RET применяются при опухолях с
	RET-мутациями или перестройками

	ER-позитивностью
	BRCA всегда
	MSI-stable как единственным критерием
317	При аденоидно-кистозном раке слюнных желез химиотерапия обычно имеет
	ограниченную эффективность
	сто процентную радикальную эффективность во всех стадиях
	обязательное излечение без операции
	роль радиойода
318	При рецидивном/метастатическом плоскоклеточном раке головы и шеи лекарственная терапия может включать
	платиновую химиотерапию
	цетуксимаб
	иммунотерапию ингибиторами PD-1 по показаниям
	ингибиторы ароматазы как стандарт
319	Цисплатин при одновременной химиолучевой терапии опухолей головы и шеи используется как
	радиосенсибилизатор
	антиэстроген
	ингибитор ВТК
	препарат радиойодтерапии
320	При раке пищевода после неoadъювантной химиолучевой терапии и операции с остаточной опухолью может рассматриваться
	адъювантный ниволумаб по показаниям
	тамоксифен
	аналоги ГнРГ
	радиойод
321	При плоскоклеточном раке анального канала стандарт органосохраняющего лечения включает
	лучевую терапию
	фторпиримидин
	митомидин С или цисплатин в ряде режимов
	радикальную цистэктомию
322	При раке желудка рамусирумаб направлен против
	HER2
	EGFR
	VEGFR2
	PD-1
323	При HER2-положительном раке желудка в первой линии используется
	трастузумаб с химиотерапией
	тамоксифен
	летрозол
	бусерелин
324	При BRAF V600E-мутантном колоректальном раке в поздних линиях может применяться
	энкорафениб + цетуксимаб
	тамоксифен
	радиойод

	анастрозол
325	При раке легкого мутация T790M связана с резистентностью к ранним EGFR-TKI и чувствительностью к осимертинибу
	тамоксифену
	блеомицину
	летрозолу
326	При ALK-положительном НМРЛ предпочтительны
	ALK-ингибиторы
	ингибиторы ароматазы
	аналоги ГнРГ
	радийод
327	При ROS1-перестроенном НМРЛ могут применяться
	кризотиниб или другие ROS1-ингибиторы по показаниям
	тамоксифен
	ВЕР
	левотироксин
328	Пеметрексед применяется преимущественно при
	неплоскоклеточном НМРЛ
	плоскоклеточном раке кожи как обязательный стандарт
	раке предстательной железы как гормонотерапия
	раке щитовидной железы как радиойод
329	При HER2-положительном метастатическом раке молочной железы первая линия часто включает
	трастузумаб
	пертузумаб
	таксан
	анастрозол как единственный анти-HER2 препарат
330	T-DM1 является
	анти-HER2 антитело-лекарственным конъюгатом
	ингибитором ароматазы
	аналогом ГнРГ
	платиносодержащим препаратом
331	Трастузумаб дерукстекал является
	анти-HER2 антитело-лекарственным конъюгатом
	антиандрогеном
	ингибитором ВТК
	препаратом радиойода
332	При гормонопозитивном HER2-негативном раннем раке молочной железы адъювантная терапия обязательно рассматривает
	эндокринотерапию
	анти-HER2 терапию всем пациенткам
	ВЕР
	радийод

333	При высоком риске рецидива люминального HER2-негативного рака молочной железы может рассматриваться добавление
	ингибитора CDK4/6 по показаниям
	радийода
	анти-CD20 антитела
	блеомицина
334	При назначении антрациклинов важно учитывать
	суммарную кумулятивную дозу
	функцию сердца
	факторы риска кардиотоксичности
	уровень кальцитонина как главный критерий
335	При терапии трастузумабом необходимо контролировать
	фракцию выброса левого желудочка
	ПСА еженедельно как главный параметр
	кальцитонин перед каждым введением
	уровень ХГЧ у всех пациентов
336	При ингибиторах VEGF/VEGFR часто встречается
	артериальная гипертензия
	протеинурия
	риск кровотечений и тромбозов
	выраженная овариальная супрессия как основной механизм
337	При EGFR-ингибиторах характерны
	акнеподобная сыпь
	сухость кожи
	диарея
	гипертиреоз как обязательный эффект
338	При PARP-ингибиторах возможны
	тошнота
	анемия
	тромбоцитопения
	карциноидный криз как типичный эффект
339	При иммунотерапии эндокринные осложнения могут включать
	тиреоидит
	гипофизит
	надпочечниковую недостаточность
	HER2-амплификацию
340	При подозрении на иммуноопосредованный миокардит оценивают
	симптомы сердечной недостаточности или аритмии
	тропонин
	ЭКГ и эхокардиографию по показаниям
	только уровень СА-125
341	Трехступенчатая лестница ВОЗ обезболивания предполагает
	подбор анальгетика по интенсивности боли
	регулярный прием препаратов при хронической боли

	переход к сильным опиоидам при сильной боли
	ожидание боли максимально возможной интенсивности перед лечением
342	При назначении опиоидов необходимо профилактически учитывать
	запор
	тошноту
	сонливость и риск угнетения дыхания
	обязательную алопецию
343	Препаратом для купирования передозировки опиоидов является
	эпинефрин
	налоксон
	тамоксифен
	дексаметазон как специфический антидот
344	При компрессии спинного мозга метастазом необходимо
	срочно начать глюкокортикостероиды при отсутствии противопоказаний
	выполнить МРТ соответствующего отдела
	срочно обсудить лучевое и/или хирургическое лечение
	плановая консультация через год
345	Симптомы компрессии спинного мозга включают
	боль в спине
	слабость в конечностях
	нарушения чувствительности и функции тазовых органов
	изолированную алопецию
346	При гиперкальциемии злокачественного генеза применяют
	регидратацию
	бисфосфонаты или деносумаб по показаниям
	лечение основного опухолевого процесса
	тамоксифен как препарат экстренного снижения кальция
347	При опухолевой кахексии ведение включает
	оценку нутритивного статуса
	нутритивную поддержку
	контроль симптомов, мешающих питанию
	полный запрет белка всем пациентам
348	При злокачественной кишечной непроходимости у неоперабельного пациента возможно
	противорвотная терапия
	антисекреторная терапия по показаниям
	обезболивание и декомпрессия по показаниям
	обязательная радикальная операция во всех случаях
349	Показанием к направлению на медико-социальную экспертизу является
	стойкое нарушение функций организма и ограничение жизнедеятельности
	любое однократное посещение онколога
	проведение профилактической маммографии
	нормальный результат биопсии
350	В выписном эпикризе после курса лекарственной терапии необходимо указать

	диагноз и стадию
	проведенный режим и дозы терапии
	осложнения и рекомендации по наблюдению
	только фамилию врача без данных о лечении
351	К медико-статистическим показателям онкологической службы относятся
	заболеваемость
	смертность
	одногодичная летальность
	доля выявления ранних стадий
352	Внутренний контроль качества при лекарственной терапии включает
	проверку правильности назначения и доз
	контроль условий хранения и введения препаратов
	регистрацию нежелательных явлений
	отказ от информированного согласия
353	Информированное добровольное согласие на лечение должно включать сведения о
	целях лечения
	возможных рисках и осложнениях
	альтернативных вариантах при их наличии
	гарантированном излечении в любой стадии
354	При тяжелой инфузионной реакции во время введения противоопухолевого препарата необходимо
	немедленно остановить инфузию
	оценить дыхание, гемодинамику и сатурацию
	начать противошоковые мероприятия по показаниям
	ускорить введение препарата
355	К факторам риска венозных тромбоэмболических осложнений у онкологического пациента относятся
	активное злокачественное заболевание
	большие хирургические вмешательства
	иммобилизация
	нормальная физическая активность без опухолевого процесса
356	Профилактика венозных тромбоэмболических осложнений после больших онкологических операций может включать
	раннюю активизацию
	низкомолекулярные гепарины при отсутствии противопоказаний
	механическую профилактику у пациентов высокого риска
	отказ от любой мобилизации на 2 недели
357	При подозрении на сепсис у пациента после химиотерапии первоочередно необходимо
	оценить витальные функции
	взять посевы до антибиотиков, если это не задерживает лечение
	начать эмпирическую антибактериальную терапию
	ожидать самостоятельного снижения температуры несколько суток
358	Одышка у пациента, получающего иммунотерапию, требует исключения
	иммуноопосредованного пневмонита

