

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.14 «ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ»

Раздел 1. Организационные, эпидемиологические и биологические основы детской онкологии	
1	Среди причин детской смертности в экономических развитых странах, по данным ВОЗ, злокачественные новообразования занимают:
	первое место
	второе место
	третье место
	четвертое место
	пятое место
2	Заболеваемость злокачественными новообразованиями у детей в экономически развитых странах составляет в среднем на 100 000 детского населения
	8-10 детей
	10-12 детей
	14-15 детей
	17-18 детей
	19-20 детей
3	Ежегодно заболевают доброкачественными опухолями на 100 000 детского населения
	до 350 детей
	до 450 детей
	до 550 детей
	до 650 детей
	до 750 детей
4	В детском возрасте из солидных злокачественных опухолей чаще всего встречаются
	саркомы мягких тканей
	опухоли почек
	нейробластома
	опухоли ЦНС
	опухоли костей
5	В структуре онкогематологических заболеваний у детей первое место занимает
	лейкоз
	лимфогранулематоз
	лимфосаркома
	миелопролиферативные заболевания
	парапротеинемический гемобластоз
6	К «истинным детским злокачественным опухолям относятся»?
	тератобластома, ретинобластома, нейробластома, рабдомиосаркома
	саркома Юинга, синовиальная саркома, хронический лимфолейкоз, лимфосаркома
	саркома Юинга, тератобластома, ретинобластома, нейробластома
	тератобластома, ретинобластома, нейробластома, лимфосаркома
	лимфома Ходжкина, ретинобластома, нейробластома, тератобластома
7	У детей старше 12 лет преобладают опухоли
	нейробластома

	нефробластома
	остеогенная саркома
	тератобластома
	ретинобластома
8	В морфологии солидных опухолей у детей преобладают
	рак
	саркома
	аденома
	аденокарцинома
	нет различий
9	Среди детей с онкологическими заболеваниями частота встречаемости СПО в среднем
	10%
	8-18%
	менее 3%
	5-10%
	более 20%
10	Герминальные мутации
	передаются по наследству
	не наследуются
	присутствуют только в клетках опухоли
	присутствуют во всех клетках организма
	являются непосредственными причиной развития опухоли
11	Выберете определения, характеризующие экспрессивность
	степень выраженности фенотипа при определенном генотипе
	процент индивидуумов с определенным генотипом, у которых при этом есть фенотипические проявления заболевания
	при наличии одной и той же мутации у разных членов семьи могут быть разные опухоли
	выражается в процентах
	показательна на примере синдрома Ли-Фраумени
12	Выберете определения, характеризующие метакронные опухоли
	опухоли с разницей между манифестациями более 6 месяцев
	опухоли с разницей между манифестациями менее 6 месяцев
	это синоним понятия «вторичные опухоли»
	второй опухолевый процесс не является метастазом
	всегда доброкачественные
Раздел 2. Диагностика, стадирование, стратификация риска и маршрутизация детей с подозрением на злокачественное новообразование	
1	Какое из исследований позволяет установить диагноз «острый миелоидный лейкоз»
	общий анализ крови
	подсчет миелограммы с проведением цитохимического исследования
	проведение HLA типирования с сиблингами
	цитогенетическое исследование костного мозга
2	К достоинствам метода УЗИ относится
	неинвазивный характер исследования
	безвредность
	отсутствие противопоказаний
	высокая информативность
	все ответы верны