	инфекции
	тромбоэмболии легочной артерии
	только прогрессирования опухоли без дифференциальной диагностики
359	При тромбоэмболии легочной артерии у онкологического пациента диагностически значимы
	клиническая вероятность
	КТ-ангиопульмонография при показаниях
	D-димер с учетом ограничений метода
	определение HER2
360	При подозрении на ДВС-синдром оценивают
	тромбоциты
	фибриноген
	протромбиновое время/МНО и АЧТВ
	уровень HER2 как основной тест
361	При работе с медицинской информационной системой врач обязан
	использовать индивидуальную учетную запись и соблюдать правила защиты персональных данных
	передавать пароль коллегам для ускорения работы
	хранить медицинские документы пациента в открытых мессенджерах
	пересылать результаты обследования без согласия пациента
362	К нарушениям информационной безопасности при ведении онкологического пациента относится
	передача персональных данных пациента третьим лицам без законных оснований
	работа под личной учетной записью
	блокировка рабочего места при уходе
	внесение результатов обследования в медицинскую документацию
363	Электронная медицинская документация при проведении лекарственной терапии должна содержать
	диагноз, стадию, режим лечения, дозы препаратов и сведения о нежелательных явлениях
	только фамилию пациента
	только название отделения
	только дату госпитализации
364	К мероприятиям первичной профилактики онкологических заболеваний относится
	отказ от курения и ограничение употребления алкоголя
	назначение химиотерапии здоровым лицам
	отказ от диспансерного наблюдения
	лечение без учета факторов риска
365	Вакцинация против вируса папилломы человека направлена на профилактику
	рака шейки матки и других ВПЧ-ассоциированных опухолей
	рака предстательной железы
	лимфомы Ходжкина
	сарком мягких тканей
366	Санитарно-гигиеническое просвещение населения по профилактике онкологических заболеваний включает
	информирование о факторах риска, скрининге и признаках, требующих обращения к врачу
	отказ от информирования пациента

	назначение противоопухолевых препаратов без диагноза
	замену медицинского наблюдения самолечением
367	Показанием к направлению онкологического пациента на медико-социальную экспертизу является
	стойкое нарушение функций организма и ограничение жизнедеятельности
	однократное профилактическое обследование
	нормальный результат биопсии
	отсутствие жалоб
368	Временная нетрудоспособность у пациента, получающего противоопухолевую лекарственную терапию, определяется с учетом
	состояния пациента, токсичности лечения и характера профессиональной деятельности
	только возраста пациента
	только желания родственников
	только номера курса терапии
369	При выраженной токсичности противоопухолевой терапии врач должен
	оценить трудоспособность пациента и необходимость оформления листка нетрудоспособности
	продолжить лечение без осмотра
	не фиксировать осложнения
	отменить всю документацию
370	Пациент после завершения курса противоопухолевой терапии со слабостью, нутритивным дефицитом и снижением толерантности к нагрузке. Тактика врача включает
	направление на медицинскую реабилитацию по показаниям
	отказ от наблюдения
	назначение следующего курса без оценки состояния
	отмену поддерживающих мероприятий
371	Медицинская реабилитация онкологического пациента направлена на
	восстановление функций, улучшение качества жизни и социальную адаптацию
	замену противоопухолевой терапии
	отказ от контроля осложнений
	исключение наблюдения онколога
372	При направлении пациента на реабилитацию после лекарственной терапии необходимо учитывать
	функциональный статус, осложнения лечения, нутритивный статус и цели реабилитации
	только возраст пациента
	только локализацию опухоли
	только дату выписки
373	Оптимальный способ выбора тактики лечения пациента с местно-распространенным онкологическим заболеванием
	обсуждение на мультидисциплинарном консилиуме
	единоличное решение без учета данных обследования
	назначение лечения только по желанию родственников
	перенос решения без маршрутизации
374	Мультидисциплинарный консилиум в онкологии необходим для
	согласования диагностики, лечения и маршрутизации пациента

	замены морфологической верификации
	отмены информированного согласия
	исключения участия профильных специалистов
375	Эффективное профессиональное взаимодействие врача-онколога включает
	передачу клинически значимой информации коллегам с соблюдением медицинской этики и конфиденциальности
	обсуждение диагноза пациента в открытых местах
	отказ от взаимодействия с врачами других специальностей
	назначение лечения без учета заключений специалистов
376	Паллиативная помощь онкологическому пациенту направлена на
	контроль симптомов и улучшение качества жизни
	обязательную отмену противоопухолевого лечения во всех случаях
	замену диагностики
	проведение только хирургического лечения
377	При хронической опухолевой боли анальгетики следует назначать
	регулярно, с учетом интенсивности боли
	только при максимально выраженной боли
	только перед сном
	без оценки эффективности
378	При опухолевой кишечной непроходимости выбор между операцией, стентированием и симптоматическим лечением зависит от
	уровня непроходимости, распространенности опухолевого процесса и общего состояния пациента
	только возраста пациента
	только уровня гемоглобина
	только желания родственников
379	Патоморфологический ответ после неоадьювантной терапии оценивают преимущественно по
	операционному материалу удаленной опухоли и лимфатических узлов
	уровню артериального давления
	группе крови пациента
	только жалобам пациента
380	Таргетным очагом по RECIST 1.1 называют
	измеряемый опухолевый очаг, выбранный для динамического контроля
	любой симптом пациента
	только послеоперационный рубец
	любой лабораторный показатель
381	Редукция дозы противоопухолевого препарата обычно требуется при
	клинически значимой токсичности или нарушении функции органов по инструкции и протоколу
	полном отсутствии нежелательных явлений
	улучшении аппетита
	нормальной переносимости лечения
382	Инфузомат при проведении лекарственной терапии используют для
	контролируемого введения препарата с заданной скоростью
	замены морфологической верификации

	определения стадии TNM
	лечения без венозного доступа
383	Катетер-ассоциированная инфекция у пациента с порт-системой требует
	клинической оценки, микробиологической диагностики и антибактериальной терапии по показаниям
	немедленного продолжения инфузии без осмотра
	исключительно местного массажа
	отмены всех анализов
384	Для опухолей с перестройкой NTRK может рассматриваться
	терапия TRK-ингибиторами по показаниям
	тамоксифен как универсальный препарат
	радийод при любой опухоли
	только динамическое наблюдение
385	При холангиокарциноме молекулярное профилирование может выявить мишени для
	таргетной терапии, включая FGFR2-перестройки и IDH1-мутации
	антиэстрогенов у всех пациентов
	анти-CD20 терапии у всех пациентов
	обязательной радиойодтерапии
386	При раке поджелудочной железы с герминальной мутацией BRCA1/2 после платиносодержащей
	терапии может обсуждаться
	поддерживающая терапия PARP-ингибитором по показаниям
	аналог соматостатина всем пациентам
	анти-HER2 терапия без определения HER2
	только хирургия при множественных метастазах
387	При MSI-H/dMMR опухолях желудочно-кишечного тракта важным вариантом лечения может
	быть
	иммунотерапия ингибиторами контрольных точек
	обязательная овариальная супрессия
	только БЦЖ-терапия
	радийодтерапия
388	Тисотумаб ведотин относится к препаратам, которые могут применяться при
	рецидивном или метастатическом раке шейки матки по показаниям
	раке предстательной железы как гормонотерапия
	лимфоме Ходжкина как режим первой линии
	доброкачественной гиперплазии эндометрия
389	При платиночувствительном рецидиве рака яичников обычно рассматривают
	повторную платиносодержащую терапию и поддерживающее лечение по показаниям
	полный отказ от системного лечения
	только антиандрогены
	радийодтерапию
390	При трофобластических опухолях эффективность лечения контролируют прежде всего по
	динамике
	хорионического гонадотропина человека
	ПСА

	кальцитонина
	альфа-фетопротеина
391	При метастатическом светлоклеточном раке почки первая линия часто включает комбинации иммунотерапии и/или ингибиторов VEGFR с учетом группы риска
	тамоксифен
	химиотерапия по схеме ВЕР
	радийод
392	Неoadъювантная химиотерапия перед радикальной цистэктомией при мышечно-инвазивном раке мочевого пузыря чаще основана на
	цисплатинсодержащем режиме у подходящих пациентов
	ингибиторах ароматазы
	радийодтерапии
	аналогах соматостатина
393	При герминогенных опухолях яичка стандартные режимы первой линии часто основаны на
	платиносодержащей химиотерапии
	антиэстрогенах
	ингибиторах Hedgehog
	анти-VEGF монотерапии у всех пациентов
394	При местно-распространенном базальноклеточном раке, не подходящем для радикального местного лечения, могут применяться
	ингибиторы пути Hedgehog
	ингибиторы ароматазы
	аналоги ЛПРГ
	анти-CD20 антитела
395	При рецидивном или метастатическом плоскоклеточном раке кожи системная терапия может включать
	ингибиторы PD-1 по показаниям
	радийод как стандарт
	овариальную супрессию
	ВЕР как обязательный режим
396	Для остеосаркомы конечностей стандартный подход часто включает
	неoadъювантную и адъювантную химиотерапию в сочетании с хирургическим этапом
	только гормонотерапию
	только наблюдение
	только анти-CD20 терапию
397	Саркома Юинга относится к опухолям, при которых важна
	системная химиотерапия в составе комбинированного лечения
	только эндокринотерапия
	только радиойодтерапия
	таргетная терапия
398	При распространенных саркомах мягких тканей после прогрессирования на химиотерапии у отдельных пациентов может применяться
	пазопаниб
	тамоксифен

	трастузумаб
	левотироксин
399	CAR-T-клеточная терапия может рассматриваться при
	отдельных рецидивных или рефрактерных В-клеточных лимфомах по показаниям
	раннем раке кожи без факторов риска
	любой доброкачественной опухоли
	раке щитовидной железы как радиоiod
400	Ингибиторы ВТК применяются при некоторых
	В-клеточных лимфопролиферативных заболеваниях
	гормонозависимых опухолях молочной железы как эндокринотерапия
	остеосаркомах как стандарт первой линии
	трофобластических опухолях низкого риска
401	Высокодозная химиотерапия с аутологичной трансплантацией стволовых клеток может
	использоваться при
	множественной миеломе и отдельных рецидивных лимфомах у подходящих пациентов
	любом раке кожи I стадии
	доброкачественных узлах щитовидной железы
	любой анемии без онкологического диагноза
402	Анти-CD38 антитела применяются в терапии
	множественной миеломы
	рака шейки матки как радиосенсибилизаторы
	рака предстательной железы как антиандрогены
	сарком костей как основной стандарт
403	Анти-TROP2 антитело-лекарственные конъюгаты могут применяться при
	отдельных вариантах метастатического рака молочной железы по показаниям
	лимфоме Ходжкина в режиме ABVD
	папиллярном раке щитовидной железы
	остеосаркоме как стандарт первой линии
404	Пептид-рецепторная радионуклидная терапия при нейроэндокринных опухолях требует
	экспрессии соматостатиновых рецепторов и соответствующих клинических показаний
	отрицательной сцинтиграфии рецепторов
	любого уровня ПСА
	обязательной HER2-позитивности
405	Онкологический радикализм хирургического вмешательства предполагает
	удаление опухоли в адекватном объеме с учетом путей местного и лимфогенного
	распространения
	минимальную операцию без учета стадии
	отказ от морфологического контроля
	только симптоматическую терапию
406	Патоморфологическое исследование краев резекции после онкологической операции необходимо
	для оценки
	радикальности хирургического вмешательства
	функции печени
	степени анемии

	показаний к обезболиванию
407	Предоперационная подготовка онкологического пациента при нутритивной недостаточности включает
	оценку нутритивного статуса и коррекцию питания по показаниям
	запрет питания всем пациентам
	отказ от оценки риска
	обязательную химиотерапию за сутки до любой операции
408	Профилактика несостоятельности анастомоза после операций на ЖКТ включает
	оценку факторов риска, адекватную технику операции и коррекцию нарушений питания и перфузии
	отказ от наблюдения
	исключение контроля дренажей
	обязательное продолжение химиотерапии в день операции
409	При опухолевом стенозе пищевода паллиативное восстановление питания может включать
	стентирование, гастростомию или еюностомию по показаниям
	радикальную простатэктомию
	только овариальную супрессию
	анти-CD20 терапию
410	Лапароцентез при злокачественном асците выполняют с целью
	уменьшения симптомов и получения материала по показаниям
	лечения фебрильной нейтропении
	определения HER2 при раке желудка как единственного метода
	замены всей системной терапии

Перечень практических заданий (2 этап)

1. Применение методов лучевой и лабораторной диагностики у пациентов с онкологическими заболеваниями.
2. Навыки оказания скорой и неотложной медицинской помощи онкологическим больным (первичная обработка ран, наложение повязок, подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции, остановка наружного кровотечения, иммобилизация при повреждениях конечностей и позвоночника).
3. Выбор биологического материала и методика его взятия для проведения генетических исследований.
4. Проведение основных методов генетического анализа (цитогенетического, биохимического, ПЦР-анализа).
5. Определение показаний к назначению инструментальных, лабораторных и специальных генетических исследований.
6. Интерпретация результатов инструментальных исследований (ЭКГ, ФКГ, ЭЭГ, КТ, МРТ, ЭНМГ, УЗИ и других методов).
7. Разъяснение пациенту в доступной форме содержания консультации, прогноза заболевания и медицинского заключения.
8. Обоснование тактики лечения и схемы диспансерного наблюдения пациента с онкологическим заболеванием на стационарном и специализированном этапах.
9. Интерпретация данных объективного обследования, результатов лабораторных и инструментальных исследований при проведении дифференциальной диагностики и формулировке клинического диагноза в соответствии с МКБ-10.

10. Принципы лечения онкологических больных.
11. Принципы проведения противоопухолевой лекарственной терапии (химиотерапии, гормонотерапии, таргетной терапии, иммунотерапии) злокачественных опухолей.
12. Принципы проведения противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных опухолей головы и шеи (рак губы и полости рта, рак глотки и гортани, злокачественные опухоли слюнных желез, рак щитовидной железы).
13. Принципы проведения противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных опухолей грудной клетки (рак легкого, злокачественные опухоли внутригрудной локализации, рак пищевода).
14. Принципы проведения противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта (рак желудка, рак печени и билиопанкреатодуоденальной зоны, колоректальный рак, рак тонкой кишки).
15. Принципы проведения противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных опухолей женской половой системы (рак шейки матки, рак тела матки, рак яичников, трофобластические опухоли).
16. Принципы проведения противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных опухолей мужской половой системы (рак предстательной железы, злокачественные опухоли яичка, злокачественные опухоли полового члена).
17. Принципы проведения противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных опухолей мочевыделительной системы (рак почки, рак мочевого пузыря, рак лоханки и мочеточника).
18. Принципы проведения противоопухолевой лекарственной терапии злокачественных новообразований кожи (меланома, рак кожи).
19. Принципы проведения противоопухолевой лекарственной терапии сарком костей и мягких тканей (саркомы костей, саркомы мягких тканей).
20. Принципы проведения противоопухолевой лекарственной терапии опухолей кроветворной и лимфатической ткани (лимфома Ходжкина, неходжкинские лимфомы, миеломная болезнь).
21. Принципы проведения противоопухолевой лекарственной терапии рака молочной железы.
22. Принципы проведения противоопухолевой лекарственной терапии нейроэндокринных злокачественных опухолей (НЭО).
23. Методы хирургического лечения больных злокачественными опухолями в рамках комплексного лечения, методы обезболивания онкологических больных.
24. Методы проведения медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения онкологических больных.
25. Ведение медицинской документации в онкологической практике.
26. Проведение базовой сердечно-легочной реанимации.
27. Определение признаков жизни у пациента.
28. Оценка корректности ведения электронной медицинской документации пациента, получающего противоопухолевую лекарственную терапию.
29. Консультация пациента группы риска по вопросам отказа от курения, ограничения алкоголя и необходимости профилактических обследований.
30. Оценка индивидуальных факторов риска онкологического заболевания и формулировка профилактических рекомендаций.
31. Определение показаний к направлению пациента с онкологическим заболеванием на медико-социальную экспертизу.
32. Оценка временной нетрудоспособности пациента после курса противоопухолевой лекарственной терапии.

33. Определение показаний к медицинской реабилитации пациента после курса противоопухолевой лекарственной терапии.
34. Оценка нутритивного и функционального статуса пациента перед направлением на реабилитацию.
35. Формирование плана маршрутизации пациента между стационарным, амбулаторным и паллиативным этапами помощи.
36. Информирование пациента о плане лечения, возможных рисках и альтернативах в доступной форме.
37. Оценка потребности пациента с распространенным онкологическим заболеванием в паллиативной помощи.
38. Подбор противоболевой терапии пациенту с хроническим опухолевым болевым синдромом.

Перечень заданий к собеседованию (3 этап)

Теоретические вопросы

1. Организация работы отделения противоопухолевой лекарственной терапии в многопрофильном стационаре.
2. Роль мультидисциплинарного консилиума в выборе тактики лечения онкологического пациента.
3. Показания к госпитализации пациента для проведения противоопухолевой лекарственной терапии.
4. Маршрутизация пациента при начале, продолжении, смене линии и завершении системного лечения.
5. Роль цифровых ресурсов, клинических рекомендаций и профессиональных баз данных при выборе противоопухолевого лечения.
6. Использование медицинских информационных систем в онкологической практике.
7. Правила информационной безопасности и защиты персональных данных пациента.
8. Электронная медицинская документация при проведении противоопухолевой лекарственной терапии.
9. Ведение медицинской документации при проведении противоопухолевой лекарственной терапии в стационаре.
10. Коммуникация врача-онколога с пациентом, родственниками и медицинской командой.
11. Междисциплинарное взаимодействие при проведении противоопухолевой лекарственной терапии.
12. Первичная профилактика онкологических заболеваний: факторы риска и модификация образа жизни.
13. Санитарно-гигиеническое просвещение населения в профилактике злокачественных новообразований.
14. Роль вакцинации и скрининговых программ в снижении онкологической заболеваемости.
15. Морфологическая, иммуногистохимическая и молекулярно-генетическая верификация опухоли перед назначением лекарственной терапии.
16. Предиктивные и прогностические биомаркеры в современной онкологии.
17. Tumor-agnostic подходы в лекарственной терапии: MSI-H/dMMR, NTRK, BRAF V600E и другие молекулярные мишени.
18. Оценка общего состояния пациента перед началом системной терапии: ECOG, коморбидность, функция органов.
19. Противопоказания к проведению противоопухолевой лекарственной терапии.