3	К эндоскопическим методам исследования относятся
	лапароскопия
	торакоскопия
	рентгеноскопия
	капилляроскопия
	верные ответы: лапароскопия и торакоскопия
4	радиоактивный йод применяют для диагностики
	опухолей поджелудочной железы
	желудка
	щитовидной железы
	верные ответы: опухолей поджелудочной железы и желудка
	все ответы верны
5	повышение уровня катехоламинов в моче возможно
	при наличии опухоли нейrogenной природы
	при наличии опухоли ЦНС
	после употребления большого количества цитрусовых и шоколада
	верные ответы: при наличии опухоли нейrogenной природы и после употребления большого количества цитрусовых и шоколада
	все ответы верны
6	у больных с нейробластомой повышение суточной экскреции с мочой катехоламинов наблюдается у:
	85% пациентов
	50% пациентов
	25% пациентов
	15% пациентов
	5% пациентов
7	наиболее информативным методом для выявления нейробластомы, локализованной в средостении, считают
	компьютерную томографию
	рентгенографию
	УЗИ
	ангиографию
8	диагностическим мероприятием, рекомендуемым при первичной медиастинальной лимфоме у детей, считают
	биопсию лимфоузла (очага поражения) с иммуногистохимическим исследованием
	тонкоигольную пункционную биопсию лимфоузла
	трепанобиопсию
	сцинтиграфию костей скелета
Раздел 3. Опухоли центральной нервной системы у детей	
1	Из солидных злокачественных опухолей наиболее часто встречаются в детском возрасте:
	Опухоли мягких тканей
	Опухоли почек
	Опухоли ЦНС
	Опухоли костей
	Нейrogenные опухоли

2	Наиболее частая локализация опухолей ЦНС у детей:
	Большие полушария
	Пинеальная область
	Задняя черепная ямка
	Кора головного мозга
	Спинной мозг
3	Классификация TNM при первичных опухолях ЦНС:
	Используется для всех опухолей ЦНС
	Используется только при глиомах
	В нейроонкологии не применяется как стандартная система стадирования
4	Самая частая злокачественная опухоль головного мозга у детей:
	Мультиформная глиобластома
	Анапластическая астроцитома
	Медуллобластома
	Пинеобластома
5	К очаговой неврологической симптоматике при опухолях ЦНС относятся:
	Парезы и параличи
	Поражение черепных нервов
	Косоглазие
	Фокальные судороги
	Рвота (без другой неврологической симптоматики)
	Сонливость
6	Какой метод лучевой диагностики используется для визуализации задней черепной ямки и спинного мозга?
	КТ
	МРТ
	Сцинтиграфия
	Рентгенография
7	МРТ после операции по поводу медуллобластомы рекомендуется выполнить:
	Через 2 недели
	Через месяц
	В течение 24–72 часов после операции
	Непосредственно перед началом лучевой терапии
8	Для стадирования медуллобластомы обязательно выполнение:
	МРТ головного мозга
	МРТ спинного мозга
	Исследования ликвора на опухолевые клетки
	ПЭТ/КТ всего тела
9	При типичной локализации опухоли и диагностически значимом повышении маркеров герминогенной опухоли:
	Биопсия обязательна во всех случаях
	Диагноз может быть установлен без морфологической верификации
	Требуется экстренная резекция опухоли
10	Стадии M2 по Chang соответствует
	Наличие опухолевых клеток в ликворе

	Наличие метастазов в пределах субарахноидального пространства III и IV желудочков мозга
	Наличие метастазов в субарахноидальном пространстве спинного мозга пределах
	Наличие метастазов за пределами ЦНС
11	Какие молекулярные варианты медуллобластомы традиционно относят к группам высокого риска?
	WNT
	SHH без мутации TP53
	SHH с мутацией TP53
	Группа 3
12	Наиболее частым молекулярным событием при пилоцитарной астроцитоме у детей является:
	IDH1 R132H
	BRAF::KIAA1549
	H3 K27M
	MYCN-амплификация
13	Наиболее частым гистологическим вариантом low-grade глиом у детей является:
	Диффузная астроцитома IDH-mutant
	Плеоморфная ксантоастроцитома
	Пилоцитарная астроцитома
	Ганглиоглиома
14	Для атипичной тератоидно-рабдоидной опухоли ЦНС характерно:
	Преимущественно доброкачественное течение
	Агрессивное течение заболевания
	Исключительно подростковый возраст манифестации
	Отсутствие необходимости системной терапии
15	Особенностью лечения детей младше 3 лет со злокачественными опухолями ЦНС является:
	Обязательное проведение краниоспинального облучения
	Отказ от хирургического лечения
	Стремление максимально отсрочить лучевую терапию
	Применение исключительно химиотерапии
16	В настоящее время стандартным лечением медуллобластомы у детей старше 4 лет является:
	Операция + краниоспинальное облучение + химиотерапия
	Операция + локальная лучевая терапия + химиотерапия
	Операция + химиотерапия
17	Какая локализация глиомы низкой степени злокачественности чаще всего ограничивает возможность радикальной резекции?
	Полушария мозжечка
	Теменная доля
	Хиазмально-гипоталамическая область
	Поверхностные опухоли лобной доли
18	При прогрессирующей BRAF V600E-позитивной low-grade глиоме могут использоваться:
	Темозоломид + ломустин

	Дабрафениб + траметиниб
	Ритуксимаб
	Бевацизумаб + иринотекан
19	В лечении АТРО ЦНС важную роль играет:
	Химиотерапия без локального контроля
	Лучевая терапия
	Мультимодальный подход: хирургия, химиотерапия, интравентрикулярная терапия и лучевая терапия
	Таргетная терапия
	3.5. Осложнения и последствия лечения опухолей ЦНС. Нейрокогнитивные, эндокринные, неврологические, сенсорные и психосоциальные нарушения.
20	У ребёнка с опухолью головного мозга утром появилась выраженная сонливость, мать не может его разбудить. Наиболее правильная тактика:
	Рекомендовать дать ребёнку поспать
	Осмотреть глазное дно в плановом порядке
	Вызвать невролога в плановом порядке
	Немедленно оценить АВС, витальные функции и неврологический статус, вызвать реанимационную/нейрохирургическую помощь, решить вопрос о срочной нейровизуализации и противоотёчной терапии
21	При резком ухудшении состояния ребёнка с опухолью мозга необходимо в первую очередь исключать:
	Кровоизлияние в опухоль
	Острый отёк мозга с дислокацией/вклинением
	Окклюзионную гидроцефалию
	Медленный рост опухоли как единственную причину острого ухудшения
22	У ребёнка с опухолью мозга внезапно возникли судороги с потерей сознания. Первоочередная тактика:
	Обеспечить безопасность пациента, проходимость дыхательных путей, кислород по показаниям
	Ввести реланиум для купирования приступа при продолжающихся судорогах
	Дать клоназепам перорально во время приступа
	Дождаться самостоятельного прекращения приступа без оценки дыхания
23	Какой симптом наиболее характерен для опухолей супраселлярной области?
	Гемипарез
	Несахарный диабет
	Артериальная гипертензия
24	При бессимптомной стабильной глиоме низкой степени злокачественности после морфологической верификации возможна тактика:
	Немедленная лучевая терапия
	Немедленная химиотерапия
	Динамическое наблюдение
25	Диспансерное наблюдение детей после завершения лечения опухолей ЦНС включает:
	МРТ ЦНС в соответствии со сроками
	Наблюдение профильными специалистами (невролог, эндокринолог, офтальмолог и др.) с учетом полученного лечения и выявленных нарушений
	Проведение медицинской реабилитации с учетом имеющихся функциональных

	нарушений
	Проведение профилактических курсов противоопухолевой терапии
	Проведение инструментального обследования только при появлении клинических симптомов
Раздел 4. Эмбриональные опухоли детского возраста	
1	К факторам, учитываемым при стратификации риска нейробластомы по современной логике NB2004/INRG, относятся:
	Возраст пациента
	Распространенность процесса
	Статус MYCN
	Морфология и молекулярно-генетические характеристики опухоли
	Пол пациента
2	Амплификация MYCN при нейробластоме:
	Связана с благоприятным прогнозом
	Не влияет на стратификацию риска
	Является неблагоприятным прогностическим фактором и критерием более интенсивной терапии
3	Стадия 4S / MS нейробластомы характеризуется метастатическим поражением:
	Печени
	Кожи
	Костей
	Костного мозга <10%
	Легких
4	При нейробластоме наиболее частые локализации метастазов:
	Печень
	Лимфатические узлы
	Кости
	Костный мозг
	Легкие
5	При нейробластоме высокого риска лечение обычно включает:
	Индукционную химиотерапию
	Хирургическую операцию
	Высокодозную химиотерапию с ауто-ТГСК
	Дифференцировочную терапию
	Иммунотерапию
6	Что означает термин IDRF?
	Морфологический фактор риска
	Генетический фактор риска
	Фактор риска, определяемый методами визуализации
7	Что означает термин IDRF?
	Морфологический фактор риска
	Генетический фактор риска
	Фактор риска, определяемый методами визуализации
8	В подходе SIOP при подозрении на нефробластому у ребёнка старше 6 месяцев стандартно начинают лечение с:
	Первичной нефрэктомии без предоперационной терапии