20. Цели лекарственной терапии: неоадьювантная, адьювантная, периоперационная, поддерживающая, паллиативная терапия.
21. Принципы выбора первой линии противоопухолевой лекарственной терапии.
22. Показания к смене линии противоопухолевого лечения.
23. Оценка эффективности лекарственной терапии: клинические данные, визуализация, опухолевые маркеры, RECIST 1.1.
24. Патоморфологические шкалы оценки ответа опухоли после неоадьювантной лекарственной терапии.
25. Принципы дозирования противоопухолевых препаратов и коррекции доз при токсичности.
26. Основные группы цитотоксических противоопухолевых препаратов.
27. Основные механизмы действия химиотерапии и лекарственной резистентности.
28. Гормонотерапия в онкологии: показания, препараты, осложнения.
29. Таргетная терапия: основные мишени, показания, токсичность.
30. Иммунотерапия ингибиторами контрольных точек: показания, предикторы эффективности, осложнения.
31. Антитело-лекарственные конъюгаты в современной онкологии: анти-HER2, анти-TROP2, анти-CD30 и другие направления.
32. Иммуноопосредованные нежелательные явления: диагностика, степени тяжести, лечебная тактика.
33. Фебрильная нейтропения у пациента на химиотерапии: диагностика и неотложная помощь.
34. Экстравазация противоопухолевых препаратов: профилактика и алгоритм действий.
35. Тошнота и рвота, индуцированные химиотерапией: профилактика и лечение.
36. Мукозит, диарея, дерматологическая токсичность при лекарственной терапии.
37. Кардио-, нефро-, гепато-, нейро- и пульмональная токсичность противоопухолевых препаратов.
38. Синдром лизиса опухоли: факторы риска, профилактика и лечение.
39. Венозный доступ в онкологии: периферический доступ, центральный катетер, имплантируемая порт-система.
40. Сопроводительная терапия пациента, получающего противоопухолевое лечение.
41. Нутритивная поддержка онкологического пациента в стационаре лекарственного профиля.
42. Современные подходы к системному лечению злокачественных опухолей головы и шеи: рак губы и полости рта, рак глотки и гортани, опухоли слюнных желез.
43. Рак щитовидной железы: место радиойодтерапии, таргетной терапии и системного лечения при распространенных формах.
44. Немелкоклеточный рак легкого: выбор лекарственной терапии в зависимости от морфологического варианта, молекулярных маркеров и экспрессии PD-L1.
45. Мелкоклеточный рак легкого: особенности лекарственного лечения при локализованной и распространенной стадии.
46. Злокачественные опухоли внутригрудной локализации: лекарственное лечение опухолей средостения и злокачественной мезотелиомы плевры.
47. Рак пищевода: роль неоадьювантной, адьювантной и паллиативной системной терапии.
48. Злокачественные опухоли желудочно-кишечного тракта: общие подходы к выбору лекарственного лечения с учетом морфологии и молекулярных маркеров.
49. Рак желудка и пищеводно-желудочного перехода: периоперационная, таргетная, иммунотерапия и паллиативная лекарственная терапия.

50. Рак печени, желчных протоков и поджелудочной железы: выбор системной терапии с учетом функционального статуса, резектабельности и молекулярных нарушений.
51. Молекулярно-ориентированная терапия холангиокарциномы: FGFR2, IDH1 и другие клинически значимые нарушения.
52. Лекарственная терапия рака поджелудочной железы у пациентов с герминальными мутациями BRCA1/2.
53. Колоректальный рак: лекарственное лечение с учетом стадии, RAS/BRAF-статуса, MSI-статуса и локализации первичной опухоли.
54. Рак тонкой кишки и нейроэндокринные опухоли желудочно-кишечного тракта: особенности системного лечения.
55. Рак шейки матки: место химиолучевой терапии, паллиативной химиотерапии и иммунотерапии.
56. Рак тела матки: выбор лекарственной терапии с учетом гистологического варианта, группы риска и молекулярного подтипа.
57. Рак яичников: неоадьювантная, адьювантная и поддерживающая терапия, роль препаратов платины и PARP-ингибиторов.
58. Платиночувствительный и платинорезистентный рецидив рака яичников: критерии и выбор лекарственной тактики.
59. Трофобластические опухоли: выбор лекарственного лечения в зависимости от группы риска и динамики ХГЧ.
60. Стратификация трофобластических опухолей по группам риска и выбор моно- или полихимиотерапии.
61. Рак предстательной железы: системная терапия гормоночувствительного и кастрационно-резистентного процесса.
62. Герминогенные опухоли яичка: режимы химиотерапии, группы прогноза и лечение рецидивов.
63. Злокачественные опухоли полового члена: возможности системной терапии при местно-распространенном и метастатическом процессе.
64. Системная терапия рака полового члена при местно-распространенном и метастатическом процессе.
65. Рак почки: современные подходы к иммунотерапии, таргетной терапии и адьювантному лечению.
66. Уротелиальный рак мочевого пузыря, лоханки и мочеточника: неоадьювантная, адьювантная, поддерживающая и паллиативная терапия.
67. Периоперационная лекарственная терапия мышечно-инвазивного уротелиального рака мочевого пузыря и опухолей верхних мочевых путей.
68. Меланома кожи: выбор лекарственной терапии с учетом стадии, BRAF-статуса и риска рецидива.
69. Плоскоклеточный и базальноклеточный рак кожи: возможности иммунотерапии, таргетной терапии и системной химиотерапии.
70. Системная терапия местно-распространенного и метастатического базальноклеточного и плоскоклеточного рака кожи.
71. Саркомы костей и мягких тканей: место неоадьювантной, адьювантной и паллиативной лекарственной терапии.
72. Химиотерапия остеосаркомы и саркомы Юинга: неоадьювантный, адьювантный и паллиативный этапы.
73. Лекарственная терапия сарком мягких тканей с учетом гистологического варианта, степени злокачественности и распространенности процесса.

74. Лимфома Ходжкина и неходжкинские лимфомы: основные режимы лекарственного лечения и подходы к рецидивному течению.
75. CAR-T-клеточная терапия и таргетные препараты при рецидивных и рефрактерных неходжкинских лимфомах.
76. Множественная миелома: индукционная, поддерживающая и противорецидивная терапия.
77. Высокодозная химиотерапия с аутологичной трансплантацией стволовых клеток при лимфомах и множественной миеломе.
78. Рак молочной железы: выбор системного лечения в зависимости от молекулярно-биологического подтипа.
79. Нейроэндокринные злокачественные опухоли: аналоги соматостатина, таргетная терапия, химиотерапия и радионуклидная терапия.
80. Пептид-рецепторная радионуклидная терапия нейроэндокринных опухолей: показания, подготовка и оценка эффективности.
81. Роль хирургического этапа в комбинированном и комплексном лечении злокачественных опухолей.
82. Влияние неoadъювантной лекарственной терапии на объем хирургического лечения.
83. Принципы онкологического радикализма и критерии R0-, R1- и R2-резекции.
84. Периоперационная оценка пациента перед хирургическим вмешательством после системной терапии.
85. Предоперационная подготовка онкологического пациента: коррекция анемии, нутритивной недостаточности и нарушений гемостаза.
86. Послеоперационное ведение онкологического пациента: дренажи, стомы, профилактика тромбоэмболических и инфекционных осложнений.
87. Паллиативные и симптоматические операции у онкологических пациентов: показания и цели.
88. Паллиативные хирургические вмешательства при опухолевом стенозе, механической желтухе, кровотечении, асците и плевральном выпоте.
89. Неотложные состояния у пациентов на системной терапии: анафилаксия, тромбоэмболия легочной артерии, острая дыхательная недостаточность.
90. Клинические признаки остановки сердца. Тактика неотложной помощи при остановке сердца.
91. Опухолевая кишечная непроходимость, механическая желтуха, кровотечение: выбор между лекарственной, хирургической и симптоматической тактикой.
92. Паллиативная помощь пациенту, продолжающему или завершившему системное лечение.
93. Паллиативная помощь пациенту с онкологическим заболеванием на фоне или после завершения системной терапии.
94. Противоболевая терапия у онкологических пациентов: трехступенчатая схема ВОЗ.
95. Противоболевая терапия у онкологических пациентов: принципы подбора анальгетиков.
96. Симптоматическая помощь при распространенном опухолевом процессе: боль, одышка, кахексия, кишечная непроходимость.
97. Реабилитация пациента после завершения курса противоопухолевой лекарственной терапии.
98. Медицинская реабилитация онкологических пациентов после завершения лекарственной терапии.
99. Индивидуальная программа реабилитации онкологического пациента.

100. Нутритивная, физическая и психологическая поддержка в онкологической реабилитации.
101. Медико-социальная экспертиза и временная нетрудоспособность у пациентов, получающих системное лечение.
102. Медико-социальная экспертиза у пациентов с онкологическими заболеваниями.
103. Временная нетрудоспособность при проведении противоопухолевой лекарственной терапии.
104. Критерии ограничения жизнедеятельности у онкологических пациентов.
105. Сопроводительная терапия и маршрутизация пациента после завершения противоопухолевого лечения.

Ситуационные задачи

Ситуационная задача 1

Больной А., 55 лет, работает автослесарем около 34 года, курит с молодого возраста. Отец умер от рака легкого. Предъявляет жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правой половине грудной клетки, одышку, снижение массы тела на 9 кг за последние 3 месяца. Объективно: периферические лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки справа сзади от IV ребра книзу определяется притупление перкуторного звука, при аускультации дыхание справа в нижних отделах ослаблено. Рентгенологически: справа гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, уменьшение объема правого легкого. При бронхоскопии трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен опухолевым образованием. Гистологически: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. В плевральной жидкости выявлены опухолевые клетки. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без очаговой патологии. Остеосцинтиграфия и МРТ головного мозга без признаков метастазов.

Вопросы:

Предположите предварительный диагноз.

Какие исследования необходимы для уточнения стадии и выбора лекарственной терапии?

Какова тактика лечения с учетом выявления опухолевых клеток в плевральной жидкости?

Ситуационная задача 2

Больная В., 59 лет, работала дорожной рабочей 33 года, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалуется на сухой кашель и периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфатические узлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупления перкуторного звука нет. При рентгенологическом исследовании грудной клетки справа патологии не выявлено, слева в S6 определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3,2 см. Регионарные лимфатические узлы по данным первичного обследования не увеличены. При бронхоскопии трахея и бронхи без эндобронхиальной патологии. УЗИ органов брюшной полости: печень и почки без очаговых изменений.

Вопросы:

Сформулируйте предварительный диагноз.

Предложите план дообследования пациентки.

Какие данные необходимы для выбора между хирургическим лечением, лекарственной терапией и комбинированным подходом?

Ситуационная задача 3

Больная Д., 40 лет, секретарь. Обратилась с жалобами на уплотнение в левой молочной железе. Мать умерла от рака молочной железы. В анамнезе множественные аборт, родов не было. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте левой молочной железы пальпируется плотное образование до 3,0 см, в левой подмышечной области определяется увеличенный лимфатический узел до 1,6 см. Маммография: в верхненаружном квадранте левой

молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 3 см. Выполнена пункция опухоли и подмышечного лимфатического узла. Цитологически в обоих препаратах обнаружены атипические клетки.

Вопросы:

Предположите предварительный диагноз.

Какие исследования необходимы для уточнения стадии и молекулярно-биологического подтипа опухоли?

Какие варианты лекарственного лечения можно предложить пациентке?

Ситуационная задача 4

Больная Ф., 51 год. Жалуется на уплотнение в правой молочной железе. Из анамнеза известно: сахарный диабет 2 типа, ожирение, менструации с 11 лет, пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется плотное образование до 2,0 см, в подмышечной области пальпируется увеличенный лимфатический узел до 1,7 см. Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы образование с неровными тяжистыми контурами до 2,5 см. Выполнена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое заключение: карцинома.

Вопросы:

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какое дообследование необходимо для выбора терапии?

Какова возможная тактика лечения данной пациентки?

Ситуационная задача 5

Больная Д., 40 лет. Обратилась с жалобами на уплотнение в правой молочной железе. Менструации с 11 лет, регулярные, имеет двоих детей. В анамнезе гипотиреоз. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы пальпируется опухолевое образование более 5 см, в подмышечной области определяются увеличенные лимфоузлы до 1,8 см. Маммография: образование правой молочной железы 5,5 x 6,4 см с неровными тяжистыми контурами. Выполнена пункция опухоли и подмышечного лимфатического узла. Цитологически: протоковый рак. При УЗИ органов брюшной полости выявлены очаговые образования в печени.

Вопросы:

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какие исследования необходимы для подтверждения диссеминации и определения биологического подтипа опухоли?

Какова тактика лекарственного лечения при подтверждении метастатического процесса?

Ситуационная задача 6

Женщина 60 лет самостоятельно обнаружила увеличенный лимфатический узел на шее и обратилась к онкологу по месту жительства. При пальпации лимфатический узел плотный, ограниченно смещаемый, спаян с окружающими тканями. Щитовидная железа увеличена. По данным УЗИ в правой доле щитовидной железы определяется гипоэхогенное округлое образование размерами 12 x 10 x 8 мм, соответствующее категории EU-TIRADS-5. Выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия, цитологически — подозрение на злокачественную опухоль.

Вопросы:

Какой диагноз следует предположить?

Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения морфологического варианта и распространенности процесса?

В каких случаях назначается радиойодтерапия или системная лекарственная терапия при опухолях данной локализации?

Ситуационная задача 7

К гинекологу обратилась женщина 45 лет, которая при самообследовании обнаружила опухолевый узел в правой молочной железе. При осмотре молочные железы внешне не изменены. При пальпации в правой молочной железе определяется округлое плотное образование около 4 см, малосмещаемое относительно окружающей ткани. Сосок не втянут, выделения из него буроватого цвета, кожные симптомы над опухолью не определяются. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Вопросы:

Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Какие диагностические исследования необходимо провести пациентке?

Какие данные потребуются для выбора терапии?

Ситуационная задача 8

Пациент 65 лет в течение нескольких месяцев отмечает периодические боли за грудиной и одышку при физической нагрузке. При обследовании выявлена опухоль нижней доли правого легкого с поражением лимфатических узлов средостения. Выполнена трансторакальная биопсия опухоли правого легкого под КТ-навигацией. Цитологическое заключение: аденокарцинома легкого. По данным дообследования также выявлены увеличенные надключичные лимфатические узлы справа. Диагноз: Периферический рак нижней доли правого легкого, метастазы в лимфоузлы средостения и надключичные справа.

Вопросы:

Определите стадию опухолевого процесса.

Какие молекулярно-генетические и иммуногистохимические исследования необходимо выполнить?

Какова тактика лекарственного лечения?

Ситуационная задача 9

Пациент 58 лет предъявляет жалобы на боли за грудиной, одышку и сухой кашель. При КТ органов грудной клетки справа в S9 нижней доли определяется мягкотканное образование с неровными контурами размерами около 35 x 33 x 32 мм. По данным 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 – 33x35 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. Выполнена биопсия, морфологически подтвержден немелкоклеточный рак легкого.

Вопросы:

Определите распространенность опухолевого процесса.

Какие дополнительные исследования необходимы для выбора лекарственной терапии?

Какова тактика лечения при местно-распространенном или метастатическом процессе?

Ситуационная задача 10

Больная 48 лет обратилась к врачу с жалобами на появление опухоли в левой молочной железе, обнаруженной самостоятельно. Имеет одного ребенка, менструальная функция сохранена. Левая молочная железа обычных размеров. При осмотре определяется втяжение соска. В верхненаружном квадранте пальпируется плотная малоболезненная опухоль размером 4 x 2 см, смещаемая относительно окружающих тканей. Подмышечные лимфатические узлы не пальпируются.

Вопросы:

Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Какие лабораторные, инструментальные и морфологические исследования необходимы для подтверждения диагноза и выбора лечения?

Ситуационная задача 11

Пациент 40 лет жалуется на боли за грудиной и одышку. При обследовании выявлена опухоль верхней доли левого легкого. По данным КТ органов грудной клетки: верхняя доля левого легкого уменьшена за счет ателектаза S1 и S3, обусловленного опухолевым образованием в корне легкого с обрывом верхнедолевого бронха. Контуры образования бугристые, опухоль подтягивает плевру. В S8 левого легкого дополнительно определяется очаг с нечеткими контурами до 10 мм. В S4 правого легкого — субплевральный очаг 5 мм, требующий динамической оценки. Заключение: КТ-картина центрального рака левого легкого с подозрением на внутрилегочное метастатическое поражение.

Вопросы:

Определите предполагаемую стадию опухолевого процесса.

Какие исследования необходимы для уточнения распространенности и морфологического варианта?

Какова тактика лечения с учетом возможной системной лекарственной терапии?