	Предоперационной химиотерапии без рутинной биопсии при типичной клинико-рентгенологической картине
	Лучевой терапии
9	Наиболее частая локализация метастазов при нефробластоме:
	Головной мозг
	Кости
	Кожа
	Легкие
10	К группе низкого риска нефробластомы по SIOP-классификации после предоперационной химиотерапии относится:
	Бластемный тип
	Диффузная анаплазия
	Полностью некротическая нефробластома
	Кистозная частично дифференцированная нефробластома
11	При метастатической нефробластоме предоперационная химиотерапия обычно проводится:
	1 неделю
	4 недели
	12 недель
	6 месяцев
12	В основе развития ретинобластомы лежит нарушение функции гена
	RET
	RB1
	WT1
	ALK
13	Какой спектр вторых злокачественных новообразований наиболее характерен для пациентов с наследственной ретинобластомой?
	Остеосаркома, рак молочной железы, меланома
	Остеосаркома, рак легких, феохромоцитомы
	Рак легкого, гепатобластома, гонадобластома
	Рак мочевого пузыря, рак эндометрия, рак желудка
14	Трилатеральная ретинобластома — это сочетание ретинобластомы с:
	Медулярным раком щитовидной железы
	Пинеобластомой
	Мукоэпидермоидным раком слюнной железы
	Остеосаркомой
15	При билатеральной ретинобластоме вероятность наследственной формы заболевания:
	Выше, чем при односторонней форме
	Такая же, как при односторонней форме
	Ниже, чем при односторонней форме
16	Наиболее важным сывороточным опухолевым маркером при подозрении на гепатобластому является:
	β -ХГЧ
	Альфа-фетопротеин
	НСЕ
	СА-125

17	Основой лечения гепатобластомы является:
	Лучевая терапия
	Таргетная терапия
	Цисплатин-содержащая химиотерапия и полное хирургическое удаление опухоли
18	Наиболее частой локализацией отдалённых метастазов при гепатобластоме являются:
	Кости
	Костный мозг
	Легкие
	Кожа
19	Трансплантация печени при гепатобластоме может рассматриваться при:
	Любой PRETEXT I опухоли
	Нерезектабельной опухоли печени без неконтролируемого внепечёночного заболевания
	Любой PRETEXT II опухоли
	Любой PRETEXT III опухоли
20	Гепатоцеллюлярный рак у детей чаще встречается:
	У детей первого года жизни
	В возрасте 2–5 лет
	У детей старшего возраста и подростков
21	Для гепатоцеллюлярного рака у детей по сравнению с гепатобластомой более характерно:
	Развитие преимущественно у младенцев
	Связь с хроническими заболеваниями печени у части пациентов
	Обязательная нормализация АФП после первого курса химиотерапии
	Высокая чувствительность к стандартной цисплатиновой терапии гепатобластомы
22	Для злокачественной рабдоидной опухоли почки характерна потеря экспрессии:
	WT1
	INI1/SMARCB1
	ALK
	SMARCA4/BRG1
23	Злокачественная рабдоидная опухоль почки чаще встречается:
	У подростков
	У взрослых пациентов
	У детей раннего возраста
24	Какое дополнительное исследование особенно важно при диагностике злокачественной рабдоидной опухоли почки?
	Сцинтиграфия щитовидной железы
	MPT коленных суставов
	MPT головного мозга
	колоноскопия
25	Лечение злокачественной рабдоидной опухоли почки может включать:
	Хирургическое удаление опухоли
	Полихимиотерапию
	Лучевую терапию
	Динамическое наблюдение после морфологической верификации

Раздел 5. Саркомы костей и мягких тканей у детей и подростков

1		Наиболее частой злокачественной опухолью костей у детей является:
		Саркома Юинга
		Остеосаркома
		Хондросаркома
		Фибросаркома
2		Основные химиопрепараты, используемые в лечении остеосаркомы:
		Ифосфамид
		Метотрексат
		Этопозид
		Цисплатин
		Карбоплатин
		Доксорубицин
3		Для остеосаркомы стандартом лечения являются:
		Лучевая терапия
		Химиотерапия
		Хирургическая операция
4		Для остеосаркомы наиболее характерно поражение:
		Эпифизов длинных трубчатых костей
		Метафизов длинных трубчатых костей
		Диафизов длинных трубчатых костей
		Костей черепа
5		Наиболее частой локализацией отдалённых метастазов при саркомах костей является:
		Лёгкие
		Печень
		Костный мозг
		Головной мозг
6		Основным методом выявления лёгочных метастазов при первичном стадировании является:
		Рентгенография грудной клетки
		ПЭТ/КТ
		КТ органов грудной клетки
		МРТ грудной клетки
7		Наиболее значимым прогностическим фактором после неoadьювантной терапии сарком является:
		Возраст пациента
		Пол пациента
		Локализация опухоли
		Степень лечебного патоморфоза
8		Патоморфоз 3 степени определяется как:
		≥50% некроза
		≥70% некроза
		≥90% некроза
		100% некроза
11		Для саркомы Юинга характерна генетическая перестройка с участием:

	EWSR1 и генов семейства ETS
	RET и RAS
	RB1 и TP53
	TFE3 и ASPSCR1
12	Наиболее типичной локализацией саркомы Юинга является:
	Эпифиз длинной кости
	Диафиз длинной трубчатой кости
	Кисть
	Надколенник
13	Для локального контроля саркомы Юинга могут использоваться:
	Только хирургия
	Только лучевая терапия
	Хирургия, лучевая терапия или их комбинация
15	Какие препараты входят в стандартные схемы лечения саркомы Юинга?
	Актиномицин D
	Метотрексат
	Ифосфамид
	Винкристин
16	У детей чаще встречается:
	Лейомиосаркома
	Рабдомиосаркома
	Карциносаркома
	Фибросаркома
17	Злокачественные опухоли мягких тканей могут развиваться из следующих исходных тканей:
	Мезенхимы
	Фиброзной ткани
	Жировой ткани
	Мышечной ткани
18	Среди морфологических вариантов рабдомиосаркомы преобладает
	Эмбриональный
	Альвеолярный
	Плеоморфный
19	Прогностически благоприятной локализацией рабдомиосаркомы из перечисленных является
	Орбита
	Паратестикулярная зона
	Влагалище
	Мочевой пузырь
20	При стратификации риска рабдомиосаркомы у детей по подходу CWS учитываются:
	Гистологический вариант опухоли
	Послеоперационная группа IRS / полнота хирургического удаления
	Локализация первичной опухоли
	Поражение регионарных лимфатических узлов
	Размер опухоли
	Возраст пациента