Ситуационная задача 12

Пациент 50 лет ранее проходил обследование по поводу заболевания сердца, при котором была выявлена опухоль нижней доли правого легкого. Подтвержден диагноз: центральный плоскоклеточный рак нижней доли правого легкого T2N0M0, IV стадия. Выполнена нижняя лобэктомия справа. В течение 8 лет пациент наблюдался без признаков рецидива. При очередном обследовании выявлено прогрессирование: очаги в легких и поражение внутригрудных лимфатических узлов. По данным повторного морфологического исследования — плоскоклеточный неороговевающий рак. Отдаленных внеторакальных метастазов не выявлено.

Вопросы:

Как расценить выявленные изменения?

Какие обследования необходимо провести перед выбором лечения?

Возможно ли проведение лекарственной терапии и от каких факторов зависит выбор режима?

Ситуационная задача 13

Больная 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на покраснение соска левой молочной железы, зуд и уплотнение в области ареолы. Заболела около месяца назад, когда впервые заметила покраснение соска, затем появились мокнутие и корочки. При осмотре: сосок и часть ареолы левой молочной железы покрыты корочками, имеются участки мокнутия. Пальпируемого опухолевого образования в области ареолы и молочной железы не выявлено. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

Какой диагноз следует предположить?

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз и определить лечебную тактику?

Ситуационная задача 14

Пациент 50 лет предъявляет жалобы на периодические боли за грудиной, одышку при физической нагрузке и сухой кашель. По месту жительства выявлена опухоль нижней доли левого легкого с поражением лимфатических узлов корня левого легкого, средостения и надключичной

области слева. Предварительный диагноз: периферический рак нижней доли левого легкого T2N3M0, IIIВ стадия.

Вопросы:

Какие гистологические варианты опухоли возможны?

Какие исследования необходимы перед назначением лекарственного лечения?

Какова тактика лечения при IIIВ стадии немелкоклеточного рака легкого?

Ситуационная задача 15

Больная 78 лет обратилась к врачу с жалобами на уменьшение и изменение окраски левой молочной железы в течение последних 3 лет. Status localis: молочные железы асимметричны, левая молочная железа уменьшена примерно в 1,5 раза, кожа пигментирована и уплотнена. Правая молочная железа без пальпируемых узловых образований. В левой подмышечной области определяется плотный конгломерат лимфатических узлов.

Вопросы:

Какой предварительный диагноз наиболее вероятен?

Какие заболевания необходимо исключить при дифференциальной диагностике?

Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза, определения стадии и выбора лекарственной терапии?

Ситуационная задача 16

Больная Л., 54 года. Семейный анамнез отягощен: мать болела раком молочной железы. Менструации с 11 лет. Жалуются на увеличение левой молочной железы, покраснение кожи и чувство распирания. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа гиперемирована, определяется симптом «лимонной корки». По данным первичного обследования: рентгенологическое исследование легких, УЗИ органов брюшной полости и малого таза без признаков отдаленной диссеминации.

Вопросы:

Предположите предварительный диагноз.

Какое дообследование необходимо для определения стадии и биологического подтипа опухоли?

Какова роль лекарственной терапии в данной ситуации?

Ситуационная задача 17

Больная В., 49 лет, работает радиологом. В анамнезе узловых зоб, неоднократно отмечалось повышение ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалуются на ускоренный рост зоба и появление плотного участка в ткани железы. Объективно: щитовидная железа увеличена, в ее ткани пальпируется плотное образование 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, расцененные как метастатические.

Вопросы:

Какой диагноз наиболее вероятен?

Какой план дополнительного обследования необходим?

Какова роль хирургического, таргетного и симптоматического лечения у данной пациентки?

Ситуационная задача 18

Больная Ф., 24 года. Жалуются на интенсивные боли в левой ноге, усиливающиеся в ночное время. Объективно: по латеральной поверхности средней трети левого бедра пальпируется малоподвижное опухолевидное образование каменистой плотности размерами около 5 x 7 см. Паховые лимфатические узлы увеличены до 1-2 см, плотноэластической консистенции, безболезненны. Выполнены радиоизотопное исследование костей скелета и КТ: опухоль расположена в средней трети бедренной кости, протяженностью до 7 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови повышены щелочная фосфатаза и ЛДГ.

Вопросы:

Какой диагноз следует предположить?

Какое исследование необходимо для морфологической верификации?

Какова роль химиотерапии и последующего хирургического лечения?

Ситуационная задача 19

Больной Н., 25 лет. Жалуется на интенсивные ночные боли в правом плече. Объективно: конфигурация правого плеча сохранена, кожные покровы не изменены, при пальпации отмечается локальная болезненность в средней трети плечевой кости. Выполнены радиоизотопное исследование костей скелета, КТ и МРТ: опухоль расположена в средней трети плечевой кости, протяженностью до 4 см, с выходом за пределы кортикального слоя. В крови повышены щелочная фосфатаза и ЛДГ. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастатические очаги в правом легком.

Вопросы:

Какой диагноз наиболее вероятен?

Какое исследование необходимо для подтверждения морфологического варианта опухоли?

Какова тактика лекарственного лечения при наличии метастазов в легком?

Ситуационная задача 20

Больная Е., 33 года. Жалуется на повышение температуры до 38 °С в течение нескольких дней, ночную потливость, похудание, кожный зуд и появление опухолевидного образования на шее. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфатические узлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный. В анализе крови: СОЭ 33 мм/ч, фибриноген 570 мг%, лимфоциты 28%.

Вопросы:

Какой диагноз следует предположить?

Какой объем обследования необходим для стадирования заболевания?

Какие основные варианты лекарственного лечения применяются при данной опухоли?

Ситуационная задача 21

Больной К., 56 лет, курит более 30 лет, работает сварщиком. Жалуется на болезненную язву боковой поверхности языка, затруднение при приеме пищи, неприятный запах изо рта, снижение массы тела на 5 кг за 2 месяца. При осмотре: на боковой поверхности языка слева язвенно-инфильтративное образование до 2,5 см, края плотные, при пальпации кровоточит. В левой подчелюстной области пальпируется плотный лимфатический узел до 1,8 см. Выполнена биопсия образования языка: плоскоклеточный ороговевающий рак. КТ шеи: подозрение на метастатическое поражение подчелюстного лимфоузла, признаков отдаленных метастазов по КТ органов грудной клетки и брюшной полости нет.

Вопросы:

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какие дополнительные исследования необходимы для стадирования и выбора тактики лечения?

Какова роль хирургического, лучевого и лекарственного этапов при данной локализации опухоли?

Ситуационная задача 22

Больной Н., 62 года, в течение 4 месяцев отмечает осиплость голоса, першение в горле, затруднение при глотании твердой пищи. Курит 40 лет, злоупотребляет алкоголем. При фиброларингоскопии выявлено опухолевое образование надскладочного отдела гортани с распространением на черпалонадгортанную складку. Биопсия: плоскоклеточный рак. По данным КТ шеи опухоль распространяется за пределы гортани, определяются увеличенные шейные лимфоузлы с обеих сторон до 2 см. Отдаленных метастазов не выявлено.

Вопросы:

Предположите диагноз и стадию заболевания.

Какие факторы определяют выбор между хирургическим лечением и органосохраняющей химиолучевой терапией?

Какова роль лекарственного лечения в составе комбинированной или комплексной терапии?

Ситуационная задача 23

Больная П., 49 лет, обратилась с жалобами на медленно увеличивающееся образование в околоушной области справа, периодические боли и онемение кожи щеки. При осмотре: в проекции правой околоушной слюнной железы плотное малоподвижное образование до 4 см, отмечается легкая асимметрия лица. УЗИ: опухоль правой околоушной железы с подозрением на инвазию окружающих тканей. Тонкоигольная биопсия: подозрение на злокачественную эпителиальную опухоль слюнной железы. КТ шеи: увеличенные лимфоузлы II уровня справа.

Вопросы:

Какой диагноз следует предположить?

Какое дообследование необходимо для уточнения морфологического варианта и распространенности процесса?

В каких случаях при опухолях слюнных желез может обсуждаться противоопухолевая лекарственная терапия?

Ситуационная задача 24

Больной С., 64 года, жалуется на боли в правом подреберье, слабость, снижение массы тела. В анамнезе хронический вирусный гепатит С, цирроз печени класса Child-Pugh A. По данным УЗИ и МРТ печени в правой доле определяется узловое образование 6 см с артериальным контрастированием и «вымыванием» контраста; также выявлены два очага до 1,5 см в другой доле. Альфа-фетопrotein повышен. Данных за внепеченочные метастазы нет.

Вопросы:

Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.

Какие факторы необходимо оценить перед выбором лекарственной терапии?

Какова тактика лечения при нерезектабельном гепатоцеллюлярном раке?

Ситуационная задача 25

Больная Д., 67 лет, жалуется на желтушность кожи, кожный зуд, потемнение мочи, слабость и потерю веса на 6 кг за 2 месяца. При УЗИ выявлено расширение внутripеченочных желчных протоков. МРТ-холангиография: опухолевое поражение ворот печени с вовлечением долевых протоков. СА 19-9 повышен. Выполнено чрескожное дренирование желчных протоков, после чего билирубин снизился. Биопсия: аденокарцинома, соответствующая холангиокарциноме.