	Все вышеперечисленное
21	Основной принцип лечения рабдомиосаркомы у детей:
	Только хирургическое лечение
	Только лучевая терапия
	Мультимодальное лечение с системной терапией и локальным контролем
	Только наблюдение после биопсии
22	Согласно протоколу CWS, к RMS-like саркомам мягких тканей относят
	Синовиальную саркому
	Экстраоссальную саркому Юинга
	Недифференцированную саркому
	Светлоклеточную саркому мягких тканей
	Фибросаркому
	Лейомиосаркому
23	Согласно CWS, к non-RMS-like саркомам мягких тканей относят
	Светлоклеточную саркому мягких тканей
	Фибросаркому
	Лейомиосаркому
	Синовиальную саркому
	Экстраоссальную саркому Юинга
	Недифференцированную саркому
24	В системе IRS Group III соответствует:
	Микроскопически положительным краям резекции
	Макроскопически остаточной опухоли
	Первичной полной резекции R0 без микроскопической остаточной опухоли
	Наличию отдалённых метастазов
25	Основным принципом медицинской реабилитации ребёнка после лечения саркомы кости или мягких тканей является
	Проведение одинаковой программы реабилитации всем пациентам
	Ограничение реабилитации восстановлением функции оперированной конечности
	Начало реабилитации только после полного завершения роста ребёнка
	Индивидуальная мультидисциплинарная программа, направленная на максимально возможное восстановление функции, самостоятельности и качества жизни
Раздел 6. Лимфомы, опухоли кожи, герминогенные и редкие опухоли у детей	
1	При стадировании лимфомы Ходжкина учитываются:
	количество групп пораженных л/у
	размер конгломерата увеличенных л/у
	наличие общих В-симптомов
	поражение экстранодальных органов
	локализация пораженных л/у по отношению к диафрагме (над- и/или под)
	длительность заболевания
2	Основным морфологическим критерием для постановки диагноза лимфомы Ходжкина является
	наличие клеток Ходжкина
	наличие гигантских многоядерных клеток Березовского-Штернберга-Рид
	наличие клеток Пирогова-Лангерганса
3	Основная роль промежуточной ПЭТ-КТ при лечении лимфомы Ходжкина у детей и

	подростков заключается в:
	Подтверждении морфологического диагноза
	Определении гистологического варианта опухоли
	Оценке раннего ответа на терапию и адаптации последующего лечения
	Исключении необходимости дальнейшего диспансерного наблюдения
4	Мальчики, перенесшие лучевую терапию на область средостения по поводу лимфомы Ходжкина в возрасте до 10 лет, имеют более высокий риск развития
	рака щитовидной железы
	колоректального рака
	рака мочевого пузыря
	рака печени
5	К В-симптомам при лимфоме Ходжкина относятся
	Необъяснимая лихорадка выше 38 °С
	Профузные ночные поты
	Необъяснимая потеря более 10% массы тела за предшествующие 6 месяцев
	Слабость
6	Поражение лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы при лимфоме Ходжкина соответствует:
	I стадии
	II стадии
	III стадии
	IV стадии
7	В комплекс обследования ребёнка с подозрением на неходжкинскую лимфому входят (выберите все правильные ответы):
	Морфологическое исследование опухолевого материала
	Иммунофенотипирование методом иммуногистохимии и/или проточной цитометрии
	Цитогенетическое/молекулярно-генетическое исследование
	Исследование костного мозга
	Исследование ликвора
	Только определение опухолевых маркеров в сыворотке крови
8	Наиболее характерной локализацией спорадической лимфомы Беркитта у детей является:
	Переднее средостение
	Брюшная полость
	Кожа
	ЦНС
9	Основным принципом лечения лимфобластной лимфомы у детей является:
	Короткая терапия по протоколам зрелоклеточных В-НХЛ
	Лучевая терапия как основной метод лечения
	Длительная многокомпонентная терапия по принципам лечения острого лимфобластного лейкоза
	Хирургическое удаление всех опухолевых очагов
10	К мероприятиям по профилактике синдрома лизиса опухоли у ребёнка с НХЛ высокого риска относятся
	Адекватная гидратация
	Контроль электролитов, мочевой кислоты и функции почек
	Аллопуринол или расбуриказа в зависимости от риска