Вопросы:

Предположите диагноз.

Какие мероприятия необходимо провести перед началом системного лечения?

Какие варианты лекарственной терапии могут рассматриваться при нерезектабельной холангиокарциноме?

Ситуационная задача 26

Больной Т., 59 лет, жалуется на боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, снижение аппетита, похудание на 10 кг за 3 месяца. При КТ органов брюшной полости выявлено образование тела поджелудочной железы 4,5 см с вовлечением магистральных сосудов, множественные очаги в печени до 2 см. СА 19-9 значительно повышен. Выполнена биопсия очага в печени: метастаз аденокарциномы панкреатобилиарного типа. ECOG 1.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

Какие факторы определяют выбор режима первой линии лекарственного лечения?

Какова роль симптоматической и нутритивной поддержки у данного пациента?

Ситуационная задача 27

Больная Л., 52 года, поступила с жалобами на схваткообразные боли в животе, периодическое вздутие, примесь крови в стуле. Колоноскопия: опухоль восходящей ободочной кишки, суживающая просвет. Биопсия: аденокарцинома. КТ органов грудной клетки и брюшной полости: множественные метастазы в печени, единичные очаги в легких. При молекулярном исследовании опухоли выявлен MSI-H статус, RAS/BRAF без мутаций.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

Как молекулярные характеристики опухоли влияют на выбор лекарственной терапии?

Какая тактика лечения возможна при наличии симптомов частичной кишечной непроходимости?

Ситуационная задача 28

Пациент 45 лет обратился с жалобами на слабость, периодические боли в животе, снижение массы тела. При КТ брюшной полости выявлена опухоль тонкой кишки с множественными увеличенными мезентериальными лимфоузлами и очагами в печени. В крови повышен хромогранин А. Биопсия метастаза печени: высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль G2, Ki-67 8%. При скинтиграфии с аналогами соматостатина отмечено накопление радиофармпрепарата в опухолевых очагах.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

Какие данные необходимы для выбора лекарственной терапии?

Какова роль аналогов соматостатина и таргетной терапии?

Ситуационная задача 29

Больная В., 54 года, жалуется на контактные кровянистые выделения из половых путей и боли внизу живота. При осмотре шейка матки деформирована, опухолево инфильтрирована, кровоточит при контакте. Биопсия: плоскоклеточный рак. МРТ малого таза: опухоль шейки матки 5 см с параметральной инвазией, стенки таза не достигает. КТ органов грудной клетки и брюшной полости без отдаленных метастазов.

Вопросы:

Предположите диагноз и стадию заболевания.

Какие исследования необходимы перед началом лечения?

Какова роль одновременной химиолучевой терапии при данной стадии?

Ситуационная задача 30

Больная Е., 63 года, в постменопаузе 12 лет. Жалуется на кровянистые выделения из половых путей. По данным УЗИ эндометрий утолщен до 18 мм. Выполнена гистероскопия с биопсией: серозная карцинома эндометрия. МРТ малого таза: инвазия миометрия более 50%, подозрение на поражение тазовых лимфоузлов. При иммуногистохимическом исследовании отмечена HER2-положительная экспрессия.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

Какие факторы определяют риск прогрессирования и выбор адъювантного лечения?

Какова роль химиотерапии и таргетной терапии при данном морфологическом варианте?

Ситуационная задача 31

Больная Ф., 60 лет, обратилась с жалобами на увеличение живота, одышку при нагрузке, снижение аппетита. При осмотре живот увеличен за счет асцита. УЗИ и КТ: двусторонние опухолевые образования яичников, асцит, множественные импланты по брюшине, увеличенный сальник. СА-125 980 Ед/мл. При диагностической лапароскопии выполнена биопсия брюшины: серозная карцинома высокой степени злокачественности.

Вопросы:

Предположите диагноз.

Как определить возможность первичной циторедуктивной операции?

Какова роль неоадъювантной химиотерапии и поддерживающего лечения?

Ситуационная задача 32

Больной М., 72 года, наблюдается по поводу рака предстательной железы. Ранее получал андрогендепривационную терапию. В последние месяцы отмечает усиление болей в поясничном отделе позвоночника и костях таза. ПСА на фоне кастрационного уровня тестостерона продолжает повышаться. Остеосцинтиграфия: множественные костные метастазы. По КТ органов брюшной полости висцеральных метастазов нет.

Вопросы:

Как расценить течение заболевания?

Какие лекарственные опции возможны при кастрационно-резистентном раке предстательной железы?

Какая сопроводительная терапия необходима при костных метастазах?

Ситуационная задача 33

Больной Р., 44 года, обратился с язвенным образованием на головке полового члена, существующим около 8 месяцев. Самостоятельно лечился мазями без эффекта. При осмотре: язвенно-инфильтративная опухоль до 3 см, плотные увеличенные паховые лимфоузлы с обеих сторон. Биопсия: плоскоклеточный рак. КТ малого таза: подозрение на метастатическое поражение паховых и тазовых лимфатических узлов, отдаленных метастазов не выявлено.

Вопросы:

Сформулируйте предварительный диагноз.

Какое дообследование необходимо для уточнения распространенности процесса?

В каких случаях показана неоадъювантная или паллиативная системная терапия?

Ситуационная задача 34

Больной Г., 66 лет, жалуется на безболезненную макрогематурию, слабость, учащенное мочеиспускание. При цистоскопии выявлена опухоль боковой стенки мочевого пузыря. Выполнена трансуретральная резекция. Гистологически: уротелиальный рак высокой степени злокачественности с инвазией мышечного слоя. КТ органов грудной клетки и брюшной полости: отдаленных метастазов нет. Креатинин в пределах нормы, соматический статус ECOG 1.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

Какова роль неоадъювантной химиотерапии перед радикальной цистэктомией?

Какие факторы определяют возможность назначения цисплатинсодержащего режима?

Ситуационная задача 35

Больной О., 70 лет, жалуется на боли в правой поясничной области, периодическую макрогематурию, снижение массы тела. КТ: опухоль правой почки 8 см с инвазией паранефральной клетчатки, увеличенные забрюшинные лимфоузлы, множественные очаги в легких. Биопсия метастаза в легком: светлоклеточный почечно-клеточный рак. ECOG 1, уровень гемоглобина снижен, кальций крови повышен.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

Какие прогностические факторы необходимо оценить перед началом терапии?

Каковы современные подходы к первой линии лекарственного лечения метастатического рака почки?

Ситуационная задача 36

Больная Т., 32 года, обратилась с пигментным образованием кожи спины, которое за последние 6 месяцев увеличилось, стало асимметричным и периодически кровоточит. При осмотре: пигментная опухоль 2,2 см с неровными краями. В правой подмышечной области пальпируется лимфоузел до 1,5 см. Выполнено иссечение образования: меланома кожи, по

Бреслоу 3,2 мм, изъязвление. Биопсия лимфоузла: метастаз меланомы. При молекулярном исследовании выявлена мутация BRAF V600E.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

Какие исследования необходимы для стадирования?

Как BRAF-статус влияет на выбор адъювантной или системной лекарственной терапии?

Ситуационная задача 37

Больной И., 78 лет, обратился с длительно существующей опухолью кожи височной области. Образование увеличивается около 4 лет, периодически изъязвляется и кровоточит. При осмотре: язвенно-инфильтративная опухоль 5 см с вовлечением кожи век и мягких тканей орбиты. Биопсия: базальноклеточный рак. По заключению хирурга радикальное удаление приведет к выраженному функциональному и косметическому дефекту.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

Какие методы лечения могут быть рассмотрены при местно-распространенном базальноклеточном раке?

Какова роль таргетной терапии при невозможности радикального хирургического лечения?

Ситуационная задача 38

Больной Д., 48 лет, жалуется на увеличение опухоли мягких тканей правого бедра, боли при ходьбе, слабость. Образование заметил около года назад, последние 3 месяца опухоль быстро увеличивается. МРТ бедра: глубокая опухоль мягких тканей 12 см, расположенная в мышечном массиве, с признаками вовлечения сосудисто-нервного пучка. Трепанобиопсия: высокозлокачественная саркома мягких тканей. КТ органов грудной клетки: множественные метастатические очаги в легких.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

Какие факторы определяют выбор лекарственной терапии?

Какова роль системного лечения и паллиативных локальных методов при метастатической саркоме мягких тканей?

Ситуационная задача 39

Больной Л., 42 года, жалуется на увеличение лимфатических узлов шеи и подмышечных областей, слабость, субфебрильную температуру, потливость по ночам. В анализе крови умеренная анемия, ЛДГ повышена. КТ: генерализованная лимфаденопатия, увеличение селезенки. Выполнена эксцизионная биопсия шейного лимфоузла: диффузная В-крупноклеточная лимфома, CD20-положительная.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

Какой объем обследования необходим перед началом лечения?