	Рутинное назначение препаратов калия
11	У ребёнка с большой опухолью средостения и подозрением на лимфобластную лимфому наиболее опасной тактикой на этапе диагностики является
	Исследование плеврального выпота при его наличии
	Биопсия доступного экстрамедиастинального опухолевого очага с минимальной седацией
	Биопсия опухоли средостения под общей анестезией без предварительной оценки риска компрессии дыхательных путей
	Получения материала из доступного периферического очага
12	Основными опухолевыми маркерами при подозрении на злокачественную герминогенную опухоль являются:
	АФП
	β -ХГЧ
	НСЕ
	СА-125
13	К препаратам, применяемым в схемах терапии злокачественных ГКО у детей, относятся:
	Цисплатин / карбоплатин
	Этопозид
	Ифосфамид
	Винкристин
14	Если после удаления опухоли желточного мешка уровень АФП не снижается с ожидаемой динамикой, это может свидетельствовать о:
	Нормальном послеоперационном течении во всех случаях
	Остаточной опухоли
	Прогрессии
	Рецидиве
15	У младенцев интерпретация АФП требует:
	Использования взрослых референсов
	Учёта возрастных норм
	Игнорирования показателя
16	С какой целью пациенткам с синдромом Свайера рекомендуется профилактическая двусторонняя гонадэктомия?
	Для профилактики развития гонадобластомы и дисгерминомы
	Для снижения риска развития эпителиального рака яичника
	Для профилактики развития ювенильной гранулезоклеточной опухоли
	Для профилактики развития опухоли из клеток Сертоли—Лейдига
17	Какой метод является оптимальным для первичной морфологической верификации подозрительного меланоцитарного образования у ребенка?
	Пункционная биопсия
	Инцизионная биопсия
	Эксцизионная биопсия
	Цитологическое исследование
18	Какой дополнительный морфологический признак учитывается при стадировании меланомы наряду с толщиной по Бреслоу?
	Наличие волос

	Изъязвление
	Цвет образования
	Форма опухоли
19	Биопсия сторожевого лимфатического узла проводится с целью:
	Определения фототипа кожи
	Выявления скрытого регионарного метастазирования
	Подтверждения доброкачественного невуса
	Оценки толщины меланомы
20	Основным методом лечения локализованной меланомы кожи у детей является:
	Лучевая терапия
	Иммунотерапия
	Химиотерапия
	Хирургическое лечение
21	Стандартный хирургический отступ при меланоме толщиной более 2 мм составляет:
	0,5 см
	1 см
	2 см
	5 см
22	Ребёнок с подозрением на редкую злокачественную опухоль должен быть направлен:
	В хирургический стационар по месту жительства для первичного удаления опухоли
	К профильному специалисту в зависимости только от локализации образования
	В специализированный детский онкологический центр, располагающий мультидисциплинарной командой и опытом лечения подобных опухолей
	На амбулаторное наблюдение до появления признаков прогрессирования
23	При получении неоднозначного морфологического заключения у ребёнка с редкой опухолью наиболее обоснованной тактикой является:
	Начало химиотерапии в соответствии с наиболее вероятным диагнозом
	Радикальное удаление опухоли с последующим уточнением диагноза
	Экспертный пересмотр морфологического материала с использованием необходимых иммуногистохимических и молекулярных методов
	Повторная визуализация через 4–6 недель без морфологической верификации
24	При выборе лечебной тактики у ребёнка с редкой солидной опухолью наиболее обоснованным является:
	Выбор лечения исключительно детским онкологом
	Определение тактики хирургом непосредственно во время операции
	Выбор лечения исключительно на основании морфологического диагноза
	Обсуждение случая мультидисциплинарной командой с учётом морфологии, распространённости заболевания, молекулярных особенностей и возможности локального контроля
25	При потенциально сложном хирургическом лечении редкой опухоли у ребёнка оптимальным является:
	Выполнение максимально радикальной операции до морфологической верификации
	Выполнение операции в любом хирургическом стационаре с последующим направлением к онкологу
	Планирование объёма и сроков операции в специализированном центре после диагностического и междисциплинарного обсуждения
	Отказ от хирургического лечения при любой редкой опухоли