Какова роль химиотерапии при данном заболевании?

Ситуационная задача 40

Больной Ю., 68 лет, жалуется на боли в костях, слабость, частые инфекционные заболевания. В анализе крови: анемия, ускоренная СОЭ. Биохимический анализ: повышение общего белка, умеренная гиперкальциемия, креатинин выше нормы. При рентгенографии костей черепа и таза выявлены множественные очаги остеолита. В стернальном пунктате увеличено количество плазматических клеток. По данным иммунохимического исследования выявлен моноклональный белок.

Вопросы:

Какой диагноз наиболее вероятен?

Какие дополнительные исследования необходимы для стадирования и оценки поражения органов?

Какие основные группы препаратов используются в лекарственном лечении данного заболевания?

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.	Онкология 2.0: учебник / К. Ш. Ганцев, Ш. Р. Кзыргалин, Ф. В. Моисеенко, Р.С. Ямиданов; ред. Ш. Х. Ганцева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024.- 360 с	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970482032.html
2.	Рак кожи [Электронный ресурс]: учебное пособие/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. онкологии и лучев. терапии лечеб. фак.; [сост.: К. С. Титов, О. Ю. Михеева, С. Б. Петерсон и др.]. - - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020. – Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190675.pdf&show=dcatalogues/1/4535/190675.pdf&view=true
3.	Лечение пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы [Электронный ресурс]/ Г. В. Родоман, И. П. Сумеди, Н. В. Свириденко и др.; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2017. – 95 с. - Adobe Acrobat Reader. - Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/login-user?login=Читатель&password=010101 .	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=26bn.pdf&show=dcatalogues/1/3515/26bn.pdf&view=true
4.	Онкология [Электронный ресурс]: нац. рук. / [Т. А. Федорова и др.]; под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 572 с.: ил. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432846.html
5.	Онкоурология [Электронный ресурс]: нац. рук./ [Б. Я. Алексеев и др.]; под ред. В. И. Чиссова и [др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 688 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421819.html
6.	Онкология [Электронный ресурс]: [учеб. для высш. проф. образования]/ [Г. Р.Абузарова и др.]; под ред. В. И. Чиссова, С. Л. Дарьяловой. –	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN978

	Москва: ГЭОТАР Медиа, 2009. – 559 с. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp	5970412145.html
7.	Диагностика и лечение высокодифференцированного рака щитовидной железы: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Ин-т непрерыв. и проф. развития, Каф. онкологии; сост.: И. С. Романов, В. А. Хайленко, В. В. Карасева и др. – Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2025. – 46 с.	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192737.pdf&show=dcatalogues/1/6081/192737.pdf&view=true
8.	Диагностика и лечение рака слизистой полости рта: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Ин-т непрерыв. и проф. развития, Каф. онкологии; сост.: И. С. Романов, В. А. Хайленко, В. В. Карасева и др. – Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2025. – 31 с.: ил.	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192742.pdf&show=dcatalogues/1/6083/192742.pdf&view=true
9.	Учебное пособие по дисциплине по выбору "Опухоли головы и шеи" для ординаторов по специальностям 31.08.57 Онкология, 31.00.00 Клиническая медицина [Электронный ресурс] / [сост.: Л. Г. Кожанов, А. В. Егорова, И. Пустынский и др.]; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. онкологии и лучевой терапии леч. фак. – Электрон. текстовые дан. – Москва, 2022.	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191678.pdf&show=dcatalogues/1/5216/191678.pdf&view=true
10.	Диагностика и лечение нейроэндокринных опухолей внутригрудной локализации [Электронный ресурс]: учебное пособие / М. М. Давыдов, А. Г. Абдуллаев, В. А. Хайленко и др.]; Нац. мед. исслед. центр онкологии им. Н. И. Блохина, РНИМУ им. Н. И. Пирогова. – Москва, 2018.	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=53bn.pdf&show=dcatalogues/1/3885/53bn.pdf&view=true
11.	Новые молекулярные маркеры люминального рака молочной железы [Электронный ресурс]: учебное пособие/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. онкологии и лучев. терапии лечеб. фак.; [сост.: Д. А. Рябчиков, И. К. Воронников, И. А. Дудина и др.]. -- Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020.	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190665.pdf&show=dcatalogues/1/4529/190665.pdf&view=true
12.	Клинико-организационные аспекты оказания паллиативной медицинской помощи [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие/ РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. поликлин. терапии лечеб. фак. [и др.]; [сост.: И. И. Чукаева, Н. В. Орлова, Ф. Д. Ахматова и др.]. - Электрон. текст. дан. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2020	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=190715.pdf&show=dcatalogues/1/4536/190715.pdf&view=true
13.	Паллиативная медицинская помощь взрослым и детям [Электронный ресурс] учебник / [Ю. Н. Федулаев, Н. В. Орлова, В. В. Никифоров и др.]; под ред. Н. В. Орловой [и др.]; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. – Электрон. текстовые дан. – Москва, 2021.	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=191698.pdf&show=dcatalogues/1/5220/191698.pdf&view=true
14.	Лечение пациентов с узловыми образованиями щитовидной железы [Текст]/ Г. В. Родоман, И. П. Сумеди, Н. В. Свириденко и др.; РНИМУ им. Н. И. Пирогова, каф. общ. хирургии и лучев. диагностики лечеб. фак. - Москва: РНИМУ им. Н. И. Пирогова, 2017. - 95 с	10
15.	Отдельные вопросы диагностики и лечения рака молочной железы [Электронный ресурс]: учебное пособие / РНИМУ им. Н. И. Пирогова; [сост.: Н. В. Лепкова, С. Е. Малыгин, А. В. Егорова и др.]. – Москва, 2022. -Режим доступа: http://rsmu.informsystema.ru/loginuser?login=Читатель&password=010101 .	https://rsmu.informsystema.ru/uploader/fileUpload?name=192003.pdf&show=dcatalogues/1/5370/192003.pdf&view=true
16.	Интенсивная терапия [Электронный ресурс]: нац. рук.:/ под ред.: Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970417850.html
17.	Рак предстательной железы [Текст]: (методы диагностики, лечения и дозиметрического обеспечения)/ науч. ред.: А. В. Солодкий, Р. В. Ставицкий. - Москва: ГАРТ, 2012. - 150 с.: ил.	11
18.	Клиническая онкология [Электронный ресурс]: избр. лекции:	https://www.studentlibrary.ru

	[учеб. пособие для мед. вузов]/ Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. – Москва: ГЭОТАР Медиа, 2014. – 496 с. – Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	rary.ru/book/ISBN9785970428672.html
19.	Паллиативная медицинская помощь взрослым и детям [Электронный ресурс] учебник / [Ю. Н. Федулаев, Н. В. Орлова, В. В. Никифоров и др.] ; под ред. Н. В. Орловой [и др.] ; РНИМУ им. Н. И. Пирогова. – Электрон. текстовые дан. – Москва, 2021. – 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
20.	Интенсивная терапия [Электронный ресурс]: нац. рук.:/ под ред.: Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011.	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970417850.html
21.	Онкология [Электронный ресурс]: модульный практикум: [учеб. пособие для мед. вузов и последиплом. образования врачей]/ М. И. Давыдов, Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 315 с.: табл. - Режим доступа: http://marc.rsmu.ru:8020/marcweb2/Default.asp .	https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970409299.html
22.	Дополнения к классификации TNM [Электронный ресурс] : комментарии для единообразного применения / К. Виттекинд, Д. Д. Брайерли, Э. Ли, Э. ван Эйкен, Е. А. Дуброва, О. Р. Катунина, К. А. Павлов. – 5-е изд. – М.: Логосфера, 2023. – 3 Режим доступа: http://books-up.ru.20 с.	https://www.books-up.ru/ru/book/dopolneniya-k-klassifikacii-tnm-15795161/
23.	Биомедицинская этика: [учеб. пособие для мед. вузов] / О. О. Гоглова, С. В. Ерофеев, Ю. О. Гоглова. – Санкт-Петербург: Питер, 2021. – (Учебное пособие. Стандарт третьего поколения). – Режим доступа: http://ibooks.ru .	https://ibooks.ru/books/helf/377429/reading
24.	TNM: Классификация злокачественных опухолей [Электронный ресурс] / под ред. Л. Х. Собина и др. – Москва: Логосфера, 2018. – 304 с. - Режим доступа: http://books-up.ru .	https://www.books-up.ru/ru/read/tnm-klassifikaciya-zlokachestvennyh-opuholej-6205226/?page=1
25.	Современная система паллиативной помощи в онкологии [Текст]/ Д. Р. Кайдарова, Г. А. Афонин; Каз. нац. мед. ун-т им. С. Д. Асфендиярова, Каз. НИИ онкологии и радиологии; под общ. науч. ред. А. Эггермонта, М. Зильберманна; отв. ред.: Г. Ж. Кунирова. - Алма-Ата: [б. и.], 2017. - 511 с.	7