		Раздел 7. Противоопухолевая терапия, сопроводительное лечение и клиническая безопасность в детской онкологии
1		Возможно развитие кардиотоксичности на _____, используемый в лечении нейробластомы:
		этопозид
		ифосфамид
		цисплатин
		доксифуридин
2		Критерием начала нового терапевтического элемента уровень тромбоцитов периферической крови у пациентов с ОЛЛ группы высокого риска должен быть не менее
		2010 ⁹ /л
		5010 ⁹ /л
		15010 ⁹ /л
		3010 ⁹ /л
3		Основной целью неoadъювантной химиотерапии является
		выявление отдаленных метастазов
		уменьшение объема опухоли
		уменьшение болевого синдрома
		исключение оперативного этапа лечения
4		Препаратом, который может вызвать геморрагический цистит, считают
		цисплатин
		ифосфамид
		винкристин
		доксифуридин
5		Препаратом, который увеличивает токсичность винкристина, считают
		метотрексат
		цитарабин
		ко-тримоксазол
		позаконазол
6		Препаратом, который используют в терапии острого лизиса опухоли
		расбуриказу
		ритуксимаб
		дексаметазон
		адреналин
7		Шкала оценки риска падений у детей в стационарных условиях, называют шкалой
		Эланда
		Вонга-Бейкера
		Хамти-Дамти
		Морзе
8		Уровень pH мочи __ является оптимальным при лечении синдрома острого лизиса опухоли
		9-10
		8-9
		5-6
		6,5-8
9		Клиническими симптомами, характерными для побочных эффектов морфина, является

	запор, гипертензия и нарушение сознания
	респираторная депрессия, диарея, гипотензия
	респираторная депрессия, запор, кожный зуд
	гипотензия, тошнота и рвота, диарея
10	Поддерживающую химиотерапию низкими дозами химиопрепаратов проводят при
	лимфоме Ходжкина
	остром лимфобластном лейкозе
	лимфоме Беркитта
	анапластической крупноклеточной лимфоме
Раздел 8. Неотложные состояния, паллиативная помощь, диспансерное наблюдение и реабилитация в детской онкологии	
1	Применение какого химиопрепарата связано с риском развития инсульта
	L-аспаргиназы, цисплатина, метотрексат
	винкристина, винбластин, этопозида
	L-аспаргиназы, доксирубицин, иринотекан
	L-аспаргиназы, винкристина, аллопуринол
2	Клинические признаки синдрома верхней полой вены:
	диспноэ, одутловатость лица, преиорбитальный отек, дисфагия, боль в грудной клетке
	артериальная гипертензия, одышка, кашель
	одутловатость лица, брадикардия, рвота, экзофтальм
	периорбитальный отек, геморрагическая сыпь, гипотензия, цианоз
3	При окклюзионном кризе у ребенка следует применить
	наружное дренирование
	вентрикулоперитонеальное шунтирование
	введение сердечных гликозидов
	экстренное радикальное удаление опухоли
4	К возможным причинам повышения артериального давления при нейробластоме
	забрюшинного пространства
	избыточную секрецию альдостерона
	избыточную секрецию тиреоидных гормонов
	поражение аортального клапана сердца
	компрессию почечных сосудов
5	Хирургическим способом декомпрессии при развитии абдоминального компартмент-синдрома при 4S стадии нейробластомы является
	установка плеврального дренажа
	наложение лапаростомы
	хирургическая резекция опухоли
	трансплантация печени
6	Риск развития вторичных злокачественных опухолей у пациентов, перенесших противоопухолевую терапию
	не определены
	8-12%
	зависят от нозологии и ассоциированного лечения
	20-25%
7	Ребенка можно считать излечившемся от злокачественной солидной опухоли спустя

	1 год
	3 года
	5 лет
	7 лет
	10 лет
8	К больному ребенку применительны следующие виды реабилитации
	физическая реабилитация
	психологическая реабилитация
	социальная реабилитация
	Все вышеперечисленное
	Правильные ответы: психологическая реабилитация и социальная реабилитация
9	Фактором риска снижения слуха у детей с онкологическими заболеваниями являются
	применение карбоплатина
	применение цисплатина
	высокодозная химиотерапия с использованием тиотепы
	краниальное облучение
	применение доксирубицина
10	К поздним осложнениям облучения ЦНС у детей относится
	эндокринные нарушения
	отек мозга
	алопеция
	нейросенсорная тугоухость
11	Препараты, ассоциирующиеся с риском развития вторичных лейкозов
	алкилирующие агенты
	этопозид
	метотрексат
	винкристин
12	Выберете показания к парентеральному питанию
	невозможность энтерального питания при пороках ЖКТ
	в послеоперационном периоде после операций на ЖКТ
	при подозрении на некротизирующий энтероколит
	при пневмонии
	недоношенным с ЭНМТ в первые дни жизни